

ANEXO 1

Índice de Discapacidad Cervical

Nombre:

Fecha:

Domicilio:

Profesión:

Edad:

Por favor, lea atentamente las instrucciones:

Este cuestionario se ha diseñado para dar información a su médico sobre cómo le afecta a su vida diaria el dolor de cuello. Por favor, rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una SÓLO LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIME A SU CASO. Aunque en alguna pregunta se pueda aplicar a su caso más de una respuesta, marque sólo la que represente mejor su problema.

Pregunta I: Intensidad del dolor de cuello

- No tengo dolor en este momento
 El dolor es muy leve en este momento
 El dolor es moderado en este momento
 El dolor es fuerte en este momento
 El dolor es muy fuerte en este momento
 En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar

Pregunta II: Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor
 Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor
 Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado
 Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados
 Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados
 No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

Pregunta III: Levantar pesos

- Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor
 Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en una mesa
 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil
 Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
 No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso

Pregunta IV: Lectura

- Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello
 Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello
 Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello
 No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello
 Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello
 No puedo leer nada en absoluto

Pregunta V: Dolor de cabeza

- No tengo ningún dolor de cabeza
 A veces tengo un pequeño dolor de cabeza
 A veces tengo un dolor moderado de cabeza
 Con frecuencia tengo un dolor moderado de cabeza
 Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza
 Tengo dolor de cabeza casi continuo

Pregunta VI: Concentrarse en algo

- Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad
 Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad
 Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero
 Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero
 Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
 No puedo concentrarme nunca

*Pregunta VII: Trabajo y actividades habituales**Pregunta VII: Trabajo**

- Puedo trabajar todo lo que quiero
 Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
 Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más
 No puedo hacer mi trabajo habitual
 A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo
 No puedo trabajar en nada

Pregunta VIII: Conducción de vehículos

- Puedo conducir sin dolor de cuello
 Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un ligero dolor de cuello
 Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un moderado dolor de cuello
 No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello
 Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello
 No puedo conducir nada por el dolor de cuello

Pregunta IX: Sueño

- No tengo ningún problema para dormir
 El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche
 Pierdo menos de 1 hora de sueño cada noche por el dolor de cuello*
 El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche
 Pierdo de 1 a 2 horas de sueño cada noche por el dolor de cuello*
 El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche
 Pierdo de 2 a 3 horas de sueño cada noche por el dolor de cuello*
 El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche
 Pierdo de 3 a 5 horas de sueño cada noche por el dolor de cuello*
 El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche
 Pierdo de 5 a 7 horas de sueño cada noche por el dolor de cuello*

Pregunta X: Actividades de ocio

- Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello
 Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello
 No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello
 Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor del cuello
 Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello
 No puedo realizar ninguna actividad de ocio

*Texto utilizado previamente a los cambios propuestos a raíz de los problemas de comprensión.