

Inventario de Discapacidad y Dolor Craneofacial (IDD-CF)

Por favor, lea atentamente las instrucciones:

Este cuestionario se ha diseñado para obtener información de cómo le afecta a su vida diaria el dolor sobre la cara, la cabeza y la mandíbula. Por favor, rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una **SÓLO LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIME A SU CASO**. Aunque observe que en alguna pregunta existe más de una opción que refleje su caso, marque sólo la opción que represente mejor su problema.

1. ¿Presenta dolor en la cara?

- No tengo dolor.
- En algunas ocasiones tengo dolor.
- Frecuentemente tengo dolor.
- Siempre tengo dolor.

2. ¿Se ha visto afectada su calidad de vida por esta dolencia?

- No se ha visto afectada.
- Se ha visto algo afectada.
- Se ha visto muy afectada.
- Se ha visto severamente afectada.

3. Intensidad de dolor en la cara.

- No siento dolor.
- Siento un dolor leve.
- Siento un dolor moderado.
- Siento un dolor severo.

4. Le incapacita su dolor a la hora de tener relaciones afectuosas del tipo: besos, abrazos, relaciones sexuales...

- No tengo ninguna incapacidad a la hora de mantener relaciones afectuosas.
- Puedo mantenerlas, pero con un dolor leve en la cara y/o mandíbula.
- Puedo mantenerlas, pero con un dolor moderado en la cara y/o mandíbula.
- Me abstengo de mantenerlas debido al severo dolor que siento.

5. ¿Tiene dolor al reír?

- No siento dolor.
- Siento un dolor leve.
- Siento un dolor moderado.
- Siento un dolor severo.

6. ¿Su dolencia hace que evite el sonreír, hablar o masticar?

- Puedo realizar estos gestos o funciones sin ningún problema.
- En algunas ocasiones los evito por el dolor que me produce.
- Frecuentemente los evito por el dolor que me produce.
- Siempre los evito por el dolor que me produce.

7. ¿Tiene dolor en la mandíbula?

- No tengo dolor.
- Solo tengo dolor cuando la muevo.
- Aunque no la muevo en ocasiones tengo dolor.
- El dolor es constante independientemente de la actividad.

8. ¿Escucha algún ruido al mover la mandíbula?

- No escucho ningún ruido.
- En algún movimiento noto un ruido.
- En la mayoría de los movimientos noto ruidos y además dolor.
- En todos los movimientos noto ruido y además dolor.

9. ¿Nota que su mandíbula se le sale o se le traba?

- No noto ninguna sensación fuera de lo común.
- En algunas ocasiones siento que la mandíbula se me sale o se me traba.
- Frecuentemente siento que la mandíbula se me sale o se me traba.
- Siempre siento que la mandíbula se me sale o se me traba.

10. Intensidad de dolor al masticar...

- No siento dolor.
- Siento un dolor leve.
- Siento un dolor moderado.
- Siento un dolor severo.

11. ¿Siente cansancio en la mandíbula, al hablar o al comer?

- No tengo cansancio.
- Siento un cansancio leve.
- Siento un cansancio moderado.
- Siento un cansancio severo.

12. ¿Tiene dificultad para abrir la boca?

- No tengo dificultad para abrir.
- Tengo una leve dificultad para abrir.
- Tengo una moderada dificultad para abrir.
- Tengo una severa dificultad para abrir.

13. Intensidad de dolor al hablar...

- No siento dolor.
- Siento un dolor leve.
- Siento un dolor moderado.
- Siento un dolor severo.

14. ¿Tiene miedo de mover la mandíbula?

- No tengo miedo de mover la mandíbula.
- En algunas ocasiones evito realizar algunos movimientos de la mandíbula por miedo a que mi problema empeore.
- Frecuentemente evito realizar algunos movimientos de la mandíbula por miedo a que mi problema empeore.
- Solo realizo los movimientos estrictamente necesarios por miedo a que mi problema empeore.

15. Alimentación

- Puedo comer cualquier alimento.
- Algunos alimentos duros no los puedo comer.
- Solo puedo comer alimentos blandos.
- Solo me alimento con líquidos.

16. ¿Con qué frecuencia tiene dolor en el cuello?

- No tengo dolor en el cuello.
- En algunas ocasiones tengo dolor de cuello.
- Frecuentemente tengo dolor de cuello.
- Siempre tengo dolor de cuello.

17. ¿Con qué frecuencia tiene dolor de cabeza?

- No tengo dolor de cabeza.
- En algunas ocasiones tengo dolor de cabeza.
- Frecuentemente tengo dolor de cabeza.
- Siempre tengo dolor de cabeza.

18. ¿Con qué frecuencia tiene dolor de oído?

- No tengo dolor de oído.
- En algunas ocasiones tengo dolor de oído.
- Frecuentemente tengo dolor de oído.
- Siempre tengo dolor de oído.

19. ¿Qué siente al tocarse la zona dolorosa?

- Si realizo una leve presión con los dedos sobre la cara no me produce dolor.
- Si realizo una leve presión con los dedos sobre la cara me produce un dolor leve.
- Si realizo una leve presión con los dedos sobre la cara me produce un dolor intenso.
- No puedo tocarme la cara porque solo el roce me produce mucho dolor.

20. ¿Su dolor le altera el sueño?

- El dolor no me altera el sueño.
- En ocasiones el dolor me impide conciliar el sueño.
- Frecuentemente el dolor me impide conciliar el sueño.
- No puedo dormir debido a que el dolor me impide conciliar el sueño.

21. ¿El dolor le interfiere a la hora de desempeñar su actividad laboral?

- No me interfiere en mi actividad laboral.
- En algunas ocasiones interfiere en mi actividad laboral.
- Frecuentemente interfiere en mi actividad laboral.
- Siempre interfiere en mi actividad laboral.