



# Inventario Global de Calidad de Vida

## Adulto

### (ComQol-A5)

### 1997



Este proyecto ha sido financiado con el apoyo de Lifelong Learning Programme de la Unión Europea.  
Esta publicación refleja sólo el punto de vista del autor , y la Comisión no se hace responsable del uso que se haga de la información aquí contenida.



## APARTADO 1

Este apartado te pregunta sobre diversos aspectos de tu vida. Por favor, marca con una x la casilla que describa de manera más precisa tu situación actual.

### 1.a) ¿Dónde vives?

En una casa	<input type="checkbox"/>	En un piso o apartamento	<input type="checkbox"/>	En una habitación (ej. En Un hostal)	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------

¿Es de tu propiedad el lugar donde vives o es alquilado?

Propio	<input type="checkbox"/>	Alquilado	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-----------	--------------------------

### b) ¿Cuántas pertenencias personales tienes comparando con otras personas de tu edad?

Mucho más que los demás	<input type="checkbox"/>
Más que la mayoría	<input type="checkbox"/>
Como los demás	<input type="checkbox"/>
Menos que la mayoría	<input type="checkbox"/>
Mucho menos que la mayoría	<input type="checkbox"/>

### c) ¿Cuál es tú renta anual?

Menos de 8.000€	<input type="checkbox"/>
Entre 8.000€ y 20.000€	<input type="checkbox"/>
Entre 20.000€ y 30.000€	<input type="checkbox"/>
Entre 30.000 y 45.000 €	<input type="checkbox"/>
Más de 45.000€	<input type="checkbox"/>

### 2.a) ¿Cuántas veces has ido al médico en los últimos 3 meses?

Ninguna	<input type="checkbox"/>
1 - 2	<input type="checkbox"/>
3 - 4 (una vez al mes)	<input type="checkbox"/>
5 - 7 (cada dos semanas)	<input type="checkbox"/>
8 o más (cada dos semanas)	<input type="checkbox"/>

**b) ¿Presentas alguna discapacidad o enfermedad? (e.j. visual, auditiva, motriz, salud, etc.).**

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Si repondiste **Si** especifica:

Nombre de la discapacidad o enfermedad	Grado de la discapacidad o enfermedad
E.j: Visual	Necesito gafas para leer
E.j: Diabetes	Necesito inyecciones diarias
E.j: Epilepsia	Necesito medicación diaria

**c) ¿Qué medicación tomas regularmente cada día?**

No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Escribe el nombre de la medicación	

**3.a) ¿Cuántas horas dedicas a las siguientes actividades a la semana? (Media durante los últimos 3 meses)**

Horas de trabajo remunerado	0		1 - 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40 +	
Horas en educación reglada	0		1 - 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40 +	
Horas no remuneradas cuidando de niños	0		1 - 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40 +	

**b) En tu tiempo libre, ¿con qué frecuencia no tienes nada más que hacer?**

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
Normalmente	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No normamente	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

**c) Por término medio, ¿cuántas horas de televisión ves todos los días? Horas por días**

Ninguna	<input type="checkbox"/>
1 a 2 horas	<input type="checkbox"/>
3 a 5 horas	<input type="checkbox"/>
6 a 9 horas	<input type="checkbox"/>
10 o más horas	<input type="checkbox"/>

**4.a) ¿Con qué frecuencia hablas con amigos/as?**

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Varias veces por semana	<input type="checkbox"/>
Una vez a la semana	<input type="checkbox"/>
Una vez al mes	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>

**b) Si te sientes triste o deprimida, ¿con qué frecuencia alguien muestra que se preocupa por ti?**

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

**c) Si quieres hacer algo especial, ¿con qué frecuencia alguien más quiere hacerlo contigo?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Usualmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não usualmente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**5.a) ¿Con que frecuencia duermes bien?**

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

**b) ¿Estás segura en casa?**

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

**c) Con qué frecuencia estás preocupado o ansioso durante el día?**

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

**6.a) A continuación se muestra una lista de actividades de ocio. Indica la frecuencia mensual de asistencia o realización de cada una para tu disfrute (no laboral).**

	Actividad	Número de veces al mes
1	Ir a un club/grupo/sociedad	<input type="checkbox"/>
2	Ir a un hotel/bar/pub	<input type="checkbox"/>
3	Ver deportes en vivos (No en TV)	<input type="checkbox"/>
4	Ir a un lugar de culto	<input type="checkbox"/>
5	Hablar con los vecinos	<input type="checkbox"/>
6	Comer fuera	<input type="checkbox"/>
7	Ir al cine	<input type="checkbox"/>
8	Visitar a la familia o amigos	<input type="checkbox"/>
9	Hacer deporte o ir al gimnasio	<input type="checkbox"/>
10	Otras (por favor descríbelo)	<input type="checkbox"/>

**b) ¿Tienes un puesto no remunerado de responsabilidad en relación con algún club, grupo o sociedad?**

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Si la respuesta es **no**, ve a la pregunta (c)

Si la respuesta es **si**, por favor, indica el nivel más alto de responsabilidad llevado a cabo:

Miembro del Comité	<input type="checkbox"/>
Presidente del Comité/Coordinador	<input type="checkbox"/>
Secretario/Tesorero	<input type="checkbox"/>
Presidente del Grupo o Coordinador	<input type="checkbox"/>

**c) ¿Con qué frecuencia la gente fuera de su casa te pide ayuda o consejo?**

Casi todos los días	<input type="checkbox"/>
Muy a menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

**7. a) ¿Con qué frecuencia puedes hacer las cosas que realmente quieres hacer?**

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

**b) Cuando te despiertas por la mañana, ¿con qué frecuencia te gustaría quedarme en la cama todo el día?**

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

c) ¿Con qué frecuencia tienes deseos que no pueden hacerse realidad?

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	<input type="checkbox"/>

## APARTADO 2

¿Cómo de importantes son para ti cada uno de los siguientes aspectos de tu vida?

Por favor, responde poniendo una (X) en la casilla correspondiente a cada pregunta.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, elije la casilla que **mejor describe la importancia de cada aspecto es para ti**. No gastes demasiado tiempo en una sola pregunta.

1. ¿Cómo de importantes son para ti LAS COSAS QUE POSEES?

No podrían ser más importantes	<input type="checkbox"/>
Muy importantes	<input type="checkbox"/>
Algo importantes	<input type="checkbox"/>
Poco importantes	<input type="checkbox"/>
Nada importantes	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cómo de importante es para ti TU SALUD?

No podrían ser más importante	<input type="checkbox"/>
Muy importante	<input type="checkbox"/>
Algo importante	<input type="checkbox"/>
Poco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

3. ¿Cómo de importantes son para ti TUS LOGROS EN LA VIDA?

No podrían ser más importante	<input type="checkbox"/>
Muy importante	<input type="checkbox"/>
Algo importante	<input type="checkbox"/>
Poco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

**4. ¿Cómo de importantes son para ti LAS RELACIONES PERSONALES CON TU FAMILIA Y AMIGOS?**

No podrían ser más importante	
Muy importante	
Algo importante	
Poco importante	
Nada importante	

**5. ¿Cómo de importante es para ti SENTIRTE SEGURA?**

No podrían ser más importante	
Muy importante	
Algo importante	
Poco importante	
Nada importante	

**6. ¿Cómo de importante es para ti HACER COSAS CON GENTE FUERA DE CASA?**

No podrían ser más importante	
Muy importante	
Algo importante	
Poco importante	
Nada importante	

**7. ¿Cómo de importante es para ti TU PROPIA FELICIDAD?**

No podrían ser más importante	
Muy importante	
Algo importante	
Poco importante	
Nada importante	

### APARTADO 3

¿Cómo de satisfecha estás con los siguientes aspectos de tu vida?

No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, pon una (X) en la casilla que mejor describe tu grado de satisfacción con cada aspecto.

#### 1. ¿Cómo de satisfecha estás con las COSAS QUE POSEES?

Encantada	
Satisfecha	
Medio satisfecha	
Normal	
Muy insatisfecha	
Infeliz	
Desgraciada	

#### 2. ¿Cómo de satisfecha estás con TU SALUD?

Encantada	
Satisfecha	
Medio satisfecha	
Normal	
Muy insatisfecha	
Infeliz	
Desgraciada	

#### 3. ¿Cómo de satisfecha estás con TUS LOGROS EN LA VIDA?

Encantada	
Satisfecha	
Medio satisfecha	
Normal	
Muy insatisfecha	
Infeliz	
Desgraciada	

**4. ¿Cómo de satisfecha estás con las RELACIONES PERSONALES CON TU FAMILIA Y AMIGOS?**

Encantada	
Satisfecha	
Medio satisfecha	
Normal	
Muy insatisfecha	
Infeliz	
Desgraciada	

**5. ¿Cómo de satisfecha estás con SENTIRTE SEGURA?**

Encantada	
Satisfecha	
Medio satisfecha	
Normal	
Muy insatisfecha	
Infeliz	
Desgraciada	

**6. ¿Cómo de satisfecha estas con HACER COSAS CON GENTE FUERA DE CASA?**

Encantada	
Satisfecha	
Medio satisfecha	
Normal	
Muy insatisfecha	
Infeliz	
Desgraciada	

**7. ¿Cómo de satisfecha estás con TU PROPIA FELICIDAD?**

Encantada	
Satisfecha	
Medio satisfecha	
Normal	
Muy insatisfecha	
Infeliz	
Desgraciada	