

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA INFECCIÓN POR
CLOSTRIDIUM DIFFICILE (infección por *C. difficile*)**

Cómo rellenar el cuestionario

Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud durante los últimos 7 días. Cada pregunta tiene cinco respuestas diferentes. Para cada afirmación, rodee con un círculo o marque la casilla correspondiente a la respuesta que describa mejor cómo se siente. Responda a todas las preguntas, aunque le parezca que algunas son similares. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar. Si se equivoca, tache la respuesta incorrecta y rodee con un círculo o marque la casilla correspondiente a la respuesta que mejor se adapte a su caso. Gracias por participar.

ACTIVIDADES DIARIAS**Durante los últimos 7 días, debido a la infección por *C. difficile*,**

1. ¿ha tenido alguna dificultad y/o ha sufrido alguna interrupción al llevar a cabo sus actividades diarias?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 En absoluto Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

2. ¿ha tenido alguna dificultad al llevar a cabo sus actividades de ocio, como cuidar del jardín, pasear, etc.?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 En absoluto Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

3. ¿ha tardado más tiempo en realizar ciertas tareas en el trabajo (incluidas las tareas en casa)?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 En absoluto Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

4. ¿la infección por *C. difficile* le ha impedido salir de casa?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 Nunca Casi nunca A veces A menudo Siempre

ANSIEDAD

5. ¿Teme que la infección por *C. difficile* pueda volver otra vez?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 En absoluto Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

6. ¿Teme que la infección por *C. difficile* pueda empeorar en el futuro?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 En absoluto Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

7. ¿Teme que la infección por *C. difficile* pueda volver a aparecer la próxima vez que necesite antibióticos?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
 En absoluto Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

Durante los últimos 7 días,

8. ¿le ha preocupado no saber cuándo podría volver a tener diarrea?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nunca | Casi nunca | A veces | A menudo | Siempre |

DIETA

9. ¿Teme que algún alimento haga que la infección por *C. difficile* empeore?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| En absoluto | Un poco | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |

Durante los últimos 7 días, debido a la infección por *C. difficile*,

10. ¿se ha sentido frustrado/a con respecto a lo que puede comer y cuándo puede comerlo?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| En absoluto | Un poco | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |

SUEÑO

Durante los últimos 7 días,

11. ¿ha tenido problemas para dormir debido a la infección por *C. difficile*?

₁
Nunca

₂
Casi nunca

₃
A veces

₄
A menudo

₅
Siempre

12. ¿se ha despertado del sueño debido a la infección por *C. difficile*?

₁
Nunca

₂
Casi nunca

₃
A veces

₄
A menudo

₅
Siempre

MOLESTIAS

Durante los últimos 7 días,

13. ¿le ha molestado el dolor abdominal?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| En absoluto | Un poco | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |

14. ¿le ha molestado la flatulencia (los gases)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| En absoluto | Un poco | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |

15. ¿le ha molestado la distensión o hinchazón abdominal?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| En absoluto | Un poco | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |

16. ¿ha evitado ponerse algunas prendas (ropa ajustada, vestidos, ropa de colores claros, etc.)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nunca | Casi nunca | A veces | A menudo | Siempre |

17. ¿Le ha molestado el olor provocado por la diarrea asociada con la infección de *C. difficile*?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nunca | Casi nunca | A veces | A menudo | Siempre |

18. ¿le ha molestado el tiempo que ha tenido que pasar en el baño?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Nunca | Casi nunca | A veces | A menudo | Siempre |

HACER FRENTE A LA ENFERMEDAD/PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Nota: Las siguientes frases son afirmaciones. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con ellas.

19. Siento que mi salud es más delicada que la de los demás.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

20. Considero que mi salud es excelente.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

21. A pesar de la infección por *C. difficile* puedo llevar una vida normal.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

CONTROL DE LA ENFERMEDAD

22. Siento que no puedo controlar la infección por *C. difficile*.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Totalmente en
desacuerdo | Bastante en
desacuerdo | No lo sé | Bastante de
acuerdo | Totalmente de
acuerdo |

23. No sé lo que debería hacer cuando tengo una infección por *C. difficile*.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Totalmente en
desacuerdo | Bastante en
desacuerdo | No lo sé | Bastante de
acuerdo | Totalmente de
acuerdo |

REPERCUSIÓN DEL ESTRÉS

24. Creo que cualquier tipo de estrés puede empeorar la infección por *C. difficile*.

 ₁

Totalmente en
desacuerdo

 ₂

Bastante en
desacuerdo

 ₃

No lo sé

 ₄

Bastante de
acuerdo

 ₅

Totalmente de
acuerdo

DISFORIA

25. Me siento irritable debido a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

26. Me siento aislado/a de los demás debido a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

27. Me siento deprimido/a debido a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

28. Siento que disfruto menos de la vida debido a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

29. Me preocupa que pueda transmitir la infección por *C. difficile* a mi familia y/o a mis amigos.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

30. Me siento muy estresado/a debido a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

RELACIONES

31. Me resulta difícil estar con gente que no conozco debido a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

32. La infección por *C. difficile* afecta a mis relaciones con las personas más cercanas.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

REACCIÓN SOCIAL

33. Siento que irrito a los demás debido a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

34. Siento que nadie entiende mis problemas debidos a la infección por *C. difficile*.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

35. Tengo que ocultar la infección por *C. difficile* a mi familia y/o a mis amigos.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	No lo sé	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

36. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la última semana (es decir, cómo le han ido las cosas)?

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Muy mala, no podría ser peor	Bastante mala	Buena y mala a partes iguales	Bastante buena	Muy buena, no podría ser mejor