

## EL INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DEL MAREO (IDM)

|                                                                                                                                                |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| F11. ¿Mirar hacia arriba aumenta el problema?                                                                                                  | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E2. ¿Debido a su problema, se siente frustrado?                                                                                                | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F3. ¿Debido a su problema, limita sus viajes para negocios o de recreación?                                                                    | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F14. ¿Caminar por el pasillo de un supermercado aumenta sus problemas?                                                                         | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F5. ¿Debido a su problema, tiene dificultades para levantarse o acostarse en la cama?                                                          | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F6. ¿Limita significativamente su problema su participación en actividades sociales como salir para cenar, ir al cine, bailar, o ir a fiestas? | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F7. ¿Debido a su problema, tiene dificultad para leer?                                                                                         | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F18. ¿Realizar actividades más ambiciosas como deportes, bailar, tareas domésticas (barrer o guardar los platos) aumenta sus problemas?        | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E9. ¿Debido a su problema, tiene miedo de salir de su casa sin nadie que le acompañe?                                                          | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E10. ¿Debido a su problema, se ha sentido avergonzado delante de otras personas?                                                               | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F111. ¿Hacer movimientos rápidos con su cabeza aumenta su problema?                                                                            | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F12. ¿Debido a su problema, evita alturas?                                                                                                     | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F113. ¿El volterarse en la cama aumenta sus problemas?                                                                                         | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F14. ¿Debido a su problema, es difícil hacer tarea ardua o trabajo de jardinería?                                                              | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E15. ¿Debido a su problema, tiene miedo de que otras personas piensen que está embriagado?                                                     | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F16. ¿Debido a su problema, es difícil salir a caminar por su cuenta?                                                                          | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F117. ¿Caminar por una acera aumenta su problema?                                                                                              | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E18. ¿Debido a su problema, es difícil concentrarse?                                                                                           | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F19. ¿Debido a su problema, es difícil caminar por su casa en la oscuridad?                                                                    | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |

|                                                                                 |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| E20. ¿Debido a su problema, tiene miedo de quedarse en la casa sólo?            | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E21. ¿Debido a su problema, se siente discapacitado?                            | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E22. ¿El problema ha estresado sus relaciones con familiares o amigos?          | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| E23. ¿Debido a su problema, está deprimido?                                     | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F24. ¿Interfiere su problema con su trabajo o sus responsabilidades domésticas? | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |
| F25. ¿Inclinarse aumenta el problema?                                           | <input type="radio"/> Siempre<br><input type="radio"/> A veces<br><input type="radio"/> No |

Used with permission from GP Jacobson.

Jacobson GP, Newman CW: The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116: 424-427

### Instrucciones de puntuación para IDM

El paciente se le pide que conteste cada pregunta relacionada con problemas de mareo o inestabilidad, específicamente en relación con su condición durante el último mes. Las preguntas están diseñadas para incorporar los impactos funcionales (F), físicos (Fi?), y emocionales (E) sobre la discapacidad.

Para cada pregunta, las puntuaciones siguientes pueden ser asignadas:

No=0 A veces=2 Sí=4

Puntuaciones:

Los puntajes superiores a 10 puntos deben remitirse a los especialistas del balance para una evaluación ulterior.

16-34 Puntos (discapacidad leve)

36-52 Puntos (discapacidad moderada)

54+ Puntos (discapacidad severa)