

Ficha Técnica

INFORMACIÓN GENERAL

Versión española

Nombre	MOS-SF-30	Abreviatura	MOS -SF
Autores/as	Remor, E.	Año	2003

Versión Original

Nombre	health status questionnaire	Abreviatura	
Autores/as	Wu AW, Rubin H, Mathews W, Ware J, Brysk L, Hardy W,	Año	1991

Descripción

Cuestionario que evalúa la percepción que tienen personas que viven con VIH sobre su calidad de vida y su estado de salud.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Palabras clave	Calidad de vida, VIH,		
Población diana	Personas que viven con VIH	Nº Ítems	30
Subescalas	Salud general percibida , Dolor , Funcionamiento físico , Actividad diaria , Funcionamiento social , Salud mental , Energía/fatiga, Malestar respecto a la salud , Funcionamiento cognitivo , Calidad de vida percibida , Transición de salud		
Indicadores Psicométricos	α de Cronbach .93		

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Remor, E. (2003). Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Atención primaria*, 32 (1),

Wu AW, Rubin H, Mathews W, Ware J, Brysk L, Hardy W, et al. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1991;29:786-98.

1. En general, diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido en general en el último mes?

- Ninguno
- Muy poco
- Moderado
- Agudo
- Muy agudo

Durante el último mes, ¿Cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las ha limitado de alguna forma.

3. El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes fatigantes.

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

4. El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puedes hacer, como mover una mesa o llevar el carro de la compra.

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

5. Subir una cuesta o subir escaleras.

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

6. Girarse, levantarse o inclinarse.

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

7. Caminar 100 metros.

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

8. Comer, vestirse, ducharse o utilizar el servicio.

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

Durante el último mes, ¿Cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las han limitado de alguna forma.

9. Mi trabajo; el trabajo en las cosas de la casa, las tareas escolares o de estudio.

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

¹ Remor, E. (2003)

10. El tipo o la cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.

Si, me limita mucho Si, me limita un poco No, no me limita nada

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, en la casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último mes.

11. ¿Han limitado su salud sus actividades sociales: visitar amigos o parientes cercanos, etc.?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

12. ¿Has estado muy nervioso/a?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

13. ¿Se ha sentido tranquilo/a, en calma y en paz?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

14. ¿Se ha sentido triste y decaído?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

15. ¿Ha sido feliz?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

16. ¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

17. ¿Se ha sentido lleno de energía?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

18. ¿Se ha sentido agotado?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

19. ¿Se ha sentido cansado?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

20. ¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

21. ¿Se ha sentido abrumado por su problema de salud?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

22. ¿Se ha sentido desanimado por su problema de salud?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

23. ¿Se ha sentido desesperado por su problema de salud?

Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

24. ¿Ha sentido miedo por su problema de salud?

- Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

25. ¿Ha tenido dificultades para razones y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas, etc.?

- Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

26. ¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como dónde puso cosas, citas, etc.?

- Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

27. ¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?

- Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

28. ¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?

- Casi siempre A menudo A veces Muy pocas veces Casi nunca

29. ¿Cómo ha sido su calidad de vida durante el último mes?, esto es, ¿Cómo le han ido las cosas en general?

- Muy bien, no podían haberme ido mejor
 Bastante bien
 Ni bien ni mal, casi igual
 Bastante mal
 Muy mal, no podían haberme ido peor

30. ¿Cómo calificaría su estado físico y emocional actual en comparación con el último mes?

- Mucho mejor
 Algo mejor
 Casi igual
 Algo peor
 Mucho peor