

FACS

Nombre: _____ ID #: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones: La gente responde al dolor de diferentes maneras. Queremos saber que piensa y siente sobre su dolorosa condición médica y como ésto afecta su nivel de actividad. Por favor piense sobre cómo ha estado en la última semana y conteste el cuestionario circulando un número del “0” al “5” de acuerdo a la escala que se muestra a continuación.

5 = Completamente de acuerdo

4 = En su mayoría de acuerdo

3 = Ligeramente de acuerdo

2 = Ligeramente desacuerdo

1 = En su mayoría en desacuerdo

0 = Completamente en desacuerdo

En la última semana, ¿cuánto esta de acuerdo con las siguientes declaraciones sobre su dolorosa condición médica?

	<i>Completamente de acuerdo</i>	<i>En su mayoría de acuerdo</i>	<i>Ligeramente de acuerdo</i>	<i>Ligeramente desacuerdo</i>	<i>En su mayoría en desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
1) Trato de evitar actividades y movimientos que empeoren mi dolor	5	4	3	2	1	0
2) Yo me preocupo por mi dolorosa condición médica	5	4	3	2	1	0
3) Yo creo que mi dolor va a seguir empeorando hasta el punto en que no voy a poder funcionar	5	4	3	2	1	0
4) Yo me siento abrumado por miedo cuando pienso en mi dolorosa condición médica.....	5	4	3	2	1	0
5) Yo no intento ciertas actividades por temor de lastimarme	5	4	3	2	1	0
6) Cuando mi dolor es realmente fuerte, tengo otros síntomas como náusea, dificultad para respirar, el corazón late con fuerza, temblor, y mareo.....	5	4	3	2	1	0
7) Es injusto que yo tenga que vivir con mi dolorosa condición médica	5	4	3	2	1	0
8) Mi dolorosa condición médica me pone en riesgo para lesiones (o nuevas lesiones) por el resto de mi vida	5	4	3	2	1	0

Continuar....

En la última semana, ¿cuánto esta de acuerdo con las siguientes declaraciones sobre su dolorosa condición médica?

	<i>Completamente de acuerdo</i>	<i>En su mayoría de acuerdo</i>	<i>Ligeramente de acuerdo</i>	<i>Ligeramente desacuerdo</i>	<i>En su mayoría en desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
9) Debido a mi dolorosa condición médica, mi vida nunca será la misma.....	5	4	3	2	1	0
10) Yo no tengo ningún control sobre mi dolor.....	5	4	3	2	1	0
11) Yo no intento ciertas actividades y movimientos porque temo que mi dolor aumentará.....	5	4	3	2	1	0
12) Es la culpa de alguien más que yo tenga esta dolorosa condición médica.....	5	4	3	2	1	0
13) El dolor causado por mi dolorosa condición médica es una advertencia que algo peligroso me está pasando.....	5	4	3	2	1	0
14) Nadie entiende lo grave que es mi dolorosa condición medica.....	5	4	3	2	1	0

Empiece las siguientes frases con el siguiente declaración:

En la última semana, debido a mi dolorosa condición médica, yo he evitado las siguientes actividades...

	<i>Completamente de acuerdo</i>	<i>En su mayoría de acuerdo</i>	<i>Ligeramente de acuerdo</i>	<i>Ligeramente desacuerdo</i>	<i>En su mayoría en desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
15) ...actividades intensas (trabajo pesado de jardinería o mover muebles pesados).....	5	4	3	2	1	0
16) ...actividades moderadas (cocinar o limpiar el hogar).....	5	4	3	2	1	0
17) ...actividades ligeras (ir al cine o salir a comer).....	5	4	3	2	1	0
18) ...todas mis tareas y deberes en el hogar y/o en el trabajo.....	5	4	3	2	1	0
19) ...diversión y/o ejercicio (cosas que hago por diversión y por mantener mi buena salud).....	5	4	3	2	1	0
20) ...actividades donde tengo que usar mis parte(s) del cuerpo lastimada.....	5	4	3	2	1	0

Resultado total: _____