

CUESTIONARIO DELPHI DOLBaPP (Formulario O6)

1- En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted dolor en la zona lumbar?
Por favor, no se refiera al dolor causado por fiebre o por la menstruación.

Si

No

2- Si ha contestado “sí”, ¿el dolor fue lo suficientemente intenso como para limitar sus actividades habituales o cambiar su rutina diaria durante más de un día?

Si

No

3- Si en las últimas cuatro semanas ha tenido dolor en la zona lumbar, ¿con qué frecuencia lo ha tenido?

Algunos días

La mayoría de los días

Cada día

4- Si ha tenido dolor en la zona lumbar en algún momento de las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo ha transcurrido desde que pasó todo un mes sin sentir ningún dolor en la zona lumbar? (Por favor, escoja sólo una respuesta).

Menos de tres meses

3 meses o más, pero menos de 7

7 meses o más, pero menos de 3 años

3 años o más

5- Si ha tenido dolor en la zona lumbar en algún momento de las últimas cuatro semanas, por favor indique cuál ha sido su intensidad habitual en una escala que va del 0 al 10, en la que “0” significa “ningún dolor” y 10 “el peor dolor imaginable”. (Por favor, marque con un círculo la respuesta del encuestado).

0
Ningún
dolor

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

El peor dolor
imaginable