



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)

	0	1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40 +
Horas de trabajo remunerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horas en educación reglada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horas no remuneradas cuidando de niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Casi siempre	<input type="checkbox"/>
Normalmente	<input type="checkbox"/>
Aveces	<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 important	
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 important	
Algo importante	
Poco importante	
Nada importante	

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

No podrían ser más importante	
Muy important	
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	