

Impacto en la Calidad de Vida de la Corrección Refractiva/ The Quality of Life Impact of Refractive Correction (QIRC)

Bienvenidos a QIRC, un cuestionario desarrollado y validado por el Ph D. Konrad Pesudovs y colaboradores del Departamento de Optometría de la Universidad de Bradford Australia, diseñado para medir la calidad de vida de las personas que requieren una corrección óptica (Lentes, lentes de contacto o cirugía refractiva).

Si tiene alguna pregunta en cualquier parte del cuestionario, por favor contactarse con:

Q.F. Marín Cacho Fanny Teresa.

Maestría en Economía de la Salud de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos –Lima

Docente de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de Trujillo

949420165

E-mail fmarin@unitru.edu.pe

Gracias por participar.

Edad Sexo M Nivel de Educación
F

Medidas de agudeza visual SIN corrección: O D _____
O I _____

Medidas de agudeza visual CON corrección: O D _____
O I _____

Si usted NO ha tenido una Cirugía Refractiva, por favor vaya a la pagina 2.

Si usted Ha tenido una CIRUGIA REFRACTIVA (LASIK, ORK etc.) por favor responda a las siguientes preguntas y lea las instrucciones acerca de cómo responder el resto del cuestionario.

- ¿Hace cuanto tiempo tuvo la Cirugía Refractiva? _____

Por favor determine a cuál de los siguientes 2 grupos pertenece para ver cómo responder las preguntas de las páginas 4-7-

a) Si usted no usa lentes o lentes de contacto DESDE su CIRUGÍA REFRACTIVA (LASIK, PRK etc.) por favor marque con un check el recuadro apropiado para las preguntas de las paginas 4 a 7 como en el siguiente ejemplo.

Ejemplo: Qué tanta dificultad tiene usted para leer impresiones muy pequeñas?

No es aplicable	Ninguna	Un poco ✓	Moderada	Mucho	Tanto que no puedo hacer esta actividad
-----------------	---------	--------------	----------	-------	---

VAYA A LA PAGINA 4

b) Si usted OCASIONALMENTE USA lentes y/o lentes de contacto DESDE su cirugía refractiva, por favor estime cuantas horas al día los usa en promedio. Los lentes de sol ordinarios no cuentan como lentes.

Lentes	_____Días/Semana	_____ Horas/día
Lentes de contacto	_____Días/Semana	_____ Horas/día

Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes de contacto? _____

Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes? _____

Por favor responda las preguntas en las páginas 2-5 dependiendo si Ud. estuvo usando los correctores o no, como en el siguiente ejemplo:

L: como respuesta cuando usa lentes.

C: como su respuesta cuando usa lentes de contacto.

N: como su respuesta cuando no usa lentes de contacto ni lentes.

Ejemplo: Qué tanta dificultad tiene usted para leer por periodos largos

No es aplicable	Ninguna LC	Un poco	Moderada N	Mucho	Tanto que no puedo hacer esta actividad
-----------------	----------------------	---------	----------------------	-------	---

VAYA A LA PAGINA 4

Si Ud. Solo usa lentes y/o lentes de contacto por momentos durante el día, vaya a la página 3 ahora.

Si Ud. Usa LENTES Y/O LENTES DE CONTACTO siempre mientras está despierto, por favor complete esta página para ver como completar las preguntas en las páginas 4-7.

a) Marque con un check / complete los recuadros apropiados dependiendo de su actual corrección óptica. Lentes de sol ordinarios NO cuentan como lentes.

i) Solo lentes. Usados todo el tiempo	
--	--

Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes? _____ Vaya al ejemplo 1

ii) Solo lentes de contacto. Usados todo el tiempo	
---	--

Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes de contacto? _____ Vaya al ejemplo 1

iii) Ambos Lentes y Lentes de contacto	Lentes	Horas/día
	Lentes de contacto	Horas/día

Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes de contacto? _____
 Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes? _____ Vaya al ejemplo 2.

Ejemplo 1: ¿Qué tanta dificultad tiene Ud. Para leer impresiones muy pequeñas?

No es aplicable	Ninguna	Un poco ✓	Moderada	Mucho	Tanto que no puedo hacer esta actividad
-----------------	---------	--------------	----------	-------	---

Ejemplo 2: ¿Qué tanta dificultad tiene Ud. Para leer por periodos largos?

No es aplicable	Ninguna C	Un poco A	Moderada	Mucho	Tanto que no puedo hacer esta actividad
-----------------	---------------------	---------------------	----------	-------	---

VAYA A LA PAGINA 4

Si Ud. Usa LENTES Y/O LENTES DE CONTACTO en forma parcial, por favor complete esta página.

a) Marque con un check / complete los recuadros apropiados dependiendo de su actual corrección óptica. Lentes de sol ordinarios NO cuentan como lentes.

i) Solo lentes. Usado tiempo parcial		¿Cuántas horas los usa?	Horas/día
--------------------------------------	--	-------------------------	-----------

ii) Solo lentes de contacto. Usado medio tiempo		¿Cuántas horas usted los usa?	Horas/día
---	--	-------------------------------	-----------

iii) Ambos Lentes y lentes de contacto	Lentes	Horas/día
	Lentes de contacto	Horas/día

b) Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes de contacto? * _____

Cuánto tiempo tienen sus actuales lentes? * _____

**Responda N/A si esto no corresponde con Ud.*

Instrucciones de cómo completar este cuestionario

Si usted usa lentes y/o lentes de contacto básicamente por tiempo parcial	L: como respuesta cuando usa lentes. C: como respuesta cuando usa lentes de contacto. N: como respuesta cuando no usa lentes ni lentes de contacto
---	---

Ejemplo para una persona que usa lentes de manera parcial:

Qué tanta dificultad tiene Ud. Para leer por periodos largos?

No es aplicable	Ninguna	Un poco L	Moderada	Mucho N	Tanto que no puedo hacer esta actividad
-----------------	---------	---------------------	----------	-------------------	---

Ejemplo para una persona que usa lentes de contacto de manera parcial:

Qué tanta dificultad tiene Ud. Para leer por periodos largos?

No es aplicable	Ninguna	Un poco C	Moderada	Mucho N	Tanto que no puedo hacer esta actividad
-----------------	---------	---------------------	----------	-------------------	---

QIRC

Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta sus actuales lentes o lentes de contacto. Pacientes que han tenido una cirugía refractiva deberán responder en función de cómo están AHORA, no en función de cómo estuvieron antes de la cirugía.

1. Qué tanta dificultad tiene al manejar en condiciones de deslumbramiento?

No manejo por razones ajenas a mi visión	Ninguna	Un poco	Moderada	Mucho	Tanto que no puedo hacer esta actividad
--	---------	---------	----------	-------	---

2. Durante el mes pasado, con qué frecuencia Ud. ha sentido sus ojos cansados o tensos?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

3. Qué tanto problema le origina a Ud. el no poder usar lentes de sol sin prescripción?

No sabe / No es aplicable	Ninguno	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------	---------	---------	---------------	-------	----------------

4. Qué tanto problema le origina a Ud. el tener que pensar en sus lentes o lentes de contacto antes de hacer ciertas actividades como viajar, hacer deporte, nadar?

No sabe / No es aplicable	Ninguno	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------	---------	---------	---------------	-------	----------------

5. Qué tanto problema le origina a Ud. al levantarse y no poder: ver para ir al baño, cuidar un bebe, mirar el reloj de alarma?

No sabe / No es aplicable	Ninguno	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------	---------	---------	---------------	-------	----------------

6. Qué tanto problema le origina a Ud. el no poder ver cuando está en la playa o nadando en una piscina, porque en ese momento no tiene sus lentes o lentes de contacto

No sabe / No es aplicable	Ninguno	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------	---------	---------	---------------	-------	----------------

7. Qué tanto problema le originan Ud. sus lentes o lentes de contacto cuando los usa mientras esta en el gimnasio, en un circuito de entrenamiento, toma clases de aeróbicos, etc.?

No sabe / No es aplicable	Ninguno	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------------	---------	---------	---------------	-------	----------------

8. Qué tan preocupado está Ud. acerca del costo inicial y otros pagos que debe realizar por sus actuales lentes / lentes de contacto / cirugías refractarias?

No sabe / No es aplicable	Ninguno	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------------	---------	---------	---------------	-------	----------------

9. Qué tan preocupado esta Ud. acerca del costo de mantenimiento por daños inesperados de sus lentes / lentes de contacto / cirugías refractarias; por ejemplo: ruptura, pérdida, un nuevo problema de vista?

No sabe / No es aplicable	No mucho	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------------	-------------	---------	---------------	-------	----------------

10. Qué tan preocupado esta Ud. por tener que depender cada vez mas de sus lentes o lentes de contactos desde que Ud. a empezado a usarlos?

No sabe / No es aplicable	No mucho	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------------	-------------	---------	---------------	-------	----------------

11. Qué tan preocupado esta Ud. por tener una visión no tan buena como debería ser?

No sabe / No es aplicable	No mucho	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------------	-------------	---------	---------------	-------	----------------

12. ¿Qué tan preocupado esta Ud. sobre posibles complicaciones medicas de su elección para corrección óptica (lentes, lentes de contacto y/o cirugía refractiva)?

No sabe / No es aplicable	No mucho	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------------	-------------	---------	---------------	-------	----------------

13. Qué tan preocupado esta Ud. acerca de la protección de sus ojos frente a la radiación ultravioleta

No sabe / No es aplicable	No mucho	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
---------------------------------	-------------	---------	---------------	-------	----------------

Ahora, estamos interesados en el efecto que su corrección óptica (lentes, lentes de contacto o cirugía refractiva) ha tenido en la forma como se ha estado sintiendo Ud. El efecto en su estado sería directo (por ejemplo, usted siente que ve mejor con sus nuevos lentes) o sería indirecto (por ejemplo, usted siente más confianza desde que usa sus lentes de contacto o después de su cirugía refractiva porque nota que se le ve mejor).

14. Durante el mes pasado, Cuántas veces usted ha sentido que se ve muy bien?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

15. Durante el mes pasado, Cuántas veces usted ha sentido que las personas lo miran en la forma que a usted le gusta que lo hagan (por ejemplo; inteligente, sofisticado, exitoso, cool, etc.)?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

16. Durante el mes pasado, Cuántas veces usted se ha sentido satisfecho / adulado?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

17. Durante el mes pasado, Cuántas veces ha sentido mayor confianza en usted mismo?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

18. Durante el mes pasado, Cuántas veces usted se ha sentido feliz?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

19. Durante el mes pasado, Cuántas veces usted ha sentido que puede hacer las cosas que quiere hacer?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

20. Durante el mes pasado, Cuántas veces usted se ha sentido con ganas de tratar de hacer cosas nuevas?

No sabe / No es aplicable	Nunca	Ocasionalmente	Seguido	Muy seguido	Siempre
---------------------------	-------	----------------	---------	-------------	---------

Hay algún otro tema importante relacionado a sus lentes / lentes de contacto / cirugía refractiva que no le hemos preguntado? Por favor, brevemente indíquelos.....

Este es el final del cuestionario

Gracias por completarlo!

Por favor devuélvalo a la persona que se lo dio o a alguno de sus Colegas.

.....