**CUESTIONARIO BOURNEMOUTH SOBRE DOLOR DE ESPALDA**

Nombre del paciente

Fecha

**Instrucciones:** Las siguientes escalas se han diseñado para determinar su dolor de espalda y la manera en que lo afecta. Responda TODAS las escalas y marque UN número en CADA escala que mejor describa cómo se siente.

1. En la última semana, en promedio, ¿cómo calificaría su dolor de espalda?

Sin dolor El peor dolor posible

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. En la última semana, ¿en qué medida su dolor de espalda ha interferido con sus actividades diarias (tareas del hogar, lavarse, vestirse, caminar, subir escaleras, acostarse/levantarse de la cama o sentarse/pararse de una silla)?

Sin interferencia No pudo realizar las actividades

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. En la última semana, ¿en qué medida su dolor de espalda ha interferido con su capacidad para participar en actividades recreativas, sociales y familiares?

Sin interferencia No pudo realizar las actividades

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. En la última semana, ¿qué nivel de ansiedad (tensión, nerviosismo, irritabilidad, dificultad para concentrarse/relajarse)   
ha sentido?

Nada de ansiedad Ansiedad extrema

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. En la última semana, ¿qué nivel de depresión (decaimiento, bajo estado de ánimo, pesimismo, tristeza) ha sentido?

Nada de depresión Depresión extrema

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. En la última semana, ¿en qué medida sintió que su trabajo (tanto dentro como fuera del hogar) ha afectado (o afectaría)   
su dolor de espalda?

No lo ha empeorado Lo ha empeorado mucho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. En la última semana, ¿en qué medida ha podido controlar (reducir/aliviar) su dolor de espalda por su cuenta?

Lo controla por completo No lo controla en absoluto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Examinador**

**OTROS COMENTARIOS:**

Con autorización de: Bolton JE, Breen AC: The Bournemouth Questionnaire: A Short-form Comprehensive Outcome Measure. I. Psychometric Properties   
in Back Pain Patients*. JMPT* 1999; 22 (9): 503-510.