**Escala de satisfacción en el tratamiento del dolor: The Pain Treatment Satisfaction Scale.**

Edad:

Sexo:

Tipo de cirugía:

Tipo de anestesia:

Tipo de analgesia:

**General.**

1.- En general, sientes que tu salud es:

 a) excelente. b) muy buena. C) buena. d) razonable. e) pobre.

Las siguientes son preguntas sobre el nivel de dolor que padece. En una escala del 0 al 10 donde 0 es “sin dolor” y 10 es “el dolor más fuerte posible” por favor encierre el número que corresponda.

2.- ¿Cuánto dolor ha tenido en la última semana?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.- ¿Cuánto dolor ha tenido en las últimas 24 horas?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.- ¿Cuánto dolor tiene en este momento?

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.- En qué nivel de dolor ha tenido que solicitar una dosis extra de medicamento para el dolor.

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6.- Qué nivel de dolor alcanza antes de que le apliquen su medicamento.

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Información acerca del dolor y su tratamiento.**

Las siguientes preguntas son acerca de su dolor y el tratamiento para éste. Por favor responda cada pregunta marcando la opción que mejor representa su opinión.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuanta información le hubiera gustado recibir acerca de cada uno de los siguientes. | Me hubiera gustado más información. | Me hubiera gustado un poco más de información. | La cantidad de información fue buena para mí. | Me hubiera gustado menos información. | Me hubiera gustado que no me informaran. |
| 7.- Mi enfermedad o lesión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- La (s) causa (s) de mi dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- Opciones de tratamiento para mi dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.- Medicación para dolor, en general. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.- Probables efectos secundarios de la medicación para el dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Atención médica.**

Los siguientes enunciados lo cuestionan acerca de su atención médica. Por favor responda cada una marcando el cuadro que mejor represente su opinión.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los siguientes enunciados? | Muy de acuerdo. | Algo de acuerdo. | Ni de acuerdo ni en desacuerdo. | Algo en desacuerdo. | Muy en desacuerdo. |
| 12.- Es fácil realizar preguntas al equipo médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.- El equipo médico siempre hace lo mejor para que deje de preocuparme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.- El equipo médico está dispuesto a proveerme del medicamento para el dolor que yo creo que necesito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.- El equipo médico provee adecuado seguimiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.- El equipo médico no me pregunta acerca del dolor que experimento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Medicación actual para el dolor.**

Los siguientes enunciados son acerca de su medicación actual para el dolor. Por favor responda cada una marcando el recuadro que mejor represente su opinión.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada uno de los siguientes enunciados. | Muy de acuerdo. | Algo de acuerdo. | Ni de acuerdo ni en desacuerdo. | Algo en desacuerdo. | Muy en desacuerdo. |
| 17.- Mi medicación para el dolor tiene un efecto positivo en mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.- Mi medicación para el dolor me ayuda a tener mejor calidad de la vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.- Mi medicación para el dolor me permite realizar mis actividades diarias más fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.- Mi medicación para el dolor me permite participar en mis actividades recreativasmás a menudo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.- Mi medicación para el dolor me ayuda a realizar cosas sin ayuda de alguien más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22.- Mi medicación para el dolor me permite tener mejores relaciones con otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.- Mi medicación para el dolor incrementa mi estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.- Mi medicación para el dolor me permite concentrarme mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Ruta de administración de la medicación para el dolor.**

¿Cómo es administrada actualmente su medicación para el dolor? Por favor revisa todas las opciones que apliquen y complete la sección correspondiente.

* Vía oral (píldoras, capsulas, líquidos, etc.) **Vaya a la sección A**
* Vía intravenosa. **Vaya a la sección B**
* Vía parches. V**aya a la sección C**

**Sección A.**

Para ser contestada por pacientes que toman medicación vía oral.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada uno de los siguientes enunciados? | Muy de acuerdo | Algo de acuerdo. | Ni de acuerdo ni en desacuerdo. | Algo en desacuerdo. | Muy en desacuerdo. |
| 25.-Mi medicación por vía oral para el dolor es fácil de tragar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.- Mi medicación por vía oral para el dolor deja un sabor después de tomarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.- Es fácil seguir el horario de mi medicación en los tiempos señalados por el médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Sección B.**

Para ser contestada por pacientes que toman medicación para el dolor por vía intravenosa.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada uno de los siguientes enunciados? | Muy de acuerdo. | Algo de acuerdo. | Ni de acuerdo ni en desacuerdo. | Algo en desacuerdo. | Totalmente en desacuerdo. |
| 28.- Mi medicación intravenosa para el dolor actúa rápidamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29.- Mi medicación intravenosa para el dolor duele cuando es inyectada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30.- Mi medicación intravenosa para eldolor deja muchos moretones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31.- Mi medicación intravenosa para el dolor es administrada a tiempo por el personal de enfermería. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Sección C.**

Para ser respondida por paciente que toman medicación en parche para el dolor.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo esta con cada uno de los siguientes enunciados | Muy de acuerdo. | Algo de acuerdo. | Ni de acuerdo ni en desacuerdo. | Algo en desacuerdo. | Totalmente en desacuerdo. |
| 32.- Mi parche de medicación para el dolor irrita mi piel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33.- Mi parche de medicación para el dolor es fácil de aplicar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34.- Mi parche de medicación para el dolor es fácil de retirar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35.- Mi parche de medicación para el dolor se desprende fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36.- Es fácil seguir el horario de mi medicación para el dolor en los tiempos señalados por el médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Efectos secundarios de la medicación.**

Las siguientes preguntas son acerca de los efectos secundarios de su actual medicación para el dolor. Por favor responda cada una marcando el recuadro que mejor represente su opinión.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué tanto le han molestado los siguientes efectos por su medicación para el dolor? | No lo experimenté. | No me molesto en absoluto. | Un poco de molestia. | Una molestia moderada. | Muy molesto. | Molesto en extremo. |
| 37.-Aumento de peso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38.- Fatiga excesiva. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39.- Somnolencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40.- Falta de concentración. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41.- Nausea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42.- Diarrea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43.- Mareos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44.- Constipación. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45.- erupción en la piel. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46.- Dolor de estómago. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47.- Acidez. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48.-Vomito. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Satisfacción con la medicación actual para el dolor.**

Los siguientes enunciados son acerca de su satisfacción con su medicación actual para el dolor y la atención que usted recibe. Por favor responda cada uno marcando el recuadro que mejor describa su nivel de satisfacción.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué tan satisfecho está usted con cada uno de los siguientes enunciados? | Muy satisfecho. | Satisfecho. | Ni satisfecho ni insatisfecho. | Insatisfecho. | Muy insatisfecho. |
| 49.- La información que usted recibió acerca del dolor y su tratamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50.- La cantidad de tiempo que los doctores disponen para usted en las visitas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51.- La atención brindada por las enfermeras para su dolor y su tratamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52.- La forma de su medicación (píldora, capsula, parche, inyección). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53.- Es fácil tomar los medicamentos en el horario y la presentación recetados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54.- La cantidad de medicación para el dolor que usted toma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55.- El tiempo que le toma actuar a su medicación para el dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56.- El nivel o cantidad de alivio del dolor que le da su medicación par ale dolor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57.- La duración del alivio del dolor con su medicamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

58.- En conjunto, cuan satisfecho está usted con su actual medicación para el dolor.

1 muy satisfecho.

2 satisfecho.

3 ni satisfecho ni insatisfecho.

4 insatisfecho.

 5 Muy insatisfecho.

59.- ¿El nivel de alivio del dolor, cubrió con sus expectativas?

1. sobrepasa mucho mis expectativas.

2. sobrepasa algo mis expectativas.

3. cumple mis expectativas.

4. no acaba de satisfacer mis expectativas.

5. no satisface mis expectativas en absoluto.

60.- ¿Cree que su actual medicación para el dolor podría ser más efectiva en aliviarlo?

 1. si, definitivamente.

 2. probablemente sí.

 3. no lo sé.

 4. probablemente no.

 5. definitivamente no.

61.- ¿Le gustaría continuar tomando su actual medicación para el dolor?

 1. si, definitivamente.

 2. probablemente sí.

 3. no lo sé.

 4.- probablemente no.

 5.- definitivamente no.

62.- Algunas personas dicen que se sienten nerviosas al pensar en tomar su medicación para el dolor por un corto periodo de tiempo. Por favor marque la descripción más cercana a cuan nervioso se siente usted respecto a tomar su medicación para el dolor por un corto periodo de tiempo.

 1. no nervioso en absoluto.

 2. un poco nervioso.

 3. moderadamente nervioso.

 4. muy nervioso.

 5. extremadamente nervioso.

63.- Algunas personas dicen que se sienten nerviosas al pensar en tomar su medicación para el dolor por un largo periodo de tiempo. Por favor marque la descripción más cercana a cuan nervioso se siente usted respecto a tomar su medicación para el dolor por un largo periodo de tiempo.

 1. No nervioso en absoluto.

 2. Un poco nervioso.

 3. Moderadamente nervioso.

 4. Muy nervioso.

 5. Extremadamente nervioso.

64.- ¿Ha usado otra medicación para el dolor?

 Si. No.

65.- Si su respuesta es Sí: ¿Cómo compara usted su actual medicación para el dolor con la anterior?

 1 .Esta medicación es mucho mejor que la otra.

 2. Esta medicación es algo mejor que la otra.

 3. Esta medicación es casi lo mismo que la otra.

 4. Esta medicación es algo peor que la otra.

 5. Esta medicación es mucho peor que la otra.