

AQoL-4D Lo básico

Seleccione la respuesta que mejor refleje su situación

1. ¿Necesita alguna ayuda para cuidar de sí mismo?

- No necesito ninguna ayuda.
- Ocasionalmente necesito ayuda con algunas actividades de cuidado personal.
- Necesito ayuda con las tareas de cuidado personal más complejas.
- Necesito ayuda diaria con la mayoría o todas las tareas de cuidado personal.

2. Al realizar actividades domésticas: (Por ejemplo: preparar comida, jardinería, utilizar la videograbadora, radio, teléfono o lavar el coche.)

- No necesito ayuda para nada.
- En ocasiones necesito algo de ayuda con tareas domésticas.
- Necesito ayuda con las tareas domésticas más complejas.
- Necesito ayuda diaria con la mayoría o todas las tareas domésticas.

3. Acerca de la facilidad con que puede moverse en su casa y en la comunidad:

- Puedo moverme en mi casa y en la comunidad por mis propios medios sin ninguna dificultad.
- Me resulta difícil moverme en mi casa y en la comunidad por mis propios medios sin ninguna dificultad.
- No puedo moverme en la comunidad por mis propios medios, pero puedo moverme en mi casa con poca dificultad.
- No puedo moverme en mi casa y en la comunidad por mis propios medios.

4. Debido a su estado de salud, sus relaciones (por ejemplo: con sus amigos, pareja o padres) generalmente:

- Son cercanas y cálidas.
- A veces son cercanas y cálidas.
- Rara vez son cercanas y cálidas.
- No tengo relaciones cercanas y cálidas.

5. Respecto a sus relaciones con otras personas:

- Tengo muchos amigos, nunca estoy solo/a.
- Aunque tengo amigos, en ocasiones estoy solo/a.
- Tengo algunos amigos, pero a menudo estoy solo/a y sin compañía.
- Me encuentro socialmente aislado/a y me siento solo/a.

6. Acerca de su salud y su relación con su familia:

- mi rol en la familia no se ve afectado por mi estado de salud.
- no puedo cumplir algunos aspectos de mi rol familiar.
- no puedo cumplir muchos aspectos de mi rol familiar.
- no puedo cumplir ningún aspecto de mi rol familiar.

- 7. Respecto a su visión, incluyendo el uso de gafas o lentes de contacto cuando fuere necesario:**
- Mi visión es normal.
 - Me cuesta enfocar en algunas cosas o no puedo verlas en detalle. Por ejemplo: letra pequeña, un periódico u objetos distantes.
 - Tengo mucha dificultad para ver correctamente. My vista se nubla. Por ejemplo: sólo veo lo suficiente para manejarme básicamente.
 - Sólo puedo ver formas grandes, o soy ciego. Por ejemplo: necesito ayuda para movilizarme.
- 8. Respecto a su capacidad auditiva, incluyendo el uso de audífono cuando fuere necesario:**
- Escucho con normalidad.
 - Escucho con un poco de dificultad o no escucho claramente. Por ejemplo: Necesito pedir que me hablen más fuerte o subir el volumen de la televisión o la radio.
 - Tengo dificultad para escuchar con claridad. Por ejemplo: A menudo no comprendo lo que están diciendo. Generalmente no participo en conversaciones porque no puedo escuchar lo que dicen.
 - Escucho realmente muy poco.
 - Por ejemplo: no puedo entender por completo cuando me hablan directamente en voz alta.
- 9. Al comunicarse con los demás, por ejemplo hablando, escuchando, escribiendo o cantando:**
- No tengo dificultades en hablar con los demás o en entender lo que están diciendo.
 - Me resulta un poco difícil que la gente que no me conoce me entienda. No tengo dificultades en entender lo que me están diciendo los demás.
 - Sólo me entiende la gente que me conoce bien. Tengo muchas dificultades para entender lo que me están diciendo los demás.
 - No puedo comunicarme con los demás adecuadamente. aqol 12
- 10. Respecto al sueño:**
- Logro dormir sin dificultad la mayor parte del tiempo.
 - Tengo sueño interrumpido algunas veces, pero generalmente puedo volver a dormirme sin dificultad.
 - Tengo sueño interrumpido la mayoría de las noches, pero generalmente puedo volver a dormirme sin dificultad.
 - Sólo duermo de a ratos. Estoy despierto/a la mayor parte de la noche.
- 11. Respecto a cómo se siente por lo general:**
- No me siento ansioso/a, preocupado/a o deprimido/a.
 - Me siento un poco ansioso/a, preocupado/a o deprimido/a.
 - Me siento moderadamente ansioso/a, preocupado/a o deprimido/a.
 - Me siento extremadamente ansioso/a, preocupado/a o deprimido/a.
- 12. Cuánto dolor o molestia experimenta:**
- nada.
 - moderado dolor.
 - sufro severos dolores.
 - sufro dolor insoportable