

ÖREBRO MUSCULOSKELETAL PAIN QUESTIONNAIRE

Nombre: _____

Fecha: _____

Estas preguntas y afirmaciones son aplicables si tiene molestias o dolores como en el cuello, la espalda, el hombro.

Por favor, lea y responda las preguntas cuidadosamente. No tome demasiado tiempo para responder a las preguntas, sin embargo, es importante que las conteste todas. Siempre encontrará una respuesta para su situación particular.

1. ¿Dónde le duele? Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)

<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Parte alta de la espalda	2 x (Max 10) _____
<input type="checkbox"/> Parte baja	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Otro	_____	
(indicar):				

2. ¿Cuántos días de trabajo ha perdido a causa del dolor durante los últimos 18 meses? Marque sólo una.

<input type="checkbox"/> 0 Días (1)	<input type="checkbox"/> 1 - 2 Días	<input type="checkbox"/> 3- 7 Días (3)	<input type="checkbox"/> 8- 14 Días (4)	
<input type="checkbox"/> 15-30 Días (5)	<input type="checkbox"/> 1 Mes (6)	<input type="checkbox"/> 2 Meses (7)		
<input type="checkbox"/> 3- 6 Meses (8)	<input type="checkbox"/> 6-12 Meses (9)	<input type="checkbox"/> Más de un año (10)		

3. ¿Desde hace cuánto tiempo sufre su dolor actual? Marque sólo una.

<input type="checkbox"/> 0 Días (1)	<input type="checkbox"/> 1 - 2 Días	<input type="checkbox"/> 3- 7 Días (3)	<input type="checkbox"/> 8- 14 Días (4)	
<input type="checkbox"/> 15-30 Días (5)	<input type="checkbox"/> 1 Mes (6)	<input type="checkbox"/> 2 Meses (7)		
<input type="checkbox"/> 3- 6 Meses (8)	<input type="checkbox"/> 6-12 Meses (9)	<input type="checkbox"/> Más de un año (10)		

4. ¿Es su trabajo pesado o monótono?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No en absoluto									Extremadamente		

5. ¿Cómo calificaría usted el dolor que tuvo durante la semana pasada? Marque una.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor									Peor dolor soportable		

6. En los últimos 3 meses, de media, ¿Cómo de malo fue su dolor en una escala de 0- 10? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor									Peor dolor soportable		

7. ¿Con qué frecuencia diría usted que ha experimentado episodios de dolor, de media, durante los últimos tres meses? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca										Siempre	<input type="text"/>

8. Sobre la base de todas las cosas para hacer frente, o lidiar con su dolor, durante un día normal ¿Cuánto es capaz de disminuirlo? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No consigo disminuirlo										Consigo eliminarlo por completo	<input type="text" value="10 - x"/>

9. ¿Cómo de tenso/a o ansioso/a se ha sentido durante la última semana? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absolutamente calmado y relajado										Tenso y nervioso como nunca	<input type="text"/>

10. ¿Cuánto se ha sentido molesto/a, por una sensación depresiva, durante la última semana? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca										Extremadamente	<input type="text"/>

11. En su opinión, ¿Cómo de grande es el riesgo de que su dolor actual puede llegar a ser persistente? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ningún riesgo										Riesgo muy alto	<input type="text"/>

12. En su opinión, ¿Cuáles son las probabilidades de que usted será capaz de trabajar seis meses?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ninguna probabilidad										Muchas posibilidades	<input type="text" value="10 - x"/>

13. Considerando sus rutinas de trabajo, gestión, salario, posibilidades de promoción y compañeros de trabajo, ¿Cuál es su grado de satisfacción con su trabajo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absolutamente insatisfecho										Completamente satisfecho	<input type="text" value="10 - x"/>

Estas son algunas de las cosas que otras personas nos han dicho acerca de su dolor. Para cada afirmación, marque un número de 0 a 10 para decir cuánto afectaría a su dolor las actividades físicas, tales como agacharse, levantar objetos, caminar o conducir.

14. La actividad física hace que mi dolor empeore

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Completamente en <u>desacuerdo</u>										Completamente de <u>acuerdo</u>	<input type="text"/>

15. Un aumento del dolor es una indicación de que debo dejar lo que estoy haciendo hasta que disminuye o desaparece.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Completamente en <u>desacuerdo</u>											Completamente de <u>acuerdo</u>

16. No debería realizar mi trabajo habitual con mi dolor actual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Completamente en <u>desacuerdo</u>											Completamente de <u>acuerdo</u>

Le indicamos una lista con cinco actividades. Marque el número que mejor describe su capacidad actual de participar en cada una de estas actividades.

17. Puedo realizar una actividad ligera durante una hora.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No puedo hacerlo debido a mi Dolor											El dolor no es un problema

18. Puedo caminar durante una hora.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No puedo hacerlo debido a mi Dolor											El dolor no es un problema

19. Puedo hacer las tareas domésticas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No puedo hacerlo debido a mi Dolor											El dolor no es un problema

20. Puedo hacer la compra semanal.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No puedo hacerlo debido a mi Dolor											El dolor no es un problema

21. Puedo dormir por la noche

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No puedo hacerlo debido a mi Dolor											El dolor no es un problema