

Cuestionario de Síntomas DePaul (DSQ)

Contact Information:

Jesus Castro, Ph.D.

Vall D'hebron Hospital Research Institute

jesus.castro@vhir.org

Por favor complete la encuesta que aparece abajo.

¡Gracias!

1. Nombre y apellidos

2. Fecha actual

(Para introducir una fecha, puede hacer clic en el icono de calendario o escribir una fecha en el cuadro de texto. Si escribe la fecha, por favor, utilice el siguiente formato: mm-dd-aaaa)

3. ¿Cuál es su estatura? (en metros)

4. ¿Cuál es su peso? (en kilogramos)

5. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

(Para introducir una fecha, puede hacer clic en el icono de calendario o escribir una fecha en el cuadro de texto. Si escribe la fecha, por favor, utilice el siguiente formato: mm-dd-aaaa)

6. ¿Cuál es su sexo?

- Hombre
 Mujer
 Otro(a)

7. ¿A qué raza pertenece?

- Negro, Afro-Americano
 Blanco, Caucásica
 Sudamericano
 Asiático o de Oceanía
 Otra raza

7a. Por favor, especifique

8. ¿Usted es de origen Latino o Hispano?

- Sí
 No

9. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Casado(a) o viviendo con una pareja
 Separado(a)
 Viudo(a)
 Divorciado(a)
 Soltero(a)

10. ¿Tiene usted hijos(as)?

- Sí
 No

11. ¿Cuántos hijos/as tiene?

12. ¿Cuántos de sus hijos/as son menores de 18 años?

13. ¿Cuántas personas viven en su casa?

14. ¿Qué nivel de estudios usted tiene?

- Primaria
 Secundaria
 Universidad parcial (al menos 1 año) o estudios técnico-superior
 Licenciatura
 Postgrado, Maestría y/o Doctorado
 Enseñanza básica

15. ¿Cuál es su estado laboral actual?

- Tengo incapacidad
 Estudiante
 Ama de casa
 Jubilado(a)
 Desempleado
 Trabajo a tiempo parcial
 Trabajo a tiempo completo

16. Si usted tiene incapacidad, ¿qué condición sufre para haberla obtenido? (Por favor especifique)

17. ¿Cuál es su ocupación actual?

18. ¿Si actualmente no trabaja, cuál fue su última ocupación?

Para las siguientes preguntas (19-109), deseamos saber qué tan frecuente y severo ha tenido cada síntoma en los últimos 6 meses. Para cada síntoma, por favor seleccione un número para la frecuencia y otro número para la severidad.

19. Fatiga/cansancio extremo

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fatiga/cansancio extremo?

- 0 = nunca
 1 = rara vez
 2 = alguna vez
 3 = a menudo
 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido fatiga/cansancio extremo?

- 0 = ausencia de síntomas
 1 = leve
 2 = moderado
 3 = severo
 4 = muy severo

20. Sensación de pesadez o agotamiento al comenzar un ejercicio

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido sensación de pesadez o agotamiento al comenzar el ejercicio?

- 0 = nunca
 1 = rara vez
 2 = alguna vez
 3 = a menudo
 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido sensación de pesadez o agotamiento al comenzar el ejercicio?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

21. Dolor o fatiga al día siguiente, tras realizar actividades cotidianas

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor o fatiga al día siguiente, tras realizar actividades cotidianas?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido dolor o fatiga al día siguiente, tras realizar actividades cotidianas?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

22. Cansancio mental después de esfuerzos leves

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido cansancio mental después de esfuerzos leves?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido cansancio mental después de esfuerzos leves?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

23. Un mínimo ejercicio le deja físicamente cansado

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia le deja físicamente cansado el hacer mínimo ejercicio?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad le deja físicamente cansado el hacer mínimo ejercicio?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

24. Físicamente agotado o enfermo después de una actividad leve

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido físicamente agotado o enfermo después de una actividad leve?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad se ha sentido físicamente agotado o enfermo después de una actividad leve?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

25. Sensación de sueño no-reparador

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no tener un sueño reparador?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido la sensación de no tener un sueño reparador?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

26. Necesidad de una siesta diaria

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido necesidad de hacer una siesta diaria?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido necesidad hacer una siesta diaria?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

27. Problemas para conciliar el sueño

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para conciliar el sueño?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido problemas para conciliar el sueño?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

28. Problemas para permanecer dormido

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para permanecer dormido?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido problemas para permanecer dormido?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

29. Despertar de madrugada (e.j. 3 AM)

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia se ha despertado de madrugada? (e.j. 3 AM)

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿cuánto le ha molestado despertarse de madrugada? (e.j. 3 AM)

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

30. Dormir todo el día y permanecer despierto toda la noche

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha dormido todo el día y permanecido despierto toda la noche?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad le ha molestado dormir todo el día y permanecer despierto toda la noche?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

31. Dolores musculares

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolores musculares?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los dolores musculares?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

32. Dolor, rigidez y sensibilidad en más de una articulación sin hinchazón ni enrojecimiento

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor, rigidez y sensibilidad en más de una articulación sin hinchazón ni enrojecimiento?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido dolor, rigidez y sensibilidad en más de una articulación sin hinchazón ni enrojecimiento?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

33. Dolor ocular

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor ocular?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido el dolor ocular?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

34. Dolor de pecho (torácico)

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor de pecho?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido el dolor de pecho?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

35. Hinchazón

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido hinchazón?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido hinchazón?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

36. Dolor abdominal y/o estomacal

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor abdominal y/o estomacal?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido el dolor abdominal y/o estomacal?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

37. Dolor de cabeza

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolores de cabeza?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los dolores de cabeza?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

38. Contracciones/tirones musculares

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido contracciones/tirones musculares?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido las contracciones/tirones musculares?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

39. Debilidad muscular

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido debilidad muscular?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la debilidad muscular?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

40. Sensibilidad/molestia al ruido (hiperacúsia)

Frecuencia: Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido sensibilidad al ruido?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la sensibilidad al ruido?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

41. Sensibilidad a luces brillantes (fotofobia)

Frecuencia: Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido sensibilidad a luces brillantes?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la sensibilidad a luces brillantes?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

42. Problemas para recordar las cosas (memoria a corto plazo)

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para recordar cosas?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los problemas para recordar cosas?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

43. Dificultad para prestar atención por periodos largos de tiempo

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para prestar atención por largos periodos de tiempo?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la dificultad para prestar atención por largos periodos de tiempo?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

44. Dificultad en encontrar la palabra correcta para decir o expresar pensamientos

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad en encontrar la palabra correcta para decir o expresar pensamientos?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la dificultad en encontrar la palabra correcta para decir o expresar pensamientos?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

45. Dificultad para comprender cosas

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para comprender cosas?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la dificultad para comprender cosas?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

46. Incapacidad para concentrarse en más de una cosa a la vez

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido incapacidad para concentrarse en más de una cosa a la vez?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la incapacidad para concentrarse en más de una cosa a la vez?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

47. Incapaz de enfocar la vista (vista borrosa) y/o la atención

Frecuencia: Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha sido incapaz de enfocar la vista y/o la atención?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la incapacidad de enfocar la vista y/o la atención?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

48. Pérdida de la percepción de profundidad

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido pérdida de la percepción de profundidad?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la pérdida de la percepción de profundidad?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

49. Lentitud del pensamiento

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido lentitud del pensamiento?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la lentitud del pensamiento?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

50. Distracción u olvido

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha estado distraído u olvidadizo?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la distracción u olvido?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

51. Problemas de vejiga/micción urinaria

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de vejiga/micción urinaria?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los problemas de vejiga/micción urinaria?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

52. Problemas del ritmo intestinal (intestino irritable)

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas del ritmo intestinal?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad has sentido los problemas del ritmo intestinal?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

53. Náuseas

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido náuseas?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido las náuseas?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

54. Sensación de inestabilidad o falta de equilibrio

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido sensación de inestabilidad o falta de equilibrio?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido la sensación de inestabilidad o de falta de equilibrio?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

55. Dificultad para respirar o recuperar el aliento

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para respirar o recuperar el aliento?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la dificultad para respirar o recuperar el aliento?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

56. Mareos o desmayos

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido mareos o desmayos?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los mareos o desmayos?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

57. Latidos/palpitaciones cardíacas irregulares

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido latidos/palpitaciones cardíacas irregulares?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los latidos/palpitaciones cardíacas irregulares?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

58. Pérdida o ganancia de peso sin proponérselo

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido pérdida o aumento de peso sin proponérselo?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la pérdida o aumento de peso sin proponérselo?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

59. Falta de apetito

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido falta de apetito?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la falta de apetito?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

60. Manos sudorosas

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido manos sudorosas?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido las manos sudorosas?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

61. Sudores nocturnos

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido sudores nocturnos?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido los sudores nocturnos?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

62. Extremidades frías (ej: brazos, piernas, manos)

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido las extremidades frías?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿qué tanto le ha molestado las extremidades frías?

- 0 = este síntoma no se presenta
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

63. Sensación de escalofríos o estremecimientos

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido escalofríos o estremecimientos?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los escalofríos o estremecimientos?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

64. Sensación de frío o calor sin motivo

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido sensación de frío o calor sin motivo?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido la sensación de frío o calor sin motivo?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

65. Sensación de tener una temperatura alta

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de tener una temperatura alta?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido la sensación de tener una temperatura alta?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

66. Sensación de tener una temperatura baja

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de tener una temperatura baja?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido la sensación de tener una temperatura baja?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

67. Intolerancia al alcohol

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido intolerancia al alcohol?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la intolerancia al alcohol?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

68. Dolor de garganta

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor de garganta?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido el dolor de garganta?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

69. Ganglios linfáticos dolorosos

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido ganglios linfáticos dolorosos?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido los ganglios linfáticos dolorosos?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

70. Fiebre

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fiebre?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido la fiebre?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

71. Síntomas similares a la gripe

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido síntomas similares a la gripe?

- 0 = nunca
 - 1 = rara vez
 - 2 = alguna vez
 - 3 = a menudo
 - 4 = casi siempre
-

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha tenido síntomas como de gripe?

- 0 = ausencia de síntomas
 - 1 = leve
 - 2 = moderado
 - 3 = severo
 - 4 = muy severo
-

72. Algunos olores, comidas, medicamentos o sustancias químicas ambientales pueden causarle náuseas o malestar

Frecuencia: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué frecuencia le han causado náuseas o malestar los olores de comidas, medicamentos o sustancias químicas ambientales?

- 0 = nunca
- 1 = rara vez
- 2 = alguna vez
- 3 = a menudo
- 4 = casi siempre

Severidad: Durante los pasados 6 meses, ¿con qué severidad ha sentido las náuseas o las molestias causadas por los olores de comidas, medicamentos o sustancias químicas ambientales?

- 0 = ausencia de síntomas
 1 = leve
 2 = moderado
 3 = severo
 4 = muy severo
-

73. ¿Desde los primeros recuerdos de su infancia, siempre ha tenido problemas persistentes o recurrentes de fatiga/energía? (Por persistentes o recurrentes, queremos decir que los problemas de fatiga/energía están por lo general presentes y constantes, pero algunas veces hay días buenos y días malos).

- Sí
 No
 No tengo problemas con la fatiga/energía
-

74. Desde que comenzó su enfermedad relacionada a la fatiga/energía, ¿sus dolores de cabeza ocurren con más frecuencia y severidad, o se presentan en otro lugar o punto?

- Sí
 No
 No tengo problemas con la fatiga/energía
-

75. ¿Cuánto tiempo hace que comenzó su problema con la fatiga/energía?

- Menos de 6 meses
 6-12 meses
 1-2 años
 Mas de 2 años
 He tenido problemas con la fatiga/energía desde la niñez y/o adolescencia
 No tengo problemas con la fatiga/energía
-

76. ¿Ha sido diagnosticado con Síndrome de Fatiga Crónica?

- Sí
 No
-

76a. Si usted respondió que Sí en la respuesta anterior ¿en qué año fue diagnosticado? _____

76b. ¿Actualmente está diagnosticado con Síndrome de Fatiga Crónica?

- Sí
 No
-

76c. ¿Quién le diagnosticó el Síndrome de Fatiga Crónica?

- Doctor especialista
 Médico de cabecera (atención primaria)
 Auto-diagnóstico
-

76d. ¿Alguno de los miembros de su familia ha sido diagnosticado con Síndrome de Fatiga Crónica?

- Sí
 No
-

76e. Si es Sí, por favor especifique quiénes, su relación con usted y su edad actual

77. ¿Ha experimentado algunos de los siguientes síntomas regular y repetidamente en los meses y años previos a su problema de fatiga/energía?

- Dolor de garganta
- Ganglios linfáticos dolorosos
- Sueño no-reparador
- Problemas de memoria y concentración
- Fatiga prolongada después de realizar mínimo ejercicio físico o esfuerzo mental
- Dolor muscular
- Dolores de cabeza
- Dolor en articulaciones
- No tengo problemas con la fatiga/energía

78. Si descansa, ¿su problema con la fatiga/energía desaparece?

- Totalmente
- Parcialmente
- Mi problema de fatiga/energía no mejora con el descanso
- No tengo problemas con la fatiga/energía

78a. ¿Cuánto tiempo tiene que descansar, debido a su problema de fatiga/energía, para que pueda continuar por completo o parcialmente?

- menos de 30 minutos
- 30 a 59 minutos
- 1-2 horas
- más de 2 horas

79. Si llegara a sentirse agotado después de participar activamente en actividades extracurriculares, deportes o salir con los amigos, ¿se recuperaría en el transcurso de 1 a 2 horas después de terminar las actividades?

- Sí
- No

80. ¿Reduce su nivel de actividad para evitar tener problemas con la fatiga/energía?

- Sí
- No
- No tengo problemas con la fatiga/energía

81. ¿Siente que empeora su enfermedad relacionada a la fatiga/energía después de ejecutar un mínimo esfuerzo físico?

- Sí
- No
- No tengo problemas con la fatiga/energía

81a. ¿Siente que empeora su enfermedad relacionada a la fatiga/energía después de ejecutar un mínimo esfuerzo mental?

- Sí
- No

81b. Si se siente peor después de realizar actividades, ¿cuánto tiempo se siente así?

- 1 hora o menos
- 2 - 3 horas
- 4 - 10 horas
- 11 - 13 horas
- 14 - 23 horas
- Más de 24 horas

82. ¿Generalmente desempeña cualquier tipo de ejercicio?

- Sí
- No

82a. Por favor especifique

82b. Si no hace ejercicio, ¿por qué no lo hace? (marque todas las opciones que esté de acuerdo)

- No me interesa
- No tengo tiempo
- Me gustaría, pero no puedo por problemas de fatiga/energía
- No puedo, porque el ejercicio empeora los síntomas

83. ¿Cuánto tiempo tardó en aparecer su enfermedad relacionada a la fatiga/energía?

- En 24 horas
- En el transcurso de una semana
- En el transcurso de un mes
- En el transcurso de 2-6 meses
- En el transcurso de 7-12 meses
- En el transcurso de 1-2 años
- En el transcurso de 3 o más años
- No estoy enfermo(a)

84. ¿Cómo describiría el curso de su enfermedad relacionada a la fatiga/energía?

- Empeora constantemente
- Se mejora constantemente
- Es persistente (no cambia)
- Recayendo y remitiendo (teniendo períodos buenos sin síntomas y malos períodos)
- Fluctúan (los síntomas mejoran y empeoran periódicamente, pero nunca desaparecen completamente)
- No tengo síntomas/No estoy enfermo (a)

85. ¿Qué afirmación describe mejor su enfermedad relacionada a la fatiga/energía durante los últimos 6 meses?

- No soy capaz de trabajar o de hacer nada, estoy postrado (a) en cama.
- Puedo caminar por la casa, pero no puedo hacer las tareas domésticas sencillas.
- Puedo hacer tareas domésticas sencillas, pero no puedo trabajar a media jornada.
- Puedo trabajar solo a media jornada o en responsabilidades familiares.
- Puedo trabajar a jornada completa, pero no me queda energía para nada más.
- Puedo trabajar a jornada completa y terminar algunas responsabilidades familiares, pero no me queda energía para nada más.
- Puedo hacer todo el trabajo o responsabilidades familiares sin problemas con mi energía.

86. ¿Su enfermedad relacionada a la fatiga/energía comienza después de haber experimentado algunas de las siguientes situaciones? (marque una o más opciones si procede)

- Una enfermedad infecciosa
- Un accidente
- Un viaje o vacaciones
- Una vacuna (inyección en el consultorio)
- Una cirugía
- Estrés severo (evento negativo)
- Otros
- No estoy enfermo(a)

86a. Por favor especifique una enfermedad infecciosa que precedió su enfermedad relacionada a la fatiga/energía

86b. Por favor especifique un accidente que precedió a su enfermedad relacionada a la fatiga/energía

86c. Por favor especifique un viaje o vacaciones que precedió a su enfermedad relacionada a la fatiga/energía

86d. Por favor especifique cual vacuna (inyección en el consultorio) precedió su enfermedad relacionada a la fatiga/energía

86e. Por favor especifique una cirugía que precedió a su enfermedad relacionada a la fatiga/energía

86f. Por favor especifique estrés severo (evento negativo o infeliz) que precedió a su enfermedad relacionada a la fatiga/energía

86g. Por favor especifique (otros eventos) que precedieron a su enfermedad relacionada a la fatiga/energía

87. ¿Alguna vez ha consultado a un doctor o profesional de la salud sobre su problema de fatiga/energía?

- Sí
- No

88. ¿Actualmente recibe tratamiento de un doctor sobre su problema de fatiga/energía?

- Sí
- No

89. ¿Padece alguna(s) enfermedad(es) que pudiera(n) estar causando los síntomas?

- Sí
- No

89a. ¿Qué enfermedades médicas padece? Especifique el nombre de las enfermedades y el año que comenzó

89b. ¿Para cuáles de ellas está recibiendo actualmente tratamiento?

90. ¿Actualmente toma medicamentos? (incluir con o sin receta médica)

- Sí
 No
-

90a. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente?

91. ¿Cree que algún medicamento puede estar causando su problema de fatiga/energía?

- Sí
 No
 No tengo problemas con la fatiga/energía
-

91a. Por favor especifique el medicamento

92. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado por alguno de los siguientes padecimientos? - (marque todas las opciones con las que esté de acuerdo)

- Depresión crónica
 Depresión crónica con características melancólicas o psicóticas
 Trastorno bipolar (maniaco-depresivo)
 Ansiedad
 Esquizofrenia
 Trastorno alimenticio
 Abuso de sustancias
 Sensibilidades químicas múltiples
 Fibromialgia
 Alergias
 Otras
 No tuve diagnóstico ni tratamiento
-

92a. Depresión crónica (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92b. Depresión crónica con características melancólicas o psicóticas (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92c. Trastorno bipolar (maníaco-depresivo) (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92d. Ansiedad (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92e. Esquizofrenia (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92f. Trastorno alimenticio (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92g. Abuso de sustancias (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92h. Sensibilidades químicas múltiples (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92i. Fibromialgia (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92j. Alergias (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó)

92k. Otras (por favor escriba el año(s) en que lo sufrió, el número de años de tratamiento y el medicamento, si lo tomó):

93. ¿Cuál cree usted que sea la causa de su problema de fatiga/energía?

- Definitivamente física
- Principalmente física
- Tanto física como psicológica
- Principalmente psicológica
- Definitivamente psicológica
- No tengo problemas con la fatiga/energía

94. ¿Piensa que algo específico en su vida personal o algo en su ambiente contribuye en su problema de fatiga/energía?

- Sí
- No
- No tengo problemas con la fatiga/energía

94a. Por favor especifique:

95. En las pasadas 4 semanas, ¿cuántas horas aproximadamente por semana ha hecho?

95a. Actividades relacionadas con el hogar (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

95b. Actividades sociales o recreativas (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

95c. Actividades familiares (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

95d. Actividades relacionadas con el trabajo (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

96. En las pasadas 4 semanas ¿ha tenido que reducir el número de horas que dedicaba (previamente a su enfermedad) a actividades laborales, sociales o familiares debido a su salud o problemas con la fatiga/energía?

- Sí
 No
 No tengo problemas con la fatiga/energía
-

97. Antes de su enfermedad relacionada a la fatiga/energía, ¿cuántas horas aproximadamente acostumbraba pasar en: actividades relacionadas a su hogar? (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

98. Antes de su enfermedad relacionada a la fatiga/energía, ¿cuántas horas aproximadamente acostumbraba pasar en: actividades sociales o recreativas? (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

99. Antes de su enfermedad relacionada a la fatiga/energía, ¿cuántas horas aproximadamente acostumbraba pasar en: actividades familiares? (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

100. Antes de su enfermedad relacionada a la fatiga/energía, ¿cuántas horas aproximadamente acostumbraba pasar en: actividades relacionadas al trabajo? (horas por semana)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

101. Por favor calcule la cantidad de energía que tenía disponible ayer, usando una escala de 1 a 100, donde 1= no energía y 100 = su nivel de energía antes de la enfermedad.
(Si no tiene una enfermedad relacionada a la fatiga/energía, un puntaje de 100 = tener abundante energía que pudiera trabajar tiempo completo y completar sus tareas familiares)

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

102. Por favor calcule la cantidad de energía que gastó (utilizó) ayer, usando una escala de 1 a 100, donde 1= no energía y 100 = su nivel de energía antes de la enfermedad.

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

103. Por favor calcule la cantidad de fatiga que tuvo ayer, usando una escala de 1 a 100, donde 1 = no fatiga y 100 = fatiga severa.

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

104. Durante la semana pasada, calcule la cantidad de energía que tuvo disponible en una escala de 1 a 100, donde 1= no energía y 100 = su nivel de energía antes de la enfermedad.

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

105. Durante la semana pasada, por favor calcule la cantidad de energía que gastó (usó) en una escala 1 a 100, donde 1= no energía y 100 = su nivel de energía antes de la enfermedad.

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

106. Durante la semana pasada, por favor calcule la cantidad de fatiga que tuvo ayer utilizando una escala de 1 a 100, donde 1 = no fatiga y 100 = fatiga severa.

(Por favor escriba los números (por ejemplo, 0) y no palabras (por ejemplo, cero).)

107. Desde el comienzo de sus problemas con la fatiga/energía, ¿sus síntomas han causado una reducción del 50% o más en su nivel de actividad?

- Sí
 No
 No tengo problemas con la fatiga/energía

108. ¿Frecuentemente padece de enfermedades virales con períodos prolongados de recuperación?

- Sí
 No

109. ¿Es intolerante a temperaturas extremas (cuando hace frío y/o calor extremo)?

- Sí
 No