

AQoL-6D

(Copia del Investigador)

1. INDEPENDENCIA EN LA VIDA DIARIA

- P1 ¿Cuánta ayuda necesita con las tareas domésticas (por ejemplo: preparación de alimentos, limpieza de la casa o jardinería)?:
- P2 Respecto a su facilidad o dificultad para moverse fuera de su casa (por ejemplo: ir de compras, de visita):
- P3 Respecto a su movilidad, contando el uso de cualquier elemento de apoyo como una silla de ruedas, andadores o bastones:
- P4 Respecto a su higiene personal, vestido, alimentación y cuidado personal:

2. RELACIONES

- P5 Sus relaciones cercanas e íntimas (incluyendo cualquier tipo de relación sexual) le hacen sentir:
- P6 Acerca de su salud y su relación con su familia:
- P7 Acerca de su salud y su rol en la comunidad (como ser en el vecindario, deportes, trabajo, iglesia o grupos culturales):

3. SALUD MENTAL

- P8 ¿Con qué frecuencia se ha sentido desahuciado/a durante los últimos siete días?
- P9 Durante los últimos siete días, ¿con qué frecuencia se ha sentido preocupado/a?:
- P10 ¿Con qué frecuencia se siente triste?
- P11 Al considerar si se siente con calma y tranquilidad o agitado/a:

4. MANEJO EN LA VIDA DIARIA

- P12 Respecto a cuánta energía necesita para llevar adelante las actividades que se propone:
- P13 ¿Con qué frecuencia se siente que tiene control sobre su vida?
- P14 ¿Cómo se las arregla con los problemas de la vida?

5. DOLOR

P15 Respecto a la frecuencia con que experimenta dolor significativo:

P16 Cuánto dolor o molestia experimenta:

P17 ¿Con qué frecuencia el dolor interfiere con sus actividades diarias?

6. SENTIDOS

P18 Respecto a su visión (con gafas o lentes de contacto cuando fueren necesarias):

P19 Respecto a su capacidad auditiva (incuyendo el uso de audífono cuando fuere necesario):

P20 Al comunicarse con los demás, por ejemplo hablando, escuchando, escribiendo o cantando: