**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:
Crohn’s Disease V2.1 (WPAI:CD) – Caregiver**

**Cuestionario Sobre Productividad Laboral y Deterioro de las Actividades:
enfermedad de Crohn V2.1 (WPAI:CD) – Cuidador**

Las siguientes preguntas se ocupan del efecto que la enfermedad de Crohn de su hijo/a tiene sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades cotidianas. *Tenga a bien completar los espacios en blanco o encerrar un número en un círculo, según corresponda*.

1. ¿Está actualmente empleado (tiene un trabajo remunerado)? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SÍ

*Si la respuesta es NO, marque “NO” y pase a la pregunta 6.*

Las siguientes preguntas se refieren a los **últimos siete días**, sin incluir el día de hoy.

2. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a problemas relacionados con la enfermedad de Crohn de su hijo/a? *Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., por causa de la enfermedad de Crohn de su hijo/a. No incluya el tiempo que perdió por la participación de su hijo/a en este estudio.*

\_\_\_\_\_HORAS

3. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a cualquier otra causa, tal como vacaciones, un día de fiesta o tiempo que se tomó para que su hijo/a participara en este estudio?

\_\_\_\_\_HORAS

4. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas realmente trabajó?

\_\_\_\_\_ HORAS *(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6.)*

5. Durante los últimos siete días, ¿cuánto afectó la enfermedad de Crohn de su hijo/a a su productividad mientras estaba trabajando?

Piense en los días en que estuvo limitado en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo realizar, los días que hizo menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo realizar su trabajo con la dedicación habitual. Si la enfermedad de Crohn de su hijo/a afectó poco a su trabajo, escoja un número bajo. Escoja un número alto si la enfermedad de Crohn de su hijo/a afectó mucho a su trabajo.

Tenga en cuenta únicamente cuánto afectó la enfermedad de Crohn de su hijo/a
a su productividad mientras estaba trabajando.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La enfermedad de Crohn de mi hijo/a no afectó a mi trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | La enfermedad de Crohn de mi hijo/a me impidió completamente trabajar |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCIERRE EL NÚMERO EN UN CÍRCULO

6. Durante los últimos siete días, ¿cuánto afectó la enfermedad de Crohn de su hijo/a a su capacidad para realizar las actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo?

*Por actividades habituales, nos referimos a las actividades cotidianas que realiza, tales como tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, deportes, estudios, etc. Piense en las veces en que estuvo limitado en la cantidad o la clase de actividad que pudo realizar y en las veces en las que hizo menos de lo que hubiera querido. Si la enfermedad de Crohn de su hijo/a afectó poco a sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si la enfermedad de Crohn de su hijo/a afectó mucho a sus actividades.*

Tenga en cuenta únicamente cuánto afectó la enfermedad de Crohn de su hijo/a a su capacidad de
sus actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La enfermedad de Crohn de mi hijo/a no afectó a mis actividades habituales |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | La enfermedad de Crohn de mi hijo/a me impidió completamente hacer mis actividades habituales |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCIERRE EL NÚMERO EN UN CÍRCULO