

CUESTIONARIO DE CREENCIAS PARA EVITAR EL TEMOR (FABQ)

Estas son algunas de las cosas que otros pacientes nos han contado sobre su dolore. Para cada enunciado, encierre en un círculo cualquier número del 0 al 6 para indicar cuánto afectan las actividades físicas, como inclinarse, levantar objetos, caminar o conducir, o afectarían su dolor de espalda.

	Totalmente en desacuerdo		Inseguro(a)			Totalmente de acuerdo	
1. Mi dolor fue causado por la actividad física	0	1	2	3	4	5	6
2. La actividad física empeora mi dolor	0	1	2	3	4	5	6
3. La actividad física puede dañar mi espalda	0	1	2	3	4	5	6
4. No debería hacer actividades físicas que (podrían) empeorar mi dolor	0	1	2	3	4	5	6
5. No puedo hacer actividades físicas que (podrían) empeorar mi dolor	0	1	2	3	4	5	6

Las siguientes declaraciones son acerca de cómo afecta su trabajo normal o cómo afectaría su dolor de espalda.

	Totalmente en desacuerdo		Inseguro(a)			Totalmente de acuerdo	
6. Mi dolor fue causado por mi trabajo o por un accidente laboral	0	1	2	3	4	5	6
7. Mi trabajo agravó mi dolor	0	1	2	3	4	5	6
8. Tengo un reclamo de compensación por mi dolor	0	1	2	3	4	5	6
9. Mi trabajo es demasiado pesado para mi	0	1	2	3	4	5	6
10. Mi trabajo empeora o empeora mi dolor	0	1	2	3	4	5	6
11. Mi trabajo puede dañar mi espalda	0	1	2	3	4	5	6
12. No debería hacer mi trabajo normal con mi dolor actual	0	1	2	3	4	5	6
13. No puedo hacer mi trabajo normal con mi dolor actual	0	1	2	3	4	5	6
14. No puedo hacer mi trabajo normal hasta que mi dolor sea tratado	0	1	2	3	4	5	6
15. No creo que vuelva a mi trabajo normal dentro de tres meses	0	1	2	3	4	5	6
16. No creo que alguna vez pueda volver a ese trabajo	0	1	2	3	4	5	6

Scoring

Scale 1: Fear-avoidance beliefs about work items 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15.

Scale 2: Fear-avoidance beliefs about physical activity items 2, 3, 4, 5.