

BAPSI

Questionario

Instrucciones:

La siguiente encuesta se refiere a la forma en que su dolor ha cambiado su vida. Se le presentará una serie de declaraciones. Para cada declaración, seleccione la respuesta que mejor describa cuánto usted está de acuerdo o en desacuerdo con la declaración. Por ejemplo, si usted está de acuerdo con el tema, responda 5, 6, o 7. Si usted no está de acuerdo con un tema, responda o contesta de 0, 1, o 2, significa No. Si usted está de acuerdo o moderadamente neutral sienten acerca de un tema, responda de 3 o 4. Contestes te de 5 a 7, que significa Si

Nombre _____

Fecha ____/____/____
Mes Día Año

Número de Seguro Social _____

	<u>Estoy completamente en desacuerdo</u>				<u>Estoy completamente de acuerdo</u>			
	0	1	2	3	4	5	6	7
1. No estoy físicamente tan fuerte como antes que me lastime o tuve dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
2. No me pongo en situaciones que me den más dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
3. No tengo tanta energía como antes de tener dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
4. No duermo tan bien como antes de tener dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Tomo medicina recetada diariamente	0	1	2	3	4	5	6	7
6. No soy tan activo (a) físicamente como antes de tener dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Me he sentido tenso (a) durante la semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	7
8. He ido a la sala de emergencia o al hospital durante las 6 semanas pasadas	0	1	2	3	4	5	6	7
9. No he trabajado durante las últimas 6 semanas por dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
10. He perdido mucho interés en actividades que me gustaban antes	0	1	2	3	4	5	6	7
11. He tenido dificultades con mis responsabilidades por el dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
12. He tenido dificultades de motivarme	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Tomo alcohol para aguantar el dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
14. He tenido pensamientos tristes y depresión la semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Mi vida sexual no es igual como antes de tener dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
16. El dolor me ha dado problemas en mi matrimonio y relaciones	0	1	2	3	4	5	6	7
17. He visto un doctor médico, quiropráctico, o un terapeuta físico más de 10 veces el mes pasado	0	1	2	3	4	5	6	7
18. La semana pasada me he sentido sin ganas o animos	0	1	2	3	4	5	6	7

	<u>Estoy completamente en desacuerdo</u>				<u>Estoy completamente de acuerdo</u>			
19. El problema de mi dolor es mas de lo que puedo aguantar	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Me preocupo que me voy a volver a lastimar	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Me he sentido irritable durante la semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	7
22. No he podido trabajar como antes de tener dolor	0	1	2	3	4	5	6	7
23. No he podido hacer mis tareas en casa como las hacía antes de tener dolor	0	1	2	3	4	5	6	7

Las siguientes preguntas describen el nivel de su dolor de minimo a peor y, que lo a limitado en sus actividades la semana pasada incluyendo hoydia.

	<u>Mínimo</u>										<u>Peor</u>
24. Describa el nivel de su dolor, lo normal que tuvo durante la semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Describa el nivel de su dolor, lo menos que tuvo durante la semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Describa el nivel de su dolor, lo peor que tuvo dolor durante la semana pasada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10