

WHOQOL-BREF



PROGRAMA DE SALUD MENTAL
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA

Antes de comenzar nos gustaría hacerle unas preguntas generales. Marque la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco

Sexo: Masculino Femenino

¿Cuál es tu fecha de nacimiento? _____ / _____ / _____
Día Mes Año

¿Cuál es su nivel de estudios completos?

- Ninguno
- Educación Básica
- Educación Media
- Técnica
- Universitaria

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Separado/a
 Casado/a Divorciado/a
 Conviviente Viudo/a

En la actualidad ¿Está enfermo?

Sí No

Si tiene algún problema de salud ¿cuál cree que es?

Un problema/ una enfermedad de _____

En la actualidad ¿Tiene alguna discapacidad?

Sí No

Si tiene alguna discapacidad, por favor, describa:

Discapacidad/es _____

Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otros aspectos de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, **escoja** la que le parezca más apropiada. A veces, esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante **las dos últimas semanas.** Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se le podría preguntar:

Marque con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo recibió de otras personas en las dos últimas semanas. Si usted recibió bastante apoyo, rodeará con un círculo el número 4, como se ve a continuación:

	Nada 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Totalmente 5
¿Ha recibido de otras personas el apoyo que necesita?					

	Nada 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Totalmente 5
¿Ha recibido de otras personas el apoyo que necesita?					

Marque con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque con un círculo el número en la escala que mejor describa su respuesta.

		Muy mal	Mal	Aceptable	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Aceptable	Satisfecho/a	Bastante satisfecho/a
2	¿Está satisfecho/a con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la intensidad con que usted ha vivido ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
3	¿En qué medida piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Hasta qué punto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuál es su capacidad para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Se siente seguro/a en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Hasta qué punto es saludable el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la medida que ha sentido o ha sido capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Tiene disponible la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto puede hacer actividades en su tiempo libre?	1	2	3	4	5

		Muy poco	Poco	Aceptable	Bien	Muy bien
15	¿Es capaz de desplazarse por sí mismo?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren **al grado de satisfacción o felicidad** que usted ha sentido en varios aspectos de su vida **en las dos últimas semanas.**

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Hasta qué punto está satisfecho/a de cómo duerme?	1	2	3	4	5
17	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿ Hasta qué punto está satisfecho/a con su medio de transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a la **frecuencia** con que usted ha tenido o experimentado ciertos sentimientos **en las dos últimas semanas.**

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Recibió ayuda para responder esta encuestas?.....

¿Cuánto tiempo le tomó contestar esta encuesta?.....

¿Tiene algún comentario que hacer sobre esta encuesta?

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN