

LT-QOL Spanish

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de estos síntomas, sin tener una infección? Si ha recibido un trasplante de pulmón, ¿con qué frecuencia experimento los siguientes síntomas SIN tener una infección O rechazo de pulmón?

	Para Nada	Sólo cuando tuve una infección	Unos cuantos días del mes	Varios días por semana	Casi todos los días
. Tuve dificultad para respirar (falta de aire)	☐	☐	☐	☐	☐
. Sentí presión en el pecho	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve tos	☐	☐	☐	☐	☐
. Expulsé flema (esputo)	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve episodios de sibilancias (silbido al respirar)	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	1 o 2 días por semana	3/4 días por semana	Casi todos los días	Todos los días
. Durante los últimos <u>3 meses</u> , ¿cuántos días buenos (con pocas molestias pulmonares/respiratorias) ha tenido?	☐	☐	☐	☐	☐

	0 episodios	1 episodio	2 episodios	3 episodios	3+ episodios
. Durante los últimos <u>3 meses</u> , ¿cuántos episodios severos o muy desagradables de problemas pulmonares/respiratorios ha tenido?	☐	☐	☐	☐	☐

La siguiente es una lista de síntomas o condiciones que tal vez usted haya experimentado. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

	Nunca	Una o dos veces	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
. Tuve dificultad para tragar comida	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve dificultad para tragar líquidos	☐	☐	☐	☐	☐
. Me ahogué al tragar	☐	☐	☐	☐	☐
. Me ha molestado el sabor de la comida	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve poco apetito	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve náusea	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve molestias o dolor de estómago	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve hinchazón o calambres en el área del estómago	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve estreñimiento	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve diarrea	☐	☐	☐	☐	☐
. He tenido urgencia para ir al baño	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuve temblor de manos	☐	☐	☐	☐	☐
. Sentí debilidad en las piernas	☐	☐	☐	☐	☐
. Sentí entumecimiento de las manos o de los pies	☐	☐	☐	☐	☐
. Sentí molestias en las manos o en los pies (dolor, calambres, ardor, etc)	☐	☐	☐	☐	☐

Las siguientes preguntas son sobre las últimas cuatro semanas de su tratamiento médico (tomar sus medicamentos, acudir a sus citas en la clínica, y tener exámenes como rayos X o bronoscopías).

	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
. Los efectos del tratamiento médico han sido peor de lo que imagine.	☐	☐	☐	☐	☐
. ¿Qué tan difícil ha sido su vida al seguir su tratamiento médico (incluyendo tomar sus medicamentos)?	☐	☐	☐	☐	☐
. ¿Qué tan difícil fue seguir su tratamiento médico diariamente?	☐	☐	☐	☐	☐

Durante las ultimas 4 semanas, ¿en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones?

	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
. Me preocupa que mi transplante de pulmón no va a funcionar o que voy a tener rechazo.	☐	☐	☐	☐	☐
. Me preocupa contraer infecciones.	☐	☐	☐	☐	☐
. Ha sido difícil hacer planes a futuro por mi transplante.	☐	☐	☐	☐	☐
. Me preocupa que mi salud vaya a empeorar.	☐	☐	☐	☐	☐
. Siento incertidumbre acerca de mi salud en el futuro.	☐	☐	☐	☐	☐

Durante las ultimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas?

	Nunca	Una o dos veces	Unas cuantas veces	Regulamente	Muy frecuentemente
. Sentirse nervioso o ansioso	☐	☐	☐	☐	☐

. No poder controlar su preocupacion o estar preocupado constantemente	☐	☐	☐	☐	☐
. Preocuparse en exceso sobre diferentes cosas	☐	☐	☐	☐	☐
. Dificultad para relajarse	☐	☐	☐	☐	☐
. Sentirse tan inquieto que es dificil estar tranquilo	☐	☐	☐	☐	☐
. Enojarse o irritarse fácilmente	☐	☐	☐	☐	☐
. Sentir miedo de que algo terrible va a ocurrir	☐	☐	☐	☐	☐
Las siguientes preguntas son sobre como se siente y como ha estado. Durante las últimas <u>cuatro semanas</u>, ¿qué tan frecuentemente...					
	Nunca	Una o dos veces	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
. El estar deprimido ha interferido con sus actividades usuales?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se ha sentido deprimido?	☐	☐	☐	☐	☐
. Ha estado malhumorado o rumiando pensamientos?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se ha sentido con el ánimo decaído o muy decaído?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se ha sentido descorazonado y deprimido?	☐	☐	☐	☐	☐
	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
. ¿Qué tan deprimido se ha sentido en su peor momento?	☐	☐	☐	☐	☐

Durante las últimas <u>4 semanas</u> , ¿cuánto tiempo...	Nunca	Poco tiempo	Algo de tiempo	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
. Tuvo dificultad para razonar y resolver problemas, por ejemplo, tomar decisiones, o aprender cosas nuevas?	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuvo dificultad para realizar actividades que requieren pensar y concentrarse?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se confundió y empezó varias actividades a la vez?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se le olvidaron las cosas, por ejemplo, hechos recientes, donde puso las cosas, o sus citas?	☐	☐	☐	☐	☐
. Tuvo dificultad para estar atento durante una actividad por cierto tiempo?	☐	☐	☐	☐	☐
. Reaccionó con lentitud a cosas que pasaron o le dijeron?	☐	☐	☐	☐	☐

¿Qué tan frecuentemente en las últimas semanas...	Nunca	Una o dos veces	Pocas veces	Frecuente	Muy Frecuente
. Sintió frustración acerca de su salud?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se sintió abrumado por sus problemas de salud?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se sintió desanimado por sus problemas de salud?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se sintió desesperado por sus problemas de salud?	☐	☐	☐	☐	☐
. Se sintió asustado por salud?	☐	☐	☐	☐	☐
. Su salud fue una preocupación en su vida?	☐	☐	☐	☐	☐

Las siguientes preguntas son sobre cómo sus problemas de salud pueden interferir con su vida sexual. Son preguntas personales, pero son importantes para entender cómo los problemas de salud pueden afectar la vida de la gente.

Durante las ultimas 4 semanas, en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones?

	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
. ¿Ha perdido el interés en las relaciones sexuales?	☐	☐	☐	☐	☐
. ¿Ha sentido incapacidad para relajarse y disfrutar del sexo?	☐	☐	☐	☐	☐
. ¿Ha tenido dificultad para sentir excitación sexual?	☐	☐	☐	☐	☐

Las últimas dos preguntas son sobre su vida en general.

Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones?

	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
. Soy capaz de disfrutar la vida.	☐	☐	☐	☐	☐
. Estoy contento con mi calidad de vida en este momento.	☐	☐	☐	☐	☐