

The ISYQOL questionnaire – Spanish version

Nombre _____

Apellido _____

Fecha _____

Queremos valorar tu bienestar con respecto a las condiciones de salud de tu espalda (tu problema: escoliosis, hipercifosis u otro). Intenta responder tú solo/a a todas las siguientes preguntas.

1	¿Tienes miedo de que tu problema de espalda pueda empeorar?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
2	¿Estás preocupado/a de tener dolor espalda cuando seas mayor a causa de tu problema?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
3	¿Sientes que tu problema en la espalda es un drama?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
4	¿Estás preocupado/a de que, a pesar de tus sacrificios, tu espalda no se curará?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
5	¿Piensas que hay problemas de salud más graves que el de tu espalda?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
6	¿A pesar de tu problema de espalda, llevas una vida normal?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
7	¿Estás sufriendo porque tienes este problema de espalda?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
8	¿El aspecto de tu espalda te hace sentir incómodo/a?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
9	¿Estás preocupado/a por la salud de tu espalda?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
10	¿Piensas que tu problema de espalda, en realidad, no es para tanto?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
11	¿Te avergüenzas de mostrar tu físico?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
12	¿Estás preocupado/a de que tu problema de espalda sea muy visible?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
13	¿A pesar de tu problema de espalda eres feliz?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo

Si no llevas corsé, el cuestionario termina aquí. En cambio, si lo llevas a causa de tu problema de espalda, responde a las siguientes preguntas.

14	¿A causa del corsé no puedes vestirte como quisieras?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
15	¿Te preocupa que el corsé se vea debajo de la ropa?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
16	¿Te sientes desanimado porque cuando llevas el corsé, ya no haces todo lo que hacías antes?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
17	¿Te limita el corsé para moverte?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
18	¿Llegas a llorar por culpa del corsé?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
19	¿Sientes que los demás no te aceptan por llevar corsé?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo
20	¿Es incómodo llevar el corsé?	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> a menudo