

# INDI: INDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL (1989)

Por favor rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una SOLO la respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque probablemente en más de una ocasión pudiera aplicar más de una respuesta marque SOLO la que mejor represente su problema.

## 1. INTENSIDAD DE DOLOR DE CUELLO

- A No tengo dolor en este momento.**
- B El dolor es muy leve en este momento.**
- C El dolor es moderado en este momento.**
- D El dolor es fuerte en este momento.**
- E El dolor es muy fuerte en este momento.**
- F En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar.**

## 2. CUIDADOS PERSONALES. (Lavarse, vestirse)

- A Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor.**
- B Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor.**
- C Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado.**
- D Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados.**
- E Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados.**
- F No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.**

## 3. LEVANTAR PESOS.

- A Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor.**
- B Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor.**
- C El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como por ejemplo una mesa.**
- D El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil.**
- E Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.**
- F No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso.**

4. LECTURA.

- A Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello.
- B Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello.
- C Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello.
- D No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello.
- E Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce el cuello.
- F No puedo leer nada en absoluto.

5. DOLOR DE CABEZA.

- A No tengo dolor de cabeza.
- B A veces tengo un pequeño dolor de cabeza.
- C A veces tengo un dolor de cabeza moderado.
- D Con frecuencia tengo un dolor moderado de cabeza.
- E Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza.
- F Tengo dolor de cabeza casi continuo.

6. CONCENTRARSE EN ALGO.

- A Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad.
- B Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad.
- C Tengo dificultad para concentrarme cuando quiero.
- D Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero.
- E Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.
- F No puedo concentrarme nunca.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES HABITUALES.

- A Puedo trabajar todo lo que quiero.
- B Puedo hacer mi trabajo habitual pero no más.
- C Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual pero no más.
- D No puedo hacer mi trabajo habitual.
- E No puedo trabajar en nada.

## 8. CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

- A Puedo conducir sin dolor de cuello.**
- B Puedo conducir todo lo que quiero pero con un ligero dolor de cuello.**
- C Puedo conducir todo lo que quiero pero con un dolor moderado de cuello.**
- D No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello.**
- E Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello.**
- F No puedo conducir nada por el dolor de cuello.**

## 9. SUEÑO

- A No tengo ningún problema para dormir.**
- B El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche.**
- C El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche.**
- D El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche.**
- E El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche.**
- F El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche.**

## 10. ACTIVIDADES DE OCIO

- A Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello.**
- B Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello.**
- C No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello.**
- D Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor del cuello.**
- E Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello.**
- F No puedo realizar ninguna actividad de ocio.**

Nombre:

Fecha: