

Discapacidad de la Espalda

Nombre del paciente _____ Fecha: _____

Este cuestionario ha sido diseñado para dar al médico información sobre cómo su dolor de espalda ha afectado su capacidad para manejar la vida cotidiana. Por favor conteste cada sección y marque en cada sección solamente la casilla ONE que se aplica a usted. Nos damos cuenta de que usted puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se refieren a usted, pero por favor marque la casilla que más cercanamente describe su problema.

SECCIÓN 1-INTENSIDAD DEL DOLOR

- El dolor va y viene y es muy leve.
- El dolor es leve y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es moderado.
- El dolor es moderado y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es muy severo.
- El dolor es severo y no varía mucho.

SECCIÓN 2-CUIDADO PERSONAL

- No tendría que cambiar mi manera de lavarse o de vestirse para evitar dolor.
- Normalmente no cambio mi forma de lavarme o vestirme aunque cause cierto dolor.
- Lavarse y vestirse aumenta el dolor, pero no consigo cambiar mi forma de hacerlo.
- Lavarse y vestirse aumenta el dolor y me parece necesario cambiar mi forma de hacerlo.
- Debido al dolor, soy incapaz de lavar y vestir sin ayuda.
- Debido al dolor, soy incapaz de lavar y vestir sin ayuda.

SECCIÓN 3-LEVANTAMIENTO

- Puedo levantar pesos pesados sin dolor adicional.
- Puedo levantar pesos pesados, pero causa dolor extra.
- El dolor me impide levantar pesos pesados del suelo, pero me las arreglo si están convenientemente colocados (por ejemplo, sobre una mesa).
- El dolor me impide levantar pesos pesados del suelo.
- El dolor me impide levantar pesos pesados, pero puedo manejar pesos ligeros a medianos si están convenientemente posicionados.
- Sólo puedo levantar pesas muy ligeras a lo sumo.

SECCIÓN 4-CAMINAR

- No tengo dolor al caminar.
- Tengo un poco de dolor al caminar, pero no aumenta con la distancia.
- No puedo caminar más de una milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de 1/2 milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de 1/4 de milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar en absoluto sin aumentar el dolor.

SECCIÓN 5-SITTING

- Puedo sentarme en cualquier silla mientras me guste.
- Sólo puedo sentarme en mi silla favorita mientras me guste.
- El dolor me impide sentarme más de una hora.
- El dolor me impide sentarme más de media hora.
- El dolor me impide sentarme más de 10 minutos.
- Evito sentarme porque aumenta el dolor de inmediato.

SECCIÓN 6-STANDING

- Puedo estar todo el tiempo que quiera sin dolor.
- Tengo un poco de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- No puedo soportar más de una hora sin aumentar el dolor.
- No soporto más de 1/2 hora sin aumentar el dolor.
- No soporto más de 10 minutos sin aumentar el dolor.
- Evito estar de pie porque aumenta el dolor de inmediato.

SECCIÓN 7-DORMIR

- No tengo dolor en la cama.
- Tengo dolor en la cama, pero no me impide dormir bien.
- Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce en menos de 1/4.
- Debido al dolor, mi sueño nocturno normal se reduce en menos de 1/2.
- Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce en menos de 3/4.
- El dolor me impide dormir en absoluto.

SECCIÓN 8-VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me causa dolor.
- Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos, por ejemplo, el baile, etc.
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.
- El dolor ha restringido mi vida social a mi hogar.
- Apenas tengo vida social por el dolor.

SECCIÓN 9-VIAJAR

- No tengo dolor mientras viajo.
- Me da un poco de dolor durante el viaje, pero ninguna de mis formas habituales de viajar lo hace peor.
- Tengo dolor extra mientras viajo, pero no me obliga a buscar formas alternativas de viajar.
- Tengo más dolor durante el viaje, lo que me obliga a buscar formas alternativas de viajar.
- El dolor restringe todas las formas de viaje.
- El dolor impide todas las formas de viaje, excepto que se hace acostado.

SECCIÓN 10-CAMBIO DE GRADO DE DOLOR

- Mi dolor está mejorando rápidamente.
- Mi dolor fluctúa, pero definitivamente está mejorando.
- Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejora es lenta en la actualidad.
- Mi dolor no está ni mejorando ni peor.
- Mi dolor gradualmente empeora.
- Mi dolor empeora rápidamente.