



## ÖREBRO MUSCULOSKELETAL PAIN QUESTIONNAIRE

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estas preguntas y afirmaciones son aplicables si tiene molestias o dolores como en el cuello, la espalda, el hombro.

Por favor, lea y responda las preguntas cuidadosamente. No tome demasiado tiempo para responder a las preguntas, sin embargo, es importante que las conteste todas. Siempre encontrará una respuesta para su situación particular.

**1. ¿Dónde le duele? Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)**

- Cuello       Hombro       Brazo       Parte alta de la espalda  
 Parte baja       Pierna       Otro \_\_\_\_\_  
(indicar):

2 x (Max 10)

**2. ¿Cuántos días de trabajo ha perdido a causa del dolor durante los últimos 18 meses? Marque sólo una.**

- 0 Días (1)       1 - 2 Días       3- 7 Días (3)       8- 14 Días (4)  
 15-30 Días (5)       1 Mes (6)       2 Meses (7)  
 3- 6 Meses (8)       6-12 Meses (9)       Más de un año (10)

**3. ¿Desde hace cuánto tiempo sufre su dolor actual? Marque sólo una.**

- 0 Días (1)       1 - 2 Días       3- 7 Días (3)       8- 14 Días (4)  
 15-30 Días (5)       1 Mes (6)       2 Meses (7)  
 3- 6 Meses (8)       6-12 Meses (9)       Más de un año (10)

**4. ¿Es su trabajo pesado o monótono?**

- 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
No en absoluto      Extremadamente

**5. ¿Cómo calificaría usted el dolor que tuvo durante la semana pasada? Marque una.**

- 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
No dolor      Peor dolor soportable

**6. En los últimos 3 meses, de media, ¿Cómo de malo fue su dolor en una escala de 0- 10? Marque uno.**

- 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
No dolor      Peor dolor soportable





**7.** ¿Con qué frecuencia diría usted que ha experimentado episodios de dolor, de media, durante los últimos tres meses? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca										Siempre	<input type="text"/>

**8.** Sobre la base de todas las cosas para hacer frente, o lidiar con su dolor, durante un día normal ¿Cuánto es capaz de disminuirlo? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No consigo disminuirlo										Consigo eliminarlo por completo	<input type="text" value="10 - x"/>

**9.** ¿Cómo de tenso/a o ansioso/a se ha sentido durante la última semana? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absolutamente calmado y relajado										Tenso y nervioso como nunca	<input type="text"/>

**10.** ¿Cuánto se ha sentido molesto/a, por una sensación depresiva, durante la última semana? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca										Extremadamente	<input type="text"/>

**11.** En su opinión, ¿Cómo de grande es el riesgo de que su dolor actual puede llegar a ser persistente? Marque uno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ningún riesgo										Riesgo muy alto	<input type="text"/>

**12.** En su opinión, ¿Cuáles son las probabilidades de que usted será capaz de trabajar seis meses?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ninguna probabilidad										Muchas posibilidades	<input type="text" value="10 - x"/>

**13.** Considerando sus rutinas de trabajo, gestión, salario, posibilidades de promoción y compañeros de trabajo, ¿Cuál es su grado de satisfacción con su trabajo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absolutamente insatisfecho										Completamente satisfecho	<input type="text" value="10 - x"/>

Estas son algunas de las cosas que otras personas nos han dicho acerca de su dolor. Para cada afirmación, marque un número de 0 a 10 para decir cuánto afectaría a su dolor las actividades físicas, tales como agacharse, levantar objetos, caminar o conducir.

**14.** La actividad física hace que mi dolor empeore

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Completamente en <u>desacuerdo</u>										Completamente de <u>acuerdo</u>	<input type="text"/>





**15.** Un aumento del dolor es una indicación de que debo dejar lo que estoy haciendo hasta que disminuye o desaparece.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Completamente en desacuerdo Completamente de acuerdo

**16.** No debería realizar mi trabajo habitual con mi dolor actual.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Completamente en desacuerdo Completamente de acuerdo

Le indicamos una lista con cinco actividades. Marque el número que mejor describe su capacidad actual de participar en cada una de estas actividades.

**17.** Puedo realizar una actividad ligera durante una hora.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No puedo hacerlo debido a mi Dolor El dolor no es un problema

**18.** Puedo caminar durante una hora.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No puedo hacerlo debido a mi Dolor El dolor no es un problema

**19.** Puedo hacer las tareas domésticas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No puedo hacerlo debido a mi Dolor El dolor no es un problema

**20.** Puedo hacer la compra semanal.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No puedo hacerlo debido a mi Dolor El dolor no es un problema

**21.** Puedo dormir por la noche

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No puedo hacerlo debido a mi Dolor El dolor no es un problema

Spanish version of the screening Örebro musculoskeletal pain questionnaire: a cross-cultural adaptation and validation. Cuesta-Vargas AI, Gabel CP, Bennett P. Health Qual Life Outcomes. 2014 Oct 29;12:157. doi: 10.1186/s12955-014-0157-5.

