

Índice de incapacidad por dolor de cabeza

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: encierre en un CÍRCULO la respuesta correcta:

1. Tengo dolor de cabeza: (1) una vez al mes (2) más de una, pero menos de cuatro veces al mes (3) más de una vez por semana
2. Mi dolor de cabeza: (1) leve (2) moderado (3) intenso

Lea cuidadosamente: el propósito de la escala es identificar las dificultades que usted puede estar experimentando debido al dolor de cabeza. Marque “SÍ”, “A VECES”, o “NO” en cada punto. Responda cada pregunta solo cuando corresponda a su dolor de cabeza.

- | SÍ | A VECES | NO | |
|-------|---------|-------|---|
| _____ | _____ | _____ | Debido a los dolores de cabeza me siento incapacitado. |
| _____ | _____ | _____ | Debido a los dolores de cabeza me siento restringido al realizar mis actividades diarias. |
| _____ | _____ | _____ | Nadie entiende el efecto que los dolores de cabeza tienen en mi vida. |
| _____ | _____ | _____ | Restrinjo mis actividades recreativas (ej. deportes, hobbies) por los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Los dolores de cabeza me irritan. |
| _____ | _____ | _____ | A veces siento que voy a perder el control debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Debido a los dolores de cabeza soy menos propenso a socializar. |
| _____ | _____ | _____ | Mi cónyuge (pareja de hecho) o familiares y amigos no tienen idea de lo que estoy atravesando debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Los dolores de cabeza son tan fuertes que siento que me volveré loco. |
| _____ | _____ | _____ | Los dolores de cabeza afectan mi percepción del mundo. |
| _____ | _____ | _____ | Me da temor salir cuando siento que me está empezando un dolor de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Los dolores de cabeza me desesperan. |
| _____ | _____ | _____ | Me preocupa que esté pagando las consecuencias en el trabajo o el hogar debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Los dolores de cabeza tensan mis relaciones con familiares o amigos. |
| _____ | _____ | _____ | Evito estar rodeado de personas cuando tengo dolor de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Creo que los dolores de cabeza me dificultan lograr mis metas en la vida. |
| _____ | _____ | _____ | No puedo pensar con claridad debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Me pongo tenso (ej. tensión muscular) debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | No disfruto las reuniones sociales debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Me siento irritable debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Evito viajar debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Los dolores de cabeza me hacen sentir confundido. |
| _____ | _____ | _____ | Los dolores de cabeza me hacen sentir frustrado. |
| _____ | _____ | _____ | Se me hace difícil leer debido a los dolores de cabeza. |
| _____ | _____ | _____ | Me cuesta desviar mi atención de los dolores de cabeza y concentrarme en otras cosas. |

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Para uso oficial: Instrucciones de puntuación: 1. Al usar este sistema, si se marca “SÍ” en cualquier línea se dan 4 puntos; al responder “A VECES” se dan 2 puntos y una respuesta de “NO” no otorga ningún punto. 2. Al usar este sistema, una puntuación entre 10% y 28% se considera incapacidad leve; de 30% a 48% es moderada; de 50% a 68% es severa; 72% o más es total.