

# ENTREVISTAS A PACIENTES Y FAMILIARES

## ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA

### AREA PSICOGUCH - familiar

Fecha:

Nombre del Paciente:

Edad:

Parentesco:

Vive con el paciente?  SI  NO

### Percepción de la Enfermedad

Cuál es la cardiopatía de su familiar?

La complejidad de la cardiopatía es?  Leve  Moderada  Severa

Qué sabe sobre el diagnóstico?

Siente que la cardiopatía limita a su familiar en algún ámbito de su vida? En cuál?

### Percepción de Calidad de Vida del Paciente

10 → Excelente  
8 → Muy Buena  
6 → Buena  
4 → Regular  
1 → Mala

Que puntuación le daría del 1 al 10 a la calidad de vida de su familiar?

Cree que su calidad de vida puede mejorar?  SI  NO

Cómo?

Que cosas le pide para hacer que no puede o no debe?

Cómo incide en la dinámica familiar la patología del paciente?

**ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA**

**AREA PSICOGUCH - paciente**

Fecha:

DNI:

Apellido y Nombre:

Edad:

HC:

Domicilio:

Fecha Nac:

O. SOCIAL:

TE:

Mail:

NAC:

**GRUPO FAMILIAR**

Hermanos con Cardiopatía: SI  NO  Cuantos:  Cual?

Hijos con Cardiopatía: SI  NO  Cuantos:  Cual?

Con quien vive?

**SITUACION DE PAREJA**

Está en Pareja? SI  NO  Cuanto tiempo?  Convive con su pareja? SI  NO

Como se sostiene económicamente el hogar?

Cree que su cardiopatía afecta su vida sexual? SI  NO  Estuvo embarazada alguna vez? SI  NO  Cuantas Veces?

En que la afecta:  Perdió algún embarazo? SI  NO

Utiliza métodos anticonceptivos? SI  NO  Cual/Cuales?

**FORMACION EDUCATIVA**

Último año de estudios alcanzado:

Máximo Nivel académico Alcanzado:

Primaria  Secundaria:  Terciaria:

Universitaria:  Educación Especial:

Título obtenido o en curso:

**TRABAJO**

Tiene Trabajo actualmente? SI  NO

Esta en relación de dependencia? En Blanco?

Tuvo trabajos previos?

Tuvo dificultades para conseguir trabajo?

Cobra algún tipo de pensión?

Enumere Tipos de Trabajos que realiza:

**ACOMPAÑAMIENTO QUIRURGICO**

Fue operado del corazón? SI  NO  Cuantas veces?  Fue preparado psicológicamente? SI  NO

Como vivió el/los proceso/s quirúrgico/s o Hemodinámicos Terapéuticos?

**TOXICOS Y TATUAJES**

Consumo alcohol?  SI  NO Cuanto?  Desde que Edad?

Consumo Drogas?   Cuáles?  Desde que Edad?

Fuma?   Cuanto?  Desde que Edad?

Tiene tatuajes?  SI  NO Cuantos?  Tiene Piercing?  SI  NO Cuantos?

Que representan sus tatuajes en Usted?

**CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

Cuál es su cardiopatía?

La complejidad de su cardiopatía es?  LEVE  MODERADA  SEVERA

Qué sabe sobre su cardiopatía?

Siente que su cardiopatía lo limita en algún ámbito de su vida?  SI  NO

En cual? descríbalo

**VINCULOS**

Que miembro de la familia lo acompaña más con su enfermedad?

Cuando tiene un problema o preocupación a quien se lo cuenta?

Tiene grupo de amigos?  SI  NO Utiliza redes sociales por Teléfono?  SI  NO Cual/es?

Qué actividad realiza con sus amigos?

**Tiempo Libre**

Realiza actividad física?  SI  NO 1 vez por semana:  2 veces:  3 veces:  4 veces:  5 o más veces:

Qué actividad física o deporte hace?

Qué deporte/s le gustaría hacer y no lo hace por tener cardiopatía?

Que deporte o actividad Física le ha prohibido su médico?

Tiene algún pasatiempo o hobby? Cuál?

**PROYECTO DE VIDA**

Hay algo que lo inquiete o preocupe?

Qué es lo más importante en su vida?

Cómo se imagina su vida en el futuro?

Cree que necesitará **Cirugía** en el futuro?  SI  NO      Cree que necesitará **Cateterismo** en el futuro?  SI  NO

---

**ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL**

Realizó alguna vez una consulta psicológica?  SI  NO      Motivo de la consulta?

Realizó alguna vez una consulta psiquiátrica?  SI  NO      Motivo de la consulta?

Toma medicación psiquiátrica?  SI  NO      Cuál/es?

Tuvo internación psiquiátrica?  SI  NO      Cuanto tiempo?

Antecedentes de Enfermedad Psiquiátrica en la familia?  SI  NO      Cual?

Algún familiar cercano realizó alguna consulta psicológica o psiquiátrica?  SI  NO

**PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA**

10 → Excelente

8 → Muy Buena

6 → Buena

4 → Regular

1 → Mala

Que puntuación le daría del 1 al 10 a su calidad de vida?

Cree que se calidad de vida puede mejorar? SI NO

Cómo?

Enumere Que **Aumenta** su calidad de vida?

Enumere Que **Disminuye** su calidad de vida?

**Observaciones del Investigador**

En el año 2012, en el Hospital de Niños R. Gutiérrez un equipo multidisciplinario diseño una encuesta de calidad de vida para pacientes adultos con cardiopatía congénita; dirigida al paciente y otra a su acompañante (se entregaron previo a la consulta y se recepcionaron al ingreso) con el fin de evaluar como percibían su calidad de vida.

Se indago tanto en el plano personal, familiar, laboral, relaciones interpersonales, uso de su tiempo libre (actividad física entre otros) conocimiento y percepción de su enfermedad. La encuesta al acompañante (madre, pareja etc.) se oriento al conocimiento y percepción de la cardiopatía desde su perspectiva.