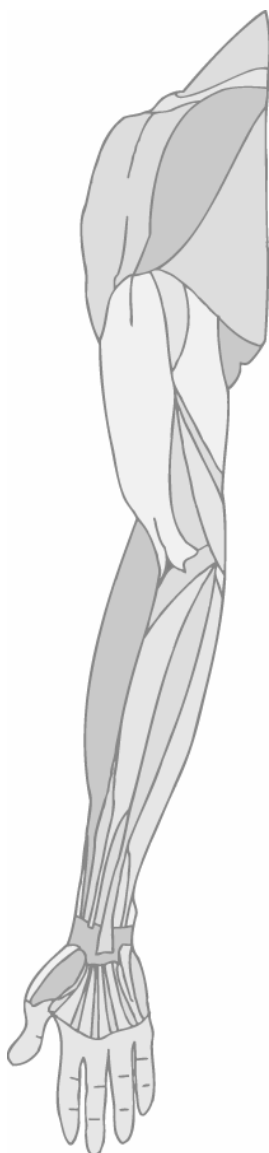


# DASH

## Versión Española (España)



### 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 usa para realizar la actividad; por favor conteste basándose en la habilidad o capacidad y como puede llevar a cabo dicha tarea o actividad

© Institute for Work & Health 2006. All rights reserved.

Spanish (Spain) translation courtesy of Dr. R.S. Rosales, MD, PhD, Institute for Research in Hand Surgery, GECOT, Unidad de Cirugía de La Mano y Microcirugía, Tenerife, Spain

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.

|  | Ninguna<br>dificultad | Dificultad<br>leve | Dificultad<br>moderada | Mucha<br>dificultad | Imposible<br>de realizar |
|--|-----------------------|--------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. -Abrir un bote de cristal nuevo   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 2.-Escribir  | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 3.- Girar una llave  | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 4.- Preparar la comida   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 5.-Empujar y abrir una puerta pesada   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 6.-Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza.           | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 7.-Realizar tareas duras de la casa ( p. ej. fregar el piso, limpiar paredes, etc. | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 8.-Arreglar el jardín  | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 9.-Hacer la cama   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 10.-Cargar una bolsa del supermercado o un maletín.                                | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 11.-Cargar con un objeto pesado (más de 5 Kilos)                                   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 12.-Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza.               | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 13.-Lavarse o secarse el pelo  | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 14.-Lavarse la espalda   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 15.- Ponerse un jersey o un suéter   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |
| 16.-Usar un cuchillo para cortar la comida   | 1                     | 2                  | 3                      | 4                   | 5                        |

|  |               |         |         |          |       |
|--|---------------|---------|---------|----------|-------|
| 17.-Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.)  | 1             | 2       | 3       | 4        | 5     |
| 18.-Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca)                    | 1             | 2       | 3       | 4        | 5     |
| 19.-Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo “frisbee”, badminton, nadar, etc.)                                    | 1             | 2       | 3       | 4        | 5     |
| 20.- Conducir o manejar sus necesidades de transporte (ir de un lugar a otro)  | 1             | 2       | 3       | 4        | 5     |
| 21.- Actividad sexual  | 1             | 2       | 3       | 4        | 5     |
|  | No, para nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| 22.- Durante la última semana, ¿ su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos? | 1             | 2       | 3       | 4        | 5     |

|   | No para nada | Un poco | Regular | Bastante limitado | Imposible de realizar |
|---|--------------|---------|---------|-------------------|-----------------------|
| 23.- Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano? | 1            | 2       | 3       | 4                 | 5                     |

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

|  | Ninguno | Leve | Moderado | Grave | Muy grave |
|--|---------|------|----------|-------|-----------|
| 24.-Dolor en el brazo, hombro o mano.  | 1       | 2    | 3        | 4     | 5         |
| 25.- Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica. | 1       | 2    | 3        | 4     | 5         |
| 26.-Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo hombro o mano.     | 1       | 2    | 3        | 4     | 5         |
| 27.-Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano.                         | 1       | 2    | 3        | 4     | 5         |
| 28.-Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano.                         | 1       | 2    | 3        | 4     | 5         |

|   | No | Leve | Moderada | Grave | Dificultad extrema que me impedía dormir |
|---|----|------|----------|-------|--|
| 29.- Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?. | 1  | 2    | 3        | 4     | 5  |

|  | Totalmente falso | Falso | No lo sé | Cierto | Totalmente cierto |
|--|------------------|-------|----------|--------|-------------------|
| 30.- Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano | 1                | 2     | 3        | 4      | 5                 |

## 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 la 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...**

|   | Ninguna dificultad | Dificultad leve | Dificultad moderada | Mucha dificultad | Imposible |
|---|--------------------|-----------------|---------------------|------------------|-----------|
| 1. para usar su técnica habitual para su trabajo?                           | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |
| 2. para hacer su trabajo habitual debido al dolor del hombro, brazo o mano? | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |
| 3. para realizar su trabajo tan bien como le gustaría?                      | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |
| 4. para emplear la cantidad habitual de tiempo en su trabajo?               | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |

## 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.

¿Tuvo alguna dificultad.:

|   | Ninguna dificultad | Dificultad leve | Dificultad moderada | Mucha dificultad | Imposible |
|---|--------------------|-----------------|---------------------|------------------|-----------|
| para usar su técnica habitual al tocar su instrumento o practicar su deporte?                         | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |
| para tocar su instrumento habitual o practicar su deporte debido a dolor en el brazo, hombro o mano ? | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |
| para tocar su instrumento o practicar su deporte tan bien como le gustaría?                           | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |
| para emplear la cantidad de tiempo habitual para tocar su instrumento o practicar su deporte?         | 1                  | 2               | 3                   | 4                | 5         |