

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) 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.**

	Entrevistador/a	Paciente	Padres/Tutores
Aspecto Económico	_____	_____	_____
Apoyo Social	_____	_____	_____
Actividades Diarias	_____	_____	_____
Aspectos Emocionales	_____	_____	_____
Afrontamiento	_____	_____	_____

**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.**

	Entrevistador/a	Paciente	Padres/Tutores
Apoyo Social	_____	_____	_____

**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?	Sí _____	No _____
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?	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 tus hábitos de higiene/eliminación?	Sí _____	No _____
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.**

	Entrevistador/a	Paciente	Padres/Tutores
Actividades Diarias	_____	_____	_____

**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**.

	Entrevistador/a	Paciente	Padres/Tutores
Aspectos Emocionales	_____	_____	_____

**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.**

	Entrevistador/a	Paciente	Padres/Tutores
Afrontamiento	_____	_____	_____

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>