



Nombre:

Fecha de nacimiento:

N.º de exp. méd.:

Programa para el dolor pélvico

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

| Marque la columna que represente la medida en que lo siguiente se aplica a usted: | | | | | |
|--|--------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------------|
| Cuando tengo dolor... | | | | | |
| | Nunca (0) | Pocas veces (1) | Algunas veces (2) | Muchas veces (3) | Siempre (4) |
| Me preocupa todo el tiempo si el dolor pasará. | | | | | |
| Siento que no puedo seguir. | | | | | |
| Es terrible y creo que nunca va a mejorar. | | | | | |
| Es horrible y siento que me agobia. | | | | | |
| Siento que no puedo soportarlo más. | | | | | |
| Tengo miedo de que el dolor empeore. | | | | | |
| No puedo dejar de pensar en otros episodios de dolor. | | | | | |
| Ansío que el dolor desaparezca. | | | | | |
| Parece que no puedo quitármelo de la cabeza. | | | | | |
| No puedo dejar de pensar en lo mucho que duele. | | | | | |
| No puedo dejar de pensar en lo mucho que quiero que el dolor se detenga. | | | | | |
| No hay nada que pueda hacer para reducir la intensidad del dolor. | | | | | |
| Me pregunto si puede ocurrir algo grave. | | | | | |

Source: Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychol Assess, 1995, 7: 524-532.