

## CUESTIONARIO FAB

© Fundación Kovacs. La utilización de la versión española del cuestionario FAB es libre para su uso clínico. No obstante debe indicar que su copyright pertenece a la Fundación Kovacs, y para cualquier otro fin debe citar la referencia de su publicación: Kovacs FM, Muriel A, Medina JM y la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda. Psychometric characteristics of the Spanish version of the FAB questionnaire. *Spine* 2006;31:104-110

Aquí están algunas cosas que otros pacientes nos han dicho sobre su dolor. Por favor, para cada afirmación haga un círculo en un número del 0 al 6 para indicar hasta qué punto las actividades físicas tales como inclinarse, levantar peso, caminar o conducir afectan o afectarían a *su* dolor de espalda.

	En total desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo				Completamente de acuerdo	
1. Mi dolor fue causado por la actividad física	0	1	2	3	4	5	6	
2. La actividad física hace que mi dolor empeore	0	1	2	3	4	5	6	
3. La actividad física podría dañar mi espalda	0	1	2	3	4	5	6	
4. No debería hacer las actividades físicas que empeoran mi dolor, ni las que podrían empeorarlo	0	1	2	3	4	5	6	
5. No puedo realizar las actividades físicas que empeoran mi dolor, ni las que podrían empeorarlo.	0	1	2	3	4	5	6	

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo su trabajo normal afecta o afectaría a su dolor de espalda.

	En total desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo				Completamente de acuerdo	
6. Mi dolor se debe a mi trabajo, o a un accidente en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6	
7. Mi trabajo agravó mi dolor	0	1	2	3	4	5	6	
8. Estoy recibiendo o tramitando algún tipo de compensación por mi dolor de espalda, como una baja laboral, una pensión o una indemnización de cualquier tipo	0	1	2	3	4	5	6	
9. Mi trabajo es demasiado pesado para mí	0	1	2	3	4	5	6	
10. Mi trabajo empeora mi dolor, o podría empeorarlo	0	1	2	3	4	5	6	
11. Mi trabajo puede dañar mi espalda	0	1	2	3	4	5	6	
12. Con mi dolor actual, no debería hacer mi trabajo normal	0	1	2	3	4	5	6	
13. Con mi dolor actual, no puedo hacer mi trabajo normal	0	1	2	3	4	5	6	
14. No podré hacer mi trabajo normal hasta que mi dolor haya sido tratado	0	1	2	3	4	5	6	
15. No creo que pueda regresar a mi trabajo habitual en los próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6	
16. No creo que sea capaz de volver nunca a mi trabajo habitual.	0	1	2	3	4	5	6	