

APPENDIX B: SPANISH PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE (PDQ)

NOMBRE: _____ #DE ID: _____ FECHA: _____

Favor de leer:

Este cuestionario le pregunta su opinión sobre la manera en que su dolor ahora afecta cómo usted realiza sus actividades diarias. Esta información le ayudará a usted y a su médico determinar hasta que punto puede desempeñar sus actividades diarias.

Por Favor, responda a todas las preguntas marcando una "x" sobre la línea para indicar cuánto le ha afectado su problema de dolor (desde no tener ningún problema hasta experimentar los problemas más graves que una persona pueda imaginarse).

ASEGÚRESE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.

1. ¿Interfiere su dolor con el trabajo normal dentro y fuera de su hogar?

_____] _____] _____] _____] _____]
Trabajo normalmente No puedo trabajar

2. ¿Interfiere su dolor con el cuidado personal (tal como bañarse, vestirse, etc.)?

_____] _____] _____] _____] _____]
Me puedo cuidar Necesito ayuda con
por si mismo todo mi cuidado
personal

3. ¿Interfiere el dolor con sus viajes?

] _____]

Viajo adónde quiero

No puedo viajar

4. ¿Su dolor afecta la capacidad de sentarse o pararse?

] _____]

Ningún problema

No puedo hacerlo

5. ¿Su dolor afecta la capacidad de levantar objetos sobre su cabeza, para sujetar o alcanzar objetos?

] _____]

Ningún problema

No puede hacerlo

6. ¿Interfiere el dolor con la habilidad de levantar objetos del piso, agacharse, doblarse o ponerse en cuclillas?

] _____]

Ningún problema

No puede hacerlo

7. ¿Su dolor afecta la capacidad de caminar o correr?

] _____]

Ningún problema

No puedo hacerlo

8. ¿Disminuyeron sus ingresos desde que comenzó el dolor?

] _____]

No disminuyeron

No tengo ingresos

9. ¿Necesita tomar medicamento para el dolor diariamente?

] _____]

No necesito
medicamento
para el dolor

Tomo medicamentos
para el dolor durante
todo el día

10. ¿El dolor le obliga a visitar médicos con más frecuencia que antes de que comenzara?

] _____]

Nunca visito médicos

Visito médicos cada
semana

11. ¿Interfiere su dolor con la capacidad de ver a las personas importantes para usted con la frecuencia que usted quisiera?

] _____]

Ningún problema

Nunca las veo

12. ¿Su dolor interfiere con actividades recreativas y los pasatiempos que son importantes para usted?

] _____]

Ningún problema

No puedo hacerlo

13. ¿Necesita la ayuda de sus familiares y amigos para realizar sus actividades o tareas diarias (incluyendo el trabajo dentro y fuera de su hogar)?

] _____]

Nunca necesito
ayuda

Necesito ayuda
continuamente

14. ¿Se siente más deprimido, tenso o ansioso que antes de que comenzará su dolor?

] _____]

No depresión/
tensión

Depresión/tensión
severa

15. ¿Experimenta usted problemas emocionales a causa de su dolor que interfiere con actividades familiares, sociales o laborales?

] _____]

Ningún problema

Problemas severos