

FORMATO MDQ

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE ESPALDA BAJA DE OSWESTRY MODIFICADO

Gracias por responder a este cuestionario de resultados reportados por el/la paciente. Sus respuestas ayudan a su proveedor de salud a determinar las mejores opciones de tratamiento y seguir el progreso de su recuperación a lo largo del tiempo. Sea tan amable de responder a cada una de las preguntas incluidas en este formato.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** (MM/DD/AAAA) _____

¿A USTED LO/LA OPERARON POR ESTE PROBLEMA ANTES DE RECIBIR TERAPIA? SÍ NO

ESCALA DE DOLOR: EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿QUÉ TAN FUERTE HA SIDO EL DOLOR?
ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR REPRESENTA SU DOLOR.

SIN DOLOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **EL PEOR DOLOR IMAGINABLE**

POR FAVOR, CALIFIQUE CÓMO CADA SECCIÓN ESTÁ AFECTANDO SU CAPACIDAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS:

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA, LA QUE **MEJOR** DESCRIBA SU CONDICIÓN ACTUAL.

1. INTENSIDAD DEL DOLOR:

- PUEDO TOLERAR EL DOLOR QUE SIENTO SIN TOMAR NINGÚN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR.
- SIENTO MUCHO DOLOR, PERO PUEDO AGUANTARLO SIN TENER QUE TOMAR NINGÚN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR.
- EL MEDICAMENTO PARA EL DOLOR ME ALIVIA POR COMPLETO EL DOLOR.
- EL MEDICAMENTO PARA EL DOLOR ME ALIVIA MODERADAMENTE EL DOLOR.
- EL MEDICAMENTO PARA EL DOLOR ME ALIVIA MUY POCO EL DOLOR.
- EL MEDICAMENTO PARA EL DOLOR NO DISMINUYE EN NADA MI DOLOR.

2. ASEO PERSONAL (BAÑARSE, VESTIRSE, ETC.):

- PUEDO OCUPARME DE MI MISMO/A NORMALMENTE Y NO ME CAUSA DOLOR ADICIONAL.
- PUEDO OCUPARME DE MI MISMO/A NORMALMENTE, PERO EL DOLOR AUMENTA.
- ME CAUSA DOLOR EL CUIDADO PERSONAL, ASÍ QUE LO HAGO DESPACIO Y CON CUIDADO.
- NECESITO ALGO DE AYUDA, PERO PUEDO ENCARGARME DE LA MAYORÍA DE LOS ASPECTOS DEL CUIDADO PERSONAL.
- NECESITO AYUDA TODOS LOS DÍAS EN LA MAYORÍA DE LOS ASPECTOS DEL CUIDADO PERSONAL.
- NO ME VISTO. ME ASEO CON DIFICULTAD Y ME QUEDO EN CAMA.

3. LEVANTAR PESO:

- PUEDO LEVANTAR PESOS PESADOS SIN QUE EL DOLOR AUMENTE.
- PUEDO LEVANTAR PESOS PESADOS, PERO ESTO HACE QUE EL DOLOR AUMENTE.
- EL DOLOR ME IMPIDE LEVANTAR PESOS PESADOS DEL SUELO, PERO SÍ PUEDO HACERLO SI ESTÁN COLOCADOS DE MANERA CONVENIENTE (V.G., SOBRE LA MESA – ETC.).
- EL DOLOR ME IMPIDE LEVANTAR PESOS PESADOS DEL SUELO, PERO SÍ PUEDO LEVANTAR PESOS LIGEROS Y MEDIANOS SI ESTÁN COLOCADOS DE MANERA CONVENIENTE.
- SOLO PUEDO LEVANTAR PESOS MUY LIGEROS.
- NO PUEDO LEVANTAR NI CARGAR NADA EN ABSOLUTO.

4. CAMINAR:

- EL DOLOR NO ME IMPIDE CAMINAR, PUEDO CAMINAR CUALQUIER DISTANCIA.
- EL DOLOR ME IMPIDE CAMINAR MÁS DE 1 ½ KM.
- EL DOLOR ME IMPIDE CAMINAR MÁS DE 800 METROS.
- EL DOLOR ME IMPIDE CAMINAR MÁS DE 400 METROS.
- SOLO PUEDO CAMINAR CON MULETAS O BASTÓN.
- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ESTOY EN CAMA Y TENGO QUE GATEAR HASTA EL BAÑO.

5. ESTAR SENTADO/A:

- PUEDO ESTAR SENTADO/A EN CUALQUIER SILLA EL TIEMPO QUE QUIERA.
- SOLO EN MI SILLA FAVORITA PUEDO ESTAR SENTADO/A EL TIEMPO QUE QUIERA.
- EL DOLOR ME IMPIDE ESTAR SENTADO/A MÁS DE UNA HORA.
- EL DOLOR ME IMPIDE ESTAR SENTADO/A MÁS DE 30 MINUTOS.
- EL DOLOR ME IMPIDE ESTAR SENTADO/A MÁS DE 10 MINUTOS.
- EL DOLOR ME IMPIDE POR COMPLETO ESTAR SENTADO/A.

6. ESTAR DE PIE:

- PUEDO ESTAR DE PIE EL TIEMPO QUE QUIERA SIN QUE EL DOLOR AUMENTE.
- PUEDO ESTAR DE PIE EL TIEMPO QUE QUIERA, PERO ESTO AUMENTA EL DOLOR.
- EL DOLOR ME IMPIDE ESTAR DE PIE MÁS DE 1 HORA.
- EL DOLOR ME IMPIDE ESTAR DE PIE MÁS DE 30 MINUTOS.
- EL DOLOR ME IMPIDE ESTAR DE PIE MÁS DE 10 MINUTOS.
- EL DOLOR ME IMPIDE POR COMPLETO ESTAR DE PIE.

7. DORMIR:

- EL DOLOR NO IMPIDE QUE DUERMA BIEN.
- PUEDO DORMIR BIEN SOLO SI TOMO UN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR.
- AÚN CUANDO TOMO UN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR, DUERMO MENOS DE 6 HORAS.
- AÚN CUANDO TOMO UN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR, DUERMO MENOS DE 4 HORAS.
- AÚN CUANDO TOMO UN MEDICAMENTO PARA EL DOLOR, DUERMO MENOS DE 2 HORAS.
- EL DOLOR NO ME DEJA DORMIR NADA.

8. VIDA SOCIAL:

- MI VIDA SOCIAL ES NORMAL Y NO AUMENTA MI DOLOR.
- MI VIDA SOCIAL ES NORMAL, PERO SÍ AUMENTA MI NIVEL DE DOLOR.
- EL DOLOR ME IMPIDE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MÁS ENERGÉTICAS (V.G., DEPORTE, BAILAR, ETC.).
- EL DOLOR ME IMPIDE QUE SALGA MUY SEGUIDO.
- EL DOLOR HA LIMITADO MI VIDA SOCIAL A LA CASA.
- PRÁCTICAMENTE NO TENGO VIDA SOCIAL A CAUSA DEL DOLOR.

9. VIAJAR:

- PUEDO VIAJAR A DONDE SEA SIN QUE EL DOLOR AUMENTE.
- PUEDO VIAJAR A DONDE SEA, PERO ESTO HACE QUE MI DOLOR AUMENTE.
- MI DOLOR ME LIMITA A NO VIAJAR MÁS DE 2 HORAS.
- MI DOLOR ME LIMITA A NO VIAJAR MÁS DE 1 HORA.
- MI DOLOR ME LIMITA A REALIZAR SOLO VIAJES CORTOS NECESARIOS DE MENOS DE ½ HORA.
- MI DOLOR IMPIDE POR COMPLETO QUE VIAJE, EXCEPTO PARA IR A LAS CONSULTAS CON MI MÉDICO/TERAPEUTA O AL HOSPITAL.

10. EMPLEO/TAREAS DEL HOGAR:

- MIS ACTIVIDADES NORMALES DEL HOGAR/LABORALES NO ME PROVOCAN DOLOR.
- MIS ACTIVIDADES NORMALES DEL HOGAR/LABORALES AUMENTAN MI DOLOR, PERO AÚN PUEDO REALIZAR TODO LO QUE SE ESPERA DE MÍ.
- PUEDO REALIZAR LA MAYORÍA DE MIS TAREAS DEL HOGAR/LABORALES, PERO EL DOLOR ME IMPIDE QUE REALICE ACTIVIDADES DE MAYOR ESTRÉS FÍSICO (V.G., LEVANTAR COSAS, ASPIRAR, ETC.).
- EL DOLOR ME IMPIDE HACER TODO EXCEPTO TAREAS LIGERAS.
- EL DOLOR ME IMPIDE HACER INCLUSO LAS TAREAS LIGERAS.
- EL DOLOR ME IMPIDE REALIZAR CUALQUIER TAREA LABORAL O DEL HOGAR.