Spanish

BAP-2

Behavioral Assessment of Pain-2 Questionnaire (Spanish Version)

Questionnaire Booklet

Michael J. Lewandowski, Ph.D.

Blake H. Tearnan, Ph.D.

Pain Assessment Resources

Introduction and Instructions

"Hola!

Acabamos de comenzar una aventura para examinar los elementos que juegan un parte de su problema de dolor. Como una rompecabeza que le falta piezas, las preguntas que contestara usted, nos da pistas de que esta durando y quizas perpetuando su problema de dolor. Hubiera chance que su qualidad de vida y su abilidad de funcion no esta en un nivel aceptable para usted. Resolviendo la misteria de su dolor es muy importante.

Yo creo que dolor sera agravado por muchas cosas incluyendo el grado de la herida al cuerpo, la trauma, disturbancia de dormir, la manera que responde otras personas cuando le duele, su animo como depresion, ansiedad, coraje y las ideas y pensamientos que tiene usted de vivir con dolor.

Sus respuestas a las preguntas seguidas estan intentados de ayudar su equipo de salud en el desarollo de un plan de tratamiento a sus necesidades personal. Considera su dolor tipico cuando estas contestando las preguntas en vez de pensar en su dolor mas alta o severo.

Gracias y empezamos."

Published and distributed by: Pain Assessment Resources
4790 Caughlin Parkway Suite 173
Reno, Nevada 89519

Behavioral Assessment of Pain (BAP-2)
Copyright by Pendrake, Inc. 1990 – 2009
1-800-782-1501

All rights reserved

Printed in the United States of America

"Comience respondiendo a las preguntas relacionados con su persona."

1. Sexo: a. masculino b. femenino

2. Raza: a. Negra b. Blanca c. Hispana d. Asiática e. Indio Americana f. otra

3. Estado civil:
   a. soltero(a)
   b. casado(a)
   c. viviendo con alguien pero no casado(a)
   d. divorciado(a) o separado(a)
   e. viudo(a)

4. Indique cuantas veces ha estado casado(a):
   a. 0 c. 2 e. 4
   b. 1 d. 3 f. 5 ó más

5. Indique cuantos hijos tiene:
   a. 0 c. 2 e. 5 ó más
   b. 1 d. 3-4

6. Forma de vida:
   a. viviendo solo(a)
   b. viviendo con esposo(a)/compañero(a)
   c. viviendo con esposo(a)/compañero(a) e hijos
   d. viviendo con amigos
   e. viviendo con hijos

7. ¿Trabaja usted corrientemente fuera de casa? a. Sí b. No
   Si la respuesta es **NO**, conteste a la siguiente pregunta.
   Si la respuesta es **SI**, pase a la pregunta #9.

8. Si usted repondió **NO** a la pregunta anterior, indique cuanto tiempo ha estado sin trabajo:
   a. 1-3 semanas d. 8-11 meses g. 24 meses o más
   b. 1-3 meses e. 12-18 meses
   c. 4-7 meses f. 19-24 meses

9. Su trabajo actual o anterior:
   a. de oficio o de oficina (ej. carpintero, electricista, camionero, secretaria)
   b. sin oficio (lavaplatos, portero, ajustador)
   c. ejecutivo de negocios o administrativo
   d. profesional (ej. abogado, maestro, enfermera, médico, psicólogo)
   e. ama de casa
   f. otro

10. Ocupación de su esposo(a)/compañero(a):
    a. de oficio o de oficina (ej. carpintero, electricista, camionero, secretaria)
    b. semi-calificado o no calificado (lavaplatos, portero, ajustador)
    c. ejecutivo de negocios o administrativo
    d. profesional (ej. abogado, maestro, enfermera, médico, sicólogo)
    e. ama de casa
    f. otro

11. Su más alto nivel de educación conseguido:
    a. graduado o instrucción profesional (título obtenido)
    b. graduado universitario (título obtenido)
    c. instrucción universitaria parcial
    d. graduado de instituto de segunda enseñanza (high school)
    e. graduado de GED o escuelas técnicas
    f. varios cursos de instituto de segunda enseñanza
    g. varios cursos en la escuela secundaria
    h. escuela primaria

12. Debido al problema de su dolor, ¿está usted envuelto en un juicio legal o ha contratado a un abogado?
    a. Sí b. No

13. ¿Hasta que punto está usted económicamente en deuda a causa de su dolor?
    0 1 2 3 4 5 6 7
    nada muchísimo

14. ¿Está usted recibiendo pagos por incapacidad física?
    a. Sí b. No
    Si la respuesta es **SI**, conteste las dos preguntas siguientes.
    Si la respuesta es **NO**, pase a la pregunta #17.

    15. ¿Está usted satisfecho(a) con la cantidad de dinero que usted está recibiendo en pagos por incapacidad física?
        0 1 2 3 4 5 6 7
        nada satisfecho(a) muy satisfecho(a)

    16. Indique el porcentaje de los ingresos totales familiares que vienen de los pagos por incapacidad:
        0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

17. Indique la totalidad de sus ingresos familiares anuales (esta pregunta es opcional):
    a. menos de $5.000 c. $15.001-$25.000 e. más de $50.000
    b. $5.001-$15.000 d. $25.000-$50.000

18. Indique cual era la totalidad de sus ingresos familiares antes de su dolencia (esta pregunta es opcional):
    a. menos de $5.000
    b. $5.001-$15.000
    c. $15.001-$25.000
    d. $25.000-$50.000
    e. más de $50.000

"En esta sección, se le harán varias preguntas sobre su dolor y tratamiento para su dolor."

---

19. Localización del dolor (elija más de una si ese es su caso):
    a. pierna
    b. parte inferior de la espalda
    c. en medio de la espalda
    d. parte superior de los hombros
    e. cabeza
    f. cuello
    g. hombros
    h. nalgas
    i. pie
    j. mandíbula
    k. pecho
    l. abdomen
    m. brazo y mano

20. Si usted elige más de una ubicación, indique donde el dolor es más pronunciado:
    a. pierna
    b. parte inferior de la espalda
    c. en medio de la espalda
    d. parte superior de los hombros
    e. cabeza
    f. cuello
    g. hombros
    h. nalgas
    i. pie
    j. mandíbula
    k. pecho
    l. abdomen
    m. brazo y mano

21. Evalúe su dolor a **su máximo nivel** durante la última semana:
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    sin dolor mucho dolor

22. Evalúe su dolor a **su mínimo nivel** durante la última semana:
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    sin dolor mucho dolor

23. Evalúe su dolor a **su nivel normal** durante la última semana:
    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    sin dolor mucho dolor

24. Indique la fecha en la que sintió el dolor por primera vez:

25. ¿Es su dolor continuo?
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no bastante

Evalúe qué a menudo hace usted cada una de las cosas enumeradas a continuación <u>cuando usted siente el dolor:</u>

	nada							muy a menudo
26. llorar	0	1	2	3	4	5	6	7
27. gemir o sobresaltarse	0	1	2	3	4	5	6	7
28. acostarse	0	1	2	3	4	5	6	7
29. volverse irritable	0	1	2	3	4	5	6	7
30. hablar con otros sobre su dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
31. decirles a otros que le dejen solo	0	1	2	3	4	5	6	7
32. sujetarse cuando se sienta	0	1	2	3	4	5	6	7
33. caminar de tal manera que otros pueden notar que usted tiene dolor	0	1	2	3	4	5	6	7

Evalúe cada uno de los términos mencionados a continuación para indicar lo bien que describen su dolor:

	no describe mi dolor en absoluto							describe mi dolor muy bien
34. palpitante	0	1	2	3	4	5	6	7
35. agudo	0	1	2	3	4	5	6	7
36. tirante	0	1	2	3	4	5	6	7
37. tierno	0	1	2	3	4	5	6	7
38. inflamado	0	1	2	3	4	5	6	7
39. tenso	0	1	2	3	4	5	6	7
40. incierto	0	1	2	3	4	5	6	7
41. dolor continuo	0	1	2	3	4	5	6	7

42. Aproximadamente, ¿cuántas <u>visitas</u> médicas ha hecho usted en los últimos 6 meses debido a su dolor? Incluya TODAS las visitas a médicos o quiropráticos. Por ejemplo, si usted vio un cirujano una vez y un quiropráctico 2 veces por razones relacionadas con su dolor, el número total de visitas sería 3:

a. 0-3
b. 4-7
c. 8-10
d. 11-15
e. 16-19
f. 20 ó más

43. ¿Cuántos médicos o quiroprácticos <u>diferentes</u> ha consultado usted durante el último año? Por ejemplo, si usted vio al Doctor Brown, neurólogo, y al Doctor Young, quiropráctico, usted respondería 2:

a. 0
b. 1-2
c. 3-4
d. 5-6
e. 7-8
f. 9 ó más

44. Indique cuantas visitas de emergencia ha hecho usted debido a su dolor durante el año pasado:

a. 0	c. 3-4	e. 7-8
b. 1-2	d. 5-6	f. 9 ó más

45. ¿Cuántas veces ha tenido que ser hospitalizado por su problema de dolor? Incluya hospitalizaciones para trabajos de diagnóstico, cirugía o por cualquier otra razón relacionada con su dolor:

a. 0	c. 3-4	e. 7-8
b. 1-2	d. 5-6	f. 9 ó más

46. Indique cuantas operaciones quirúrgicas ha tenido usted para su problema de dolor actual:

a. 0	c. 2	e. 5-6
b. 1	d. 3-4	f. 7 ó más

47. De <u>todos</u> los tratamientos médicos, quirúrgico, psiquiátrico, terapia física o quiropráctico que usted ha tenido para su dolor, haga un estimado de cuanta mejoría ha obtenido:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

"Las siguientes preguntas se refieren a las medicinas y otras substancias para el dolor que puedan influenciar en su dolor."

¿Ha leído usted las instrucciones mencionadas arriba?

---

48. Indique cuantas tazas de café regular bebe usted **cada día**:

a. 0	d. 4-5
b. 1	e. 6-7
c. 2-3	f. 8 ó más

49. Indique cuantas tazas de té normal (no de hierba) bebe usted **cada día:**

a. 0	d. 4-5
b. 1	e. 6-7
c. 2-3	f. 8 ó más

50. Indique cuantos botes de soda que contienen cafeína bebe usted **cada día** (ej. Coca Cola regular, Pepsi, Diet Pepsi, Diet Coca Cola, Tab, etc):

a. 0	d. 4-5
b. 1	e. 6-7
c. 2-3	f. 8 ó más

51. Indique cuantas bebidas alcohólicas consume usted cada **semana** (ej. vino, cerveza y licores fuertes):

a. 0	d. 11-15
b. 1-5	e. 16-20
c. 6-10	f. 21 ó más

52. Indique cuantos cigarrillos fuma usted cada **día**:

a. 0	d. 21-30
b. 1-10	e. 31-40
c. 11-20	f. 41 ó más

"La proxima pregunta pide sobre los medicamentos diferentes que toma ahora, incluyendo las medicinas por dolor, dormir y animo. Asegurase que contesta "Si" o "No" a cada pregunta."

Has leido las instrucciones arriba?

Medicamentos. Por favor marque el numero que indica las medicinas que esta tomando ahora. Esta es una lista de muchas de las medicinas usada por gente con dolor cronico. Los nombres genericos estan seguidos por ejemplos de nombres de marcas comunes.

53-1. **No sujetos a prescripcion Calmantes para el Dolor**

Si ahora esta usando qualquier clase de Non-Prescription Pain Relievers que alevia dolor enumerada abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-1, si no, haga un circulo a "No" en 53-1. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Acetaminophen (Tylenol, Datril, Phenaphen, Panadol)
- Aspirin (Bayer, Empirin)
- Aspirin and caffeine (Anacin, Synalgos)
- Buffered aspirin (Bufferin, Ascriptin)
- Effervescent aspirin (Alka Seltzer, Bromo Seltzer)

- Enteric coated aspirin (Ecotrin)
- Ibuprofen (Advil, Nuprin, Haltrin, Pamprin)
- Choline salicylate (Arthropan)
- Salsalate (Disalcid)
- Triple salicylates (Trilisate)

53-2. **AINES**
Si ahora esta usando qualquier clase de AINES enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-2, si no, haga un circulo a "No" en 53-2. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Fenoprofen (Nalfon)
- Oxaprozin (Daypro)
- Celebrex (Celecoxib)
- Carprofen (Rimadyl)
- Diclofenac (Voltaren)
- Diflunisal (Dolobid)
- Etodolac (Lodine)
- Fenoprofen (Nalfon)
- Flurbiprofen (Ansaid)
- Ibuprofen (Advil, Medipren, Motrin, Nuprin)
- Indomethacin (Indocin, etc.)
- Ketoprofen (Orudis)

Ketorolac (Toradol)
Meclofenamate (Meclomen)
Mefenamic acid (Ponstel)
Meloxicam (Mobic)
Nabumetone (Relafen)
Naproxen (Naprosyn, Anaprox)
Oxaprozin (Daypro)
Oxyphenbutazone (Tandearil, others)
Phenylbutazone (Butazolidin, Azolid, etc.)
Piroxicam (Feldene)
Sulindac (Clinoril)
Tolmetin (Tolectin)

53-3. **Prescripcion Calmantes para el Dolor-Analgesicos – Inicio de accion rapida y corta**.
Si ahora esta usando qualquier clase de Analgesics enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-3, si no, haga un circulo a "No" en 53-3. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Codeine (Tylenol #3, #4)
- Dezocine (Dalgan)
- Dihydrocodeine (Synalgos-DC)
- Fentanyl citrate (Actiq, Fentora)
- Hydromorphone (Dilaudid)
- Hydrocodone (Anexia, Lorcet, Lortab, Norco, Hydrocet, Hycodaphen, Hy-Phen, Zydone, Vicodin, Vicoprofen)

- Meperidine (Demerol, Mepergan, pethidine)
- Morphine IR
- Oxycodone (Percocet, Percodan, Roxicodone, Tylox, Combunox, Supeudol)
- Oxymorphone (Numorphan)
- Nalbuphine (Nubain)
- Pentazocine (Talwin, Talacen)
- Propoxyphene (Darvocet-N 100, Darvon, Dolene)
- Tramadol hydrochloride (Tramadol, Ultracet, Ultram)

53-4. **Prescripcion Calmantes para el Dolor-Analgesicos – Tiempo de libertad y de accion prolongada.** Si ahora esta usando qualquier clase de Analgesics enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-4, si no, haga un circulo a "No" en 53-4. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Morphine sulfate (Astramorph, Duramorph, Kadian, Avinza, MS Contin, Oramorph SR, Roxanol)
- Oxycontin (Endocodone, ETH-Oxydose, M-Oxy, OxyContin, Oxyfast, OxyIR, Percolone, Roxicodone, Roxicodone Intensol)
- Methadone (Diskets, Dolophine, Methadose)
- Levorphanol (LevoDromoran)
- Fentanyl (Duragesic, Sublimaze)
- Oxymorphone (Opana ER)
- buprenorphine and naloxone (Suboxone, Stadol)
- Tridural, Ralivia, Tramacet

53-5. **Medicamento antidepresivo**
Si ahora esta usando qualquier clase de Antidepresantes enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-5, si no, haga un circulo a "No" en 53-5. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Amitriptyline (Elavil)
- Desipramine hydrochloride (Norpramin)
- Nortriptyline (Pamelor, Aventyl)
- Fluoxetine (Prozac)
- Bupropion (Wellbutrin)
- Venlafaxine (Effexor)

Paroxetine (Paxil)
Citalopram (Celexa)
Duloxetin (Cymbalta)
Sinequan (Doxepin)
Escitaloproam (Lexapro)
Sertraline (Zoloft)

53-6. **Los esteroides**
Si ahora estas usando qualquier clase de Steroid medications enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-6, si no, haga un circulo a "No" en 53-6. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Deltasoned (Prednisone)
- Dexamethasone (Decadron)
- Methylprednisolone (Medrol)

53-7. **Relajantes muscalares**
Si ahora estas usando qualquier clase de Muscle Relaxant medication enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-7, si no, haga un circulo a "No" en 53-7. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Carisoprodol (Soma, Vanadom)
- Chlorphenesin (Maolate)
- Chlorzoxazone (Paraflex, Paracet, Chlorzone)
- Cyclobenazprine (Flexeril)
- Dantrolene (Dantrium)

Metaxalone (Skelaxin)
Methocarbamol (Robaxin, Marbaxin)
Orphenadrine (Norflex, X-Otag)
Tizanidine (Zanaflex)
Bromazepam (Lectopam)

53-8. **Las benzodiacepinas (ansioliticos)**
Si ahora estas usando qualquier clase de Benzodiazepine (anti-anxiety) medications enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-8, si no, haga un circulo a "No" en 53-8. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Alprazolam (Xanax)
- Clonazepam (Klonopin)
- Clorepate (Tranxene)
- Diazepam (Valium)
- Chlordiazepoxide (Librium)
- Clorazepate (Tranxene)

Halazepam (Paxipam)
Lorzepam (Ativan)
Oxazepam (Serax)
Prazepam (Centrax)
Quazepam (Doral)

53-9. **Neuropatico, Anti-espasmo y otros medicamentos para el dolor.**
Si ahora estas usando qualquiera clase de Neuropathic, Anti-spasm and other pain medications enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-9, si no, haga un circulo a "No" en 53-9. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Baclofen (Lioresal)
- Calcitonine (Miacalcin, Calcimar)
- Gabapentin (Neurontin, Gabarone)
- Pregabalin (Lyrica)
- Carbamazepine (Carbatrol, Equetro, Tegretol, Tegretol XR, Epitol)
- Epival, Depaken, Topamax, Lamictal

53-10. Medicamentos para el sueno.
Si ahora estas usando qualquiera clase de Sleep medications enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-10, si no, haga un circulo a "No" en 53-10. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

A. No es efectivo
B. Mediana eficaz
C. Moderadamente eficaz
D. Muy eficaz

- Zolpidem tartrate (Ambien)
- Eszopiclone (Lunesta)

Imovane
Zakeplon (Sonata)

53-11. **Yerbas y medicina natural.**
Si ahora estas usando qualquiera clase de Steroid medications enumerado abajo, haga un circulo a "Si" en la primera columna a 53-11, si no, haga un circulo a "No" en 53-11. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

E. No es efectivo
F. Mediana eficaz
G. Moderadamente eficaz
H. Muy eficaz

- Belladonna
- Beta-carotene
- Creatine
- Danshen
- DHEA
- Echinacea

Folate
Ginkgo
Ginseng
Glucosamine
Kava
Melatonin

Selenium
Spirulina
St. John's wort
Valerian

"Las siguientes preguntas se refieren al diagnóstico y al tratamiento seguido por los médicos desde que comenzó su dolor. Al responder tenga en cuenta **TODOS** los médicos que usted haya consultado. "

Por favor, lea las instrucciones mencionadas arriba antes de empezar

---

54. Mis médicos me han animado a comunicarme con ellos si siento aumento en mi dolor.
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no muy a menudo

55. Mis médicos dicen que la cirugía o las medicinas son los únicos tratamientos que podrían ayudarme.
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no muy a menudo

56. Mis médicos me han hablado sobre las diferentes maneras de controlar mi dolor además de tomar medicinas, descansar y ponerme inyecciones.
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no muy a menudo

57. Mis médicos me han advertido que no haga nada que pueda empeorar mi dolor, aun después de seis meses desde que comenzó mi mal, o cualquier cirujía para aliviar mi dolor.
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no muy a menudo

58. Mis médicos han dicho que no pueden encontrar ningun problema físico que explique el por qué continúo teniendo dolor.
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no muy a menudo

59. Aun después de seis meses desde que comenzó mi dolor, o cualquier cirugía para aliviar mi dolor, mis médicos me han advertido que una lesión seria o parálisis podrían resultar si intento aumentar mi actividad física.
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no muy a menudo

60. Algunos médicos me han dicho que no debería tener tanto dolor como yo digo que tengo.
    0 1 2 3 4 5 6 7
    no muy a menudo

61. Aun después de seis meses desde que comenzó mi dolor, o cualquier cirugía para aliviar mi dolor, mis médicos todavía me recomiendan que disminuya la mayoría de mis actividades físicas. 0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

62. Mis médicos me han acusado de exagerar mi dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

63. Mis médicos han tratado que haga ejercicios y que sea más activo físicamente.
0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

64. Mis médicos han tratado de incluirme como un participante de mi propia terapia dándome elecciones, preguntándome por mi opinión y animándome a desarrollar ciertas habilidades, tales como estirar los músculos, que podría practicar por mí mismo.
0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

65. Aun después de seis meses desde que comenzó mi dolor, o cualquier cirugía para aliviar mi dolor, mis médicos me han dicho: "Podría hacerse daño si intenta aumentar su actividad física." 0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

66. Mis médicos se han molestado conmigo cuando me he quejado de dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

67. Mis médicos han recetado narcóticos tales como Percodan o Codeina para mi dolor, aun después de seis meses desde que comenzó mi dolor o cualquier cirugía para aliviar mi dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

68. Mis médicos me han criticado por no aumentar mi actividad física
0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

69. Cuando he intentado aumentar mi actividad física en el pasado, mis médicos me han animado a continuar. 0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

70. Mis médicos se han molestado conmigo por tomar muchas medicinas contra el dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

71. Mis médicos han repetido varias pruebas diagnósticas tales como el myelogram, CAT-scan, rayos-X y EMGs cuando mi dolor empeoraba, aunque las pruebas anteriores no han encontrado nada mal.

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

72. Mis médicos me han dicho que el dolor está sólo en mi imaginación, o palabras que significan lo mismo.

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

73. Mis médicos han escuchado con interés mis quejas sobre el dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

74. Mis médicos se han molestado conmigo porque he mejorado poco con el tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

75. Mis médicos me han animado a ir a la sala de emergencia cuando mi dolor aumenta.

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

76. Mis médicos se han molestado conmigo por experimentar con otros tratamientos para controlar mi dolor (ej. entrenamiento para relajarme, educación nutritiva y como controlar la tensión).

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

77. Cuando me he quejado que el dolor me aumenta o no mejora con la terapia, mis médicos me han animado a descansar y a tomar medicamento para el dolor tal fue el caso aun después de que seis meses desde que comenzó mi dolor, o cualquier cirugía para mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

78. Mis médicos han confiado principalmente en medicinas para tratar mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7
no muy a menudo

"Si usted **VIVE SOLO(A),** pase a la pregunta #106. Complete esta sección sólo si usted vive con su esposo(a) o compañero(a)."

Evalúe <u>CON QUE FRECUENCIA</u> su esposo(a)/compañero(a) <u>HACE</u> las siguientes cosas:

		nada						muy a menudo	
79.	Le anima a hacer sus tareas y obligaciones.	0	1	2	3	4	5	6	7
80.	Presta más atención a sus necesidades cuando usted tiene dolor que cuando no lo tiene.	0	1	2	3	4	5	6	7
81.	Le anima a descansar cuando tiene usted dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
82.	Le dice a usted que a él/ella le gusta cuando usted aumenta su actividad física.	0	1	2	3	4	5	6	7
83.	Se vuelve irritable con usted cuando intenta aumentar su actividad física.	0	1	2	3	4	5	6	7
84.	Le presta atención cuando usted se muestra activo físicamente, haciendo tareas alrededor de la casa o jardin.	0	1	2	3	4	5	6	7
85.	Le empuja a que usted sea más activo.	0	1	2	3	4	5	6	7
86.	Le dice que él/ella aprecia cuando usted ayuda alrededor de la casa o jardin.	0	1	2	3	4	5	6	7
87.	Le advierte sobre volver a lesionarse cuando usted hace actividades físicas (ej. ejercicios, trabajo alrededor del jardin, o caminar).	0	1	2	3	4	5	6	7
88.	Le anima a caminar y hacer ejercicio.	0	1	2	3	4	5	6	7
89.	Le advierte cuando usted está activo físicamente diciéndole: "lo pagarás caro si continúas haciéndolo."	0	1	2	3	4	5	6	7
90.	Se queja de que su dolor ha hecho su vida difícil.	0	1	2	3	4	5	6	7
91.	Es especialmente agradable con usted cuando tiene dolor.								

Evalúe con qué frecuencia su esposo(a)/compañero(a) hace las siguientes cosas:

		nada							muy a menudo
92.	Se irrita o se enfada con usted como consecuencia de su dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
93.	Le da un masaje cuando tiene dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
94.	Se enoja con usted por tomar demasiadas medicinas para el dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
95.	Le trae sus medicinas cuando tiene dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
96.	Le pregunta como se siente cuando tiene dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
97.	Se irrita con usted por no mejorar.	0	1	2	3	4	5	6	7
98.	Pregunta si él/ella puede de algún modo ayudar cuando usted tiene dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
99.	Le impide que haga actividades físicas que puedan aumentar su dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
100.	Le anima a llamar al médico cuando su dolor recrudece.	0	1	2	3	4	5	6	7
101.	Le critica por no aumentar su actividad física.	0	1	2	3	4	5	6	7
102.	Hace sus tareas y obligaciones cuando usted tiene dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
103.	Se enoja con usted cuando le dice que tiene dolor.	0	1	2	3	4	5	6	7
104.	Le regaña por no ser más activo cuando se reclina, se sienta o se recuesta en casa.	0	1	2	3	4	5	6	7
105.	Le dice que usted no debe tener tanto dolor como usted dice tener.	0	1	2	3	4	5	6	7

"Las siguientes preguntas se refieren a los cambios en sus actividades desde que usted empezó a tener dolor. Hay trec partes para cada pregunta."

	ANTES ¿Con qué frecuencia hacía usted esta actividad ANTES de tener dolor?	**AHORA** ¿Con qué frecuencia hace usted esta actividad AHORA?	**EVITA** ¿Con qué frecuencia evitas este actividad por el dolor que sientes.
ACTIVIDADES	**nada a menudo**	**nada a menudo**	**nada a menudo**
106. comer fuera de casa	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
107. hacer los recados	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
108. mover muebles	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
109. cazar/pescar	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
110. ir de fiestas	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
111. lavar la ropa	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
112. planchar la ropa	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
113. limpiar el polvo	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
114. cortar la hierba	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
115. arreglar el auto	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
116. vestirse	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
117. ir de compras	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
118. jardinería	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
119. lavar los platos	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
120. hacer las comidas	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
121. pasar la aspiradora	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
122. reparaciones caseras	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
123. comer	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
124. hacer deporte	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
125. fregar el suelo	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
126. lavar el auto	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
127. caminar largas distancias	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
128. ir a ver una película	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

	ANTES ¿Con qué frecuencia hacía usted esta actividad ANTES de tener dolor?	AHORA ¿Con qué frecuencia hace usted esta actividad AHORA?	EVITA ¿Con qué frecuencia evitas este actividad por el dolor que sientes.
ACTIVIDADES	**nada a menudo**	**nada a menudo**	**nada a menudo**
129. actividad sexual	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
130. cepillar/peinar el pelo	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
131. ir a clubs nocturnos	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
132. ducharse	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
133. bailar	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
134. dormir	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
135. recibir visitas	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
136. conducir auto largas distancias	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
137. lavarse los dientes	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
138. hacer reparaciones de plomería	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
139. afeitarse	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

¿Qué clase de pensamientos tiene usted sobre el problema de su dolor? Evalúe hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

---

140. Controlo mi vida aunque tengo dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

141. A veces siento que tengo que mostrar a otros que tengo dolor, pues de lo contrario no creen que mi dolor es real.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

142. Puedo continuar viviendo la vida a pesar de mi dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

143. El problema de mi dolor es mayor de lo que puedo soportar.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

144. Mis médicos han hecho todo lo posible en sus intentos por curar mi dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

145. Los tratamientos médicos que he recibido para mi dolor han sido minunciosos y completos.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

146. Yo merezco algo mejor que tener un dolor crónico.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

147. No es correcto que esté experimentando dolor crónico.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

148. Nunca disfrutaré la vida de nuevo mientras tenga dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

149. Me molesta la posibilidad de que otras personas no crean que mi dolor es real.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

150. He aceptado que no hay nada más que pueda hacer para eliminar mi dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

151. Debería poder controlar el dolor mucho mejor de lo que lo hago.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

152. Mi vida nunca será completa mientras tenga dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

153. Considerando el periodo de tiempo que he tenido dolor, es probable que nunca mejore.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

154. No debería tener que sufrir de este dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

155. Cuando hago cosas que aumentan mi dolor, me preocupa la posibilidad de volver a lesionarme.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

156. No debería dejar que el dolor me moleste tanto como lo hace.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

157. La mejor manera de vivir con el dolor crónico es descansar y evitar esas actividades que hacen que el dolor empeore.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

158. Nunca seré totalmente feliz mientras tenga dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

159. Debo de estar haciendo algo mal, ya que continúo teniendo dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

160. Si me esfuerzo físicamente, estoy buscando problemas ya que puedo volver a lesionarme.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

161. Se me han hecho todas las pruebas diagnósticas para ayudar a determinar la causa de mi dolor (ej. CAT-scan, Rayos-X, myelogram, etc.)
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

162. Estoy enfadado conmigo mismo por no poder controlar mi dolor mejor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

163. Mis médicos han intentado todo lo posible para tratar mi problema de dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

164. Considerando que muy pocas cosas han ayudado mi problema de dolor hasta ahora, probablemente nada la ayudará.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

165. A veces siento que tengo que probar a otros que me duele de verdad.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

"En las últimas **DOS SEMANAS** ¿qué a menudo ha tenido los siguientes síntomas?

¿Ha leído usted las instrucciones mencionadas arriba?

	nada muy a menudo
166. falta de respiración	0 1 2 3 4 5 6 7
167. temblor de músculos	0 1 2 3 4 5 6 7
168. palpitaciones	0 1 2 3 4 5 6 7
169. orinar frecuentemente	0 1 2 3 4 5 6 7
170. intranquilidad	0 1 2 3 4 5 6 7
171. tensión y excitación	0 1 2 3 4 5 6 7
172. malestar de estómago	0 1 2 3 4 5 6 7
173. problemas al tragar	0 1 2 3 4 5 6 7
174. llorar fácilmente	0 1 2 3 4 5 6 7
175. mareo	0 1 2 3 4 5 6 7
176. fatiga	0 1 2 3 4 5 6 7
177. sentimientos de culpabilidad	0 1 2 3 4 5 6 7
178. preocupación	0 1 2 3 4 5 6 7
179. sentirse débil	0 1 2 3 4 5 6 7
180. boca seca	0 1 2 3 4 5 6 7

	nada							muy a menudo
181. desilusionado consigo mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
182. sentimiento de ira	0	1	2	3	4	5	6	7
183. manos frías	0	1	2	3	4	5	6	7
184. sentimientos de tristeza o depression	0	1	2	3	4	5	6	7
185. tensión o dureza muscular	0	1	2	3	4	5	6	7
186. sentimientos de ser inútil	0	1	2	3	4	5	6	7
187. sentimientos de inferioridad	0	1	2	3	4	5	6	7
188. problemas para dormir	0	1	2	3	4	5	6	7
189. problemas para mantener el sueño	0	1	2	3	4	5	6	7
190. dolor muscular	0	1	2	3	4	5	6	7
191. falta de concentración	0	1	2	3	4	5	6	7
192. falta de interés por socializar	0	1	2	3	4	5	6	7
193. aumento de su apetito	0	1	2	3	4	5	6	7
194. aumento de peso el último mes	0	1	2	3	4	5	6	7
195. pérdida de interés por una variedad de actividades que antes eran agradables.	0	1	2	3	4	5	6	7
196. pensamientos de hacerse daño o suicidarse.	0	1	2	3	4	5	6	7
197. sentirse desanimado a cerca del futuro.	0	1	2	3	4	5	6	7
198. sentimientos de ser castigado o merecer castigo	0	1	2	3	4	5	6	7
199. dificultades para motivarse a hacer cosas	0	1	2	3	4	5	6	7

"Las siguientes preguntas se proponen averiguar lo que usted piensa que le pasaría tanto a usted como a los otros cuando le aumente el dolor."

Cuando su dolor aumenta fuertemente, qué preocupado está usted de que:

	nada preocupado							muy preocupado
200. su dolor afectará negativamente a otros	0	1	2	3	4	5	6	7
201. Ud. no logrará hacer nada más el resto del día	0	1	2	3	4	5	6	7
202. Ud. se hará daño físico	0	1	2	3	4	5	6	7
203. Ud. causará un retroceso en su proceso de mejoría	0	1	2	3	4	5	6	7
204. su dolor causará que otros estén enfadados	0	1	2	3	4	5	6	7
205. Ud. se volverá a lesionar	0	1	2	3	4	5	6	7
206. Ud. se enfadará	0	1	2	3	4	5	6	7
207. su dolor hará que otros sufran	0	1	2	3	4	5	6	7
208. Ud. hará que su problema físico empeore	0	1	2	3	4	5	6	7
209. Ud. se irritará	0	1	2	3	4	5	6	7
210. su dolor interferirá con los planes o actividades de otros	0	1	2	3	4	5	6	7
211. Ud. perderá la mente	0	1	2	3	4	5	6	7
212. su dolor interferirá con otras actividades	0	1	2	3	4	5	6	7
213. su dolor desanimará a todos los demás	0	1	2	3	4	5	6	7
214. Ud. tendrá un ataque de nervios	0	1	2	3	4	5	6	7

Cuando su dolor aumenta fuertemente, qué preocupado está usted de que:

	nada preocupado							muy preocupado
215. Ud. llegará continuamente a depender de otros	0	1	2	3	4	5	6	7
216. su dolor no se calmará	0	1	2	3	4	5	6	7
217. Ud. se deprimirá	0	1	2	3	4	5	6	7
218. su dolor será aun peor	0	1	2	3	4	5	6	7
219. su dolor tardará mucho en calmarse	0	1	2	3	4	5	6	7
220. Ud. perderá respeto de si mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
221. el resto del día estará perdido	0	1	2	3	4	5	6	7
222. Ud. se convertirá en un inválido permanente	0	1	2	3	4	5	6	7
223. Ud. no podrá acabar nada	0	1	2	3	4	5	6	7

"Gracias por completer el BAP-2! Analizaremos la informacion proveida."