

# Cuestionario de Mareos/Falta de Estabilidad

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

## SECCION I

1. Favor de calificar el nivel de su dolor al hacer actividad:

NO DOLOR = 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 = DOLOR MUY SEVERO

## SECCION II – Parte 1

Instrucciones: El propósito de esta escala es poder identificar las dificultades que experimenta debido a sus mareos o falta de estabilidad. Favor de indicar su respuesta circulando “si” o “no” o “algunas veces” para cada pregunta. Conteste cada pregunta de acuerdo con el problema de sus mareos o falta de estabilidad.

- |      |                                                                                                                                                     |    |    |               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| P1.  | ¿El voltear hacia arriba aumenta su problema?                                                                                                       | Si | No | Algunas veces |
| E2.  | ¿Se siente frustrado debido a su problema?                                                                                                          | Si | No | Algunas veces |
| F3.  | ¿Limita sus actividades de viaje por negocios o recreación debido a su problema?                                                                    | Si | No | Algunas veces |
| P4.  | ¿Aumenta su problema el caminar por un pasillo en la tienda?                                                                                        | Si | No | Algunas veces |
| F5.  | ¿Tiene dificultad para acostarse o pararse de la cama debido a su problema?                                                                         | Si | No | Algunas veces |
| F6.  | ¿Su problema lo limita mucho a participar en actividades sociales tales como, salir a cenar, salir al cine, bailar, o ir a fiestas?                 | Si | No | Algunas veces |
| F7.  | ¿Tiene dificultad para leer debido a su problema?                                                                                                   | Si | No | Algunas veces |
| P8.  | ¿Aumenta su problema el hacer actividades más físicas como hacer deportes, bailar, hacer quehaceres en casa tales como barrer o guardar los platos? | Si | No | Algunas veces |
| E9.  | ¿Tiene miedo a salir de casa sin alguien que lo acompañe debido a su problema?                                                                      | Si | No | Algunas veces |
| E10. | Debido a su problema, ¿se ha sentido avergonzado frente a otros?                                                                                    | Si | No | Algunas veces |
| P11. | ¿Aumenta su problema el mover rápido su cabeza?                                                                                                     | Si | No | Algunas veces |
| F12. | ¿Evita las alturas debido a su problema?                                                                                                            | Si | No | Algunas veces |
| P13. | ¿Aumenta su problema el voltearse en la cama?                                                                                                       | Si | No | Algunas veces |
| F14. | ¿Es difícil para usted hacer actividades pesadas en el hogar o el jardín debido a su problema?                                                      | Si | No | Algunas veces |

## Cuestionario de Mareos/Falta de Estabilidad

E15.	Debido a su problema, ¿tiene temor de que la gente piense que este ebrio?	Si	No	Algunas veces
F16.	¿Es difícil salir a caminar usted solo por a su problema?	Si	No	Algunas veces
P17.	¿Aumenta su problema el caminar en la banqueta?	Si	No	Algunas veces
E18.	¿Es difícil para usted concentrarse debido a su problema?	Si	No	Algunas veces
F19.	¿Es difícil caminar en la oscuridad en su hogar debido a su problema?	Si	No	Algunas veces
E20.	Debido a su problema, ¿tiene temor a quedarse solo en casa?	Si	No	Algunas veces
E21.	¿Se siente discapacitado debido a su problema?	Si	No	Algunas veces
E22.	¿Ha causado tensión en su relación con los miembros de su familia o amigos el problema que esta teniendo?	Si	No	Algunas veces
E23.	¿Se siente deprimido por su problema?	Si	No	Algunas veces
F24.	¿Interfiere su problema con su trabajo o sus responsabilidades en el hogar?	Si	No	Algunas veces
P25.	¿Aumenta su problema el agacharse?	Si	No	Algunas veces

### SECCION II – Parte II

Instrucciones: Ponga una palomita en la caja que mejor lo describa:

- Son síntomas insignificantes (0)
- Son síntomas que me molestan un poco (1)
- Puedo hacer mis tareas en el trabajo, pero los síntomas interfieren con otras actividades (2)
- Los síntomas afectan mi desempeño tanto en mis tareas en el trabajo como en otras actividades (3)
- Actualmente no estoy trabajando o tuve que cambiar mi empleo por los síntomas (4)
- No he podido trabajar por más de un año o he tengo discapacidad permanente con compensación monetaria (5)