

UW Concerns About Pain (CAP) Short Form (Spanish Version)

Translated by Leo Gonzalez and Silvia Obregon

Instrucciones: El dolor puede tener un efecto significativo en su vida. Por favor, cuéntenos cómo ha afectado su vida marcando una casilla por fila.

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tuvo los siguientes pensamientos cuando sentía dolor?	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-----------	---------	----------------	---------

1. Mi dolor es más de lo que puedo manejar.
2. A causa de mi dolor, nunca volveré a ser feliz.
3. A causa de mi dolor, mi vida es terrible.
4. Mi vida solo empeorará por mi dolor.

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia...?	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
------------------------------------------------	-------	-----------	---------	----------------	---------

5. ¿Pensó constantemente en cuánto le dolía?
6. ¿Tuvo dificultad para pensar en algo que no fuera su dolor?

Instrucciones: Por favor, indique cuánta confianza tiene actualmente en poder hacer las siguientes cosas a pesar del dolor. Para indicar su respuesta, marque una casilla por fila.

¿Qué tanta confianza tiene en que...?	Ninguna	Un poco	Algo	Bastante	Mucha
---------------------------------------	---------	---------	------	----------	-------

7. ¿Puede realizar la mayoría de sus actividades diarias a pesar del dolor?
 8. ¿Puede manejar su dolor durante sus actividades diarias?
-