

Spanish Post BAP- 2

Post-Behavioral Assessment of Pain-2 Questionnaire (Spanish Version)

Questionnaire Booklet

Michael J. Lewandowski, Ph.D.

Blake H. Tearnan, Ph.D.

Introduccion e instrucciones



“Si usted está llenando el BAP Post-2, que ya han completado el BAP-2 en un momento anterior y que ahora va a tener la oportunidad de ver los que han hecho en el curso de su tratamiento.

Sus respuestas a las preguntas siguientes están destinadas a ayudar a su equipo de atención de salud a examinar los cambios que ha realizado en el curso de su tratamiento. Favor de considerar su "típico" dolor al contestar estas preguntas en lugar de su dolor en su más alto o peor.

Gracias.”

*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



“Las siguientes preguntas se refieren a las medicinas y otras sustancias para el dolor que puedan influenciar en su dolor.”

¿Ha leído usted las instrucciones mencionadas arriba?

20. 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 |
21. 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 |
22. 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 |
23. 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 |
24. 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 leído 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.

25-1. **No sujetos a prescripcion Calmantes para el Dolor**

Si ahora esta usando cualquier clase de Non-Prescription Pain Relievers que alevia dolor enumerada abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-1, si no, haga un circulo a “No” en 25-1. 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)

25-2. **AINES**

Si ahora esta usando cualquier clase de AINES enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-2, si no, haga un circulo a “No” en 25-2. 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) | Ketorolac (Toradol) |
| • Oxaprozin (Daypro) | Meclofenamate (Meclomen) |
| • Celebrex (Celecoxib) | Mefenamic acid (Ponstel) |

- Carprofen (Rimadyl)
- Diclofenac (Voltaren)
- Diflunisal (Dolobid)
- Etodolac (Lodine)
- Fenopropfen (Nalfon)
- Flurbiprofen (Ansaid)
- Ibuprofen (Advil, Medipren, Motrin, Nuprin)
- Indomethacin (Indocin, etc.)
- Ketoprofen (Orudis)
- Meloxicam (Mobic)
- Nabumetone (Relafen)
- Naproxen (Naprosyn, Anaprox)
- Oxaprozin (Daypro)
- Oxyphenbutazone (Tandearil)
- Phenylbutazone (Butazolidin, Azolid)
- Piroxicam (Feldene)
- Sulindac (Clinoril)
- Tolmetin (Tolectin)

25-3. Prescripci3n Calmantes para el Dolor-Analg3sicos – Inicio de acci3n rapida y corta.

Si ahora esta usando cualquier clase de Analg3sicos enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-3, si no, haga un circulo a “No” en 25-3. 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)

25-4. Prescripci3n Calmantes para el Dolor-Analg3sicos – Tiempo de libertad y de acci3n prolongada.

Si ahora esta usando cualquier clase de Analg3sicos enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-4, si no, haga un circulo a “No” en 25-4. 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 Intenso)
- Methadone (Diskets, Dolophine, Methadose)
- Levorphanol (LevoDromoran)
- Fentanyl (Duragesic, Sublimaze)
- Oxycodone (Opana ER)
- buprenorphine and naloxone (Suboxone, Stadol)
- Tridural, Ralivia, Tramacet

25-5. **Medicamento antidepresivo**

Si ahora esta usando cualquier clase de Antidepresantes enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-5, si no, haga un circulo a “No” en 25-5. 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) | Paroxetine (Paxil) |
| • Desipramine hydrochloride (Norpramin) | Citalopram (Celexa) |
| • Nortriptyline (Pamelor, Aventyl) | Duloxetine (Cymbalta) |
| • Fluoxetine (Prozac) | Sinequan (Doxepin) |
| • Bupropion (Wellbutrin) | Escitalopram (Lexapro) |
| • Venlafaxine (Effexor) | Sertraline (Zoloft) |

25-6. **Los esteroides**

Si ahora estas usando cualquier clase de Steroid medications enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-6, si no, haga un circulo a “No” en 25-6. 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)

25-7. **Relajantes musculares**

Si ahora estas usando cualquier clase de Muscle Relaxant medication enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-7, si no, haga un circulo a “No” en 25-7. Si toma algunas de estas medicinas, juzca la eficiencia entera y haga un circulo de esta letra en la segunda caja.

25-10. Medicamentos para el sueño.

Si ahora estas usando cualquiera clase de Sleep medications enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-10, si no, haga un circulo a “No” en 25-10. 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) | Imovane |
| • Eszopiclone (Lunesta) | Zakeplon (Sonata) |

25-11. Yerbas y medicina natural.

Si ahora estas usando cualquiera clase de Steroid medications enumerado abajo, haga un circulo a “Si” en la primera columna a 25-11, si no, haga un circulo a “No” en 25-11. 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 | Folate | Selenium |
| • Beta-carotene | Ginkgo | Spirulina |
| • Creatine | Ginseng | St. John's wort |
| • Danshen | Glucosamine | Valerian |
| • DHEA | Kava | |
| • Echinacea | Melatonin | |
| • | | |
-



“Si usted **VIVE SOLO(A)**, pase a la pregunta #53. Complete esta sección sólo si usted vive con su esposo(a) o compañero(a).”

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

	nada	muy a menudo
26. Le anima a hacer sus tareas y obligaciones.	0 1 2 3 4 5 6 7	
27. Presta más atención a sus necesidades cuando usted tiene dolor que cuando no lo tiene.	0 1 2 3 4 5 6 7	
28. Le anima a descansar cuando tiene usted dolor.	0 1 2 3 4 5 6 7	
29. Le dice a usted que a él/ella le gusta cuando usted aumenta su actividad física.	0 1 2 3 4 5 6 7	
30. Se vuelve irritable con usted cuando intenta aumentar su actividad física.	0 1 2 3 4 5 6 7	
31. Le presta atención cuando usted se muestra activo físicamente, haciendo tareas alrededor de la casa o jardín.	0 1 2 3 4 5 6 7	
32. Le empuja a que usted sea más activo.	0 1 2 3 4 5 6 7	
33. Le dice que él/ella aprecia cuando usted ayuda alrededor de la casa o jardín.	0 1 2 3 4 5 6 7	
34. Le advierte sobre volver a lesionarse cuando usted hace actividades físicas (ej. ejercicios, trabajo alrededor del jardín, o caminar).	0 1 2 3 4 5 6 7	
35. Le anima a caminar y hacer ejercicio.	0 1 2 3 4 5 6 7	
36. Le advierte cuando usted está activo físicamente diciéndole: "lo pagarás caro si continúas haciéndolo."	0 1 2 3 4 5 6 7	
37. Se queja de que su dolor ha hecho su vida difícil.	0 1 2 3 4 5 6 7	
38. Es especialmente agradable con usted cuando tiene dolor.	0 1 2 3 4 5 6 7	

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

	nada	0	1	2	3	4	5	6	7	muy a menudo
39. Se irrita o se enfada con usted como consecuencia de su dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
40. Le da un masaje cuando tiene dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
41. Se enoja con usted por tomar demasiadas medicinas para el dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
42. Le trae sus medicinas cuando tiene dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
43. Le pregunta como se siente cuando tiene dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
44. Se irrita con usted por no mejorar.		0	1	2	3	4	5	6	7	
45. Pregunta si él/ella puede de algún modo ayudar cuando usted tiene dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
46. Le impide que haga actividades físicas que puedan aumentar su dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
47. Le anima a llamar al médico cuando su dolor recrudece.		0	1	2	3	4	5	6	7	
48. Le critica por no aumentar su actividad física.		0	1	2	3	4	5	6	7	
49. Hace sus tareas y obligaciones cuando usted tiene dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
50. Se enoja con usted cuando le dice que tiene dolor.		0	1	2	3	4	5	6	7	
51. 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	
52. 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 dos partes para cada pregunta.”

	AHORA		EVITAR UNA ACTIVIDAD	
	¿Con qué frecuencia hace usted esta actividad <u>AHORA</u> ?		¿Evita usted realizar esta actividad a <u>CAUSA</u> del dolor?	
<u>ACTIVIDADES</u>	nada	a menudo	nada	a menudo
53. comer fuera de casa	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
54. hacer los recados	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
55. mover muebles	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
56. cazar/pescar	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
57. ir de fiestas	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
58. lavar la ropa	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
59. planchar la ropa	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
60. limpiar el polvo	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
61. cortar la hierba	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
62. arreglar el auto	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
63. vestirse	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
64. ir de compras	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
65. jardinería	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
66. lavar los platos	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
67. hacer las comidas	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
68. pasar la aspiradora	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
69. reparaciones caseras	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
70. comer	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
71. hacer deporte	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
72. fregar el suelo	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
73. lavar el auto	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
74. caminar largas distancias	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	
75. ir a ver una película	0 1 2 3 4 5 6 7		0 1 2 3 4 5 6 7	

	AHORA		EVITAR UNA ACTIVIDAD	
	¿Con qué frecuencia hace usted esta actividad <u>AHORA</u> ?		¿Evita usted realizar esta actividad a <u>CAUSA</u> del dolor?	
<u>ACTIVIDADES</u>	nada	a menudo	nada	a menudo
76. actividad sexual	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
77. cepillar/peinar el pelo	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
78. ir a clubs nocturnos	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
79. ducharse	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
80. bailar	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
81. dormir	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
82. recibir visitas	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
83. conducir auto largas distancias	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
84. lavarse los dientes	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
85. hacer reparaciones de plomería	0	1 2 3 4 5 6 7	0	1 2 3 4 5 6 7
86. afeitarse	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.”

87. Controlo mi vida aunque tengo dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7
 muy en desacuerdo muy de acuerdo

88. 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

89. Puedo continuar viviendo la vida a pesar de mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7
 muy en desacuerdo muy de acuerdo

90. 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

91. 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
92. Los tratamientos médicos que he recibido para mi dolor han sido minuciosos y completos.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo
93. Yo merezco algo mejor que tener un dolor crónico.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo
94. No es correcto que esté experimentando dolor crónico.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo
95. Nunca disfrutaré la vida de nuevo mientras tenga dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo
96. 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
97. 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
98. 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
99. Mi vida nunca será completa mientras tenga dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo
100. 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
101. No debería tener que sufrir de este dolor.
0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

102. 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

103. 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

104. 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

105. Nunca seré totalmente feliz mientras tenga dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7
muy en desacuerdo muy de acuerdo

106. 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

107. 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

108. Se me han hecho todas las pruebas diagnósticas razonables 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

109. 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

110. 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

111. 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

112. 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
113. falta de respiración	0	1	2	3	4	5	6	7
114. temblor de músculos	0	1	2	3	4	5	6	7
115. palpitaciones	0	1	2	3	4	5	6	7
116. orinar frecuentemente	0	1	2	3	4	5	6	7
117. intranquilidad	0	1	2	3	4	5	6	7
118. tensión y excitación	0	1	2	3	4	5	6	7
119. malestar de estómago	0	1	2	3	4	5	6	7
120. problemas al tragar	0	1	2	3	4	5	6	7
121. llorar fácilmente	0	1	2	3	4	5	6	7
122. mareo	0	1	2	3	4	5	6	7
123. fatiga	0	1	2	3	4	5	6	7
124. sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4	5	6	7
125. preocupación	0	1	2	3	4	5	6	7
126. sentirse débil	0	1	2	3	4	5	6	7
127. boca seca	0	1	2	3	4	5	6	7
128. desilusionado consigo mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
129. sentimiento de ira	0	1	2	3	4	5	6	7
130. manos frías	0	1	2	3	4	5	6	7
131. sentimientos de tristeza o depresión	0	1	2	3	4	5	6	7
132. tensión o dureza muscular	0	1	2	3	4	5	6	7
133. sentimientos de ser inútil	0	1	2	3	4	5	6	7
134. sentimientos de inferioridad	0	1	2	3	4	5	6	7
135. problemas para dormir	0	1	2	3	4	5	6	7
136. problemas para mantener el sueño	0	1	2	3	4	5	6	7

	nada							muy a menudo
137. dolor muscular	0	1	2	3	4	5	6	7
138. falta de concentración	0	1	2	3	4	5	6	7
139. falta de interés por socializar	0	1	2	3	4	5	6	7
140. aumento de su apetito	0	1	2	3	4	5	6	7
141. aumento de peso el último mes	0	1	2	3	4	5	6	7
142. pérdida de interés por una variedad de actividades que antes eran agradables.	0	1	2	3	4	5	6	7
143. pensamientos de hacerse daño o suicidarse.	0	1	2	3	4	5	6	7
144. sentirse desanimado a cerca del futuro	0	1	2	3	4	5	6	7
145. sentimientos de ser castigado o merecer castigo	0	1	2	3	4	5	6	7
146. 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
147. su dolor afectará negativamente a otros	0	1	2	3	4	5	6	7
148. Ud. no logrará hacer nada más el resto del día	0	1	2	3	4	5	6	7
149. Ud. se hará daño físico	0	1	2	3	4	5	6	7
150. Ud. causará un retroceso en su proceso de mejoría	0	1	2	3	4	5	6	7
151. su dolor causará que otros estén enfadados	0	1	2	3	4	5	6	7
152. Ud. se volverá a lesionar	0	1	2	3	4	5	6	7
153. Ud. se enfadará	0	1	2	3	4	5	6	7
154. su dolor hará que otros sufran	0	1	2	3	4	5	6	7
155. Ud. hará que su problema físico empeore	0	1	2	3	4	5	6	7
156. Ud. se irritará	0	1	2	3	4	5	6	7

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

	nada preocupado	muy preocupado
157. su dolor interferirá con los planes o actividades de otros	0 1 2 3 4 5 6 7	
158. Ud. perderá la mente	0 1 2 3 4 5 6 7	
159. su dolor interferirá con otras actividades	0 1 2 3 4 5 6 7	
160. su dolor desanimará a todos los demás	0 1 2 3 4 5 6 7	
161. Ud. tendrá un ataque de nervios	0 1 2 3 4 5 6 7	
162. Ud. llegará continuamente a depender de otros	0 1 2 3 4 5 6 7	
163. su dolor no se calmará	0 1 2 3 4 5 6 7	
164. Ud. se deprimirá	0 1 2 3 4 5 6 7	
165. su dolor será aun peor	0 1 2 3 4 5 6 7	
166. su dolor tardará mucho en calmarse	0 1 2 3 4 5 6 7	
167. Ud. perderá respeto de si mismo	0 1 2 3 4 5 6 7	
168. el resto del día estará perdido	0 1 2 3 4 5 6 7	
169. Ud. se convertirá en un inválido permanente	0 1 2 3 4 5 6 7	
170. Ud. no podrá acabar nada	0 1 2 3 4 5 6 7	



“Gracias por completar el POST BAP-2!”