



## 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)

<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Parte alta de la espalda	2 x (Max 10)
<input type="checkbox"/> Parte baja	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Otro (indicar): _____		

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

<input type="checkbox"/> 0 Días (1)	<input type="checkbox"/> 1 - 2 Días	<input type="checkbox"/> 3- 7 Días (3)	<input type="checkbox"/> 8- 14 Días (4)	
<input type="checkbox"/> 15-30 Días (5)	<input type="checkbox"/> 1 Mes (6)	<input type="checkbox"/> 2 Meses (7)		
<input type="checkbox"/> 3- 6 Meses (8)	<input type="checkbox"/> 6-12 Meses (9)	<input type="checkbox"/> Más de un año (10)		

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

<input type="checkbox"/> 0 Días (1)	<input type="checkbox"/> 1 - 2 Días	<input type="checkbox"/> 3- 7 Días (3)	<input type="checkbox"/> 8- 14 Días (4)	
<input type="checkbox"/> 15-30 Días (5)	<input type="checkbox"/> 1 Mes (6)	<input type="checkbox"/> 2 Meses (7)		
<input type="checkbox"/> 3- 6 Meses (8)	<input type="checkbox"/> 6-12 Meses (9)	<input type="checkbox"/> 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

*Cuesta-Vargas AI, González-Sánchez M. Spanish version of the screening Örebro musculoskeletal pain questionnaire: a cross-cultural adaptation and validation. Health Qual Life Outcomes. 2014 Oct 29;12:157*



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	<input type="text"/>
Completamente en <u>desacuerdo</u>											Completamente de <u>acuerdo</u>

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

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

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	<input type="text" value="10 - x"/>
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	<input type="text" value="10 - x"/>
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	<input type="text" value="10 - x"/>
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	<input type="text" value="10 - x"/>
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	<input type="text" value="10 - x"/>
No puedo hacerlo debido a mi Dolor											El dolor no es un problema