

(Cuestionario para la Evaluación de la Minusvalía en Patología Vestibular).

©Jose Luis Pardal Refoyo, 1996

Las siguientes preguntas se refieren a como se encuentra usted respecto a su enfermedad del equilibrio.

Marque con una X la respuesta que considere usted más adecuada. Conteste todas las preguntas.

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

1	Debido a su problema ¿se siente frustrado o contrariado?	si	no	?
2	Debido a su problema ¿tiene miedo a salir de casa por lo que prefiere que alguien le acompañe?	si	no	?
3	Debido a su problema ¿se siente incómodo en presencia de otras personas?	si	no	?
4	Debido a su problema ¿tiene miedo a que la gente piense que va usted borracho?	si	no	?
5	Debido a su problema ¿es difícil para usted concentrarse, le cuesta retener las cosas o no puede recordarlas?	si	no	?
6	Debido a su problema ¿tiene miedo a permanecer solo en casa?	si	no	?
7	¿Se siente minusvalorado, se siente menos que los demás o inferior a ellos?	si	no	?
8	Debido a su problema ¿se nota tenso con sus familiares o habla menos con ellos?	si	no	?
9	Debido a su problema ¿está deprimido, se siente triste o nota falta de alegría?	si	no	?
10	Debido a su problema ¿lee menos los periódicos, ve menos la televisión o escucha menos la radio?	si	no	?
11	¿Duerme mal, se despierta pronto o tarda en quedarse dormido o tiene pesadillas?	si	no	?
12	¿Se siente nervioso, irritable, desasosegado, tenso o angustiado?	si	no	?
13	¿Se siente agotado o se cansa enseguida?	si	no	?
14	¿Se encuentra peor por las mañanas?	si	no	?
15	Debido a su problema ¿evita los viajes por temor a la recaída?	si	no	?
16	Debido a su problema ¿tiene dificultad para acostarse o levantarse de la cama?	si	no	?
17	Debido a su problema ¿evita participar en actividades sociales? (como salir a cenar, ir al cine, ir a bailar, ir a reuniones o a fiestas)	si	no	?
18	Debido a su problema ¿tiene dificultad para leer?	si	no	?
19	Debido a su problema ¿evita las alturas? (como subirse a escaleras, taburete, andamios, etc.)	si	no	?
20	Debido a su problema ¿es difícil para usted realizar los quehaceres domésticos?	si	no	?
21	¿Su problema se incrementa porque tiene preocupaciones por su familia o trabajo?	si	no	?
22	Fuera de los episodios agudos ¿se encuentra usted mal la mayor parte del tiempo?	si	no	?
23	Debido a su problema ¿es difícil para usted ir de paseo solo?	si	no	?
24	Debido a su problema ¿ha perdido su trabajo?	si	no	?
25	Debido a su problema ¿es difícil para usted caminar por su casa en la oscuridad?	si	no	?
26	Debido a su problema ¿es difícil para usted realizar sus tareas o responsabilidades familiares?	si	no	?
27	¿Piensa que todos están preocupados por lo que tiene?	si	no	?
28	Debido a su problema ¿tiene miedo a caerse en la calle?	si	no	?
29	¿Ha tenido que acudir al Servicio de Urgencias o avisar a su médico urgentemente?	si	no	?
30	Debido a su problema ¿tiene la sensación de estar aturdido?	si	no	?
31	Debido a su problema ¿Ha tenido que irse para casa teniendo que dejar lo que estaba haciendo?	si	no	?
32	¿Nota que su problema se incrementa en presencia de otras personas?	si	no	?
33	¿Piensa que tiene algún tumor que causa sus síntomas?	si	no	?
34	Debido a su problema ¿ha estado hospitalizado en alguna ocasión?	si	no	?
35	¿Su problema se incrementa al mirar hacia arriba?	si	no	?
36	Al pasar por los pasillos del supermercado ¿se incrementa su problema?	si	no	?
37	¿Su problema se incrementa al hacer deporte, bailar o al realizar las actividades domésticas como barrer o poner los platos?	si	no	?
38	Los movimientos rápidos de cabeza ¿incrementan su problema?	si	no	?
39	¿Su problema se incrementa al dar la vuelta en la cama?	si	no	?
40	Durante su problema ¿nota que el ambiente se mueve o que usted se mueve?	si	no	?
41	¿Tiene la sensación de que se va a caer o como si estuviera borracho?	si	no	?
42	¿Su problema se incrementa al encorvarse, inclinarse o agacharse?	si	no	?
43	¿Necesita la ayuda de otra persona para caminar?	si	no	?
44	Durante su problema ¿nota sudoración o náuseas o vómitos?	si	no	?
45	Debido a su problema ¿Se ha caído?	si	no	?
46	¿Su problema se incrementa cuando está de pie?	si	no	?

Corrección del CEMPV®. Grados de minusvalía.

	minusvalía		(puntuación directa*)	
	emocional	funcional	orgánica	global
GRADO 0	ausencia	de	síntomas	vestibulares
GRADO 1	£ 3	£ 4	£ 4	£ 12
GRADO 2	3.5 - 6.5	4.5 - 6.5	4.5 - 5.5	12.5 - 19
GRADO 3	7 - 10	7 - 10.5	6 - 6.5	19.5 - 26
GRADO 4	≥ 10.5	≥ 11	≥ 7	≥ 26.5

18 preguntas (de la 1 a la 18)	19 preguntas (de la 19 a la 37)	9 preguntas (de la 38 a la 46)	46 preguntas
-------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------

- *puntuación directa: suma de puntos obtenidos de cada respuesta ("si"= 1; "no"= 0; "?"= 0,5)
- la puntuación proporcional (en porcentaje) puede obtenerse dividiendo la puntuación directa entre la puntuación máxima teórica (46 para todo el cuestionario; 18 para la escala emocional; 19 para la escala funcional; 9 para la escala orgánica)

Si desea la hoja de cálculo que corrige automáticamente el CEMPV pídala por [correo electrónico](#) dejando su dirección postal completa.

Descargue el [cuaderno del CEMPV](#) disponible en la página principal