

## **Cuestionario de satisfacción con el tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes**

**Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes: los problemas oculares que la diabetes causa frecuentemente.**

**Su tratamiento para los ojos puede incluir:**

- **Medicamentos (por ejemplo, pastillas, gotas para los ojos).**
- **Consultas con el médico y en el consultorio para hacerse controles y recibir tratamiento láser o cirugía.**

**En este cuestionario, por favor:**

- **Piense en su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes y no para su diabetes en sí.**
- **Piense en su tratamiento para los ojos durante las últimas semanas/los últimos meses.**
- **Conteste a cada pregunta marcando con una “X” la casilla correspondiente a uno de los números del 6 al 0 o, a veces, del 7 al 0.**

1. ¿Qué tan satisfecho/a está con su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- muy satisfecho/a ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy insatisfecho/a ..... 0

2. ¿Qué tan bien siente que está funcionando su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- muy bien ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy mal ..... 0

3. ¿Qué tan afectado/a está por los efectos secundarios o secuelas de su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- sin efectos secundarios o secuelas ..... 7
- nada afectado/a ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy afectado /a ..... 0

4. ¿Qué tan afectado/a está por las molestias o los dolores debidos a su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- sin molestias ..... 7
- nada afectado/a ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy afectado /a ..... 0

5. ¿Qué tan desagradable le pareció su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- nada desagradable..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy desagradable..... 0

6. ¿Qué tan difícil es para usted su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- muy fácil..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy difícil ..... 0

7. ¿Qué tan nervioso/a se sintió antes de su tratamiento más reciente para los problemas en los ojos por la diabetes?

- nada nervioso/a..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy nervioso/a..... 0

8. ¿Qué tan satisfecho/a está con la influencia que usted tiene sobre su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes (por ejemplo, qué tanto se toman en cuenta sus preferencias)?

- muy satisfecho/a..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy insatisfecho/a..... 0

9. ¿Qué tan satisfecho/a está con la seguridad de su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes (es decir, si el tratamiento no tiene efectos dañinos)?

- muy satisfecho/a ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy insatisfecho/a ..... 0

10. ¿Qué tan satisfecho/a está con la cantidad de tiempo que le lleva su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- muy satisfecho/a ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy insatisfecho/a ..... 0

11. ¿Le dieron información sobre su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes, por ejemplo, información sobre los procedimientos, beneficios y riesgos?

sí  no

Si la respuesta es “no”, por favor, pase a la pregunta 12.  
Si la respuesta es “sí”, por favor, complete 11a, 11b y 11c.

11a. La información que le dieron, ¿estaba en un formato que se podía llevar a su casa (por ejemplo, en un folleto)?

sí  no

11b. ¿Le dieron la información con tiempo suficiente antes de su tratamiento para que pudiera aprovecharla al máximo?

sí  no

11c. ¿Qué tan satisfecho/a está con la información proporcionada sobre su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes?

- muy satisfecho/a ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy insatisfecho/a ..... 0

12. ¿Animaría a alguien con sus mismos problemas en los ojos por la diabetes a que recibiera este tipo de tratamiento?

- sí, definitivamente le animaría ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- no, definitivamente no le animaría ..... 0

13. Si le hiciera falta más tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes, ¿qué tan satisfecho/a estaría de continuar o repetir el tratamiento?

- muy satisfecho/a ..... 6
- ..... 5
- ..... 4
- ..... 3
- ..... 2
- ..... 1
- muy insatisfecho/a ..... 0

14. ¿Hay otras características de su tratamiento para los problemas en los ojos por la diabetes, que le causen satisfacción o insatisfacción, que no hayan sido mencionadas en este cuestionario?

sí  no

Si la respuesta es “sí”, por favor, descríbalas en el siguiente recuadro.

Gracias por completar este cuestionario.

NOT FOR USE: SAMPLE