

CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA PARA ADOLESCENTES

Nombre:

Fecha:

Diagnóstico (si lo conoces):

Puntuación:

El objetivo de este cuestionario es medir cuánto afecta tu problema de la piel a tu calidad de vida en este momento.

Por favor, señala con una "X" un recuadro de cada pregunta.

Imagen de ti mismo/a

	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Te sientes cohibido/a o cortado/a por tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Te sientes molesto/a por tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sientes que te ves diferente debido a tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sientes que la gente se fija en ti debido a tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sientes vergüenza debido a tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te sientes incómodo/a cuando estás con otras personas debido a tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Evitas ir a lugares a los que te gustaría ir por tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Sientes la necesidad de cubrir las zonas afectadas por tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bienestar físico y aspiraciones futuras

9. ¿Tu problema de la piel afecta a tus estudios o tu trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Te preocupa que tu problema de la piel pueda afectar a tu futuro profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Sientes dolor o molestias debido a tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tu problema de la piel te afecta al sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impacto psicológico y en las relaciones

13. ¿Te pones de mal humor por tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Crees que piensas mucho en tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Evitas conocer gente nueva debido a tu problema de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Recibes comentarios desagradables sobre tu piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Crees que tu problema de la piel afecta en la relación con tus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Crees que tu problema de la piel afecta en tus relaciones íntimas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, comprueba que has respondido a TODAS las preguntas. Muchas gracias.

© Teenagers' Quality of Life Index (T-QoL); MKA Basra, MS Salek, AY Finlay, July 2011.

Este documento no debe ser copiado sin el permiso de los autores.