|  |
| --- |
| 1. **19.** *Las siguientes preguntas están relacionadas con sus creencias personales.*

Por favor marque en la escala de abajo el número que mejor describa como se siente en cada una de las siguientes afirmaciones. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Totalmente en desacuerdo** | **En desacuerdo** | **No estoy en acuerdo o desacuerdo** | **De acuerdo** | **Totalmente de acuerdo** |
| a. Mi enfermedad (dolor de articulaciones/síntomas) está controlando mi vida. | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| b. Me sentiría indefensa si no tuviera otras personas que me ayuden con mi enfermedad (dolor de articulaciones/síntomas). | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| c. No importa lo que haga o que tanto lo intente, no logro aliviar mi dolor de articulaciones/síntomas.  | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| d. No estoy enfrentando mi enfermedad (dolor de articulaciones/síntomas) de una manera efectiva | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |
| e. Parece que el destino y otras cosas más allá de mi control afectan mi enfermedad (dolor de articulaciones/síntomas). | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 |