

## INSTRUCTIONS FOR USE

This tool was designed to standardize a comprehensive psychosocial pain assessment for an interdisciplinary pain service. Through the use of a guided interview process, the clinician explores the impact of unrelieved pain on the patient/family experience in the following five domains: Economic, Social Support, Activities of Daily Living, Emotional Impact, and Coping Style.

Page 2 is designed to provide a synopsis of the patient/family situation. It is designed to be completed following the guided interview as a summary for clinical reference and to aid in a brief presentation for an interdisciplinary pain meeting. It includes the interviewer's impressions, interventions and recommendations as well as a summary of the key domains and associated level of concern.

Pages 3-8 contain questions regarding the five domains listed above. Following the questions in each domain is the opportunity for the patient and family (significant other) to rate their individual level of concern via a 0-10 rating scale (0 = no concern; 10 = greatest concern). Based upon his/her interpretation of the interview, the interviewer rates his/her subjective impressions of the patient's level of concern. If a family member or significant other is present, his/her rating is then asked and finally the patient's rating is obtained. Coherence and discrepancies in ratings between the interviewer, patient and family are noted and may then be explored for clinical significance.

Additionally, the assessment of prior history (including traumas such as physical and sexual abuse or unresolved losses) helps a clinician to focus interventions that respect past difficulties as well as past strengths and coping skills that may be transferable to the current pain experience.

This assessment tool is available in English and in two Spanish versions (children/adolescents and adults). Contact Shirley Otis-Green, MSW, LCSW ([sotis-green@coh.org](mailto:sotis-green@coh.org)) with any questions regarding usage.

# FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

## Formulario de Análisis Psicosocial del Dolor

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Número Récord Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Cónyuge/Pareja: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Médico Primario: \_\_\_\_\_

Síndrome del Dolor: \_\_\_\_\_

Duración del Dolor: \_\_\_\_\_ Evaluado/a Por: \_\_\_\_\_

Favor de circular la descripción más apropiada:

### 1. Estructura

**Corporal:** Desnutrida/o      Delgada/o      Mediana/o      Pesada/o      Obesa/o

2. **Vestimenta:** Desaliñada      Casual      Profesional      Hospitalizado/a

3. **Contacto Visual:** Esquivo      Apropiado      Mirada Fija

4. **Atención:** Distraída/o < -----1----- > Hipervigilante

Enfocada/o

5. **Comportamiento** Abatido/a      Deprimido/a      Distante      Cooperador

Simpático/a      Chistoso/a      Dramático/a      Agitado/a

Ansioso/a      Lloroso/a      Sollozante      Defensivo/a

Sarcástico/a      Confrontativo/a      Enojado/a      Hostil

6. **Expresión Verbal:** Concisa      Vaga      Promedio      Articulada      Minuciosa

7. **Capacidad de Razonamiento:** Deteriorada      Apropiaada Para Edad      Superior

8. **Perspectiva en General:** Pesimista < ----- > Optimista

No Realista < ----- > Realista

## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

### 9. Impresiones:

---

---

---

---

### 10. Intervenciones:

---

---

---

---

### 11. Recomendaciones:

---

---

---

---

### Clasificación (0-10)

En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación le causa cada una de las siguientes tomando como referencia que **0 = Ninguna Preocupación**, **10 = Mucha Preocupación**.

|                             | <b>Entrevistador/a</b> | <b>Paciente</b> | <b>Cónyuge/Pareja</b> |
|-----------------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Aspecto Económico</b>    | _____                  | _____           | _____                 |
| <b>Apoyo Social</b>         | _____                  | _____           | _____                 |
| <b>Actividades Diarias</b>  | _____                  | _____           | _____                 |
| <b>Aspectos Emocionales</b> | _____                  | _____           | _____                 |
| <b>Afrontamiento</b>        | _____                  | _____           | _____                 |

# FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

## Introducción

Reconocemos que las personas frecuentemente muestran preocupación acerca del impacto del dolor en muchas áreas de sus vidas. Un dolor sin alivio puede causar problemas económicos, emocionales, espirituales y sociales, además de los de tipo médico y físico. Estaremos revisando el impacto en general del dolor en su vida y haciéndole ciertas preguntas para ayudar a nuestro *Equipo de Dolor (Pain Team)* a entender sus preocupaciones personales. La primera área que estaremos tratando es la relacionada con el impacto económico como consecuencia de su problema de dolor.

## Aspecto Económico

1. ¿Cómo se está sosteniendo económicamente?

Trabajo \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_ Incapacidad \_\_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_\_  
Retiro/Pensiones \_\_\_\_\_ Amigos/as \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

2. Algunas de las personas que atendemos muestran preocupación acerca de la manera en cómo podrán satisfacer sus necesidades económicas. ¿Cuáles de las siguientes le preocupan más a usted? **Ninguna** \_\_\_\_\_

Vivienda \_\_\_\_\_ Ropa \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_  
Alimentos \_\_\_\_\_ Cuido de Niños/as \_\_\_\_\_ Seguro \_\_\_\_\_  
Transportación \_\_\_\_\_ Cuentas Médicas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo ha cambiado su situación económica? **Mejorado** \_\_\_\_\_ **Empeorado** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

---

---

## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

4. ¿Cómo le han afectado estos cambios?

*Describe:*

---

---

---

---

5. ¿Qué sería diferente en su vida si usted pudiese darse el lujo de cambiarlo? Si usted pudiese cambiar su vida, ¿qué sería diferente?

*Describe:*

---

---

---

6. Por favor, clasifique su nivel de preocupación en general con relación a su situación económica. En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación le causa el aspecto económico tomando como referencia que **0 = Ninguna Preocupación, 10 = Mucha Preocupación.**

|                          | <b>Entrevistador/a</b> | <b>Paciente</b> | <b>Pareja</b> |
|--------------------------|------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Aspecto Económico</b> | _____                  | _____           | _____         |

**Apoyo Social**

Creemos que los efectos del dolor no solamente le afectan a usted, sino también a toda su familia. Por tanto, nos gustaría saber acerca de las formas en que usted ha notado este impacto.

1. ¿A quién recurre cuando se siente incómodo/a o con dolor?

**A sí mismo/a** \_\_\_\_\_ **Otros** \_\_\_\_\_ **Dios** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Cuán accesible es esa persona para usted? \_\_\_\_\_

¿Cuán útil le resulta esto? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuán cómodo/a se siente compartiendo sus sentimientos o sus miedos con sus seres queridos? ¿Qué le hace difícil hacerlo?

*Describe:*

---

---

---

---

3. ¿Cuán satisfecho/a se siente con la comunicación con su médico/equipo médico?

*Describe:*

---

---

---

---

## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

4. La pérdida de una persona significativa nos afecta profundamente. ¿Ha sufrido alguna pérdida significativa recientemente? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

---

Ruptura \_\_\_\_\_ Separación \_\_\_\_\_ Divorcio \_\_\_\_\_

Muerte \_\_\_\_\_ Mudanza \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

5. Por favor, clasifique su nivel de preocupación con relación a lo concerniente al apoyo social. En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación le causa lo relacionado con el apoyo social tomando como referencia que **0 = Ninguna Preocupación, 10 = Mucha Preocupación.**

|                     | <b>Entrevistador/a</b> | <b>Paciente</b> | <b>Cónyuge/Pareja</b> |
|---------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Apoyo Social</b> | _____                  | _____           | _____                 |

**Actividades Diarias**

***Impacto Físico***

A menudo, un dolor que no se alivia afecta la rutina diaria de las personas. ¿Cómo le ha impactado el dolor en las siguientes actividades diarias?

El Dolor

1. ¿Afecta sus patrones del sueño? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| Siestas Frecuentes _____                   | Dificultad para Dormir _____                 |
| Pesadillas _____                           | Dificultad para Mantenerse Despierto/a _____ |
| Dificultad para Permanecer Dormido/a _____ | Dificultad para Levantarse _____             |
| Soñolencia _____                           | Fatiga Crónica _____ Otro _____              |

El Dolor

2. ¿Afecta sus hábitos alimentarios? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| Pérdida/Aumento de Peso _____ | Dieta Especial _____         |
| Pérdida de Apetito _____      | Alimentación por Sonda _____ |
| Náuseas/Vómitos _____         | Dificultad Para Tragar _____ |
| Cambios en el Gusto _____     | Otros _____                  |

El Dolor

3. ¿Afecta sus hábitos de higiene/eliminación? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

|                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| Diarrea _____                    | Estreñimiento _____ |
| Catéter _____                    | Ostomizado/a _____  |
| Dificultad para Acicalarse _____ | Incontinencia _____ |
| Dificultad Para Bañarse _____    | Otros _____         |

El Dolor

4. ¿Afecta su habilidad para moverse? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

|                              |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------|
| Debilidad Generalizada _____ | Alcance Limitado del Movimiento _____ |
| Confinado/a en Cama _____    | Silla de Ruedas _____                 |
| Muletas/Andador/Bastón _____ | Caminar/Levantarse _____              |
| Entrar/Salir del auto _____  | Subir/Bajar Escaleras _____           |
| Levantar/Cargar _____        | Corto de respiración _____            |
| Dejó de Practicar            |                                       |
| Deportes _____               |                                       |



## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

### El Dolor

5. ¿Afecta sus roles familiares? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*¿En qué forma?*

---

---

### El Dolor

6. ¿Afecta su funcionamiento sexual? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*¿En qué forma?*

---

---

### El Dolor

7. ¿Afecta su apariencia física? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*¿En qué forma?*

---

---

### El Dolor

8. ¿Cómo ha cambiado su nivel de energía? **Peor** \_\_\_\_\_ **Igual** \_\_\_\_\_ **Mejóro** \_\_\_\_\_

9. Por favor, clasifique su nivel de preocupación en general con relación a sus cambios físicos. En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación le causa lo relacionado con los cambios físicos tomando como referencia que **0 = Ninguna Preocupación, 10 = Mucha Preocupación.**

|                            | <b>Entrevistador/a</b> | <b>Paciente</b> | <b>Cónyuge/Pareja</b> |
|----------------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Actividades Diarias</b> | _____                  | _____           | _____                 |



## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

2. ¿Alguna vez ha visto o ha escuchado cosas que otros no han escuchado? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

3. ¿Hay alguna prueba o procedimiento médico que le cause temor? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

4. ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño o quitarse la vida? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

5. Por favor, clasifique su nivel de preocupación en general en relación con estos aspectos emocionales. En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación le causa lo relacionado con lo emocional tomando como referencia que **0 = Ninguna Preocupación**, **10 = Mucha Preocupación**.

|                             | <b>Entrevistador/a</b> | <b>Paciente</b> | <b>Cónyuge/Pareja</b> |
|-----------------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Aspectos Emocionales</b> | _____                  | _____           | _____                 |

**Afrontamiento**

Las personas manejan el dolor y las aflicciones de muchas maneras. Estas preguntas nos ayudarán a entender cómo usted afronta las situaciones perturbadoras.

1. A veces, hacer cosas que disfrutamos permite distraernos de nuestro dolor. ¿Qué actividad podría hacer y que disfrutaría más? **Ninguna** \_\_\_\_\_

|               |                  |                   |
|---------------|------------------|-------------------|
| Familia _____ | Amigos/as _____  | Pasatiempos _____ |
| Lectura _____ | Religión _____   | Jardinería _____  |
| Viajar _____  | Ejercicios _____ | Arte/Música _____ |
| TV _____      | Mascotas _____   | Otros: _____      |

2. Algunas personas encuentran consuelo en el ámbito espiritual, el cual les ayuda a afrontar las situaciones difíciles. ¿Qué rol desempeña la espiritualidad y cómo le sirve de ayuda?

*Describe:*

---

---

3. Muchas personas en su situación se preguntarían “¿Por qué me ha sucedido esto?”. ¿Cómo ha intentado encontrarle sentido a sus experiencias dolorosas?

*Describe:*

---

---

---

4. Los eventos estresantes ocurridos en el pasado nos pueden impactar en el presente. ¿Qué tipo de estrés ha tenido usted que manejar anteriormente?

*Describe:*

---

---

## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

¿Abuso sexual en la niñez?                      **Sí** \_\_\_\_\_      **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

¿Violación sexual?                              **Sí** \_\_\_\_\_      **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

¿Violencia familiar?                            **Sí** \_\_\_\_\_      **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

5. Algunas personas encuentran que las sesiones de consejería o los grupos de apoyo le ayudan a afrontar las situaciones estresantes.

¿Alguna vez ha estado en consejería?                      **Sí** \_\_\_\_\_      **No** \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el enfoque de su terapia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha asistido a un grupo de apoyo?                      **Sí** \_\_\_\_\_      **No** \_\_\_\_\_

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿De qué forma le ayudó? \_\_\_\_\_

---

6. A algunas personas le han recetado medicamentos para ayudarlos a afrontar situaciones difíciles y estresantes. ¿Cuál o cuáles de los siguientes medicamentos ha tomado?

**Ninguno** \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

¿Medicamentos para la ansiedad? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

¿Medicamentos para la depresión? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

¿Medicamentos para el dolor? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

¿Alguna vez se ha tomado sus medicamentos en forma diferente a lo ordenado?

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

7. Algunas personas utilizan otros químicos para afrontar las situaciones que se les presentan.

¿Cuál de éstos ha utilizado?

¿Alcohol? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

¿Cigarrillo / Tabaco? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

¿Drogas? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

¿Alguna vez ha tratado de dejarlas? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

## FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR

¿Le preocupa su consumo de drogas?      **Sí** \_\_\_\_\_      **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

¿Le preocupa a su familia su consumo de drogas?      **Sí** \_\_\_\_\_      **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

8. ¿Qué cambios o modificaciones espera que ocurran en el futuro?

*Describe:*

---

9. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con su calidad de vida actual?

*Describe:*

---

10. Por favor, clasifique su nivel de preocupación en general con relación al afrontamiento y el manejo de su dolor. En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación le causa lo relacionado con su afrontamiento tomando como referencia que **0 = Ninguna Preocupación, 10 = Mucha Preocupación.**

|                      | <b>Entrevistador/a</b> | <b>Paciente</b> | <b>Cónyuge/Pareja</b> |
|----------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Afrontamiento</b> | _____                  | _____           | _____                 |

---

**Desarrollado por: Shirley-Otis-Green, MSW, LCSW**  
City of Hope National Medical Center

Traducido por: Marieanne Cott Pollock

Revisado Por: Cynthia A. Berríos Reyes, PhD, Gloria Juarez, PhD, & Martin Perez, PhD  
*Centro de Desarrollo Psico-organizacional y Psicoartístico*

Formulario de Análisis Psicosocial del Dolor Para Niños:  
<http://www.cityofhope.org/prc/pdf/Formulario%20Analisis%20Psicosocial%20Dolor-%20Ninos.pdf>

Formulario de Análisis Psicosocial del Dolor Para Adultos en Inglés:  
<http://www.cityofhope.org/prc/Psychosocial%20Pain%20Assessment%20Form%2007.pdf>