

Apéndice

Cuestionario

Responda esta encuesta con toda sinceridad. Los datos que usted vierta serán publicados promediados con los de muchas otras personas. Su identidad no será revelada. Marque con una X donde corresponda. Deje libre el espacio en caso de duda.

Edad: años M F

1. FRECUENCIA DE SÍNTOMAS. Por favor, marque la línea con una X para indicar con qué frecuencia siente los ojos secos o irritados, en promedio.

Pocas veces Todo el tiempo

2. SEVERIDAD DE SÍNTOMAS. Por favor, marque la línea con una X para indicar cuán graves son sus molestias de ojos secos o irritación.

Muy leves Muy severas

3. Por favor, conteste las siguientes preguntas:

¿Es fumador? SI NO
¿Tiene hipotiroidismo? SI NO
¿Tiene reumatismo o artritis? SI NO
¿Toma sedantes? SI NO
¿Toma antidepresivos? SI NO
¿Toma anticonceptivos? SI NO

4. En un día de semana cualquiera, en promedio...

¿Cuántas horas por día pasa en auto, trenes, subtes o colectivos? horas.
¿Cuántas horas por día anda en la calle de a pie o en bicicleta? horas.
¿Cuántas horas por día pasa trabajando en la computadora? horas.
¿Cuántas horas por día pasa leyendo en el celular o la tablet? horas.
¿Cuántas horas por día pasa al aire libre? horas.

¿Dónde vive? (Capital) (Provincia de Buenos Aires)

5. Elija la respuesta adecuada, según cómo se sintió la semana pasada.

- ¿Está usted básicamente satisfecho/a con su vida? SI NO
¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI NO
¿Siente usted que su vida está vacía? SI NO
¿Se aburre usted a menudo? SI NO
¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI NO
¿Tiene usted miedo de que algo malo le suceda? SI NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI NO
¿Se siente usted a menudo indefenso/a? SI NO
¿Prefiere usted quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI NO
¿Siente que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente? SI NO
¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI NO
¿Cómo se siente usted ahora? ¿Se siente usted inútil? SI NO
¿Se siente usted con mucha energía? SI NO
¿Siente usted que su situación es irremediable? SI NO
¿Cree que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? ... SI NO
-

Menisco lagrimal normal disminuido

Break up time: seg.

Verde de lisamina:

Blefaritis SI NO

Reacción folicular alérgica SI NO

Rosácea SI NO

Inmunopatías asociadas: