

---

---

***ANEXOS***

---

---

## ANEXOS

## ANEXO 1

**CUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRÁFICO**

Fecha de la visit
N° de Historia
Médico que le atiende


Nombre y apellidos .....

**Densitometría-****Valor:.....****1) Sexo:**☐ Varón☐ Mujer**2) Edad:**☐ Menos de 40 años☐ De 41 a 50 años☐ De 51 a 60 años☐ Más de 60 años**3) Estado civil:**☐ Soltero/a☐ Casado/a☐ Divorciado/a☐ Viudo/a**4) Actividad actual:**☐ Trabaja fuera☐ Está en paro☐ Jubilado/a☐ Ama de casa**5) Nivel de estudios:**☐ Sin estudios☐ Primarios☐ Secundarios☐ Universitarios

## **ANEXO 2**

### ***DATOS DE INTERÉS CLÍNICO***

Conteste detenidamente las siguientes preguntas que nos permitirá realizar mejor la información de su densitometría

---

**1) Su peso aproximado es.....**

**2) Su talla aproximada es.....**

**3) Señale si ha sufrido una fractura de cadera, aplastamiento vertebral (fractura Vertebral) o de muñeca después de los 40 años:**

☐ Si

☐ No

**4) Señale si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:**

\* Extirpación del estomago:

☐ Si

☐ No

\* Diabetes tratada con insulina:

☐ Si

☐ No

\* Hiperparatiroidismo primario (enfermedad de las Paratiroides) o hipertiroidismo:

☐ Si

☐ No

**5) Señale si recibe tratamiento para la epilepsia:**

☐ Si

☐ No

**6) Recibe medicación con cortisona (corticoides):**

☐ Si

☐ No

**7) Señale si ha tenido la menopausia antes de los 45 años:**

☐ Si

☐ No

**8) Tiene antecedentes familiares (maternos) de fractura de cadera:**

☐ Si

☐ No

**9) ¿Está diagnosticado de Artrosis?**

☐ Si

☐ No

**10) ¿Está diagnosticado de Artritis?**

☐ Si

☐ No

**11) ¿Está diagnosticado de otra enfermedad reumática?**

☐ Si

☐ No

**ANEXO 3*****CUESTIONARIO EuroQol 5-D***

Fecha de la Visita	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

**CUESTIONARIO DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

Nos gustaría que nos indicara cómo definiría su estado de salud en el día de HOY. Para ello, marque con una cruz las afirmaciones que describan mejor su estado de salud en el día de HOY.

***Movilidad***

- 1 ☐ No tengo problemas para caminar
- 2 ☐ Tengo algunos problemas para caminar
- 3 ☐ Tengo que estar en cama

***Cuidado personal***

- 1 ☐ No tengo problemas con el cuidado personal
- 2 ☐ Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme sola
- 3 ☐ Soy incapaz de lavarme o vestirme sola

***Actividades cotidianas***

- 1 ☐ No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas  
(ej. Trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)
- 2 ☐ Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3 ☐ Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

***Dolor/Malestar***

- 1 ☐ No tengo dolor o malestar
- 2 ☐ Tengo moderado dolor o malestar
- 3 ☐ Tengo mucho dolor o malestar

***Ansiedad/Depresión***

- 1 ☐ No estoy ansiosa o deprimida
- 2 ☐ Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- 3 ☐ Estoy muy ansioso o deprimido

## CUESTIONARIO DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en EL DÍA DE HOY. Por favor, dibuje una línea desde el punto más bajo del termómetro hasta el punto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud EN EL DÍA DE HOY.

**SU ESTADO DE SALUD  
HOY**

Puntuación estado de salud

Mejor estado  
de salud  
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado  
de salud  
imaginable

**ANEXO 4****CUESTIONARIO QUALEFFO**

Fecha de la Visita

--	--

--	--

--	--

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON  
OSTEOPOROSIS****Instrucciones**

En este cuestionario le haremos varias preguntas para conocer en qué medida su problema de espalda debido a la osteoporosis afecta a su vida diaria.

Por favor, lea con atención cada pregunta y haga una cruz dentro de la casilla de la respuesta que mejor describa su situación.

**Muchas gracias por su colaboración**

**A. DOLOR**

Las cinco preguntas de esta sección se refieren a su situación durante los últimos siete días.

1) Durante los últimos siete días, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda (*pase a la pregunta número 6*)
- 2 ☐ 1 día
- 3 ☐ 2-3 días
- 4 ☐ 4-6 días
- 5 ☐ Cada día

2) Durante los últimos siete días, ¿cuánto tiempo le ha durado el dolor de espalda durante el día?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda
- 2 ☐ 1-2 horas durante el día
- 3 ☐ 3-5 horas durante el día
- 4 ☐ 6-10 horas durante el día
- 5 ☐ Durante todo el día

3) Durante los últimos siete días, ¿cómo ha sido el dolor de espalda en el peor de los casos?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda
- 2 ☐ Suave
- 3 ☐ Moderado
- 4 ☐ Fuerte
- 5 ☐ Insoportable

4) Teniendo en cuenta la pregunta anterior, durante los últimos siete días, ¿cómo ha sido el dolor de espalda en otros momentos?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda
- 2 ☐ Suave
- 3 ☐ Moderado
- 4 ☐ Fuerte
- 5 ☐ Insoportable

5) Durante los últimos siete días, ¿Ha dormido mal a causa del dolor de espalda?

- 1 ☐ Ninguna noche
- 2 ☐ Una noche
- 3 ☐ Dos noches
- 4 ☐ Noche si, noche no
- 5 ☐ Insoportable

## **B. ACTIVIDADES COTIDIANAS**

Las tres preguntas siguientes se refieren a su situación actual.

6) ¿Tiene dificultad para vestirse?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Un poco de dificultad, pero puedo vestirme sola
- 3 ☐ Moderada dificultad, pero puedo vestirme sola
- 4 ☐ A veces necesito ayuda para vestirme
- 5 ☐ No puedo vestirme sin ayuda



7) ¿Tiene dificultad para bañarse o ducharse?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Un poco de dificultad, pero puedo bañarme o ducharme sola
- 3 ☐ Moderada dificultad, pero puedo bañarme o ducharme sola
- 4 ☐ A veces necesito ayuda para bañarme o ducharme
- 5 ☐ No puedo bañarme ni ducharme sin ayuda

8) ¿Tiene dificultad para dormirse a causa del dolor?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Un poco de dificultad
- 3 ☐ Moderada dificultad
- 4 ☐ Mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo dormir en absoluto

### **C. TAREAS DOMÉSTICAS**

Las siguientes cinco preguntas se refieren a su situación actual. Si Vd. no se ocupa de las tareas domésticas, responda como si las hiciera Vd.

9) ¿Puede hacer la limpieza?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

10) ¿Puede hacer la comida?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

11) ¿Puede lavar los platos?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

12) ¿Puede hacer la compra diaria?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

13) ¿Puede levantar un objeto pesado de diez kilos de peso (por ejemplo, una caja con diez botellas de agua de un litro o un niño de 1 año) y trasladarlo por lo menos 10 metros?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

<b>D.      MOVILIDAD</b>
--------------------------

Las 6 preguntas siguientes se refieren a su **situación actual.**

14) ¿Puede levantarse de la silla?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ Sólo con ayuda

15) ¿Puede inclinarse?

- 1 ☐ Fácilmente
- 2 ☐ Con bastante facilidad
- 3 ☐ Con moderada facilidad
- 4 ☐ Casi no puedo
- 5 ☐ No puedo en absoluto

16) ¿Puede subir las escaleras entre dos pisos?

- 0 ☐ No procede
- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Descansando al menos una vez
- 4 ☐ Solo con ayuda
- 5 ☐ No puedo en absoluto

17) ¿Puede andar 100 metros?

- 1 ☐ Rápido sin parar
- 2 ☐ Despacio sin parar
- 3 ☐ Despacio y parando al menos una vez
- 4 ☐ Sólo con ayuda
- 5 ☐ No puedo en absoluto

18) ¿Puede entrar en un coche (privado o taxi)?

- 0 ☐ No procede
- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ Sólo con ayuda

19) ¿En qué medida le han afectado los cambios en su aspecto físico debidos a la osteoporosis (por ejemplo, pérdida de altura, aumento del contorno de la cintura, deformación de la espalda, etc.)?

- 1 ☐ No me han afectado en absoluto
- 2 ☐ Un poco
- 3 ☐ Moderadamente
- 4 ☐ Bastante
- 5 ☐ Muchísimo

### **E.ACTIVIDADES SOCIALES Y DE TIEMPO LIBRE**

Las 4 preguntas siguientes se refieren a su situación actual.

20) ¿Puede cuidar de las plantas de su terraza o jardín?

- 0 ☐ No procede (no tengo plantas)
- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

21) ¿Puede ir al cine, al teatro, a un restaurante, etc.?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

22) ¿Puede visitar a familiares o amigos.?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

23) ¿Puede llevar a cabo actividades sociales (reunirse con los amigos, hacer actividades benéficas, ir a la iglesia, etc.)?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

#### **F. PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN GENERAL**

24) ¿Teniendo en cuenta su edad, ¿cómo diría que es su estado de salud en general?

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Bueno
- 3 ☐ Satisfactorio
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Malo

25) ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general **durante los últimos siete días**?

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Buena
- 3 ☐ Satisfactoria
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Mala

#### **G. ESTADO DE ÁNIMO**

Las 10 preguntas siguientes se refieren a su **situación durante los últimos siete días.**

26) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido cansada?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

27) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido desanimada?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

28) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido sola?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

29) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido animada (con mucha energía)?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

30) Durante los últimos siete días, ¿ha visto el futuro con esperanza?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

31) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido frustrada?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

32) Durante los últimos siete días, ¿ha tenido miedo de llegar a tener que depender totalmente de los demás?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

33) Durante los últimos siete días, ¿ha tenido miedo de tener una fractura?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

34) Durante los últimos siete días, ¿ha tenido miedo de caerse?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

35) Durante los últimos siete días, ¿ha disminuido su actividad por miedo a las fracturas?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo

**ANEXO 5****CUESTIONARIO QUALEFFO REDUCIDO**

Fecha de la Visita

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON  
OSTEOPOROSIS****Instrucciones**

En este cuestionario le haremos varias preguntas para conocer en qué medida su problema de espalda debido a la osteoporosis afecta a su vida diaria.

Por favor, lea con atención cada pregunta y haga una cruz dentro de la casilla de la respuesta que mejor describa su situación.

**Muchas gracias por su colaboración**

**A. DOLOR**

Las cinco preguntas de esta sección se refieren a su situación durante los últimos siete días.

1) Durante los últimos siete días, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda (*pase a la pregunta número 6*)
- 2 ☐ 1 día
- 3 ☐ 2-3 días
- 4 ☐ Cada día

2) Durante los últimos siete días, ¿cuánto tiempo le ha durado el dolor de espalda durante el día?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda
- 2 ☐ 3-5 horas durante el día
- 3 ☐ Durante todo el día



3) Durante los últimos siete días, ¿cómo ha sido el dolor de espalda en el peor de los casos?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda
- 2 ☐ Suave
- 3 ☐ Moderado
- 4 ☐ Fuerte
- 5 ☐ Insoportable

4) Teniendo en cuenta la pregunta anterior, durante los últimos siete días, ¿cómo ha sido el dolor de espalda en otros momentos?

- 1 ☐ No he tenido dolor de espalda
- 2 ☐ Suave
- 3 ☐ Moderado
- 4 ☐ Fuerte
- 5 ☐ Insoportable

5) Durante los últimos siete días, ¿Ha dormido mal a causa del dolor de espalda?

- 1 ☐ Ninguna noche
- 2 ☐ Una noche
- 3 ☐ Dos noches
- 4 ☐ Noche si, noche no
- 5 ☐ Insoportable

## **B. ACTIVIDADES COTIDIANAS**

Las tres preguntas siguientes se refieren a su situación actual.

6) ¿Tiene dificultad para vestirse?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Un poco de dificultad, pero puedo vestirme sola
- 3 ☐ Moderada dificultad, pero puedo vestirme sola
- 4 ☐ A veces necesito ayuda para vestirme
- 5 ☐ No puedo vestirme sin ayuda

7) ¿Tiene dificultad para bañarse o ducharse?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Moderada dificultad, pero puedo bañarme o ducharme sola
- 3 ☐ No puedo bañarme ni ducharme sin ayuda

### C. TAREAS DOMÉSTICAS

Las siguientes cinco preguntas se refieren a su situación actual. Si Vd. no se ocupa de las tareas domésticas, responda como si las hiciera Vd.

8) ¿Puede hacer la limpieza?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con moderada dificultad
- 3 ☐ Con mucha dificultad
- 4 ☐ No puedo en absoluto

9) ¿Puede hacer la comida?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

10) ¿Puede lavar los platos?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

11) ¿Puede hacer la compra diaria?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con moderada dificultad
- 3 ☐ No puedo en absoluto

**D. MOVILIDAD**

Las 6 preguntas siguientes se refieren a su situación actual.

12) ¿Puede levantarse de la silla?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ Sólo con ayuda

13) ¿Puede inclinarse?

- 1 ☐ Fácilmente
- 2 ☐ Con moderada facilidad
- 3 ☐ Casi no puedo
- 4 ☐ No puedo en absoluto

14) ¿Puede andar 100 metros?

- 1 ☐ Rápido sin parar
- 2 ☐ Despacio sin parar
- 3 ☐ Despacio y parando al menos una vez
- 4 ☐ No puedo en absoluto

**E. ACTIVIDADES SOCIALES Y DE TIEMPO LIBRE**

Las preguntas siguientes se refieren a su situación actual.

15) ¿Puede ir al cine, al teatro, a un restaurante, etc.?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

16) ¿Puede visitar a familiares o amigos.?

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

17) ¿Puede llevar a cabo actividades sociales (reunirse con los amigos, hacer actividades benéficas, ir a la iglesia, etc.?)

- 1 ☐ Sin dificultad
- 2 ☐ Con un poco de dificultad
- 3 ☐ Con moderada dificultad
- 4 ☐ Con mucha dificultad
- 5 ☐ No puedo en absoluto

#### **F. PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN GENERAL**

18) ¿Teniendo en cuenta su edad, ¿cómo diría que es su estado de salud en general?

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Bueno
- 3 ☐ Satisfactorio
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Malo

19) ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general **durante los últimos siete días**?

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Buena
- 3 ☐ Satisfactoria
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Mala

**G. ESTADO DE ÁNIMO**

Las preguntas siguientes se refieren a su situación durante los últimos siete días.

20) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido cansada?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Raramente
- 3 ☐ A veces
- 4 ☐ A menudo
- 5 ☐ Siempre

21) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido sola?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ Siempre

22) Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido frustrada?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ Siempre

23) Durante los últimos siete días, ¿ha tenido miedo de llegar a tener que depender totalmente de los demás?

- 1 ☐ No
- 5 ☐ Si