

PDR-SF

Cuestionario

Instrucciones:

El siguiente cuestionario es en referencia a cómo a afectado su vida el dolor causado por su lesión. Se le mostrarán una serie de declaraciones. Por cada una de ellas, seleccione la respuesta que mejor describa que tanto está de acuerdo ó en desacuerdo con dicha declaración. Por ejemplo, sí usted esta totalmente de acuerdo con una declaración, elija el numero 5,6, ó 7 como respuesta, siendo el 7 el que más está de acuerdo. Sí usted está en total desacuerdo, elija el 0, 1, ó 2, siendo el 0 el que está en total desacuerdo. Si usted es indiferente a la situación, elija el 4 como respuesta. Sí está más ó menos de acuerdo, elija el 3 como su respuesta. Conteste las preguntas de acuerdo a cómo se ha sentido en los últimos días.

Nombre _____

Fecha ____/____/____
Mes Día Año

Número de Seguro Social _____

	<u>Estoy completamente desacuerdo</u>				<u>Estoy completamente de acuerdo</u>			
1. Cuando tengo el dolor, pido que me dejen solo	0	1	2	3	4	5	6	7
2. El dolor dificulta que cumpla con mis obligaciones como esposo(a)/novio(a)	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi sueño es perturbado por el dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Paso la mayor parte del día sin hacer nada	0	1	2	3	4	5	6	7
5. No tengo mucha energía	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Seguido me siento tenso y alterado	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Está afectando mi matrimonio/relación con mi pareja	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Paso la mayor parte del día descansando	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Es muy raro que haga cosas divertidas	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Me siento cansado y fatigado	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Evito convivir con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Tengo dificultad para quedarme dormido	0	1	2	3	4	5	6	7
13. No soy muy cariñoso debido al dolor causado por mi lesión	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Limito lo que hago debido al dolor, debilidad o fatiga	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Me impide cumplir con mis obligaciones como padre/madre	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Prefiero estar solo	0	1	2	3	4	5	6	7
17. No salgo de la casa con frecuencia	0	1	2	3	4	5	6	7
18. No hago mucho ejercicio. (Ejemplo: Caminar, correr, ir al gimnasio)	0	1	2	3	4	5	6	7
19. No puedo dormir bien	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Me preocupa que si el dolor no se quita, me afectará psicológicamente	0	1	2	3	4	5	6	7
21. El dolor provoca que me irrite	0	1	2	3	4	5	6	7

	<u>Estoy completamente desacuerdo</u>				<u>Estoy completamente de acuerdo</u>			
	0	1	2	3	4	5	6	7
22. El dolor me dificulta que cumpla con mis obligaciones de amigo(a) para con mis amistades	0	1	2	3	4	5	6	7
23. A veces pienso que podrían pasar cosas terribles	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Con frecuencia pienso que no tiene caso pensar en el futuro	0	1	2	3	4	5	6	7
25. Con frecuencia me pongo irritado y renegado	0	1	2	3	4	5	6	7
26. No tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Mi matrimonio/relación de pareja no me satisface	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Evito algunas actividades debido al dolor, fátiga o debilidad	0	1	2	3	4	5	6	7
29. No puedo trabajar eficazmente	0	1	2	3	4	5	6	7
30. Temo que sí no me deshago de éste dolor, no podré hacer muchas cosas	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Creo que no hay esperanza en el futuro	0	1	2	3	4	5	6	7
32. Con frecuencia me siento decepcionado de mí mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
33. Puedo cumplir con mis obligaciones diarias en casa	0	1	2	3	4	5	6	7
34. Tengo miedo de perder el control	0	1	2	3	4	5	6	7
35. Puedo trabajar eficazmente	0	1	2	3	4	5	6	7
36. Puedo hacer todos los que haceres de la casa sin problemas	0	1	2	3	4	5	6	7
37. No tengo interés en socializar	0	1	2	3	4	5	6	7
38. No salgo a divertirme con frecuencia	0	1	2	3	4	5	6	7
39. No hago muchas cosas diariamente	0	1	2	3	4	5	6	7
40. Mientras que tenga éste dolor, no podré ser feliz	0	1	2	3	4	5	6	7
41. Cuando tengo el dolor me quedo callado y quiero estar solo	0	1	2	3	4	5	6	7
42. Me preocupa que el dolor empeore	0	1	2	3	4	5	6	7
43. Mientras que tenga éste dolor, no podré disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7
44. No soy capaz de cumplir con mis obligaciones como proveedor	0	1	2	3	4	5	6	7
45. Me pongo nervioso con frecuencia	0	1	2	3	4	5	6	7
46. Con frecuencia me siento triste y deprimido	0	1	2	3	4	5	6	7

Determine que **tanto ha limitado el dolor causado por su lesión su habilidad** para hacer lo siguiente, (en la última semana y el día de hoy):

¡Espere! ¿Leyó las instrucciones?

	<u>Para nada</u>				<u>Muy fuerte</u>			
47. El dolor dificulta que me siente, (Ejemplo, en una silla)	0	1	2	3	4	5	6	7
48. El dolor dificulta que tolere las vibraciones fuertes, tales como viajar en carro por un camino disparejo, con bordos	0	1	2	3	4	5	6	7
49. El dolor dificulta que me ponga de pie	0	1	2	3	4	5	6	7
50. El dolor dificulta que levante objetos	0	1	2	3	4	5	6	7
51. El dolor dificulta que suba y baje de un carro	0	1	2	3	4	5	6	7
52. El dolor dificulta que doble la cintura para enfrente	0	1	2	3	4	5	6	7
53. El dolor dificulta que suba y baje las escaleras	0	1	2	3	4	5	6	7
54. El dolor dificulta que camine con normalidad	0	1	2	3	4	5	6	7
55. El dolor dificulta que me ponga en posiciones poco usuales, tales como tratar de limpiar detras de uninodoro (taza del baño)	0	1	2	3	4	5	6	7
56. El dolor dificulta que tuerza la cintura	0	1	2	3	4	5	6	7
57. El dolor dificulta que me agache, como cuando se tiene que cambiar una llanta, ó que me siente en cuclillas como para calentarme las manos en el fuego	0	1	2	3	4	5	6	7
58. El dolor dificulta que me dé vuelta, por ejemplo, cuando estoy en la cama	0	1	2	3	4	5	6	7
59. El dolor dificulta que levante los brazos como para tartar de abrir una puerta de una alacena alta	0	1	2	3	4	5	6	7
60. El dolor dificulta que pueda tomar objetos con las manos, por ejemplo, tomar un vaso	0	1	2	3	4	5	6	7
61. El dolor dificulta que pueda empujar objetos, tales como un carrito de Mercado	0	1	2	3	4	5	6	7
62. El dolor dificulta que pueda gatear	0	1	2	3	4	5	6	7

	<u>Para nada</u>				<u>Muy fuerte</u>			
63. El dolor dificulta que pueda mover mi cabeza de lado a lado	0	1	2	3	4	5	6	7
64. El dolor dificulta que pueda recoger objetos con la punta de los dedos, tales como recoger una moneda del piso	0	1	2	3	4	5	6	7
65. El dolor dificulta que me arrodille	0	1	2	3	4	5	6	7
66. El dolor dificulta que me levante de una silla	0	1	2	3	4	5	6	7
67. El dolor me dificulta el vestirme y desvestirme	0	1	2	3	4	5	6	7
68. El dolor dificulta que pueda bañarme por mí mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
69. El dolor dificulta que pueda jalar objetos, tales como abrir una puerda que se desliza o arrastrar una bolsa con basura a traves del patio	0	1	2	3	4	5	6	7
70. El dolor dificulta que me acueste	0	1	2	3	4	5	6	7
71. El dolor dificulta que cargue cosas	0	1	2	3	4	5	6	7

	<u>Nada de Dolor</u>				<u>Mucho Dolor</u>			
72. Describa en promedio cualquier tipo de dolor que haya sentido durante la última semana	0	1	2	3	4	5	6	7