

TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS

TABLAS

TABLA 1.- RESULTADOS EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

HERRAMIENTA	ÍTEM	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
BPI	Dolor percibido en últimas 24 horas	3	2
	Intensidad media del dolor en últimas 24 horas	2	1
	Alivio sentido en últimas 24 horas	9	9
	Afectación del dolor en últimas 24 horas	4	3
	Interferencia del dolor en trabaja en casa	3	3
	Interferencia dolor en relación con otras personas	2	1
	Interferencia dolor en sueño	2	2
HAD	Interferencia dolor en capacidad de diversión	2	1
	Ansiedad	0	0
CVRS	Depresión	0	0
	Función física	Esfuerzos intensos y moderados	Esfuerzos intensos y moderados
	Rol físico	Trabajo Actividades diarias Rendimiento	Trabajo Rendimiento
	Dolor corporal	Moderado	Un poco
	Salud general	Algo peor que hace un año	Algo peor que hace un año
	Rol emocional	Conservado	Conservado
	Vitalidad	En algunas ocasiones: • Bajo de moral • Triste • Agotado • Cansado	En algunas ocasiones: • Triste • Agotado • Cansado
	Función social	Conservado	Conservado
SF-MPQ	Salud mental	Bienestar general	Bienestar general
	Intensidad del dolor: EVA	3,5	2,4
	Intensidad del dolor en última semana	Leve	Leve
	Intensidad dolor actual	Leve	
	Sensación dolor moderado	Sacudida Pulsaciones Pinchazo Entumecimiento Pesadez	Sacudida Pinchazo Pesadez
Sensación dolor leve	Ardiente Que consume Que atormenta	Ardiente Que consume Que atormenta Pulsaciones Sacudida	

TABLA 2.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Cepillado de la cicatriz.	<p>Técnica de desensibilización de la cicatriz mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cepillado de la zona de la cicatriz y la zona hiperestésica con cepillos de cerdas de diferentes durezas. Los cepillos se alternan finalizando la sesión con aquellos de cerdas más duras. • inmersión del segmento sensible en recipientes con arena de diferentes texturas, al principio de textura suave y lisa y después de texturas más áspera. • golpeteos suaves en la cicatriz y el área circundante
Masoterapia	<p>Masaje de la zona cicatricial mediante movimientos circulares profundos y desplazamientos en el trayecto de la misma, de arriba a abajo y viceversa con el pulgar</p>
Reentrenamiento de las funciones básicas de la mano	<p>Mediante actividades ocupacionales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelado con plastilina: diferentes formas con el material • Atornillado y desatornillado: de tuercas en tornillos de grosor variado, anclados a una base • Transporte de agua de un cubo a otro mediante esponja • Introducir piezas pequeñas y finas por una caja con ranura • Colocar pinzas que ofrezcan distinta resistencia en una barra vertical • Manipular arena y atrapar un puñado evitando su caída • Arrastrar rodillos de múltiple grosor por una tira de velcro
Técnica caja espejo	<p>Se realizan actividades ocupacionales unimanuales, bilaterales y simétricas, con componente de coordinación óculo manual bajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apilar cartas en un montón • Introducir cubos, monedas o fichas en cesta • Formar bolitas de plastilina <p>Además como método preparatorio a la actividad se ejecutan movimientos de flexo-extensión, abducción aducción de dedos aislados de actividad ocupacional.</p>
Actividades de ocio	<p>Pin-pong y baloncesto: realizables en grupo y a modo de competición. Se realizarán tras trabajos los componentes de la ejecución. Permiten mejorar el sentimiento de autoeficacia y autoconcepto.</p>
Actividades productivas	<p>Marquetería: se realizan diferentes tareas que permiten analizar de forma objetiva la eficacia del trabajo.</p>

TABLAS

TABLA 3.- PROTOCOLO DE SESIÓN DE TRABAJO

NIVEL DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	OBJETIVOS
MÉTODOS PREPARATORIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Movilización pasiva de la extremidad en todo el recorrido articular • Masaje de la zona cicatricial • Cepillado con diferentes texturas 	<ul style="list-style-type: none"> • O.E. 1 <ul style="list-style-type: none"> ○ O.O. 1.3
MÉTODOS FACILITADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar diferentes formas con plastilina • Colocar pinzas de resistencia variada en una barra vertical • Transportar agua con una esponja • Atornilla y desatornillar • Introducir pequeñas piezas en un tablero • Actividades con caja espejo 	<ul style="list-style-type: none"> • O.E. 1 <ul style="list-style-type: none"> ○ O.O. 1.1 ○ O.O. 1.2 ○ O.O. 1.3 ○ O.O. 1.4 • O.E. 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ O.O. 2.1 ○ O.O. 2.2
ACTIVIDADES PROPOSITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Pin-pong • Fútboln • Marquetería 	<ul style="list-style-type: none"> • O.E. 2 <ul style="list-style-type: none"> ○ O.O. 2.1 ○ O.O. 2.2

FIGURAS

FIGURA 1.- ACTIVIDADES CON LA TÉCNICA DE LA CAJA ESPEJO



Sesión de trabajo. Se realizan actividades unimanuales simétricas con bajo componente de coordinación óculo manual. La mano afectada del paciente se sitúa bajo la caja.

A. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE



Universidad
Zaragoza

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE



Carta dirigida al participante en el Trabajo Fin de Grado perteneciente a la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

¿QUIÉN REALIZA EL TRABAJO FIN DE GRADO?

El Plan de Estudios de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional incluye una materia /asignatura con el carácter definido de Trabajo Fin de Grado.

Se trata de una asignatura de carácter obligatorio, y que por tanto todo estudiante del Grado en Terapia Ocupacional debe matricularse en ella.

¿EN QUÉ CONSISTE EL TRABAJO FIN DE GRADO?

El trabajo fin de grado consiste en la realización de un *plan de intervención de Terapia Ocupacional* a partir de la identificación de un problema de salud, dirigido a pacientes, familia y/o comunidad, o un *trabajo relacionado con gestión o administración*.

¿QUÉ PRETENDE ESTE TRABAJO FIN DE GRADO?

Se pretende valorar la repercusión de la Terapia Ocupacional como método de abordaje del dolor en amputados de miembro superior.

¿CÓMO PARTICIPAR EN ESTE TRABAJO?

Su Terapeuta Ocupacional realizará un estudio y seguimiento exhaustivo del caso, utilizando la metodología y las técnicas oportunas para dicho trabajo. Usted, deberá realizar las actividades indicadas diariamente, cinco días a la semana.

Su participación en este trabajo es completamente libre y voluntaria. Debe estar de acuerdo, y firmar el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO".

Los datos clínicos y personales del paciente obtenidos, serán confidenciales, remitiéndonos a la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Carácter Personal y a la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente.

Para participar en este proyecto el paciente debe estar de acuerdo con la participación, seguir el protocolo y responder a escalas y cuestionarios propuestos por el responsable del trabajo.

El contenido de los protocolos de recogida de datos, así como los documentos generados (escalas, cuestionarios, material audiovisual), serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas al trabajo. Por tanto, la información generada en este estudio, será considerada estrictamente confidencial entre las partes participantes.

El paciente podrá retirarse del trabajo:

1. cuando quiera
2. sin tener que dar explicaciones
3. sin que repercuta en sus cuidados médicos

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del TRABAJO: DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA, ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO DE AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE MIEMBRO SUPERIOR

Yo,.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el trabajo y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con Ana Pilar Heras Pérez.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del trabajo:

1. cuando quiera
2. sin tener que dar explicaciones
3. sin que repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el trabajo "Fin de Grado" de Terapia Ocupacional.

Doy mi conformidad para que las fotografías y el material audiovisual que surjan de las actividades de Terapia Ocupacional sean utilizados por Ana Pilar Heras Pérez con fines didácticos.

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro para los fines del trabajo, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

A. ENTREVISTA ESTRUCTURADA

FECHA:							
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS							
NOMBRE DEL PACIENTE:							
EDAD:			SEXO:				
ESTADO CIVIL:			NÚMERO HIJOS/AS:				
DOMICILIO:							
HISTORIA CLÍNICA							
FECHA DE INGRESO AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN:							
ANTECEDENTES PERSONALES:							
FECHA DE AMPUTACIÓN:							
ETIOLOGÍA:		VASCULAR		DIABETES		TRAUMÁTICA	
MIEMBRO AMPUTADO:				DERECHO		IZQUIERDO	
COMPLICACIONES POSTAMPUTACIÓN:							
COLORACIÓN CICATRIZ:							
EDEMA:							
HISTORIA DEL DOLOR:							
EXPLORACIÓN FÍSICA							
VALORACIÓN ARTICULAR:							
MUÑECA	Flexión:					/85°	
	Extensión:					/85°	
	Desviación radial:					/20°	
	Desviación cubital:					/40°	
DEDOS	MCF	Flexión		/90°	/90°	/90°	
		Extensión		/20°	/20°	/20°	
	IFP	Abducción		/10°	/10°	/10°	
		Aducción		/10°	/10°	/10°	
	IFD	Flexión		/100°	/100°	/100°	
		Extensión		/0°	/0°	/0°	
MCF	Flexión		/90°	/90°	/90°		
	Extensión		/0°	/0°	/0°		
PULGAR	MCF	Abducción			/70°		
		Flexión			/90°		
	IF	Extensión			/20°		
Flexión			/100°				
		Extensión			/0°		
VALORACIÓN MUSCULAR:							
	PALMAR MAYOR	0	1	2	3	4	5
	PALMAR MENOR	0	1	2	3	4	5
	CUBITAL ANTERIOR	0	1	2	3	4	5
	PRIMER RADIAL	0	1	2	3	4	5
	SEGUNDO RADIAL	0	1	2	3	4	5
	CUBITAL POSTERIOR	0	1	2	3	4	5
	LUMBRICALES	0	1	2	3	4	5

ANEXO 2

	INTERÓSEOS PALMARES	0	1	2	3	4	5
	INTERÓSEOS DORSALES	0	1	2	3	4	5
	FLEXOR 5º DEDO	0	1	2	3	4	5
	FLEXOR COMÚN SUPERFICIAL	0	1	2	3	4	5
	EXTENSOR COMÚN DEDOS	0	1	2	3	4	5
	EXTENSOR PROPIO DEL ÍNDICE	0	1	2	3	4	5
	EXTENSOR PROPIO MEÑIQUE	0	1	2	3	4	5
	ABDUCTOR 5º DEDO	0	1	2	3	4	5
	FLEXOR CORTO PULGAR	0	1	2	3	4	5
	FLEXOR LARGO PULGAR	0	1	2	3	4	5
	EXTENSOR CORTO PULGAR	0	1	2	3	4	5
	EXTENSOR LARGO PULGAR	0	1	2	3	4	5
	ABDUCTOR LARGO PULGAR	0	1	2	3	4	5
	ABDUCTOR CORTO PULGAR	0	1	2	3	4	5
	ADUCTOR PULGAR	0	1	2	3	4	5
	OPONENTE PULGAR	0	1	2	3	4	5
DOLOR A LA EXPLORACIÓN:							
SENSIBILIDAD ZONA CICATRICIAL:				HIPERSENSIBILIDAD		HIPOSENSIBILIDAD	
PRESAS Y PINZAS PALMARES:							
		DIFICULTAD	HÁBILIDAD	COORDINACIÓN	EFICACIA		
	ESCRIBIR UN FRASE	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO		
	RECOGER UN SOBRE	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO		
	RECOGER MONEDAS	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO		
	DESENROSCAR TAPA	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO		
	UTILIZAR CUCHILLO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO		
	ABROCHAR BOTON	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO		
VALORACIÓN SOCIAL							
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES SOCIALES:			EXCELENTE	BUENO	REGULAR	PÉSIMO	
AYUDA RECIBIDA POR LA FAMILIA			EXCELENTE	BUENO	REGULAR	PÉSIMO	
ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD			EXCELENTE	BUENO	REGULAR	PÉSIMO	
TIEMPO DIARIO DEDICADO AL OCIO:							
TIEMPO SEMANAL DEDICADO AL OCIO:							
CALIDAD DEL TIEMPO DEDICADO AL OCIO			EXCELENTE	BUENA	REGULAR	PÉSIMA	
VALORACIÓN OCUPACIONAL							
OCUPACIÓN:							
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL:							
ESTUDIOS REALIZADOS:							
GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU ACTIVIDAD LABORAL:							
POSIBILIDAD DE CAMBIO DE TAREAS DENTRO DE LA EMPRESA:							
POSIBILIDAD DE CAMBIO DE LUGAR DE TRABAJO:							

ANEXO 2

B. VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA FORMA ABREVIADA DE LA ESCALA DE DOLOR DE MCGILL (SF-MPQ)

A. DESCRIBA SI DOLOR DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (Marque una casa en cada lineal)

	No	Leve	Moderado	Severo
1. Como pulsaciones				
2. Como una sacudida				
3. Como un latigazo				
4. Pinchazo				
5. Calambre				
6. Retortijón				
7. Ardiente				
8. Entumecimiento				
9. Pesado				
10. Escozor				
11. Como un desgarro				
12. Que consume				
13. Que maree				
14. Temible				
15. Que atormenta				

B. VALORE SU DOLOR DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

La línea presentada a continuación representa el dolor en orden creciente de intensidad, desde "no dolor" hasta "dolor extremo". Marque con una línea () la posición que mejor describa su dolor durante la última semana.



C. INTENSIDAD DEL DOLOR EN ESTE MOMENTO

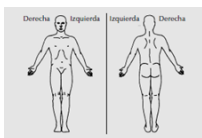
0	Nada de dolor
1	Leve
2	Molesto
3	Intenso
4	Horrible
5	Insufrible

C. CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR (BPI)

Todos hemos tenido alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolor de muelas). En la actualidad, ¿ha tenido un dolor distinto a estos dolores comunes?

Sí	No

Indique en el dibujo con un lápiz dónde siente dolor, indique con una "X" la parte del cuerpo en la cual el dolor es más intenso



Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad máxima del dolor sentido en las últimas 24 horas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El peor dolor imaginable

Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad mínima del dolor sentido en las últimas 24 horas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El peor dolor imaginable

Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad media del dolor sentido en las últimas 24 horas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El peor dolor imaginable

Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad media de su dolor actual

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El peor dolor imaginable

En las últimas 24 horas, ¿cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con el círculo el número que mejor se adapte a su mejoría

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún alivio Alivio total

Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor le ha afectado durante las últimas 24 horas:

Actividad general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

Capacidad de caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

Trabajo normal en su casa o fuera

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

Capacidad de diversión

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfiere Interfiere por completo

D. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)

Este cuestionario tiene el objetivo de ayudarnos a conocer cómo se siente usted. Lee cada frase y marque la respuesta que mejor describa sus sentimientos en los últimos días, poniendo una cruz en el círculo delante de la frase que mejor refleje su situación.

No piense mucho sus respuestas, seguramente su primera reacción ante cada frase será más exacta que una respuesta largamente meditada.

- | | |
|--|--|
| <p>1. Me siento tenso/a y nervioso/a</p> <p><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastantes veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>8. Siento como si cada día hiciera las cosas más despacio</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> |
| <p>2. Sigo disfrutando de las cosas que siempre me han gustado</p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> | <p>9. Tengo una sensación extraña, como de "nervios" en el estómago</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> |
| <p>3. Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, y además es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | <p>10. He perdido interés por mi aspecto personal</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera</p> <p><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de interés</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupa igual que siempre</p> |
| <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre lo hice</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco menos ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante menos ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Ahora ya no</p> | <p>11. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> No mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> |
| <p>5. Tengo mi cabeza llena de preocupaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastantes veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Solo en ocasiones</p> | <p>12. Veo con optimismo el futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba</p> |
| <p>6. Me siento alegre</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> | <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> |
| <p>7. Puedo estar sentado/a tranquilamente y sentirme relajado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Normalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>14. Puedo divertirme leyendo un buen libro o con un programa de radio o televisión</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Muy pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> |

Ahora, por favor, compruebe que ha contestado todas las cuestiones.

E. CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Instrucciones: las preguntas que aparecen a continuación se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus acciones habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. Recuerde, debe marcar un solo número por pregunta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud comparada con la de hace un año?

Mucho mejor que hace un año	1
Algo mejor que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	1	2	3
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3
Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
Agacharse o arrodillarse	1	2	3
Caminar un kilómetro o más	1	2	3
Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. En las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

- Nada.....1
 Un poco.....2
 Regular.....3
 Bastante.....4
 Mucho.....5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las cuatro últimas semanas?

- No, ninguno.....1
 Sí, muy poco.....2
 Sí, un poco.....3
 Sí, moderado.....4
 Sí, mucho.....5
 Sí, muchísimo.....6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada.....1
 Un poco.....2
 Regular.....3
 Bastante.....4
 Mucho.....5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo...?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad	1	2	3	4	5	6
Estuvo muy nervioso	1	2	3	4	5	6
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle	1	2	3	4	5	6
Se sintió calmado y tranquilo	1	2	3	4	5	6
Tuvo mucha energía	1	2	3	4	5	6
Se sintió desanimado y triste	1	2	3	4	5	6
Se sintió agotado	1	2	3	4	5	6
Se sintió feliz	1	2	3	4	5	6
Se sintió cansado	1	2	3	4	5	6

10. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre.....1
 Casi siempre.....2
 Algunas veces.....3
 Sólo alguna vez.....4
 Nunca.....5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

