

## CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

**DLQI**

N.º de hospital:

Fecha:

Nombre:

Puntaje:

Dirección:

Diagnóstico:

**El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque ☒ una casilla para cada pregunta.**

- |     |   |   |                                       |
|-----|---|---|---------------------------------------|
| 1.  | Durante la última semana, ¿ha sentido <b>picazón, dolor o ardor</b> en la piel o la ha tenido <b>adolorida</b> ?  | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> |                                       |
| 2.  | Durante la última semana, ¿se ha sentido <b>avergonzado/a</b> o <b>cohibido/a</b> debido a su piel?   | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> |                                       |
| 3.  | Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las <b>compras</b> u ocuparse de la <b>casa</b> o el <b>jardín</b> ?                  | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la <b>ropa</b> que lleva?  | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad <b>social</b> o <b>recreativa</b> ?  | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar <b>deportes</b> debido a su condición de la piel?  | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel <b>trabajar</b> o <b>estudiar</b> ?   | Sí <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/>  | Sin relación <input type="checkbox"/> |
|     | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el <b>trabajo</b> o en sus <b>estudios</b> ?      | Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/>                                       |                                       |
| 8.  | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su <b>pareja, amigos íntimos</b> o <b>familiares</b> ?                         | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su <b>vida sexual</b> ?  | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su <b>tratamiento</b> de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa? | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |

**Por favor verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias.**

©© AY Finlay, GK Khan, April 1992 www.dermatology.org.uk, this must not be copied without the permission of the authors.