**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:** **Multiple Sclerosis V2.1 (WPAI:MS)**

**(Cuestionario Sobre Deterioro de la Productividad Laboral y la Actividad:   
Esclerosis múltiple V2.1 (WPAI:MS))**

Las siguientes preguntas se relacionan con el efecto que su esclerosis múltiple tiene sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades regulares. *Por favor, complete los espacios en blanco o encierre con un círculo un número, según corresponda.*

1. ¿Está actualmente empleado/a (su trabajo es 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 asociados con su esclerosis múltiple? *Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., a causa de su esclerosis múltiple. No incluya el tiempo que le llevó participar en este estudio.  
  
\_\_\_\_\_* HORAS

3. Durante los últimos siete días ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a cualquier otra causa, tal como vacaciones, días feriados o tiempo que se tomó para participar en este estudio?  
  
\_\_\_\_\_ HORAS

4. Durante los últimos siete días ¿cuántas horas trabajó realmente?  
  
\_\_\_\_\_ HORAS *(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6.)*

5. Durante los últimos siete días ¿hasta qué punto fue afectada su productividad por su esclerosis múltiple mientras estaba trabajando?  
*Piense en los días en que estuvo limitado/a en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo realizar, los días en que logró hacer menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo realizar su trabajo con la dedicación habitual. Si la esclerosis múltiple afectó poco su trabajo, escoja un número bajo. Escoja un número alto si la esclerosis múltiple afectó mucho su trabajo.*

Considere únicamente hasta qué punto fue afectada su productividad por su   
esclerosis múltiple mientras estaba trabajando.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La esclerosis múltiple no afectó mi trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | La esclerosis múltiple me impidió completamente trabajar |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCIERRE EL NÚMERO CON UN CÍRCULO

6.Durante los últimos siete días ¿hasta qué punto su esclerosis múltiple afectó su capacidad para realizar las actividades diarias regulares, aparte de trabajar en un empleo?

*Por actividades regulares nos referimos a las actividades usuales que realiza tales como tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, ejercicios, estudios, etc. Piense en las veces en que estuvo limitado/a en la cantidad o la clase de actividad que pudo realizar y en las veces en las que logró hacer menos de lo que hubiera querido. Si la esclerosis múltiple afectó poco sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si la esclerosis múltiple afectó mucho sus actividades.*

Considere únicamente hasta qué punto su esclerosis múltiple afectó su capacidad para   
realizar las actividades diarias regulares, sin incluir trabajar en un empleo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La esclerosis múltiple no afectó mis actividades regulares |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | La esclerosis múltiple me impidió completamente desempeñar mis actividades regulares |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCIERRE EL NÚMERO CON UN CÍRCULO

Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. PharmacoEconomics 1993; 4(5): 353-65.