



Indice de Cuello

Instrucciones: Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Sección 1 – Intensidad del dolor

- ⓪ No tengo dolor en este momento.
- ① El dolor es muy suave en este momento
- ② El dolor va y viene y es moderado
- ③ El dolor es severo en este momento
- ④ El dolor es muy severo en este momento
- ⑤ El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento

Sección 2 – Al dormir

- ⓪ No tengo ningún problema durmiendo
- ① Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora)
- ② Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas)
- ③ Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas)
- ④ Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas)
- ⑤ Mi sueño esta completamente alterado (desvelado por 5-7 horas)

Sección 3 – Lectura

- ⓪ Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello
- ① Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve
- ② Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado
- ③ No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado
- ④ Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo
- ⑤ No puedo leer debido al dolor de cuello

Sección 4 – Concentración

- ⓪ Puedo concentrarme completamente sin dificultad
- ① Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad
- ② Tengo algún grado de dificultad para concentrarme
- ③ Tengo mucha dificultad al concentrarme
- ④ Tengo muchísima dificultad al concentrarme
- ⑤ No puedo concentrarme

Sección 5 – Trabajo

- ⓪ Puedo hacer tanto trabajo como deseo
- ① Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no mas
- ② Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no mas
- ③ No puedo hacer mi trabajo habitual
- ④ Difícilmente puedo hacer algo de trabajo
- ⑤ No puedo hacer ningún trabajo

Sección 6 – Cuidado personal

- ⓪ Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor
- ① Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor
- ② El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso
- ③ Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal
- ④ Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal
- ⑤ No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama

Sección 7 – Al levantar objetos

- ⓪ Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor
- ① Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor
- ② El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (ej, en una mesa)
- ③ El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente
- ④ Puedo levantar solamente objetos ligeros
- ⑤ No puedo levantar o cargar alguna cosa

Sección 8 – Al conducir

- ⓪ Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello
- ① Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero
- ② Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado
- ③ No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado
- ④ Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo
- ⑤ No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello

Sección 9 – Recreación

- ⓪ Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello
- ① Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero
- ② Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello
- ③ Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello
- ④ Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello
- ⑤ No puedo realizar ninguna actividad recreativa

Sección 10 – Dolor de cabeza

- ⓪ No tengo dolores de cabeza
- ① Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes
- ② Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes
- ③ Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes
- ④ Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes
- ⑤ Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of Secciones with a statement selected x 5)] x 100

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Neck Index Score _____