CUESTIONARIO

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FM Y SOSPECHA
DIAGNÓSTICA DE EM/SFC Y SQM DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Paciente:

☐ Manifiesto mi voluntad libre e informada de aceptar mi participación en el estudio.

DePaul Symptom Questionnaire – Short Form

Clique sobre el número que corresponda a la frecuencia y severidad de cada uno de los síntomas que se recogen en el listado inferior.

Por favor, cumplimente el cuestionario de izquierda a derecha.

Frecuencia	Severidad
Durante los **pasados 6 meses**, ¿con cuanta frecuencia ha tenido usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = nunca 1 = poco tiempo 2 = la mitad del tiempo 3 = la mayor parte del tiempo 4 = todo el tiempo	Durante los **pasados 6 meses**, ¿cuánto le ha molestado a usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = este síntoma no se presenta 1 = es leve 2 = es moderado 3 = es severo 4 = es muy severo

Síntoma	Frecuencia	Severidad

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

1. Fatiga /cansancio extremo *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
2. Dolor o fatiga al día siguiente de actividades diarias no extenuantes *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
3. Un mínimo de ejercicio hace que usted se sienta físicamente cansado*	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
4. No se siente descansado al despertarse por la mañana *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
5. Dolor en sus músculos *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
6. Hinchazón *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
7. Problemas para recordar cosas *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
8. Dificultad en poner atención por un período largo de tiempo *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
9. Problemas de intestino irritable *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

DePaul Symptom Questionnaire – Short Form

Frecuencia	Severidad
Durante los **pasados 6 meses**, ¿con cuanta frecuencia ha tenido usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = nunca 1 = poco tiempo 2 = la mitad del tiempo 3 = la mayor parte del tiempo 4 = todo el tiempo	Durante los **pasados 6 meses**, ¿cuánto le ha molestado a usted este síntoma? Clique sobre el número que corresponda para cada síntoma que se recoge en el listado inferior teniendo en cuenta que: 0 = este síntoma no se presenta 1 = es leve 2 = es moderado 3 = es severo 4 = es muy severo

Síntoma	Frecuencia	Severidad
* *Todas las preguntas son obligatorias.*		
10. Se siente inestable al estar de pie, como si fuera a caerse*	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
11. Extremidades frías (por ej: brazos, piernas, manos) *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
12. Siente frío o calor sin razón aparente *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
13. Siente síntomas de gripe *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
14. Algunos olores de comida, medicinas, o químicos le dan náuseas *	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

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 seleccione la opción que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

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

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

2. ¿Cómo diría 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

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?

[3]a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. *

- ○ Sí, me limita mucho
- ○ Sí, me limita un poco
- ○ No, no me limita nada

[3]b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. *

- ○ Sí, me limita mucho
- ○ Sí, me limita un poco
- ○ No, no me limita nada

Su Salud y Bienestar

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

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?

[3]c. Coger o llevar la bolsa de la compra. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]d. Subir varios pisos por la escalera. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]e. Subir un sólo piso por la escalera. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]f. Agacharse o arrodillarse. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]g. Caminar un kilómetro o más. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]h. Caminar varios centenares de metros. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]i. Caminar unos 100 metros. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

[3]j. Bañarse o vestirse por sí mismo. *

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

Su Salud y Bienestar

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

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?

4a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

4b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

4c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

4d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

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)?

5a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Su Salud y Bienestar

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

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)?

5b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

5c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

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

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

Su Salud y Bienestar

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

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

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...

9a. se sintió lleno de vitalidad? *

- ( ) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Algunas veces
- ( ) Sólo alguna vez
- ( ) Nunca

9b. estuvo muy nervioso? *

- ( ) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Algunas veces
- ( ) Sólo alguna vez
- ( ) Nunca

9c. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? *

- ( ) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Algunas veces
- ( ) Sólo alguna vez
- ( ) Nunca

9d. se sintió calmado y tranquilo? *

- ( ) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Algunas veces
- ( ) Sólo alguna vez
- ( ) Nunca

9e. tuvo mucha energía? *

- ( ) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Algunas veces
- ( ) Sólo alguna vez
- ( ) Nunca

Su Salud y Bienestar

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

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...

[9]f. se sintió desanimado y deprimido? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

[9]g. se sintió agotado? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

[9]h. se sintió feliz? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

[9]i. se sintió cansado? *

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

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

Su Salud y Bienestar

* *Todas las preguntas son obligatorias.*

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

11a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas *

- ( ) Totalmente cierta
- ( ) Bastante cierta
- ( ) No lo sé
- ( ) Bastante falsa
- ( ) Totalmente falsa

11b. Estoy tan sano como cualquiera *

- ( ) Totalmente cierta
- ( ) Bastante cierta
- ( ) No lo sé
- ( ) Bastante falsa
- ( ) Totalmente falsa

11c. Creo que mi salud va a empeorar *

- ( ) Totalmente cierta
- ( ) Bastante cierta
- ( ) No lo sé
- ( ) Bastante falsa
- ( ) Totalmente falsa

11d. Mi salud es excelente *

- ( ) Totalmente cierta
- ( ) Bastante cierta
- ( ) No lo sé
- ( ) Bastante falsa
- ( ) Totalmente falsa

Exposiciones a sustancias químicas

Los siguientes ítems tratan sobre **su respuesta a diversos olores o exposiciones químicas**. Por favor indique si estos olores o exposiciones le harían sentirse mal o no, si por ejemplo tendría dolor de cabeza, dificultad para pensar, se sentiría débil, tendría dificultad para respirar, molestias gástricas, se sentiría mareado, o algo similar. Para cualquier exposición que le haga sentirse mal, considere en una escala de 0 -10 la gravedad de los síntomas con esa exposición. Para las exposiciones que no le molestan, responda "0". No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. Gases de escape de motores de diesel o gasolina	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
2. Humo de tabaco	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
3. Insecticidas	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
4. Gasolina, por ejemplo en la estación de servicio mientras llena el depósito de gasolina	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
5. Pintura o disolvente de pintura	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
6. Productos de limpieza como desinfectantes, lejía, o productos de limpieza para el baño o el suelo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
7. Ciertos perfumes, ambientadores u otras fragancias	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
8. Alquitrán fresco o asfalto	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
9. Esmalte de uñas, quitaesmaltes o laca	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
10. Nuevo mobiliario, como moqueta nueva, una cortina de ducha de plástico nueva o el interior de un coche nuevo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

A continuación, puede nombrar cualquier exposición química adicional que le haga sentirse mal y puntúelas de 0 a 10

	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

Otras exposiciones

Los siguientes ítems tratan sobre **sus reacciones a una variedad de otras exposiciones**. Como antes, por favor indique si estas exposiciones le harían sentirse mal. Marque en la escala de 0 a 10 la gravedad de los síntomas. No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. Agua del grifo tratada con cloro	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
2. Alimentos concretos, tales como dulces, pizza, leche, comidas grasas, carnes, barbacoa, cebollas, ajo, comidas picantes o aditivos como el glutamato monosódico	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
3. Antojos inusuales, o comer cualquier alimento como si usted fuese adicto a ello, o sentirse mal si se salta una comida	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
4. Sentirse mal tras las comidas	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
5. Cafeína, como café, té, refrescos a base de té, bebidas de cola u otros refrescos, como bebidas energizantes o chocolate	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
6. Sentirse mal si bebe o come menos de la cantidad habitual de café, té, refrescos con cafeína, o chocolate, o los omite por completo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
7. Bebidas alcohólicas en pequeñas cantidades como una cerveza o un vaso de vino	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
8. Telas, joyas, cremas, cosméticos u otros artículos que tocan su piel	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
9. Ser incapaz de tolerar o tener reacciones adversas o alérgicas a algunos fármacos o medicaciones: como antibióticos, anestésicos, analgésicos, medio de contraste para rayos-x, vacunas o pastillas anticonceptivas, o a un implante, prótesis, otros métodos anticonceptivos químicos o de barrera (DIU, diafragma o preservativo), u otros materiales o procedimientos médicos, quirúrgicos o dentales	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
10. Problemas en relación con alguna reacción alérgica clásica (asma, sintomatología nasal, urticaria, anafilaxia o eccema) cuando se expone a alergenos como: polen de árboles, gramíneas o maleza, polvo, moho, caspa de animales, picaduras de insecto o alimentos concretos	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

Síntomas

Los siguientes ítems tratan **sobre síntomas que usted puede haber experimentado habitualmente**. Marque en la escala de 0 a 10 la gravedad de los síntomas. No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada ítem seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. ¿Problemas con sus músculos o articulaciones, como dolor, dolorimiento, calambres, rigidez o debilidad?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
2. ¿Problemas de ardor o irritación de sus ojos, o problemas con sus vías aéreas o la respiración, cómo sentir que le falta el aire, tos, o tener mucha mucosidad, goteo nasal posterior, o infecciones respiratorias?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
3. ¿Problemas con el corazón o pecho, tales como una frecuencia cardíaca rápida o irregular, vuelcos en el corazón, palpitaciones, o molestias en el pecho?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
4. ¿Problemas con su estómago o tracto digestivo, como dolor abdominal o calambres, hinchazón o distensión abdominal, náuseas, diarrea, o estreñimiento?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
5. ¿Problemas con su capacidad para pensar, tales como dificultad para concentrarse o para recordar cosas, sentirse mareado, o tener problemas para tomar decisiones?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
6. ¿Problemas con su estado de ánimo, como sentirse tenso o nervioso, irritable, deprimido, con episodios de llanto o de ira, o pérdida de motivación para hacer cosas que antes le solían interesar?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
7. ¿Problemas con el equilibrio o la coordinación, con entumecimiento u hormigueo de sus extremidades, o de enfoque visual?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
8. ¿Problemas con su cabeza, tales como dolor de cabeza o sensación de presión o en su cara o cabeza?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
9. ¿Problemas con su piel, como una erupción, urticaria o piel seca?	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
10. ¿Problemas con su tracto urinario o genitales, como dolor pélvico o micción frecuente o urgente (Para mujeres: ¿o molestias u otros problemas con su período menstrual?)	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

Índice de enmascaramiento

Los siguientes ítems tratan **sobre exposiciones en curso que pueda estar teniendo**. No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

Seleccione [0] si la respuesta es "NO", o si no sabe si está expuesto.
Seleccione [1] si la respuesta es "SÍ", si presenta la exposición.

1. ¿Fuma o masca tabaco al menos una vez a la semana?	○ No=0	○ Sí=1
2. ¿Bebe usted licores, cerveza, o vino al menos una vez a la semana?	○ No=0	○ Sí=1
3. ¿Consume usted alguna bebida con cafeína al menos una vez a la semana?	○ No=0	○ Sí=1
4. ¿Utiliza de forma habitual (al menos una vez a la semana) perfume, laca para el cabello, u otros productos perfumados de cuidado personal?	○ No=0	○ Sí=1
5. ¿Han sido su casa o su lugar de trabajo tratados con insecticida o fumigados en el último año?	○ No=0	○ Sí=1
6. En su actual trabajo o hobby, ¿está usted de manera habitual (al menos una vez a la semana) expuesto a sustancias químicas, humo o gases?	○ No=0	○ Sí=1
7. A parte de usted, ¿Alguien fuma dentro de su casa habitualmente?	○ No=0	○ Sí=1
8. ¿Utiliza usted cocina de gas natural o butano para cocinar en su casa?	○ No=0	○ Sí=1
9. ¿Utiliza habitualmente suavizante perfumado (líquido o en toallitas para secadora) en el lavado de su ropa o ropa de cama?	○ No=0	○ Sí=1
10. ¿Habitualmente (al menos una vez a la semana) toma algo de lo siguiente: corticoides, como prednisona; medicación para el dolor que requiere prescripción; medicación para la depresión, ansiedad o trastornos del estado de ánimo; medicación para el sueño; o drogas de consumo recreativo?	○ No=0	○ Sí=1

Impacto de las sensibilidades

Si usted **es sensible a ciertas sustancias químicas o alimentos, en una escala de 0-10 califique el grado en que sus sensibilidades han afectado a diversos aspectos de su vida**. Si usted no es sensible o si sus sensibilidades no afectan a estos aspectos de su vida, conteste "0". No puede dejar ninguno de los ítems en blanco.

Para cada item seleccione una opción:

De 0 [para nada un problema] a 10 [síntomas incapacitantes]

1. ¿Su dieta?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
2. ¿Su capacidad para trabajar o ir a la escuela?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
3. ¿Cómo amuebla o distribuye los muebles de su casa?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
4. ¿Su elección de la ropa?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
5. ¿Su capacidad para viajar a otras ciudades o conducir un coche?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
6. ¿Su elección de productos de cuidado personal, como desodorantes o maquillaje?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
7. ¿Su capacidad para estar con otras personas y disfrutar de actividades sociales, por ejemplo, ir a reuniones, a la iglesia, a restaurantes, etc.?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
8. ¿Su elección de hobbies o actividades de ocio?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
9. ¿Su relación con su pareja o familia?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10
10. ¿Su capacidad para limpiar la casa, planchar, cortar el césped, o desempeñar otras labores cotidianas?	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	○ 10



Gracias por colaborar en el estudio

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA-SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En un plazo aproximado de 30 días nos pondremos en contacto con usted (por correo electrónico o por teléfono) para informarle de los resultados. **No es necesario que acuda a su Centro de Salud**, ninguna de estas enfermedades supone una urgencia médica. En el caso de que los resultados no permitan descartar la presencia de estas enfermedades, le indicaremos los pasos a seguir.

¡Muchas gracias por su colaboración!