



Encuesta sobre el dolor

El dolor puede tener repercusiones considerables en su vida. Cuéntenos del efecto que ha tenido en su vida al marcar una casilla por línea.

Durante los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tuvo el siguiente pensamiento cuando sintió dolor?	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
1. Mi dolor es más fuerte de lo que puedo tolerar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Nunca volveré a ser feliz debido a mi dolor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Mi vida es terrible debido a mi dolor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Mi vida solo empeorará debido a mi dolor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia...	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
5. siguió pensando en cuánto le dolía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. tuvo problemas para pensar en otra cosa que no fuera su dolor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Puntuación total: _____ (sume los puntos de cada una de sus respuestas a los seis elementos anteriores para obtener su puntuación total)