

# BAP-MSQS

---

## **BEHAVIORAL ASSESSMENT OF PAIN MEDICAL STABILITY QUICK SCREEN**

### **Test Booklet**

### **Spanish Version**

The Behavioral Assessment of Pain – Medical Stability Quick Screen is intended for use by health care professionals working with patients complaining of subacute and chronic pain.

Michael J. Lewandowski, Ph.D.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL#: \_\_\_\_\_

**1. Localización del dolor (elijá más que uno si es necesario):**

___ pierna	___ cabeza	___ pie	___ brazo/mano
___ espalda baja	___ cuello	___ mandíbula	___ rodilla
___ espalda central	___ hombro	___ pecho	
___ la parte alta de los hombros	___ nalga	___ vientre	

**2. Indique su dolor más significado (elijá solo una posición):**

1. pierna	5. cabeza	9. pie	13. brazo/mano
2. espalda baja	6. cuello	10. mandíbula	14. rodilla
3. espalda central	7. hombro	11. pecho	
4. la parte alta de los hombros	8. nalga	12. vientre	

**3. He sufrido mi dolor durante este tiempo:**

1. 1 - 3 semanas	4. 8 - 11 meses	7. 2 años a 3 años
2. 1 - 3 meses	5. 12 - 18 meses	8. 4 años a 5 años
3. 4 - 7 meses	6. 19 - 24 meses	9. 6 años o más

Traza un círculo alrededor del número que corresponde al nivel de cómo se siente hoy:

**4. Yo creo que necesito mas tratamientos medicales (fisioterapia, tratamiento del quiropráctico, cirugía etc.) para mi dolor.**

No estoy de acuerdo	Un tanto de acuerdo	Estoy de acuerdo
0    1    2    3	4    5    6    7    8	9    10

**5. Yo creo que necesito medicaciones del dolor narcótico (e.g., Lortab, Vicodin, Percocet, etc.) para ayudarme con este dolor.**

No estoy de acuerdo	Un tanto de acuerdo	Estoy de acuerdo
0    1    2    3	4    5    6    7    8	9    10

**6. Yo creo que necesito más pruebas medicales/diagonósticas (e.g., radiografía, imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada, EMG, etc.) para mi dolor.**

No estoy de acuerdo	Un tanto de acuerdo	Estoy de acuerdo
0    1    2    3	4    5    6    7    8	9    10

**7. De todos los tratamientos (medicales, quirúrgicos, siquiátricos, fisioterapia o quiroprácticos etc.) que ha tenido Ud. para su dolor, por favor, calcula la cantidad de mejoría que ha recibido Ud.**

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

**8. Aunque mi problema del dolor no ha desaparecido, creo que he tenido mejoría medical máximo y no necesito más tratamiento medical para mi dolor.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**9. Con la semana pasada, incluyendo hoy, me sentía triste y deprimido/a muchas veces debido a mi dolor y mis limitaciones físicas.**

No Estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**10. Con la semana pasada, incluyendo hoy, me sentía nervioso/a, tenso/a, preocupado/a debido a mi dolor y mis limitaciones físicas.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**11. No puedo acostarme y cuando me voy a la cama no puedo dormir muy bien debido a mi dolor.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**12. Si hago un gran esfuerzo, hay una posibilidad que puedo herirme otra vez.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**13. He aceptado que nada más me va a ayudar y eliminar mi dolor.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**14. No debo sufrir de este dolor.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**15. Puedo vivir mi vida y hacer todas las cosas que quiero a pesar de mi dolor.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**16. Ahora no puedo hacer cosas físicamente comparado a mi vida sin el dolor.**

No estoy de acuerdo                                                  Un tanto de acuerdo                                                  Estoy de acuerdo  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

17. Durante la semana pasada, con un esquema desde 0 hasta 10, 0 significa que no hay dolor, y 10 significa un dolor fuertísimo, mi peor dolor (lo más alto) ha sido un. . .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Durante la semana pasada, con un esquema desde 0 hasta 10, 0 significa que no hay dolor, y 10 significa un dolor fuertísimo, Mi dolor medio ha sido un. . .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Durante la semana pasada, con un esquema desde 0 hasta 10, 0 significa que no hay dolor, y 10 significa un dolor fuertísimo, Mi dolor más mínimo ha sido un. . .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RESPONDA A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES SOLO SI NO TRABAJA UD. DEBIDO A SU PROBLEMA DEL DOLOR..

20. Yo creo que estoy listo/a a volver al trabajo o empezar un tipo de rehabilitación profesional.

No estoy de acuerdo Un tanto de acuerdo Estoy de acuerdo  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Mi empleador quiere que vuelva yo a trabajo aunque no pueda hacer el trabajo perfectamente como antes.

No estoy de acuerdo Un tanto de acuerdo Estoy de acuerdo  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Me gusta mucho mi trabajo y las responsabilidades.

No estoy de acuerdo Un tanto de acuerdo Estoy de acuerdo  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Por favor, termine esta sección demográfica.*

23. Sexo: 1. varón 2. hembra

24. Edad: \_\_\_\_\_

25. Raza: 1. Negro/a 2. Blanco/a 3. Hispanico/a 4. Asiatico/a 5. Americano/a nativo/a 6. Otro

26. Matrimonio:

- 1. nunca casado/a
- 2. casado/a
- 3. está viviendo con alguien pero no se va a casar
- 4. divorciado/a
- 5. viudo

27. Nivel de educación:

- 1. licenciado/da (el bachillerato)
- 3. capacitación parcial de colegio
- 4. se graduó de la escuela secundaria
- 5. GED o equivalente
- 6. escuela secundaria parcial
- 7. colegio para niños de 9 a 13 años
- 8. escuela para niños de 5 a 12 años