**CUESTIONARIO BOURNEMOUTH SOBRE DOLOR DE CUELLO**

Nombre del paciente

Fecha

**Instrucciones:** Las siguientes escalas se han diseñado para determinar su dolor de cuello 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 cuello?

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 cuello ha interferido con sus actividades diarias (tareas del hogar, lavarse, vestirse, levantar objetos, leer, conducir)?

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 cuello 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 cuello?

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 cuello 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, Humphreys BK: The Bournemouth Questionnaire: A Short-form Comprehensive Outcome Measure. II. Psychometric  
Properties in Neck Pain Patients*. JMPT* 2002; 25 (3): 141-148.