PROMIS–29 Profile v1.0

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

	Capacidad de funcionamiento físico	**Sin dificultad**	**Con poca dificultad**	**Con alguna dificultad**	**Con mucha dificultad**	**No puedo hacerlo**
1	¿Puede realizar tareas, como pasar la aspiradora o trabajar en el jardín?	☐	☐	☐	☐	☐
2	¿Puede subir y bajar escaleras a un paso normal?.....	☐	☐	☐	☐	☐
3	¿Puede salir a caminar durante 15 minutos por lo menos?	☐	☐	☐	☐	☐
4	¿Puede hacer mandados y compras?	☐	☐	☐	☐	☐
	Ansiedad **En los últimos 7 días…**	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
5	Sentí miedo.....	☐	☐	☐	☐	☐
6	Tuve dificultad para concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad.....	☐	☐	☐	☐	☐
7	Mis inquietudes fueron demasiado para mí	☐	☐	☐	☐	☐
8	Me sentí intranquilo/a.....	☐	☐	☐	☐	☐
	Depresión **En los últimos 7 días...**	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
9	Sentí que no valía nada.....	☐	☐	☐	☐	☐
10	Me sentí indefenso/a (que no podía hacer nada para ayudarme)	☐	☐	☐	☐	☐
11	Me sentí deprimido/a.....	☐	☐	☐	☐	☐
12	Me sentí desesperanzado/a	☐	☐	☐	☐	☐
	Agotamiento **En los últimos 7 días...**	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
13	Me siento agotado/a	☐	☐	☐	☐	☐
14	Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado/a	☐	☐	☐	☐	☐
	En los últimos 7 días…					
15	¿Qué tan rendido/a se sintió en promedio?	☐	☐	☐	☐	☐
16	¿Qué tan agotado/a estuvo en promedio?...	☐	☐	☐	☐	☐

© 2008-2012 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group

PROMIS–29 Profile v1.0

Alteración del sueño

	En los últimos 7 días…	**Muy mala**	**Mala**	**Pasable**	**Buena**	**Muy buena**
17	La calidad de mi sueño fue.....	☐	☐	☐	☐	☐

	En los últimos 7 días…	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
18	Mi sueño fue reparador.....	☐	☐	☐	☐	☐
19	Tuve problemas para dormir	☐	☐	☐	☐	☐
20	Tuve dificultad para dormirme.....	☐	☐	☐	☐	☐

Satisfacción con la participación en roles sociales

	En los últimos 7 días…	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
21	Estoy satisfecho/a con la cantidad de trabajo que puedo hacer (incluya el trabajo en el hogar).....	☐	☐	☐	☐	☐
22	Estoy satisfecho/a con mi capacidad para trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....	☐	☐	☐	☐	☐
23	Estoy satisfecho/a con mi capacidad para ocuparme de mis responsabilidades personales y domésticas regulares.....	☐	☐	☐	☐	☐
24	Estoy satisfecho/a con mi capacidad para desempeñar mis actividades de rutina diarias	☐	☐	☐	☐	☐

Efectos del dolor

	En los últimos 7 días…	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
25	¿En qué medida el dolor interfirió en sus actividades diarias?.....	☐	☐	☐	☐	☐
26	¿En qué medida el dolor interfirió en el trabajo en el hogar?	☐	☐	☐	☐	☐
27	¿En qué medida el dolor interfirió en su capacidad para participar en actividades sociales?.....	☐	☐	☐	☐	☐
28	¿En qué medida el dolor interfirió en sus tareas domésticas?	☐	☐	☐	☐	☐

En los últimos 7 días…

29	En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		0 **Ningún dolor**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 **El peor dolor imaginable**

© 2008-2012 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group