



LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A SUS  
RESPUESTAS PERMITIRÁN SABER CÓMO SE DEBE  
HACER SUS ACTIVIDADES HABITUALES. SI NO  
CONTESTE LO QUE LE PAREZCA MÁS CIERRO

**P.1** En general, usted diría que su salud es:

(Una sola respuesta)

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5

**P.2** ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(Una sola respuesta)

- Mucho mejor 1
- Algo mejor 2
- Más o menos igual 3
- Algo peor 4
- Mucho peor 5

**P.3** Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

- |             |  | SÍ | NO                       |
|-------------|--|----|--------------------------|
| <b>P.3a</b> | <input type="checkbox"/> Actualmente, su estado de salud, ¿interfiere o dificulta su actividad laboral?  | 1  | <input type="checkbox"/> |
| <b>P.3b</b> | <input type="checkbox"/> Actualmente, su estado de salud, ¿le impide realizar esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de 1 hora? | 1  | <input type="checkbox"/> |
| <b>P.3c</b> | <input type="checkbox"/> Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas en su vida familiar, es decir, las relaciones con los de casa?                         | 1  | <input type="checkbox"/> |
| <b>P.3d</b> | <input type="checkbox"/> Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas en su vida sexual?   | 1  | <input type="checkbox"/> |

REN A LO QUE USTED PIENSA SOBRE SU SALUD. SUS  
E ENCUENTRA USTED Y HASTA QUÉ PUNTO ES CAPAZ DE  
O ESTÁ SEGURO/A DE CÓMO RESPONDER A UNA PREGUNTA,  
TO. POR FAVOR, MARQUE LA RESPUESTA CON UN CÍRCULO.

## P.4 Por favor, conteste a las siguientes frases:

(Una sola respuesta en horizontal)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	Bastante falsa	Totalmente falsa
<b>P.4a</b> 1. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	4	3	2	1
<b>P.4b</b> 2. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4
<b>P.4c</b> 3. Creo que mi salud va a empeorar	4	3	2	1
<b>P.4d</b> 4. Mi salud es excelente	1	2	3	4

## P.5 Durante el último mes ¿Cuánto tiempo...?

(Una sola respuesta en horizontal)

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<b>P.5a</b> 1. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
<b>P.5b</b> 2. ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
<b>P.5c</b> 3. ¿Se sintió desanimado y triste?	6	5	4	3	2	1
<b>P.5d</b> 4. ¿Se sintió cansado/agotado?	6	5	4	3	2	1

## P.6 Durante el último mes ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

(Una sola respuesta)

- Nada 3
- Un poco 6
- Regular 9
- Bastante 12
- Mucho 15



# CALIDAD DE VIDA

**P.7a** ¿Su dolor es....?  
(Una sola respuesta)

- Ligero 1
- Molesto 2
- Intenso 3
- Insoportable 4

**P.7b** ¿Su dolor es....?  
(Una sola respuesta)

- Raro 1
- Frecuente 2
- Muy frecuente 3
- Continuo 4

**P.7c** Por favor, señale la respuesta que considere oportuna  
(Una sola respuesta)

- Su dolor le permite, ser autosuficiente 1
- Debido a su dolor, usted necesita ayuda ocasional 2
- Debido a su dolor, usted necesita ayuda frecuentemente 3
- Debido a su dolor, usted necesita estar encamado 4

**P.7d** Debido a su dolor, ¿cómo se encuentra usted a la hora de dormir...?

(Una sola respuesta)

- Duerme regularmente 1
- Duerme mal 2
- Duerme muy mal 3
- Necesita fármacos para poder dormir 4

# DEL PACIENTE CON DOLOR

**P.8**

¿Cómo calificaría usted la gravedad de su dolor?

(Una sola respuesta)

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy leve          | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> Leve              | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Ni grave, ni leve | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> Grave             | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Muy grave         | <input type="checkbox"/> 5 |

**P.9**

A continuación se enumeran una serie de problemas que la gente puede tener en su vida diaria. En cada uno de ellos, marque una cruz en la casilla del "Sí" si lo tiene, y en la del "No" si no lo tiene.

- |   | SÍ                         | NO                       |
|---|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Las cosas me deprimen o me siento desanimado/a   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo/a  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Últimamente me enfado con facilidad  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Siempre estoy fatigado/a   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Me cuesta estar de pie mucho rato (por ejemplo haciendo cola)                                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Me cuesta mucho dormirme   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Me paso la mayor parte de la noche despierto/a o las preocupaciones me desvelan por la noche | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tengo dolor constantemente (también por la noche)  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creo que soy una carga para los demás  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |

Suma total:

--	--



# CALIDAD DE VIDA

## DATOS DE CLASIFICACIÓN

### D.1

¿Ha sufrido usted en los últimos dos meses alguno de los siguientes tipos de dolor?

	D.1		D.1b
	SÍ	NO	
■ Dolor <i>reumático</i> del tipo artrosis, artritis, lumbago, ciática, inflamación de tendones y/o áreas que rodean articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Dolor <i>traumático</i> como esguinces, luxaciones, roturas musculares u óseas, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ <i>Otros tipos de dolores relacionados con el aparato locomotor</i> . P. ej. contracturas musculares, sobrecargas, desviación de columna, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ <i>Dolor de garganta, faringe, sinusitis, dolor de oído, etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ <i>Dolor dental</i> (dientes, muelas, encías, ortodoncia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ <i>Dolores menstruales</i> (producidos por la regla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ <i>Otro tipo de dolor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D.1b

¿Por cuál de estos dolores está en la consulta del médico? \_\_\_\_\_

Múltiple



### D.2

Edad:

Años

# DEL PACIENTE CON DOLOR

## D.3

Actualmente, ¿cuál es su situación laboral?

(Una sola respuesta)

- Trabaja actualmente 1
- Retirado  
(pensionista/incapacitado) 2
- Parado, ha trabajado  
anteriormente 3
- Estudiante (no trabaja) 4
- Sus labores/Ama de casa 5

## D.4

Por favor, indique el tipo y dosis de fármacos que está tomando para su dolor

D. 4a Fármacos	D. 4b Número de dosis o tomas al día				
	1	2	3	4	5 o más
	1	2	3	4	5 o más
	1	2	3	4	5 o más
	1	2	3	4	5 o más
	1	2	3	4	5 o más
	1	2	3	4	5 o más
	1	2	3	4	5 o más
	1	2	3	4	5 o más