

Entrevista para la Detección de Necesidades Psicosociales en Enfermedad Avanzada (DENEPSI) Versión Cuidador

Módulo I. Elementos previos que dan información para realizar la intervención

I Datos de entrevista

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Servicio donde es atendido el paciente: (1) paliativos (2) oncología
(3) dolor (4) soporte

Médico de evaluación inicial: _____

Terapeuta: _____

II Ficha de identificación

Datos que se sugiere obtener del expediente médico

a) Nombre: _____

b) Edad: _____

c) Sexo: _____

d) Número de registro: _____

e) Escolaridad (años): _____

f) Lugar de Residencia: _____

g) Nivel socioeconómico asignado por trabajo social: _____

h) Diagnóstico: _____

i) Tiempo de diagnóstico: _____

j) PPS % y área de afectación más relevante (en el caso que se tenga el dato): _____

k) ESAS (en el caso que se tenga el dato): _____

l) Comorbilidades médicas: _____

m) Sobrevida (obtenida a partir del PPS): _____

Percentil 75 %

Percentil 50%

Percentil 25%

Instrucciones para el evaluador:

Preguntas a realizar directamente al cuidador.

Antes de empezar las preguntas del tamizaje, será necesario que el evaluador realice un rapport adecuado que facilite la recopilación de la información.

Se considera necesario que se cumplan todos los siguientes puntos:

I. Acercamiento con el Cuidador:

- a) Saludo y presentación: *"Buenos(as) días/tardes. Mi nombre es _____ y soy psicólogo (a)."*
- b) Creación de un clima de confianza: Realizar preguntas o comentarios del tipo: *"¿Como está? ¿Cómo va el clima? ¿Que frío ha hecho! ¿Ya desayunó?, ¿De donde viene?..."*

II. Criterios para identificar al cuidador primario:

"Antes de comenzar la entrevista me gustaría hacerle algunas preguntas."

- 1) *"¿Usted decidió cuidar a su familiar de manera voluntaria?"*

Si

No

- 2) *"¿Usted cubre las necesidades básicas de su familiar? (Entiéndase: alimentarlo, asearlo, ayudarlo a vestirse, todo lo relacionado con el cuidado de su enfermedad, etc.)."*

Si

No

- 3) *"¿A partir de que su familiar se enfermó, usted toma decisiones por y para él/ella?"*

Si

No

NOTA: Si contesta afirmativamente a las tres preguntas anteriores, el entrevistado se consideraría el cuidador primario. De lo contrario, se proporcionará la siguiente explicación: *"Como parte del protocolo es importante trabajar directamente con la persona que pasa más tiempo con el paciente o que está encargado de sus cuidados, en ese sentido me gustaría saber quién cumple esas funciones."*

Si el entrevistado es el cuidador primario continuar con explicación (de no ser así, despedirse cordialmente agradeciendo el apoyo proporcionado).

Aclarar motivo de evaluación: *"Este servicio está muy interesado en saber cómo les podemos ayudar mejor tanto a los pacientes como a los familiares. Nos ayudaría mucho saber algunas de sus necesidades en particular. ¿Tiene algún inconveniente en que le hagamos algunas preguntas? Iniciemos entonces..."*

DENEPSI Versión Cuidador

III Información Personal del Cuidador

- a) Nombre: _____
- b) Edad: _____
- c) Sexo: _____
- d) Escolaridad (años): _____
- e) Ocupación: _____
- f) Estado civil: _____
- g) Lugar de residencia: _____
- h) Religión: _____
- i) ¿Padece alguna enfermedad actualmente? _____
- j) Parentesco con el paciente: _____
- k) Teléfono casa: ____ celular: _____
 e-mail: _____
- l) Nombre de alguien para contactarlo: _____

 Teléfono: _____
- m) No de hijos: _____
- | | | | | | | | | | |
|------|-------|------|--------------------------|--------------------------|------|-------|------|--------------------------|--------------------------|
| | | | M | F | | | | | |
| edad | _____ | sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | edad | _____ | sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| edad | _____ | sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | edad | _____ | sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| edad | _____ | sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | edad | _____ | sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- M F IV. Distrés / Preguntas 1 y 2 (Termómetro de Distrés):

Instrucciones:

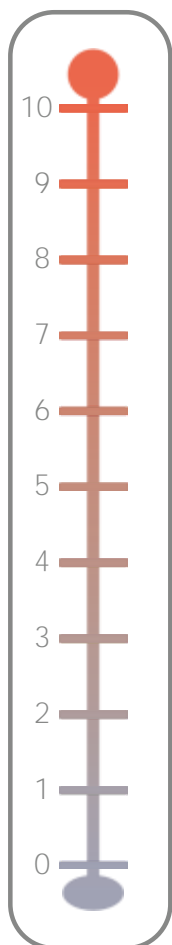
1. **Por favor lea al cuidador la siguiente definición de distrés:** *“Distrés es una experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional, social y/o espiritual) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente la enfermedad, sus síntomas físicos y su tratamiento.”*
2. Muestre al cuidador la imagen del Termómetro y diga: *“Ahora le voy a mostrar una figura que se parece a un termómetro. Por favor, dígame cuánto distrés ha sentido esta última semana, incluyendo el*

día de hoy. Puede elegir cualquier número del 0 al 10: 0 significaría que no ha sentido nada de distrés y 10 máximo distrés.”

3. Haga un círculo alrededor del número (0-10) que mejor describa cuánto distrés ha experimentado el paciente en la última semana, incluyendo el día de hoy.

4. Lea al paciente la lista de problemas y, según su respuesta, marque si alguno de los siguientes items ha sido un problema para el paciente en la última semana, incluyendo el día de hoy.

Asegúrese de marcar SI o NO para cada uno.



Máximo Cuidados de los hijos distrés Casa

en las actividades habituales Sin distrés Preocupaciones religiosas o espirituales

	SI	NO	Problemas físicos	SI	NO
Problemas prácticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Al bañarse / Al vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela / Trabajo			Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decisiones del tratamiento			Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación con la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación con los hijos			Movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud familiar			Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria / Concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seca / congestionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación			Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de interés			Piel seca / comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hormigueo en manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adaptado con permiso de NCCN Lineamientos de Prácticas Clínicas en Oncología (NCCN Guidelines®) para el Manejo del Distrés V. 2.2013. © 2013 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. Los NCCN Guidelines® y las ilustraciones contenidas en este documento no pueden ser reproducidas de ningún modo ni con propósito alguno sin el consentimiento explícito por escrito de la NCCN. Para consultar la versión más reciente y completa de los Lineamientos de la NCCN puede ingresar en el sitio NCCN.org. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES®, y todo el resto del contenido de la NCCN son marcas registradas por la National Comprehensive Cancer Network, Inc.

2) ¿Qué le han dicho los doctores acerca de la enfermedad de su familiar (o paciente)? _____

3) ¿Su familiar (o paciente) sabe de su enfermedad y de qué puede ocurrir a causa de esta?

Si No

4) ¿Le explicaron por qué enviaron a su familiar a esta consulta en particular?

Hacer esta pregunta solo en caso de que el paciente sea de consulta externa o de cuidados paliativos.

Si No ¿Qué le dijeron ? _____

5) ¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera saber?

Si No ¿Cuál? _____

VII. Conspiración del silencio

Únicamente en el caso de que en las preguntas realizadas en el apartado de conciencia de enfermedad, el familiar mencione abiertamente su deseo de que su paciente no conozca su diagnóstico y/o pronóstico, hacer esta pregunta, en cualquier otro caso, pasar a la siguiente.

6) ¿Cuáles son los motivos por los que han decidido no querer informarle a su paciente acerca de su situación de enfermedad?

VIII. Comunicación

Este apartado no se aplica si hay conspiración del silencio y se explorará si el cuidador conoce el pronóstico 7)

¿Recordando la forma en que le ha sido transmitida la información en relación a la enfermedad de su familiar, tendría alguna sugerencia para el personal médico?

Si No ¿Cuál? _____

8) ¿Existe alguna preocupación que tenga de la que quiera hablar con su familia y no ha encontrado la forma de hablarlo o le ha causado dificultad hacerlo?

Si No ¿Cuál? _____

IX. Apoyo Social

9) ¿Usted considera que el apoyo que recibe actualmente es suficiente?

Si No ¿Qué cree que haga falta? _____

X. Ansiedad

10) ¿Considera que la ansiedad o el nerviosismo es un síntoma que le está afectando de manera significativa?

Si No

XI. Depresión

11) ¿En las últimas dos semanas se ha sentido triste la mayor parte del tiempo?

Si No

"Agradezco mucho su colaboración y su tiempo."

Observaciones:

Termómetro de Distrés Instrucciones:

1. Por favor lea al cuidador o familiar la siguiente definición de distrés: *“Distrés es una experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional, social y/o espiritual) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente la enfermedad, sus síntomas físicos y su tratamiento.”*
2. Muestre al cuidador o familiar la imagen del Termómetro y diga: *“Ahora le voy a mostrar una figura que se parece a un termómetro. Por favor, dígame cuánto distrés ha sentido esta última semana, incluyendo el día de hoy. Puede elegir cualquier número del 0 al 10: 0 significaría que no ha sentido nada de distrés y 10 máximo distrés.”*
3. Haga un círculo alrededor del número (0-10) que mejor describa cuánto distrés ha experimentado el cuidador o familiar en la última semana, incluyendo el día de hoy.
4. Lea al cuidador o familiar la lista de problemas y, según su respuesta, marque si alguno de los siguientes items ha sido un problema para el cuidador en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SI o NO para cada uno.

	Problemas prácticos	SI	NO	Problemas físicos	SI	NO	Máximo	Cuidados		
	10	de los hijosApariencia distrés CasaAl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bañarse / Al vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9	Seguridad financieraRespiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8	TransporteCambios al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7	Escuela / TrabajoConstipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6	Problemas de salud familiarDiarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5	Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4	Problemas familiares						Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Relación con la parejaSensación de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	Capacidad de tener hijosFiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	Relación con los hijosMovilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	familiarIndigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Problemas emocionales			Memoria / Concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		DepresiónNáuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		MiedoNariz seca / congestionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NerviosismoDolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	TristezaProblemas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	PreocupaciónPiel seca / comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pérdida de interés en lasProblemas para dormir actividades habituales Abuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	de sustancias			Hormigueo en manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sin									
	distrés									
		Preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		religiosas o espirituales								
				Otros problemas:						

Adaptado con permiso de NCCN Lineamientos de Prácticas Clínicas en Oncología (NCCN Guidelines®) para el Manejo del Distrés V. 2.2013. © 2013 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. Los NCCN Guidelines® y las ilustraciones contenidas en este documento no pueden ser reproducidas de ningún modo ni con propósito alguno sin el consentimiento explícito por escrito de la NCCN. Para consultar la versión más reciente y completa de los Lineamientos de la NCCN puede ingresar en el sitio NCCN.org. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES®, y todo el resto del contenido de la NCCN son marcas registradas por la National Comprehensive Cancer Network, Inc.

Lámina de Correlatos Emocionales



Tristeza



Tranquilidad



Enojo



Alegría



Culpa



Esperanza



Angustia



Optimismo



Miedo



Pesimismo

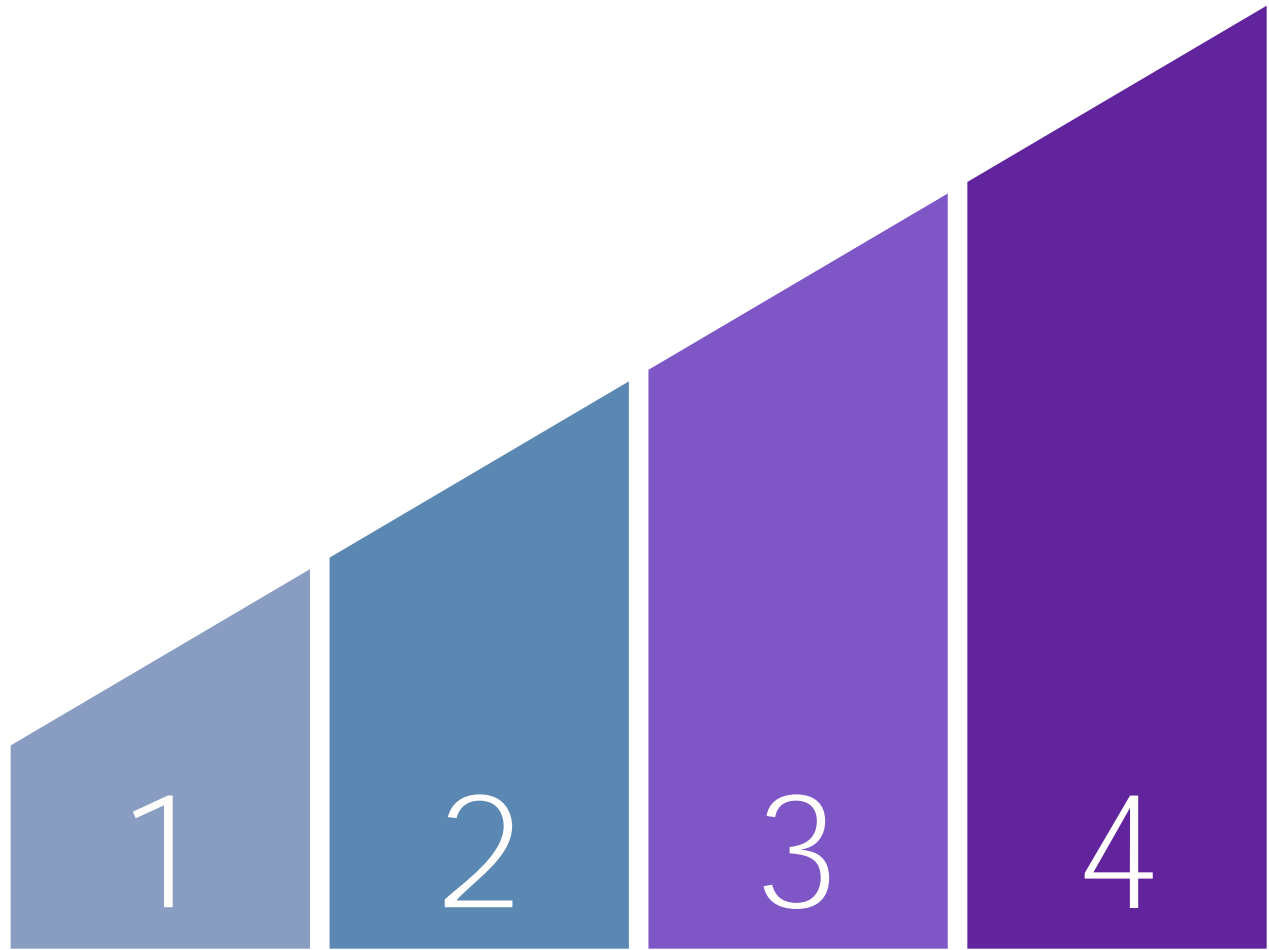


Indiferencia



Vergüenza

Frecuencia de Correlatos Emocionales



Poco
Frecuente

La mitad
de la semana

Resumen DENEPSI Cuidador

Muy
frecuente
Anexo 5 Hoja de

Todo
el tiempo

Atención dirigida a: _____

Psicólogo: _____

Componente
de intervención

Ítems a considerar

¿Requiere
atención?

Fecha de
término

