**AS-20 CUESTIONARIO**

**AS-20 Questionnaire**

The AS-20 is a self-administered questionnaire. At each follow-up visit, the questionnaire must be completed by the patient prior to the examination, unless otherwise instructed. Subjects should be given the instruction sheet and asked to review the instructions prior to completing the questionnaire. Responses are to be based on patient experience over the past month. All questions should be completed.

|  |
| --- |
| **Cuestionario de la Calidad de Vida de Adultos con Estrabismo (AS-20)****(versión de Mayo del 2008)*****Instrucciones Para el Paciente*** |

El AS-20 es un cuestionario corto con declaraciones acerca de cómo el estrabismo (ojos desalineados) puede afectarle en su vida diaria.

Si usted no puede completar este cuestionario solo, por favor pida que alguien le asista.

|  |
| --- |
| Instrucciones:* Por favor responda a CADA declaración rodeando en un círculo las respuestas que mejor reflejen como usted se siente.
* Rodee en un círculo únicamente UNA sola respuesta para cada declaración.
* Por favor responda en base a su experiencia durante el mes pasado, o desde su última cita si esta fue más reciente.
* Si usted usa anteojos o lentes de contacto responda como si usted los estuviese utilizando, a menos que le indiquen lo contrario.
* Si usted no está seguro de cómo responder, por favor rodee en un círculo la respuesta que usted piense es la más apropiada y haga un comentario al respecto en el margen.
 |

Si usted tiene alguna pregunta por favor díganos.

Gracias por completar este cuestionario.

**Cuestionario de la Calidad de Vida de Adultos con Estrabismo (AS-20)**

**1) Me preocupa lo que puedan pensar las personas acerca de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**2) Yo siento que las personas están pensando acerca de mis ojos aun cuando no dicen nada aI respecto**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**3) Me siento incómodo cuando la gente se me queda viendo por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**4) Me pregunto lo que estará pensando la gente cuando se me quedan viendo por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**5) La gente no me da oportunidades por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**6) Yo me siento cohibido por mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**7) Las personas evitan mirarme por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**8) Yo me siento inferior ante otros por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**9) Las personas reaccionan diferente ante mí por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**10) Yo siento que es difícil iniciar contacto con la gente que no conozco por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**11) Yo cubro o cierro un ojo para ver las cosas mejor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**12) Yo evito leer por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**13) Yo dejo de hacer cosas porque mis ojos hacen difícil que me concentre**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**14) Yo tengo problemas con la percepción de la profundidad**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**15) Mis ojos se sienten tensionados**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**16) Yo tengo problemas leyendo debido a la condición de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**17) Yo me siento estresado por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**18) Yo me preocupo por mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**19) Yo no puedo disfrutar de mis pasatiempos por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |

**20) Yo necesito tomar descansos con frecuencia cuando leo por causa de mis ojos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |