

Calidad de vida en la sarcopenia

Este cuestionario trata sobre la **sarcopenia**

Consiste en una **debilidad muscular que aparece con la edad** y que puede repercutir en su vida cotidiana. Esta encuesta nos permitirá saber si este estado muscular **afecta a su calidad de vida actual**.

Por favor, marque **la respuesta más apropiada** para cada pregunta. Responder a este cuestionario sólo le llevará unos 10 minutos.

1. Actualmente, ¿sufre usted una disminución:

	Mucho	Bastante	Un poco	Nada en absoluto
De fuerza en los brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fuerza en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De masa muscular ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De capacidades físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flexibilidad muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Sufre usted dolores musculares?

- Frecuentemente
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

3. Cuando realiza esfuerzos físicos **ligeros** (andar despacio, planchar, Barrer la casa, lavar los platos, recoger piñas o frutos en el jardín, regar el jardín, etc.) ¿se resiente:

	Frecuentemente	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	Nunca realizo esfuerzos físicos de este tipo
De la dificultad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del cansancio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Cuando realiza esfuerzos físicos **moderados** (andar rápido, limpiar los cristales, pasar el aspirador, lavar el coche, arrancar las malas hierbas del jardín, etc.) ¿se resiente:

	Frecuentemente	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	Nunca realizo esfuerzos físicos de este tipo
De la dificultad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del cansancio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Cuando realiza esfuerzos físicos **importantes** (correr, hacer una excursión, levantar objetos pesados, mudarse, cavar en el jardín, etc.), ¿se resiente:

	Frecuentemente	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	Nunca realizo esfuerzos físicos de este tipo
De la dificultad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del cansancio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Actualmente, ¿se siente usted mayor?

- Sí, totalmente
- Sí, bastante
- Sí, un poco
- No, en absoluto

7. Si la respuesta es sí, ¿qué es lo que le produce esta impresión?

(Puede elegir varias respuestas)

- Caigo enfermo más fácilmente
- Tomo muchos medicamentos
- Siento debilidad muscular
- Tengo problemas de memoria
- Varias personas cercanas han fallecido
- Tengo menos energía, me canso más a menudo
- Mi vista ha empeorado
- Otro:

8. ¿Se siente físicamente débil?

- Sí, totalmente
- Bastante
- Un poco
- Nada en absoluto

9. Actualmente, ¿sufre limitación en:

	Mucho	Bastante	Un poco	Nada en absoluto
El tiempo de paseo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El número de veces que va andando a los sitios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las distancias de los paseos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La velocidad de su marcha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La longitud de sus pasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Cuando anda...

	Frecuentemente	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca	Ya no ando
¿Siente una fatiga importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Necesita sentarse regularmente para recuperarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultades para cruzar una carretera o una calle suficientemente rápido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultades en terrenos irregulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Tiene problemas de equilibrio?

- Frecuentemente
-
- De vez en cuando
-
- Casi nunca
-
- Nunca
-

12. ¿Se cae?

- Frecuentemente
-
- De vez en cuando
-
- Casi nunca
-
- Nunca
-

13. ¿Cree usted que su aspecto físico ha cambiado?

- Sí, totalmente
-
- Sí, bastante
-
- Sí, un poco
-
- No, en absoluto
-

14. Si la respuesta es sí, ¿de qué manera?

(Puede elegir varias respuestas)

- Cambios en el peso (aumento o pérdida de peso)
-
- Aparición de arrugas
-
- Disminución de la talla (altura)
-
- Pérdida de masa muscular
-
- Pérdida de pelo
-
- Aparición de canas/pelo gris
-
- Otro:
-

15. Si la respuesta es sí, ¿se siente inquieto por este cambio?

- Mucho
-
- Bastante
-
- Un poco
-
- Nada
-

16. ¿Tiene la sensación de ser frágil?

Sí, totalmente

Un poco

Nada en absoluto

17. Actualmente, ¿tiene dificultades para realizar estas actividades de la vida cotidiana?

	Totalmente incapaz	Mucha dificultad	Poca dificultad	Sin dificultad	Nunca realizo esta actividad
Subir un tramo de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir varios tramos de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir uno o varios escalones sin barandilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponerse de cuclillas o arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse o inclinarse para recoger un objeto del suelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse del suelo sin apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de un sillón bajo o una silla sin reposabrazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasar, de forma general, de estar sentado a ponerse de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cargar objetos pesados (bolsa de la compra grande, cacerola llena de agua, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir una botella o un tarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar el transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir o bajar de un coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer las tareas del hogar, como hacer la cama, pasar el aspirador, planchar, lavar los platos, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿La debilidad muscular limita sus movimientos?

- Sí, mucho
-
- Sí, bastante
-
- Sí, un poco
-
- No, nada
-

19. Si la respuesta es sí, ¿por qué razones? (Puede elegir varias respuestas)

- Por miedo de hacerse daño
-
- Por miedo a no poder hacerlo
-
- Por miedo a estar cansado después de estas actividades
-
- Por miedo a caerse
-
- Otros:
-

20. ¿Su debilidad muscular le impide llevar una vida sexual satisfactoria?

- Ya no tengo la ocasión de tener vida sexual
-
- Sí, totalmente
-
- Bastante
-
- Un poco
-
- Nada en absoluto
-

21. ¿Ha modificado la práctica de actividad física/deportiva?

- Ha aumentado
-
- Ha disminuido
-
- No se ha modificado
-
- Nunca he practicado actividad física o deportiva
-

22. ¿Ha modificado la práctica de actividades de ocio (salir a comer, jardinería, caza/pesca, clubs de jubilados, cartas, pasear, etc.)?

- Ha aumentado
-
- Ha disminuido
-
- No se ha modificado
-
- Nunca he practicado actividades de ocio
-