

## Inventario del Mareo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El propósito de esta escala es identificar las dificultades que usted puede estar experimentando debido a su mareo o inestabilidad. Por favor circule solo una respuesta para cada pregunta y conteste todas las preguntas.

- |  |    |         |    |
|--|----|---------|----|
| P 1. ¿El ver hacia arriba aumenta su problema?   | Si | A veces | No |
| E 2. ¿Se siente frustrado debido a su problema?  | Si | A veces | No |
| F 3. Debido a su problema, ¿restringe el viajar por negocios o por recreación?   | Si | A veces | No |
| P 4. ¿El caminar por el pasillo de un supermercado aumenta su problema?  | Si | A veces | No |
| F 5. Debido a su problema, ¿tiene dificultades para subir o bajar de la cama?  | Si | A veces | No |
| F 6. ¿Su problema limita significativamente su participación en actividades sociales como el salir a cenar, ir al cine, bailar, o ir a fiestas?        | Si | A veces | No |
| F 7. ¿Tiene dificultad para leer debido a su problema?   | Si | A veces | No |
| P 8. ¿El realizar actividades más ambiciosas como el deporte, el baile, el quehacer doméstico, como barrer o guardar los platos, aumentan su problema? | Si | A veces | No |
| E 9. Debido a su problema, ¿tiene miedo de salir de casa sin tener a alguien que lo acompañe?  | Si | A veces | No |
| E 10. Debido a su problema, ¿se ha sentido avergonzado frente a otros?   | Si | A veces | No |
| P 11. ¿Los movimientos rápidos de su cabeza aumentan su problema?  | Si | A veces | No |
| F 12. Debido a su problema, ¿evita las alturas?  | Si | A veces | No |
| P 13. ¿El girar o voltearse en la cama aumenta su problema?  | Si | A veces | No |
| F 14. Debido a su problema, ¿es difícil hacer trabajo extenuante en su casa o en el jardín?  | Si | A veces | No |
| E 15. Debido a su problema, ¿tiene miedo que la gente piense que está ebrio/borracho?  | Si | A veces | No |
| F 16. Debido a su problema, ¿es difícil para usted salir a caminar solo?   | Si | A veces | No |
| P 17. ¿El caminar por la acera/banqueta aumenta su problema?   | Si | A veces | No |
| E 18. Debido a su problema, ¿le es difícil concentrarse?   | Si | A veces | No |
| F 19. Debido a su problema, ¿es difícil para usted dar un paseo alrededor de su casa en la oscuridad?  | Si | A veces | No |
| E 20. Debido a su problema, ¿tiene miedo de quedarse solo en casa?   | Si | A veces | No |
| E 21. Debido a su problema, ¿se siente discapacitado?  | Si | A veces | No |
| E 22. ¿Ha creado estrés, su problema, en la relación con miembros de su familia o con amigos?  | Si | A veces | No |
| E 23. Debido a su problema, ¿se siente deprimido?  | Si | A veces | No |
| F 24. ¿Interfiere su problema con su trabajo o con responsabilidades domésticas?   | Si | A veces | No |
| P 25. ¿El agacharse aumenta su problema?   | Si | A veces | No |

