

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 (elija 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 (elija 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 gusto 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. Asiano/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