

Cuestionario de Discapacidad por Dolor de Cuello

Instrucciones: Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender en qué medida su dolor de cuello ha afectado a su capacidad para hacer sus actividades diarias. Por favor, responda a cada sección utilizando la mejor respuesta que se aplica a usted. Somos conscientes de que se puede sentirse con más de una opción, pero le pedimos que **marque con un círculo la opción que mejor describa su problema en este momento.**

Nombre: _____

Fecha: _____

1. Intensidad del dolor

- 1) No tengo ningún dolor en este momento.
- 2) El dolor es muy leve en este momento.
- 3) El dolor es moderado en este momento.
- 4) El dolor es algo intenso en este momento.
- 5) El dolor es muy fuerte en este momento.
- 6) El dolor es el peor imaginable en este momento.

2. Cuidado personal

- 1) Puedo cuidarme con normalidad sin causar más dolor.
- 2) Puedo cuidarme solo, pero me causa más dolor.
- 3) Es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso.
- 4) Necesito ayuda, pero me ocupo de la mayor parte de mi cuidado personal.
- 5) Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- 6) No me visto; Me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

3. Levantando

- 1) Puedo levantar pesos pesados, sin dolor extra.
- 2) Puedo levantar pesos pesados, pero me da más dolor
- 3) El dolor me impide levantar pesos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están bien colocados, por ejemplo, sobre una mesa.
- 4) El dolor me impide levantar pesos pesados, pero puedo con pesos leves o medianos si están bien colocados.
- 5) Puedo levantar pesos muy ligeros.
- 6) No puedo levantar ni cargar nada en general.

4. Leer

- 1) Puedo leer todo lo que quiero sin dolor de cuello.
- 2) Puedo leer todo lo que quiero con un poco de dolor en el cuello.
- 3) Puedo leer todo lo que quiero con un dolor moderado en el cuello.
- 4) No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello.
- 5) No puedo leer en absoluto.

5. Dolores de cabeza

- 1) No tengo ningún dolor de cabeza.
- 2) Tengo dolores de cabeza leves, que ocurren con poca frecuencia.
- 3) Tengo dolores de cabeza moderados que ocurren con poca frecuencia.
- 4) Tengo dolores de cabeza moderados con frecuencia.
- 5) Tengo fuertes dolores de cabeza con frecuencia.
- 6) Tengo dolores de cabeza casi siempre.

6. Concentración

- 1) Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin ninguna dificultad.
- 2) Puedo concentrarme completamente cuando quiero con un poco de dificultad.
- 3) Tengo leve dificultad para concentrarme cuando quiero.
- 4) Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.
- 5) Tengo una gran dificultad para concentrarme cuando quiero.
- 6) No puedo concentrarme en absoluto.

7. Trabajo

- 1) Puedo hacer todo el trabajo que quiera.
- 2) Sólo puedo hacer mi trabajo normal, pero no más.
- 3) Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo normal.
- 4) No puedo hacer mi trabajo normal.
- 5) Apenas puedo hacer ningún trabajo.
- 6) No puedo hacer ningún trabajo.

8. Conducir

- 1) Puedo conducir mi coche sin ningún dolor de cuello
- 2) Puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiero con un poco de dolor en el cuello
- 3) Puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiero con un dolor moderado en el cuello.
- 4) No puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello.
- 5) Apenas puedo conducir debido a un fuerte dolor en el cuello.
- 6) No puedo conducir mi coche en absoluto.

9. Dormir

- 1) No tengo problemas para dormir.
- 2) Mi sueño está un poco afectado (menos de 1 hora de insomnio).
- 3) Mi sueño está levemente afectado (1-2 horas de insomnio).
- 4) Mi sueño está moderadamente afectado (2-3 horas de insomnio).
- 5) Mi sueño está muy afectado (3-5 horas de insomnio).
- 6) Mi sueño está completamente afectado (5-7 horas de insomnio).

10. Recreación

- 1) Puedo hacer todas mis actividades recreativas sin ningún dolor en el cuello.
- 2) Puedo hacer todas mis actividades recreativas con algo de dolor en el cuello.
- 3) Puedo hacer la mayoría de mis actividades recreativas, pero no todas, porque me duele el cuello.
- 4) Puedo hacer algunas de mis actividades recreativas normales debido al dolor en el cuello.
- 5) Apenas puedo hacer actividades recreativas debido al dolor en el cuello.
- 6) No puedo hacer ninguna de las actividades recreativas.

Firma del Paciente: _____

Score: _____

office use only

DISCAPACIDADES DEL BRAZO, HOMBRO Y MANO

Por favor, califique su capacidad para hacer las siguientes actividades en la última semana marcando con un círculo el número que aparece debajo de la respuesta apropiada.

	SIN DIFICULTAD	DIFICULTAD LEVE	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD GRAVE	NO SE PUEDE
1. Abrir una botella apretada o nueva	1	2	3	4	5
2. Escribir	1	2	3	4	5
3. Girar una llave	1	2	3	4	5
4. Preparar comida	1	2	3	4	5
5. Empujar una puerta pesada	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en un mueble sobre la cabeza	1	2	3	4	5
7. Hacer cosas pesadas en el hogar (por ejemplo, lavar las paredes, lavar el piso)	1	2	3	4	5
8. Trabajar en el jardín o en la yarda	1	2	3	4	5
9. Hacer la cama	1	2	3	4	5
10. Llevar una bolsa de la tienda o un maletín	1	2	3	4	5
11. Levantar un objeto pesado (más de 10 libras)	1	2	3	4	5
12. Cambiar un foco por encima de la cabeza	1	2	3	4	5
13. Lavar o secar el cabello	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerse un suéter	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar la comida.	1	2	3	4	5
17. Actividades recreativas que requieren poco esfuerzo. ej: jugar ajedrez, tejer	1	2	3	4	5
18. Actividades recreativas en las que aplica fuerza o impacto a través del brazo, hombro o mano. ej: golf, martilleo, tenis, etc.	1	2	3	4	5
19. Actividades recreativas en las que mueves el brazo libremente. ej: jugar frisbee, bádminton, etc.	1	2	3	4	5
20. Administrar las necesidades de transporte (ir de un lugar a otro)	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuales	1	2	3	4	5

DISCAPACIDADES DEL BRAZO, HOMBRO Y MANO

NUNCA UN POCO MODERADO BASTANTE EXTREMADAMENTE

22. Durante la última semana, ¿en qué medida su problema en el brazo, hombro o mano ha interferido en sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

1 2 3 4 5

(marque un número con un círculo)

NO ESTA UN POCO MODERADAMENTE MUY NO SE
LIMITADO LIMITADO LIMITADO LIMITADO PUEDE

23. Durante la última semana, ¿se vio limitado en su trabajo o en otras actividades diarias como consecuencia de su problema en el brazo, el hombro o la mano?

1 2 3 4 5

(marque un número con un círculo)

NINGUNO LEVE MODERADO GRAVE EXTREMO

24. Dolor de brazos, hombros o manos

1 2 3 4 5

25. Dolor de brazos, hombros o manos al realizar alguna actividad específica

1 2 3 4 5

26. Hormigueo (alfileres y agujas) en el brazo, el hombro o la mano

1 2 3 4 5

27. Debilidad en el brazo, el hombro o la mano

1 2 3 4 5

28. Rigidez en el brazo, el hombro o la mano

1 2 3 4 5

(marque un número con un círculo)

SIN DIFICULTAD DIFICULTAD DIFICULTAD DIFICULTAD TANTA
DIFIUCULTAD LEVE MODERADA GRAVE DIFICULTAD
QUE NO PUEDO DORMIR

29. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir debido al dolor en su brazo, hombro o mano?

1 2 3 4 5

(marque un número con un círculo)

MUY EN NO ESTA NI DE ACUERDI DE MUY DE
DESACUERDO ACUERDO NI EN ACUERDO ACUERDO
DESACUERDO

30. Me siento menos capaz, menos seguro o menos útil debido a mi problema en el brazo, el hombro o la mano.

1 2 3 4 5

(marque un número con un círculo)

DASH DISABILITY/SYMPTOM SCORE = $\left[\frac{\text{sum of n responses}}{n} - 1\right] \times 25$, where n is equal to the number of completed responses.

n