

# FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

## 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, LCSW ([sotis-green@coh.org](mailto:sotis-green@coh.org)) with any questions regarding usage.



**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**Formulario de Análisis Psicosocial del Dolor Para Niños y Adolescentes**

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

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

Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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      Deportiva      Hospitalizado/a

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

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

**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      Apropiable Para Edad      Superior

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

No Realista < ----- > Realista

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**9. Impresiones:**

---

---

---

**10. Intervenciones:**

---

---

---

**11. Recomendaciones:**

---

---

---

**Clasificación (0-10)**

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

	<b>Entrevistador/a</b>	<b>Paciente</b>	<b>Padres/Tutores</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 PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

## **Introducción**

Reconocemos que los/as niños/as y adolescentes frecuentemente sufren el impacto del dolor en muchas áreas de sus vidas. Un dolor no aliviado puede causar problemas emocionales, espirituales y sociales, además de los de tipo médico y físico. Estaremos revisando el impacto en general del dolor en tu vida y haciéndote ciertas preguntas para ayudar a nuestro *Equipo de Dolor o Pain Team* a entender tus preocupaciones personales. La primera área que estaremos tratando es la relacionada con el impacto social de tu dolor.

## **Apoyo Social**

Creemos que los efectos del dolor no solamente te afectan a ti, sino también a toda tu familia.

Nos gustaría conocer las formas en que has notado ese impacto.

1. ¿A quién acudes cuando te sientes incómodo/a o con dolor?

**A ti mismo** \_\_\_\_\_ **Mami/Papi** \_\_\_\_\_ **Hermano/a** \_\_\_\_\_ **Dios** \_\_\_\_\_ **Otros** \_\_\_\_\_

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

¿Está todo el tiempo contigo? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

2. ¿Cuán cómodo/a te sientes compartiendo tus sentimientos y tus miedos con tus seres amados?

*Describe:*

---

---

---

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

3. ¿Cuán satisfecho/a te sientes con la comunicación con tu médico/equipo médico?

*Describe:*

---

---

---

4. La pérdida o muerte de una persona que es importante para nosotros/as nos pone triste y nos afecta profundamente. ¿Has sufrido alguna pérdida o muerte de una persona muy querida?

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

---

5. ¿Te preocupa no poder terminar de estudiar? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

---

6. Tus maestros/as, ¿te han dado alguna alternativa u opción para que termines las clases?

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

---

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

7. ¿Sientes que tus compañeros y compañeras de clases te han abandonado? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

---

8. ¿Qué es lo más que extrañas de la escuela? **Nada** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

---

9. Por favor, clasifica tu nivel de preocupación con relación a lo concerniente al apoyo social. En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación te 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>Padres/Tutores</b>
<b>Apoyo Social</b>	_____	_____	_____

# FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

## Actividades Diarias

### *Impacto Físico*

A menudo, un dolor que no se alivia afecta tu rutina diaria. ¿Cómo te ha impactado el dolor en estas actividades diarias?

#### El Dolor

1. ¿Afecta tus patrones del sueño?	<b>Sí</b> _____	<b>No</b> _____
Siestas frecuentes _____	Dificultad para dormir _____	
Pesadillas _____	Dificultad para Mantenerte Dormido/a _____	
Soñoliento/a _____	Dificultad Para Levantarte _____	
Fatiga Crónica _____	Otro _____	

#### El Dolor

2. ¿Afecta tus hábitos alimentarios?	<b>Sí</b> _____	<b>No</b> _____
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 tus hábitos de higiene/eliminación?	<b>Sí</b> _____	<b>No</b> _____
Diarrea _____	Estreñimiento _____	
Catéter _____	Ostomizado/a _____	
Dificultad para mantener higiene personal _____	Incontinencia _____	
Dificultad para bañarse _____	Otro _____	

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

El Dolor

4. ¿Afecta tu habilidad para moverte? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_
- |                               |       |                         |       |
|-------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Debilidad Generalizada        | _____ | Alcance Limitado        |       |
| Confinado/a en cama           | _____ | del Movimiento          | _____ |
| Silla de Ruedas               | _____ |                         |       |
| Muletas/Andador/Bastón        | _____ | Caminar/Levantarte      | _____ |
| Entrar/Salir del Auto         | _____ | Subir y bajar escaleras | _____ |
| Levantar/Cargar               | _____ | Dificultad al respirar  | _____ |
| Dejaste de Practicar Deportes | _____ |                         |       |

El Dolor

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

*¿En qué forma?*

---

---

El Dolor

6. ¿Te ha afectado tu apariencia física? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*¿De qué manera?*

---

---

---

El Dolor

7. ¿Cómo ha cambiado tu nivel de energía? **Peor** \_\_\_\_\_ **Igual** \_\_\_\_\_ **Mejóro** \_\_\_\_\_

El Dolor

8. Por favor, clasifica tu nivel de preocupación en general con relación a tus cambios físicos. En una escala del 1 al 10, favor de indicar cuánta preocupación te 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>Padres/Tutores</b>
<b>Actividades Diarias</b>	_____	_____	_____



**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**Aspecto Emocional**

El dolor afecta nuestras emociones. Las siguientes preguntas nos podrían ayudar a entender el impacto de tu dolor en términos emocionales.

1. Has tenido sentimientos de:

Depresión                      **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frustración/Coraje        **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansiedad                      **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ataques de pánico        **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cambios en tu estado de ánimo        **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dificultad para concentrarte        **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pérdida de motivación        **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

2. ¿Alguna vez has visto o escuchado cosas que otros no han visto o escuchado?

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

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

*Describe:*

---

---

4. ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño o quitarte la vida? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

---

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

	<b>Entrevistador/a</b>	<b>Paciente</b>	<b>Padres/Tutores</b>
<b>Aspectos Emocionales</b>	_____	_____	_____

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**Afrontamiento**

Los/as niños y adolescentes manejan el dolor y se angustian de muchas maneras. Estas preguntas nos ayudarán a entender cómo tu afrontas las situaciones que más te perturban.

1. Algunas veces, hacer cosas que disfrutamos permite distraernos de nuestro dolor. ¿Qué actividad puedes hacer y disfrutas más? **Ninguna** \_\_\_\_\_

Compartir con tu familia _____	Jugar con amigos/as _____	Pasatiempos _____
Rezar/orar _____	Jugar con tus juguetes _____	Escribir _____
Leer _____	Pintar _____	Ver Televisión _____
Jugar con tu mascota _____	Escuchar música _____	Jugar <i>Nintendo</i> _____
Practicar algún deporte _____	Ejercicios _____	Arte/Música _____

2. Algunos/as niños/as y adolescentes se sienten más apoyados cuando oran/rezan o hablan con Dios. ¿Te ayuda hacer esto?

*Describe:*

---

---

3. Muchos/as niños/as y adolescentes se preguntan “¿Por qué me pasa esto a mí?”. ¿Te ha pasado? ¿Cómo te sientes al respecto?

*Describe:*

---

---

4. Algunos/as niños/as o adolescentes encuentran que las sesiones de consejería o grupos de apoyo le pueden ayudar a estabilizarse en situaciones estresantes.

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

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

¿Alguna vez has estado en un grupo de apoyo? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

¿Qué tipo de grupo? \_\_\_\_\_

¿De qué manera te ha ayudado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez te han recetado medicamentos para ayudarte en tu proceso de afrontamiento?

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

¿Cuál de los siguientes medicamentos has tomado? **Ninguno** \_\_\_\_\_

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

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

*Describe:*

\_\_\_\_\_

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

*Describe:*

\_\_\_\_\_

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

*Describe:*

\_\_\_\_\_

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

*Describe:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Maltrato o negligencia? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

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

*Describe:*

---

---

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

*Describe:*

---

---

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

¿Cuál de éstos has utilizado? **Ninguno** \_\_\_\_\_

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

*Describe:*

---

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

*Describe:*

---

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

*Describe:*

---

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

*Describe:*

---

¿Te preocupa tu consumo de drogas? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

*Describe:*

---

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

*Describe:*

---

**FORMULARIO DE ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL DOLOR  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

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

*Describe:*

\_\_\_\_\_

9. ¿Cuán satisfecho/a te sientes con tu calidad de vida actual?

*Describe:*

\_\_\_\_\_

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

	<b>Entrevistador/a</b>	<b>Paciente</b>	<b>Padres/Tutores</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 Adultos:

<http://www.cityofhope.org/prc/pdf/Forma%20de%20Analisis%20Psicosocial%20del%20Dolor-%20Adultos.pdf>

Formulario de Análisis Psicosocial del Dolor Para Adultos en Inglés:

<http://www.cityofhope.org/prc/Psychosocial%20Pain%20Assessment%20Form%2007.pdf>