

Apellidos _____

Nombre _____

Fecha ___ / ___ / 20__

Las siguientes frases expresan sentimientos sobre las consecuencias de una enfermedad respiratoria. Para cada una de ellas, marque la intensidad que le corresponda mejor en este preciso momento. No hay ni respuestas buenas ni malas, solo importa su opinión personal.

	En absoluto	Un poco	A medias	Mucho	Excesivamente
1. Padezco sensación de asfixia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi estado respiratorio me preocupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Siento que mi entorno no me comprende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi estado respiratorio me impide desplazarme como yo quisiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento adormilado/-a durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento incapaz de realizar mis proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me canso rápidamente en las tareas cotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Físicamente, estoy insatisfecho/-a de lo que puedo hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mi enfermedad respiratoria dificulta mi vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi estado respiratorio limita mi vida afectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, verifique que respondió a todas las preguntas. Muchas gracias.

_____ / 15

_____ / 20

_____ / 20

Total _____ / 55