



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú



San Isidro, 14 NOV. 2017

OFICIO MÚLTIPLE N° 39800 -2017-SBS

Señor Doctor
PRESIDENTE DE COMITÉ MÉDICO
Presente.-

Asunto : Evaluación y Calificación de Invalidez por Lupus Eritematoso Sistémico
Médico Consultor; Guía de evaluación

Referencia : Resolución SBS N° 4121-2017 y Oficio Múltiple N° 38403-2017-SBS

Me dirijo a usted, con relación al último párrafo del Oficio Múltiple N° 38403 -2017-SBS, en atención del cual, se remite la guía de evaluación que debe ser utilizada, con carácter obligatorio, por los médicos consultores, respecto de las solicitudes-SECI¹ presentadas desde el 23 de octubre del presente año, y que resulten pasibles de ser evaluadas por los comités médicos del SPP² por aplicación de la Resolución SBS N° 4121-2017.

Sobre el particular, cabe señalar lo siguiente:

- 1) **Comités médicos: documentos a remitir al médico consultor.-** En la oportunidad que los comités médicos soliciten al médico consultor realizar una evaluación (a través de la orden de examen médico consultor a que hace referencia el artículo 199° del Título VII³), deberán proporcionar a este, los siguientes documentos:
 - a) Copia de la SECI, correspondiente al afiliado;
 - b) Copia de la Declaración Jurada N° 18⁴.
- 2) **Médico consultor: documentos a remitir a comités médicos.-** En la oportunidad que el médico consultor remita los resultados de la evaluación al comité médico que corresponda, deberá hacer uso de la guía de evaluación que se adjunta como anexo, la misma que debe estar debidamente llenada. Asimismo, cabe precisar que, el incumplimiento de ello, es susceptible de requerimiento de pedidos de subsanación por parte de los referidos comités.
- 3) **Médico consultor: aplicación del protocolo establecido con Oficio Múltiple N° 34856-2013-SBS⁵.** El formato establecido mediante el referido oficio -refrenda el proceso a observar-, no resulta aplicable respecto a los casos materia del presente, estos son, solicitudes de evaluación

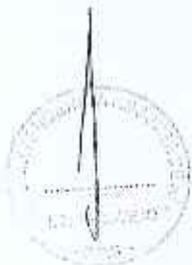
¹ Corresponde a la Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez (SECI).

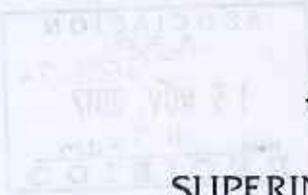
² Corresponde al Comité Médico de las AFP y al Comité Médico de la Superintendencia.

³ Corresponde al Título VII del Compendio de Normas de Superintendencia Reglamentarias del Sistema Privado de Pensiones, aprobado por Resolución N° 232-96-EF/SAFP, y sus modificatorias.

⁴ Corresponde a la Declaración Jurada del afiliado y/o beneficiario que suscribe una solicitud de evaluación y calificación de Invalidez (SECI) en el Sistema Privado de Pensiones (SPP).

⁵ Corresponde al Protocolo de evaluación y calificación de Invalidez vinculado a Evaluación de Médico Consultor, y que se encuentra publicado en el Portal Institucional (www.sbs.gob.pe).





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

por Lupus Eritematoso Sistémico presentadas desde el 23 de octubre del presente año, en adelante.

Finalmente, esta Superintendencia pone en conocimiento lo anteriormente expuesto, a fin de que sea tomado en cuenta por su representada. Asimismo, a modo referencial, cabe señalar que, el manual y los protocolos para evaluar y calificar la invalidez en el SPP, se encuentran publicados en la siguiente dirección: www.sbs.gob.pe, opción "Sistema Privado de Pensiones". Adicionalmente, y respecto al procedimiento operativo contenido en el referido Título VII, este se encuentra publicado en la siguiente dirección: www.sbs.gob.pe, siguiendo la ruta "Regulación", "Sistema Privado de Pensiones", "Compendio de Normas Reglamentarias del SPP".

Atentamente,


JORGE MOGROVEJO GONZÁLEZ
Superintendente Adjunto de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones



HCV/z

Adj. : Anexo con cartilla de evaluación por Lupus Eritematoso Sistémico.

C.C. Profuturo AFP, Prima AFP, AFP Hábitat y AFP Integra
D/S
Médicos Consultores



El presente anexo contiene información referida a:

- Guía a ser llenada por el Médico Consultor respecto a un afiliado (páginas 1-5)
- Cuestionarios y otros (página 6-13).

I. GUÍA DE EVALUACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El uso de la presente guía es de carácter obligatorio para todos los médicos consultores que den atención a una solicitud de evaluación de los comités médicos del SPP.

A. ASPECTOS PERSONALES

Marque con una "X" el recuadro correspondiente a cada ítem según corresponda:

Aspectos a valorar (Factores pronósticos)	Escalas	Marcar lo que corresponda
Edad	Menor o igual a 30 años	
	Mayor a 30 y menor a 50 años	
	Mayor o igual a 50 años	
Nivel de Formación	Estudios elementales	
	Estudios secundarios	
	Estudios superiores	
Situación económica ¹	Mala	
	Media	
	Buena	
Apoyo del entorno (familiar o de otro tipo) ²	Sin apoyo	
	Apoyo parcial	
	Apoyo completo/buena	
Situación laboral: Desempleo, o si trabaja: tiempo de subsidio en el último año	Desempleo	
	Sin subsidio	
	Menor a 3 meses	
	Mayor o igual a 3 y menor o igual a 5 meses	
	Mayor a 5 meses	

¹ Consignar información según lo siguiente:

- Mala: Sin empleo.
- Medial: Con subsidios.
- Buena: Con empleo.

² Consignar información según lo siguiente:

- Sin apoyo: persona que vive sola.
- Apoyo parcial: persona que recibe apoyo de familiar o instituciones sociales durante algunos días de la semana, para atender sus actividades de la vida diaria.
- Apoyo completo/buena: persona que cuenta con grupo familiar, o instituciones sociales que le brindan apoyo durante todos los días de la semana para atender sus actividades de la vida diaria.



B. ASPECTOS CLÍNICOS-TERAPEÚTICOS

B.1 ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD - CUESTIONARIO SLEDAI (ver cuestionario SLEDAI en páginas 6 y 7)

Con respecto a la actividad de la enfermedad, marque con una "X" el recuadro que corresponda.

ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD		Marcar lo que corresponda
Puntuación < 3	Enfermedad leve o poco activa	
Puntuación ≥3 y ≤12	Enfermedad moderadamente activa	
Puntuación >12	Enfermedad severa o muy activa	

B.2 DAÑO IRREVERSIBLE – CUESTIONARIO SLICC/ACR (ver cuestionario SLICC/ACR en página 8)

Con respecto al daño irreversible, marque con una "X" el recuadro que corresponda.

DAÑO IRREVERSIBLE		Marcar lo que corresponda
Puntuación < 10	Leve Daño Estructural	
Puntuación ≥10 y < 25	Moderado Daño estructural	
Puntuación ≥ 25 y ≤ 50	Severo Daño estructural	

B.3 GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD - KATZ (ver KATZ en página 9)

Con respecto a la gravedad de la enfermedad, marque con una "X" el recuadro que corresponda.

GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD		Marcar lo que corresponda
Puntuación <4	Leve	
Puntuación ≥4 y < 8	Moderada	
Puntuación ≥ 8 y ≤ 13	Severa	

B.4 ASPECTOS TERAPEÚTICOS**

Con respecto a los aspectos terapéuticos, marque con una "X" el recuadro que corresponda.

ASPECTOS TERAPEÚTICOS			Marcar lo que corresponda
Valoración de la respuesta al tratamiento administrado	Buena Supresión del dolor y mejora de la funcionalidad	Leve	
	Regular Alivio parcial del dolor y mejora parcial de la funcionalidad	Moderada	
	Mala No mejora el dolor ni la funcionalidad	Severa	





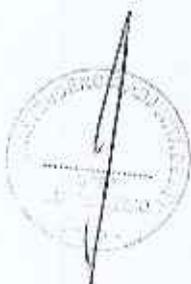
Valoración de los efectos adversos de los tratamientos	Efectos gástricos	Leve ≤ 1 efecto adverso	
	Efectos inmunodepresores	Moderada = 2 o 3 efectos	
	Otros: HTA, aumento de transaminasas, etc.	Severa > 3 efectos	

** En caso de no llevar tratamiento, no se aplicará la valoración hasta que lo inicie y lleve al menos 3 meses con él.

B.5 COMORBILIDADES ASOCIADAS

Con respecto a las comorbilidades asociadas a la enfermedad, marque con una "X" el recuadro que corresponda.

COMORBILIDADES ASOCIADAS				Marcar lo que corresponda
Riesgo cardiovascular incrementado: Diabetes Mellitus, HTA, Dislipemia	Si	No	Leve al menos 1 de las patologías asociadas	
Afectación sistémica multiorgánica: neurológica, psiquiátrica, renal, ósea, infecciosas, etc.	Si	No	Moderada al menos 2 o 3 de las patologías asociadas	
Otras: neoplásicas	Si	No	Severa Más de 3 patologías asociadas	



C. ASPECTOS LABORALES

La presente puntuación proviene de los resultados obtenidos por aplicación del cuadro C.2 siguiente, denominado "Check-list-Situación Laboral".

C.1 ASPECTOS LABORALES		
Puntuación	Incapacidad	Marcar lo que corresponda
0 - 54	Leve	
55 - 108	Moderado	
109 - 156	Severo	



C.2 CHECK LIST-SITUACIÓN LABORAL					
Tareas Puntuación (entre 0 - 6)		No procede	1/3 jornada	2/3 jornada	Toda la jornada
Movilización manual de cargas	MMC menor o igual 5 kg	0	1	2	3
	MMC mayor 5 y menor o igual 10 kg	0	2	3	4
	MMC mayor 10 y menor o igual 25 kg	0	3	4	5
	MMC mayor 25 kg	0	4	5	6
Movimientos repetitivos	MR Hombro elevación > 90°	0	2	4	6
	MR flexo-ext o prono-sup. de muñeca	0	2	4	6
	Flex-ext. Tronco	0	2	4	6
Posturas prolongadas	Deambulacion prolongada	0	2	4	6
	Sedestacion continuada	0	2	4	6
	Bipedestacion continuada	0	2	4	6
Organización del trabajo	Trabajo continuo y sin alternancia de tareas en su trabajo	0	2	4	6
	Realiza tareas repetitivas/monótonas	0	2	4	6
	Posturas fijas y sin alternancia de posiciones en su trabajo	0	2	4	6
	No puede realizar pausas para descansar durante el trabajo	0	2	4	6
	Es capaz de finalizar las tareas que le encomiendan en su trabajo	0	2	4	6
	Tiene trabajo a turnos/nocturno (valorar la jornada mensual)	0	2	4	6
Condiciones laborales	La carga de trabajo es inadecuada (excesiva, irregular, no adaptada a sus capacidades...)	0	2	4	6
	Las condiciones medioambientales de su trabajo (temperatura, humedad...) empeoran su cuadro clínico	0	2	4	6
	No dispone de elementos de apoyo en sus tareas (aparatos, instrumentos, máquinas...)	0	2	4	6
	Realiza trabajo en altura (>3 m)	0	2	4	6
	Realiza trabajo en espacios confinados (túnel, desagüe, foso...)	0	2	4	6
	Realiza trabajos eléctricos a tensión	0	2	4	6
	Tiene que conducir en su trabajo	0	2	4	6
	Maneja máquinas o herramientas de riesgo	0	2	4	6
	Maneja sustancias químicas peligrosas	0	2	4	6
	Está expuesto a contaminantes biológicos	0	2	4	6
	Realiza tareas que requieran atención/concentración alta	0	2	4	6

(Total puntuación máxima = 156)





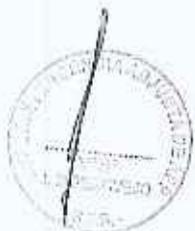
SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Anexo del Oficio Múltiple N° 39800 -2017-SBS

D. ASPECTOS SOCIALES-CALIDAD DE VIDA (ver cuestionario de salud SF-36 en páginas 10-13)

Con respecto a los aspectos sociales –calidad de vida, marque con una "X" el recuadro que corresponda.

D.1 ASPECTOS SOCIALES-CALIDAD DE VIDA		
Puntuación SF 36	Calidad de vida-Salud Total	Marcar lo que corresponda
< 25	Mala	
≥ 25 <50	Regular	
≥50 < 75	Buena	
≥75 ≤100	Muy Buena	





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Anexo del Oficio Múltiple N° 39 800 -2017-SBS

CUESTIONARIOS

1. ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: CUESTIONARIO SLEDAI (RANGO 0-105)

(Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)

Se trata de un índice que evalúa la presencia de actividad lúpica mediante una serie de síntomas clínicos y medidas de laboratorio.

Mide Actividad clínica. Recoge la información de un total de 16 compromisos clínicos (presencia de convulsiones, psicosis, síndrome orgánico cerebral, alteraciones en la visión, afectación de pares craneales, cefalea, ACV, vasculitis, artritis, miositis, rash, alopecia, úlceras, pleuritis, pericarditis y fiebre) y 8 medidas de laboratorio (alteraciones en el sedimento urinario, hematuria, proteinuria, piuria, complemento, anti-DNA, trombocitopenia y leucopenia). Su puntuación varía de 0 -105

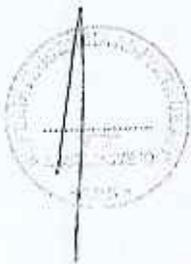
- o **Calculadora:** <http://tools.farmacologiaclinica.info/index.php?sid=10052>
- o **Puntuación SLDAI:** https://www.cxmd.com/calculate/calculator_335/sledai-2k





Tabla 1. Índice de actividad del lupus eritematoso sistémico (SLEDAI).

Puntaje	Manifestación	Definición
8	Convulsión	De inicio reciente. Exclusión de drogas, infecciones o alteraciones metabólicas como causas.
8	Psicosis	Alteración en las capacidades para desempeñar actividades normales debido a trastornos severos en la percepción de la realidad. Incluyen: alucinaciones, incoherencia, marcada pérdida de asociaciones, contenido del pensamiento pobre, marcado pensamiento ilógico, comportamiento bizarro, desordenado y catatónico. Exclusión de uremia y drogas como causas.
8	Síndrome cerebral orgánico	Función mental alterada con orientación, memoria u otra función intelectual inapropiadas, con hallazgos clínicos de rápido inicio y fluctuantes. Incapacidad para sostener la atención al medio ambiente, más al menos dos de los siguientes: alteraciones de la percepción, habla incoherente, insomnio o somnolencia diurna o aumento o disminución de la actividad psicomotora. Exclusión de drogas, infecciones o alteraciones metabólicas como causas.
8	Trastornos visuales	Cambios sugestivos de LES en retina: cuerpos citoides, hemorragias, exudados serosos o hemorragias en la coroides, o neuritis óptica. Exclusión de HTA, infección o drogas como causas.
8	Alteración de nervios craneales	Neuropatía o sensitiva o motora de inicio reciente que compromete a nervios craneales.
8	Cefalea por LES	Cefalea severa, persistente; puede ser migrañosa, pero no responde a analgesia con narcóticos.
8	Accidente cerebro-vascular	Accidente cerebro-vascular de inicio reciente. Exclusión de arteriosclerosis.
8	Vasculitis	Ulceración, gangrena, nódulos digitales dolorosos, infartos periungueales, hemorragias en estilla o vasculitis demostrada por biopsia o angiograma.
4	Artritis	≥ 2 articulaciones dolorosas e inflamadas (ej. sensibilidad, edema o derrame).
4	Miositis	Dolor y debilidad de músculos proximales, asociado con CPK, aldolasa o cambios electromiográficos o una biopsia que demuestre miositis.
4	Cilindros urinarios	Cilindros eritrocitarios o hemo-granulares.
4	Hematuria	> 5 eritrocitos por campo de alto poder. Exclusión de infección, cálculos u otra causa.
4	Proteinuria	> 0.5 gramos/24 horas
4	Piuria	> 5 leucocitos por campo de alto poder. Exclusión de infección.
2	Erupción	Erupción de tipo inflamatorio.
2	Alopecia	Perdida anormal difusa o en parcha del cabello.
2	Úlceras en mucosas	Úlceras orales o nasales.
2	Pleuritis	Dolor pleurítico con frote o derrame pleural, o engrosamiento pleural.
2	Pericarditis	Dolor pericárdico con al menos uno de los siguientes: frote, derrame, o hallazgos electrocardiográficos o confirmación por ecocardiograma.
2	Complemento bajo	Bajos niveles de CH50, C3 y C4.
2	Aumento de anti-DNA de cadena cople	Aumento por método de FARR por encima del valor normal*
1	Fiebre	> 38°C. Exclusión de infección como causa.
1	Thombocitopenia	< 100.000 plaquetas / x10 ⁹ /L, exclusión de drogas como causas.
1	Leucopenia	< 3.000 leucocitos / x10 ⁹ /L, exclusión de drogas como causas.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Anexo del Oficio Múltiple N° 39 800 -2017-SBS

**2. VALORACIÓN DAÑO IRREVERSIBLE / DAÑO ESTRUCTURAL- CUESTIONARIO
SLICC/ACR**

(Systemic Lupus International Collaborating Clinic)

- Se trata de un índice que evalúa el daño irreversible producido en 9 órganos distintos desde el diagnóstico de LES. Mide daño estructural.
- Cada lesión debe ser evaluada si el daño está presente, al menos durante 6 meses. Por definición el daño debe ser irreversible, no relacionado con la actividad inflamatoria.
- No se puede puntuar la misma lesión 2 veces.
- RANGO: 0-50

	Puntos	Fecha
OCULAR		
• Catarata(s) en algún momento en cualquier ojo (documentada con oftalmoscopio)	1	
• Cambios en la retina o atrofia óptica (documentados con oftalmoscopio)	1	
NEUROPSIQUIÁTRICO		
• Deterioro cognitivo (p. ej.: déficit de memoria, dificultad para el cálculo, pobre concentración, dificultad en el lenguaje hablado o escrito...) o psicosis mayor	1	
• Convulsiones que precisen tratamiento durante 6 meses	1	
• Accidente cerebrovascular o resección quirúrgica (por causa no maligna) (puntuar 2 si > 1)	1 2	
• Neuropatía craneal o periférica (excluyendo óptica)	1	
• Mielitis transversa	1	
RENAL		
• Aclaramiento de creatinina (estimado / medido) < 50%	1	
• Proteinuria ≥ 3.5g/24 horas	1	
• Fallo renal terminal (independientemente de diálisis o trasplante renal)	3	
PULMONAR		
• Hipertensión pulmonar (prominencia ventricular derecha o refuerzo del segundo tono)	1	
• Fibrosis pulmonar (examen físico y radiografía)	1	
• "Pulmón encogido" (radiografía)	1	
• Fibrosis pleural (radiografía)	1	
• Infarto pulmonar (radiografía) o resección quirúrgica (por causa no maligna)	1	
CARDIOVASCULAR		
• Angina o bypass coronario	1	
• Infarto de miocardio (puntuar 2 si > 1)	1 2	
• Cardiomiopatía (disfunción ventricular)	1	
• Enfermedad valvular (soplo diastólico o sistólico > 3/6)	1	
• Pericarditis durante 6 meses o pericardiectomía	1	
VASCULAR PERIFÉRICO		
• Claudicación durante 6 meses	1	
• Pérdida tisular pequeña (pulpejo de los dedos)	1	
• Pérdida tisular importante (dedo o extremidad) (puntuar 2 si > 1)	1 2	
• Trombosis venosa con tumefacción, ulceración o evidencia clínica de estasis venosa	1	
GASTROINTESTINAL		
• Infarto o resección intestinal por debajo de duodeno, resección de bazo, hígado o vesícula de cualquier causa (puntuar 2 si > 1) Insuficiencia mesentérica	1 2	
• Peritonitis crónica	1	
• Estenosis o cirugía gastrointestinal alta	1	
• Insuficiencia pancreática que precise sustitución enzimática	1	
MÚSCULOESQUELÉTICO		
• Atrofia muscular o debilidad	1	
• Artritis deformante o erosiva (incluye deformidades reversibles, excluye necrosis avascular)	1	
• Osteoporosis con fractura o colapso vertebral (excluye necrosis avascular)	1	
• Necrosis avascular (diagnosticada con técnica de imagen) (puntuar 2 si > 1)	1 2	
• Osteomielitis (con evidencia microbiológica)	1	
• Rotura tendinosa	1	
CUTÁNEO		
• Alopecia crónica cicatricial	1	
• Cicatrices extensas o secuelas de paniculitis (excluyendo cuero cabelludo o pulpejos)	1	
• Ulcera cutánea durante > 6 meses (excluyendo trombosis)	1	
FALLO GONADAL PREMATURO (amenorrea secundaria antes de los 40 años)	1	
DIABETES MELLITUS (independientemente del tratamiento)	1	
MAIGNIDAD (excluyendo displasia) (puntuar 2 si > 1 sitio)	1 2	

Daño (cambio irreversible, no relacionado con inflamación activa) que ocurre desde el diagnóstico del lupus, confirmado por evaluación clínica y presente durante ≥ 6 meses a menos que se indique lo contrario. Episodios repetidos deben ocurrir separados ≥ 6 meses para puntuar 2. La misma lesión no puede puntuar 2.



3. ÍNDICE DE GRAVEDAD DE KATZ (RANGO 0-13)

MANIFESTACION	Corresponde	Puntuación
Cerebral (convulsiones, psicosis, síndrome cerebral orgánico)	2 puntos	
Pulmonar (Neumonitis, hemorragia alveolar, hipertensión pulmonar)	2 puntos	
Nefritis crónica (clasificación OMS, biopsia)	2 puntos	
Nº Criterios de LES (acumulados):	4-6	1 punto
	≥ 7	2 puntos
Proteinuria (2+ o más, muestra, en cualquier momento)	1 punto	
Hematocrito (el más bajo registrado, excluir ferropenia):	30-37%	1 punto
	< 30%	2 puntos
Creatinina (la más alta registrada)	1,3-3	1 punto
	> 3	2 puntos
TOTAL		

4. CALCULADORA SF 36: <http://www.ugr.es/~abfr/sf36/>



1.	<input type="text"/>	11.	<input type="text"/>	21.	<input type="text"/>	31.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	12.	<input type="text"/>	22.	<input type="text"/>	32.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	13.	<input type="text"/>	23.	<input type="text"/>	33.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	14.	<input type="text"/>	24.	<input type="text"/>	34.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	15.	<input type="text"/>	25.	<input type="text"/>	35.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	16.	<input type="text"/>	26.	<input type="text"/>	36.	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	17.	<input type="text"/>	27.	<input type="text"/>		
8.	<input type="text"/>	18.	<input type="text"/>	28.	<input type="text"/>		
9.	<input type="text"/>	19.	<input type="text"/>	29.	<input type="text"/>		
10.	<input type="text"/>	20.	<input type="text"/>	30.	<input type="text"/>		

Resultado

- 1. Función Física
- 2. Rol Físico
- 3. Dolor
- 4. Salud General
- 5. Vitalidad
- 6. Función Social
- 7. Rol Emocional
- 8. Salud Mental
- 9. Transición de Salud

Exportar

◀ CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 ▶



5. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (versión 11 preguntas)

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Malá

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

