
ESCALA DE FATIGA DE PIPER

Nombre: _____

Fecha: _____

1 ¿El grado de fatiga que siente en este momento le causa ansiedad?
Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

2 ¿El grado de fatiga que siente en este momento interfiere en su capacidad para terminar sus actividades laborales o de estudio?
Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

3 ¿El grado de fatiga que siente en este momento interfiere en la capacidad para relacionarse con sus amigos?
Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

4 ¿El grado de fatiga que siente en este momento interfiere en su actividad sexual?
Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

5 ¿El grado de fatiga que siente en este momento interfiere en sus actividades de ocio?
Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

6 ¿Cómo describiría el grado de intensidad o severidad de su fatiga?
Suave 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo

7 ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento?
Placentera 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No placentera

8 ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento?
Agradable 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Desagradable

9 ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento?
Protectora 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Destructiva

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------|
| 10 | ¿Cómo describiría la fatiga que siente en este momento? | | | | | | | | | | |
| Positiva | | | | | | | | | | | Negativa |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 11 | El grado de fatiga que siente ahora es: | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | Anormal |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 12 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Fuerte | | | | | | | | | | | Débil |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 13 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Despierta | | | | | | | | | | | Adormilada |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 14 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Animada | | | | | | | | | | | Apática |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 15 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Fresca | | | | | | | | | | | Cansada |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 16 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Con energía | | | | | | | | | | | Sin energía |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 17 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Paciente | | | | | | | | | | | Impaciente |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 18 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Relajada | | | | | | | | | | | Irritada |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 19 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Alegre | | | | | | | | | | | Deprimida |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 20 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Capaz de concentrarse | | | | | | | | | | | Incapaz de concentrarse |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 21 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Con buena memoria | | | | | | | | | | | Sin memoria |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 22 | Respecto a la fatiga que tiene, usted se siente ahora: | | | | | | | | | | |
| Capaz de pensar con claridad | | | | | | | | | | | Incapaz de pensar con claridad |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |