

CUESTIONARIO DASH

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta sobre sus síntomas así como su capacidad para realizar ciertas actividades o tareas. Por favor conteste cada pregunta basándose en su condición o capacidad durante la última semana. Para ello marque un círculo en el número apropiado. Si usted no tuvo la oportunidad de realizar alguna de las actividades durante la última semana, por favor intente aproximarse a la respuesta que considere que sea la más exacta. No importa que mano o brazo use para realizar la actividad; por favor conteste basándose en su habilidad o capacidad y como puede llevar a cabo dicha tarea o actividad.

Por favor, puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta.

1. Abrir un bote de cristal nuevo.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

2. Escribir.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

3. Preparar la comida.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

4. Girar la llave para abrir la puerta o encender el coche.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

5. Empujar y abrir una puerta pesada.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

6. Colocar un objeto en estanterías situadas por encima de su cabeza.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

7. Realizar tareas duras de la casa como fregar el piso, limpiar paredes y cristales, etc.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

8. Arreglar el jardín o realizar trabajos en el campo.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

9. Hacer las camas.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

10. Cargar una bolsa del supermercado o llevar un maletín.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

11. Cargar un objeto pesado (más de 5 kg).

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

12. Cambiar una bombilla en el techo.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

13. Lavarse y secarse el pelo.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

14. Lavarse la espalda.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

15. Ponerse un jersey o un suéter.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

16. Usar un cuchillo para cortar alimentos.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo como hacer punto, coser, jugar a las cartas o al dominó.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

18. Actividades que requieren algo de esfuerzo para su brazo, hombro o mano, como usar un martillo, jugar al golf, al tenis o a la petanca.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

19. Actividades que requieren que su brazo se mueva libremente como nadar.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

20. Conducir.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

21. Actividad sexual.

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Incapaz

22. ¿Durante la última semana, sus problemas de hombro, brazo o mano han interferido con su actividad social habitual con la familia, sus amigos o compañeros de trabajo?

1. No. Para nada

2. Poco

3. Regular

4. Bastante limitado

5. Imposible de realizar

23. ¿Durante la última semana ha atendido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades diarias debido a problemas en su hombro, brazo o mano?

1. No. Para nada

2. Poco

3. Regular

4. Bastante limitado

5. Imposible de realizar

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas.

24. Dolor en el hombro, brazo o mano.

1. Ninguno

2. Leve

3. Moderado

4. Grave

5. Muy grave

25. Dolor del hombro, el brazo o la mano cuando realiza cualquier actividad específica:

1. Ninguno

2. Leve

3. Moderado

4. Grave

5. Muy grave

26. Sensación de calambres, hormigueos o de electricidad en el hombro, brazo o mano.

1. Ninguno

2. Leve

3. Moderado

4. Grave

5. Muy grave

27. Debilidad o falta de fuerza en el hombro, brazo o la mano.

1. Ninguno

2. Leve

3. Moderado

4. Grave

5. Muy grave

28. Rigidez o falta de movilidad en el hombro, el brazo o la mano.

1. Ninguno

2. Leve

3. Moderado

4. Grave

5. Muy grave

29. ¿Durante la última semana, ha tenido dificultad para dormir debido a dolor en el hombro, brazo o mano?

1. Ninguno

2. Leve

3. Moderado

4. Grave

5. Muy grave

30. "Me siento con menos capacidad, confianza y útil debido a mi problema con el hombro, brazo o mano.

1. Completamente falso

2. Falso

3. No lo se

4. Cierto

5. Completamente cierto

MÓDULO DE TRABAJO (Opcional)

Las siguientes preguntas se refieren al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano en su capacidad para trabajar (incluyendo las tareas de casa si ese es su trabajo principal)
Por favor, indique cuál es su trabajo/ocupación:.....

Yo no trabajo (usted puede pasar por alto esta sección).

Marque con un círculo el número que describa mejor su capacidad física en la semana pasada:

¿Tuvo usted alguna dificultad para usar su técnica habitual de trabajo?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible

¿Tuvo usted alguna dificultad para hacer su trabajo habitual debido al dolor del hombro, brazo o mano?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible

¿Tuvo usted alguna dificultad para realizar su trabajo tan bien como le gustaría?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible

¿Tuvo usted alguna dificultad para emplear la cantidad habitual de tiempo en su trabajo?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible

ACTIVIDADES ESPECIALES DEPORTES/MÚSICOS (Opcional)

Las preguntas siguientes hacen referencia al impacto que tiene su problema en el brazo, hombro o mano para tocar su instrumento musical, practicar su deporte o ambos. Si usted practica más de un deporte o toca más de un instrumento (o hace ambas cosas), por favor conteste con respecto a la actividad que sea más importante para usted. Por favor, indique el deporte o instrumento que sea más importante para usted

Marque con un círculo el número que describa mejor su capacidad física en la semana pasada.

¿Tuvo alguna dificultad para usar su técnica habitual al tocar su instrumento o practicar su deporte?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible

¿Tuvo alguna dificultad para tocar su instrumento habitual o practicar su deporte debido a dolor en el brazo, hombro o mano?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible

¿Tuvo alguna dificultad para tocar su instrumento o practicar su deporte tan bien como le gustaría?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible

¿Tuvo alguna dificultad para emplear la cantidad de tiempo habitual en tocar su instrumento o practicar su deporte?

1. Ninguna dificultad

2. Poca dificultad

3. Dificultad moderada

4. Mucha dificultad

5. Imposible