

El cuestionario de evaluación de la discapacidad por migraña (para TODOS los tipos de dolor de cabeza)

El cuestionario de evaluación de la discapacidad por migraña (Migraine Disability Assessment, MIDAS) se elaboró para ayudarlo a medir el impacto que los dolores de cabeza tienen en su vida. La información de este cuestionario también ayuda a que su proveedor determine el nivel de dolor y discapacidad que ocasionan sus dolores de cabeza y a encontrar el mejor tratamiento para usted.

INSTRUCCIONES

Por favor responda las siguientes preguntas sobre **TODOS LOS TIPOS DE DOLOR DE CABEZA** que ha tenido durante los últimos 3 meses (90 días). Escriba su respuesta en el recuadro ubicado al lado de cada pregunta (0-90). Escriba cero si no tuvo ninguna actividad en los últimos 3 meses.

Parte 1.

_____ 1. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses faltó al trabajo o a la escuela debido a sus dolores de cabeza?

_____ 2. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo a la mitad o más su productividad en el trabajo o en la escuela debido a sus dolores de cabeza? (No incluya los días contabilizados en la pregunta 1, pues en ese caso faltó al trabajo o la escuela).

_____ 3. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no realizó tareas domésticas (como trabajo del hogar, reparaciones y mantenimiento del hogar, compras, cuidado de niños y familiares) debido a sus dolores de cabeza?

_____ 4. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo a la mitad o más su productividad en las tareas domésticas debido a sus dolores de cabeza? (No incluya los días contabilizados en la pregunta 3, pues en ese caso no realizó tareas domésticas).

_____ 5. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no asistió a actividades familiares, sociales o de entretenimiento debido a sus dolores de cabeza?

_____ **Total (preguntas 1-5)**

Escala MIDAS	Definición	Puntuación MIDAS
I	Poca o sin discapacidad	0-5
II	Discapacidad leve	6-10
III	Discapacidad moderada	11-20
IV	Discapacidad severa	21+

Puntuación: después de haber completado este cuestionario, agregue el número total de días de las preguntas 1-5 (ignore A y B).

Parte 2. Frecuencia e intensidad de TODOS los tipos de dolor de cabeza:

_____ A. ¿Durante cuántos días en los últimos 3 meses tuvo dolor de cabeza? (Si el dolor de cabeza duró más de un día, contabilice cada día).

_____ B. ¿En una escala de 0 - 10, en promedio, ¿qué tan dolorosos fueron estos dolores de cabeza? (Donde 0=ningún tipo de dolor y 10= el peor dolor posible).