**Cuestionario sobre la alteración de las actividades y la productividad laboral:**

**Fibromas uterinos V2.2 (WPAI:UF)**

Las siguientes preguntas son acerca del efecto de sus síntomas de fibromas uterinos sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades cotidianas. *Por favor complete los espacios en blanco o haga un círculo alrededor de un número, según corresponda.*

1. ¿Está actualmente empleada (trabaja a sueldo)? \_\_\_\_\_ 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 sus síntomas de fibromas uterinos? *Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., por causa de los síntomas de fibromas uterinos. No incluya el tiempo que se tomó para participar 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 participar 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 afectaron sus síntomas de fibromas uterinos su productividad mientras estaba trabajando?

Piense en los días en que estuvo limitada 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 los síntomas de fibromas uterinos afectaron poco su trabajo, escoja un número bajo. Escoja un número alto si los síntomas de fibromas uterinos afectaron mucho su trabajo.

Solo considere cuánto afectaron los síntomas de fibromas uterinos
su productividad mientras estaba trabajando.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Los síntomas de fibromas uterinos no afectaron mi trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Los síntomas de fibromas uterinos me impidieron completamente trabajar |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE UN NÚMERO

6. Durante los últimos siete días, ¿cuánto afectaron sus síntomas de fibromas uterinos su capacidad para realizar las actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo a sueldo?

*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 limitada 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 los síntomas de fibromas uterinos afectaron poco sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si los síntomas de fibromas uterinos afectaron mucho sus actividades.*

Solo considere cuánto afectaron los síntomas de fibromas uterinos su capacidad para realizar las actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo a sueldo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Los síntomas de fibromas uterinos no afectaron mis actividades cotidianas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Los síntomas de fibromas uterinos me impidieron completamente hacer mis actividades cotidianas |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE UN NÚMERO

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