

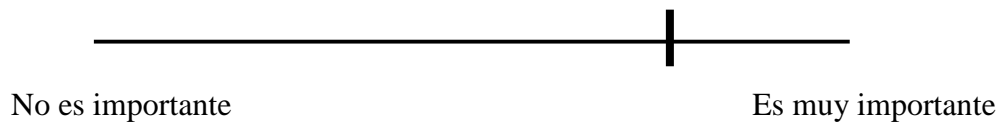
INSTRUCCIONES:

Cuando usted lea cada pregunta, recuerde que no hay respuesta correcta o incorrecta, solamente piense en su **propia opinión** sobre el t3pico/asunto y haga una marca que cruce la l3nea para mostrarnos su opini3n.

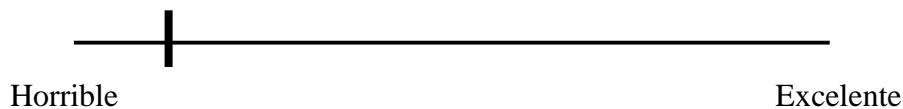
Si usted usa pr3tesis diferentes para cada actividad, por favor, escoja una que usted use m3s frecuentemente y responda todas las preguntas como si estuviera usando esa pr3tesis.

Ejemplo:

¿Cu3nto es importante para usted desayunar por la mañana?



En las 3ltimas 4 semanas, clasifique su desayuno:



O señale [] Si usted no desayun3 en las 3ltimas 4 semanas.

Estos ejemplos muestran que la persona que respondi3 a las preguntas siente que desayunar es importante para 3l. Tambi3n piensa que el desayuno que ha tomado 3ltimamente no ha sido muy bueno.

Si 3l no hubiese desayunado en las 3ltimas 4 semanas, 3l podr3a haber señalado la frase, en lugar de marcar la l3nea entre “horrible” y “excelente”.

GRUPO 1

Estas primeras preguntas son sobre su prótesis:

A. En las últimas 4 semanas, evalúe cuánto usted estuvo feliz con su prótesis:

Muy infeliz Muy feliz

B. En las últimas cuatro semanas, evalúe el ajuste/alineamiento/encaje de la prótesis:

Horrible Excelente

C. En las últimas cuatro semanas, evalúe el peso de la prótesis:

Horrible Excelente/Óptimo

D. En las últimas cuatro semanas, evalúe la comodidad al ponerse en pie con la prótesis:

Horrible Excelente/Óptimo

E. En las últimas cuatro semanas, evalúe la comodidad al sentarse con la prótesis.

Horrible

Excelente/Óptimo

F. En las últimas cuatro semanas, evalúe con qué frecuencia usted perdió el equilibrio/se desequilibró al usar la prótesis.

Todo el tiempo

Nunca/ De ningún modo

G. En las últimas cuatro semanas, evalúe cuánto esfuerzo usted hizo para usar la prótesis el tiempo que fuera necesario.

Mucho esfuerzo/Muy exhaustivo

Sin fatiga/No me cansé

H. En las últimas cuatro semanas, clasifique la sensación (tal como temperatura y textura) de la prótesis en la muñón.

La peor/Horrible

La mejor/Óptima

I. En las últimas cuatro semanas, evalúe la facilidad para colocar la prótesis.

Horrible/Muy difícil

Excelente/Fácil

J. En las últimas cuatro semanas, evalúe la apariencia de su prótesis.

Horrible

Excelente/Óptima

K. En las últimas cuatro semanas, evalúe la frecuencia con que la prótesis hace ruidos como estallidos o ranguitos

Siempre/Todo el tiempo

Nunca

L. Si hubo algún ruido en la prótesis en las últimas cuatro semanas, gradúe cuánto este ruido le incomodó.

Incomodó mucho

No incomodó

O marque [] Si no hay ruidos.

M. En las últimas cuatro semanas, evalúe el daño que la prótesis causó en sus ropas.

Gran daño/Mucho daño

Ningún daño

N. En las últimas cuatro semanas, gradúe el daño en la cubierta de la prótesis.

Mucho daño

Ningún daño

O marque [] Si no hay cubierta en la prótesis.

O. En las últimas cuatro semanas, clasifique su habilidad para usar zapatos con diferentes alturas y modelos.

No puedo usar Uso sin problema

P. En las últimas cuatro semanas, evalúe cuánto la prótesis limitó la selección de sus ropas al vestirse.

Limitó mucho No limitó

Q. En las últimas cuatro semanas, evalúe cuánto usted transpiró dentro de la prótesis (en la media).

Mucho Nada

R. En las últimas cuatro semanas, evalúe cuánto mal olor tuvo la prótesis.

Muy mal olor No tuvo mal olor

S. En las últimas cuatro semanas, diga cuánto su muñón estuvo hinchado al punto de mudar el alineamiento/encaje de la prótesis.

Siempre Nunca

T. En las últimas cuatro semanas, evalúe la lesión/erupción en la piel ocurrida en su muñón.

Muy incómoda

No incomodó mucho

O señale [] Si no hubo lesiones en el último mes.

U. En las últimas cuatro semanas, evalúe la presencia de pelos enclavados en el muñón.

Muy incómodo

No incomodó nada

O señale [] Si no hubo pelos enclavados en el muñón en el último mes.

V. En las últimas cuatro semanas, evalúe el aparecimiento de úlceras o heridas en el muñón.

Muy incómodo

Poco incómodo

O señale [] Si no aparecieron úlceras o heridas en el muñón en el último mes.

Grupo 2 – la próxima sección es sobre sensaciones del cuerpo/corpóreas muy específicas. Aquí están nuestras definiciones:

1. SENSACIONES: son sentimientos tales como presión, cosquillas, o noción/sentido de posición o localización tal como sensación de los dedos estar enrollándose. Individuos amputados han descrito sensaciones en el miembro fantasma como “mi pié ausente está envuelto/enrollado/cubierto por algodón”.

2. DOLOR: es la más extrema sensación descrita por términos como: tiros, puñaladas, puntadas o dolor.

3. MIEMBRO FANTASMA: se refiere a la parte que está faltando. Personas han descrito sensaciones y/o dolor en parte del miembro que fue amputado, o sea, en el miembro fantasma.

4. MIEMBRO RESIDUAL O MUÑÓN: se refiere a la porción de su miembro amputado que está físicamente presente, la que restó.

CONSIDERANDO LAS SENSACIONES EN SU MIEMBRO FANTASMA

A. En las últimas cuatro semanas, gradúe la intensidad con que usted observó sensaciones no dolorosas en el miembro fantasma:

- a. _____ nunca
- b. _____ sólo 1 o 2 veces
- c. _____ pocas veces (una vez por semana)
- d. _____ poco frecuente (2-3 veces por semana)
- e. _____ muy frecuente (4-6 veces por semana)
- f. _____ muchas veces todos los días
- g. _____ todo el tiempo o casi siempre

B. Si usted tuvo sensaciones no dolorosas en su miembro fantasma durante el último mes, clasifique su intensidad/fuerza, en media.

Muy intensas/Fuertes

Muy suaves/Leves/Débiles

O señale [] Yo no tuve sensaciones no dolorosas en mi miembro fantasma.

C. En el último mes ¿cuán incómodas fueran estas sensaciones en su miembro fantasma?

O En el último mes ¿cuánto estas sensaciones incomodaran su miembro fantasma?

Muy incómodas

Poco incómodas

O señale [] Yo no tuve sensaciones no dolorosas en mi miembro fantasma.

CONSIDERANDO DOLOR EN SU MIEMBRO FANTASMA

D. En las últimas 4 semanas ¿con cuánta frecuencia usted tuvo dolor en su miembro fantasma?

- a. _____ nunca
- b. _____ sólo 1 o 2 veces
- c. _____ pocas veces (una vez por semana)
- d. _____ poco frecuente (2-3 veces por semana)
- e. _____ muy frecuente (4-6 veces por semana)
- f. _____ muchas veces todos los días
- g. _____ todo el tiempo o casi siempre

E. ¿Cuánto tiempo duraba este dolor en su miembro fantasma?

- a. _____ yo no tuve dolor
- b. _____ pocos segundos
- c. _____ pocos minutos
- d. _____ de algunos minutos a una hora
- e. _____ muchas horas
- f. _____ un día o dos
- g. _____ más de 2 días

F. Si usted tuvo algún dolor en su miembro fantasma en el último mes, gradúe la intensidad promedio de este dolor:

Muy intenso

Muy débil/Suave

O señale [] Yo no tuve dolor en mi miembro fantasma.

G. En las últimas cuatro semanas, ¿cuánto este dolor incomodó su miembro fantasma?

Incomodó mucho

Incomodó poco/No incomodó mucho

O señale [] Yo no tuve dolor en mi miembro fantasma.

CONSIDERANDO DOLOR EN SU MIEMBRO RESIDUAL (MUÑÓN)

H. En las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia tuvo dolor en su miembro residual?

- a. _____ nunca
- b. _____ solamente 1 o 2 veces
- c. _____ pocas veces (una vez a la semana)
- d. _____ poco frecuente (2-3 veces por semana)
- e. _____ muy frecuente (4-6 veces por semana)
- f. _____ muchas veces todos los días
- g. _____ todo o tiempo o casi siempre

I. Si usted tuvo algún dolor en su miembro residual en las últimas 4 semanas, gradúe la intensidad media de este dolor.

Muy intenso

Muy suave

O señale [] Yo no tuve dolor en mi miembro residual.

G. Antes de las últimas 4 semanas ¿cuanto le incomodó este dolor en su miembro residual?

Incomodó mucho

No incomodó

O señale [] Yo no tuve dolor en mi miembro residual.

CONSIDERANDO EL DOLOR EN SU OTRA PIERNA/PIÉ (EL NO AMPUTADO):

K. En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia usted tuvo dolor en su otra pierna/pié?

- a. _____ nunca
- b. _____ solamente 1 o 2 veces
- c. _____ pocas veces (una vez por semana)
- d. _____ poco frecuente (2-3 veces por semana)
- e. _____ muy frecuente (4-6 veces por semana)
- f. _____ muchas veces todos los días
- g. _____ todo el tiempo o casi siempre.

L. Si usted tuvo dolor en su otra perna o pié en las últimas 4 semanas, gradúe su intensidad media:

Muy intenso

Suave/Débil

O señale [] Yo no tuve dolor en mi otra pierna/pié.

M. En las últimas 4 semanas ¿cuánto este dolor incomodó su otra pierna/pié?

Incomodó mucho

No incomodó

O señale [] Yo no tuve dolor en mi otra pierna o pié.

CONSIDERANDO DOLOR EN LA ESPALDA:

N. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia tuvo dolor en la espalda?

- a. _____ nunca
- b. _____ sólo 1 o 2 veces
- c. _____ pocas veces (una vez por semana)
- d. _____ poco frecuente (2-3 veces por semana)
- e. _____ muy frecuente (4-6 veces por semana)
- f. _____ muchas veces todos los días
- g. _____ todo el tiempo o casi siempre

O. Si usted tuvo algún dolor en la espalda en el último mes, clasifique su intensidad media.

Muy intenso

Muy suave

O señale [] Yo no tuve dolor en la espalda.

P. En las últimas 4 semanas ¿cuánto este dolor lo incomodó?

Incomodó mucho

Incomodó poco

O señale [] Yo no tuve dolor en la espalda.

Grupo 3 – esta sección es sobre los aspectos sociales y emocionales de usar una prótesis.

A. En las últimas 4 semanas, gradúe cuántas veces sintió deseos de evitar reacciones de personas extrañas respecto a su prótesis y que lo hicieron a usted evitar hacer algo que podría haber hecho.

Todo el tiempo Nunca

B. En las últimas 4 semanas, diga con qué frecuencia usted se frustró con su prótesis.

Todo el tiempo Nunca

C. Si usted se frustró con su prótesis en algún momento del último mes, piense en la ocasión más frustrante e diga cómo se sintió en ese momento.

Muy frustrado No mucho/Poco frustrado

O señale [] Yo no me frustré con mi prótesis.

Nosotros pensamos que algunas veces usted tendrá experiencias positivas e negativas con las personas más próximas. Por favor, trate de responder estas preguntas considerando todas las reacciones que usted tuvo:

D. En las últimas cuatro semanas, ¿cómo fue que su compañero(a) respondió a su prótesis?

Respondió mal

Respondió muy bien

O señale [] Yo no tengo compañero (a)

E. En el último mes, ¿cómo ésta respuesta influyó en su relación?

Muy mal

Muy bien

O señale [] Yo no tengo compañero (a)

F. Piense en dos familiares próximos (que no sean su compañero) y escriba su parentesco, como por ejemplo madre e hijo.

1 _____

2 _____

O señale [] Yo no tengo pariente próximo.

G. En el último mes ¿cómo el familiar # 1 respondió a su prótesis?

Muy mal

Muy bien

O señale [] Yo no tengo familiar próximo.

H. En el último mes ¿cómo el familiar # 2 respondió a su prótesis?

Muy mal

Muy bien

O señale [] Yo no tengo un segundo familiar próximo.

I. En las últimas 4 semanas, clasifique cuánto su prótesis fue un peso o una carga para sus compañeros o familiares.

Fue un gran peso/Carga

No fue ningún peso/Carga

O señale [] Yo no tengo compañeros o familiares.

J. En el último mes, diga cuánto su prótesis dificultó o impidió su contacto social:

Impidió mucho/bastante

No impidió mucho

K. En el último mes, clasifique su capacidad para cuidar de otra persona (Ej.: del compañero, de un niño o de un amigo).

No pude cuidar

Cuidé sin problemas

O señale [] Yo no cuido de otra persona.

Grupo 4 – esta sección es sobre su capacidad para moverse.

A. En las últimas 4 semanas, gradúe su capacidad/habilidad para andar con su prótesis.

No pude andar

Ande sin problemas/Dificultades

B. En las últimas 4 semanas, gradúe su habilidad/capacidad para andar en lugares estrechos con su prótesis.

No pude andar

Ande sin problemas

C. En las últimas 4 semanas, clasifique su habilidad para subir escaleras con su prótesis.

No pude subir/poca habilidad

Subí sin problemas

D. En las últimas 4 semanas, clasifique su habilidad para bajar escaleras con su prótesis.

No pude bajar /Poca habilidad

Bajé sin problemas

E. En las últimas 4 semanas, clasifique su habilidad para subir una rampa con su prótesis:

No pude subir/Poca habilidad

Subí sin problemas

F. En las últimas 4 semanas, gradúe su habilidad para bajar una rampa con su prótesis.

No pude bajar/Poca habilidad

Bajé sin problemas

G. En las últimas 4 semanas, gradúe su capacidad para andar por aceras y calles con su prótesis.

No pude/Poca habilidad

Ande sin dificultades

H. En las últimas 4 semanas, clasifique su habilidad para andar en superficies lisas (ejemplo piso mojado) con su prótesis.

No pude/Poca habilidad

Ande sin problemas

I. En las últimas 4 semanas, gradúe su habilidad para entrar y salir de un carro con su prótesis.

No pude/poca habilidad

conseguí sin problemas

J. En el último mes, clasifique su habilidad para sentarse y levantarse de una silla con asiento alto.

No pude/Poca habilidad

Conseguí hacerlo sin problemas

K. En el último mes, clasifique su habilidad para sentarse y levantarse de una silla con asiento bajo o asiento suave.

No pude/Poca habilidad

Conseguí hacerlo sin dificultades

L. En el último mes, clasifique su habilidad para sentarse y levantarse del inodoro/sanitario.

No pude/Poca habilidad

Conseguí hacerlo sin problemas

M. En las últimas 4 semanas, clasifique su capacidad para bañarse/darse un baño con seguridad.

No pude/Poca habilidad

Conseguí hacerlo sin problemas

Grupo 5 – las preguntas cuestionan sobre su satisfacción en situaciones particulares considerando que usted ya tuvo/sufrió una amputación.

A. En las últimas 4 semanas, gradúe su satisfacción con su prótesis.

Muy insatisfecho Muy satisfecho

B. En el último mes, clasifique cuán satisfecho usted estuvo con su manera de andar.

Muy insatisfecho Muy satisfecho

C. En el último mes, diga cuán satisfecho usted ha estado con las cosas desde su amputación.

Muy insatisfecho Muy satisfecho

D. En el último mes, clasifique su calidad de vida.

Peor vida posible Mejor vida posible

E. En el último mes, clasifique su satisfacción con el técnico/protesista que hizo su prótesis.

Muy insatisfecho

Muy satisfecho

F. En las últimas 4 semanas, gradúe su satisfacción con el entrenamiento que usted recibió para usar su prótesis.

Muy insatisfecho

Muy satisfecho

O señale _____ Yo no recibí entrenamiento actualmente.

G. En general, cuál es su grado de satisfacción con su marcha/forma de andar entrenamiento protésico que recibió desde su amputación.

Muy insatisfecho

Muy satisfecho

O señale [] Yo no recibí ningún entrenamiento desde mi amputación.

Grupo 6 – esta próxima sección solicita que usted clasifique su habilidad para realizar sus actividades diarias cuando usted tiene problemas con su prótesis.

A. Cuando el ajuste de la prótesis es malo, yo...

No consigo hacer nada

Consigo hacerlo todo

B. Cuando la comodidad de mi prótesis está disminuida, yo...

No consigo hacer nada

Consigo hacerlo todo

C. Sin mi prótesis, yo...

No consigo hacer nada

Consigo hacerlo todo

Grupo 7 – esta última sección solicita que usted clasifique la importancia que tiene la calidad de su prótesis y otros aspectos, para usted.

A. ¿Cuál es la importancia que tiene el peso de su prótesis para su bienestar?

No es muy importante

Es muy importante

B. ¿Cuál es la importancia de la facilidad para colocar su prótesis?

No es muy importante

Es muy importante

C. ¿Cuán importante es la apariencia de su prótesis?

No es muy importante

Es muy importante

D. ¿Cuán importante es para usted usar diferentes alturas y modelos de zapatos?

No es muy importante

Es muy importante

E. ¿Cuán importante es para usted la durabilidad de la cubierta de su prótesis? (no puede ser rasgada, arañada fácilmente o descolorida)

No es muy importante

Es muy importante

O señale [] No hay cubierta en la prótesis.

F. ¿Cuánto lo incomoda el sudar mucho en su prótesis? (en el encaje, en la línea y en la media)

Incomoda mucho

No mucho

G. ¿Cuánto lo incomoda a usted la inflamación (edema) en su miembro residual o muñón?

Muy incómodo

No mucho

H. ¿Cuán importante es para usted evitar los pelos enclavados en su miembro residual?

No mucho

Es muy importante

I. ¿Cuánto lo incomoda ver a las personas mirando para usted y para su prótesis?

Muy incómodo

No incomoda mucho

J. ¿Cuán importante es para usted ser capaz de subir una rampa?

No mucho

Muy importante

Anotaciones finales:

A. Si alguna de las siguientes afirmaciones ocurrió en las últimas 4 semanas, por favor, señale y describa brevemente:

_____ problema médico serio (con usted)

_____ mudanza importante en el dolor

_____ problema personal serio

_____ problema serio en la familia

_____ otro gran cambio ocurrió en su vida

Si usted señaló uno de los aspectos anteriores, por favor, haga una breve descripción.

B. Por favor, comparta con nosotros algo más sobre usted o su prótesis, que usted crea que puede ser útil para nosotros conocer (continúe en el verso de esta página, si necesita más espacio).

¡Muchas gracias!