

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: _____
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: "*¿Cómo está? ¿Cómo va el clima? ¿Qué 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, ayudarle 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) Número de hijos: _____

edad _____ sexo M F

edad _____ sexo

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 dispara centrada 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."

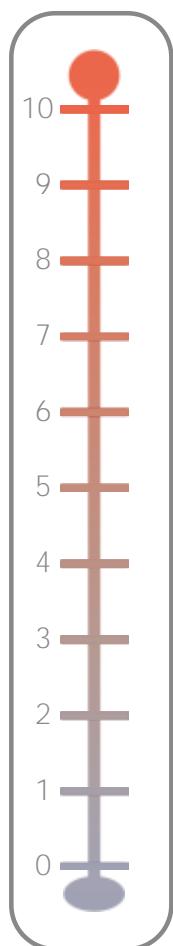
2. Muestre al cuidador la imagen del Termómetro y diga: "Ahora le voy a mostrar una figura que se parece a un termómetro. Por favor, dígame cuánto distrés ha sentido esta última semana, incluyendo el

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 ítems 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.



	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"/>
en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupaciones			Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
religiosas o espirituales			Hormigueo en manos o pies	<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.

Módulo III. Dominios Psicosociales Básicos para Planear la Intervención

V. Correlatos Emocionales

Instrucciones a seguir para el evaluador (*Utilizar la lámina con caras*):

"A continuación quisiera saber cuáles son las emociones que ha sentido en la última semana. Para apoyarlo, le voy a mostrar una lámina que contiene caras que expresan algún tipo de emoción o reacción. Mírelas con calma y dígome cuál o cuáles sintió en la última semana. Si sintió alguna que no está en la lámina, por favor dígamelo".

Nota 1: El entrevistador debe subrayar la o las que el cuidador señale. Una vez hecho esto decirle:

"Ahora le voy a mostrar una figura que está dividida en 4. Si usted eligiera el numero 1 significaría que se sintió así con poca frecuencia. Si eligiera el numero 2 significaría que la mitad del tiempo en la semana se ha sentido así. Si eligiera el numero 3 implicaría que la mayoría del tiempo durante esta semana se ha sentido así. Y si eligiera el numero 4 significa que todo el tiempo se ha sentido así. Ahora hagámoslo con cada una de las caras que eligió."

Nota 2: Hacerlo en conjunto con el cuidador y el entrevistador es el que debe llenar la hoja de respuesta.

Al terminar, guardar la lámina y continuar con la entrevista.

Aspectos emocionales / Hoja de respuestas

Tristeza 1 2 3 4	Tranquilidad 1 2 3 4	Enojo 1 2 3 4	Alegría 1 2 3 4	Otras referidas espontáneamente VI. Conciencia de Enfermedad (Frecuencia 1-4): _____ _____ _____
y Pronóstico				
Culpa 1 2 3 4	Esperanza 1 2 3 4	Angustia 1 2 3 4	Optimismo 1 2 3 4	
1) ¿Qué enfermedad tiene su familiar (o paciente)? _____ _____				
Miedo 1 2 3 4	Pesimismo 1 2 3 4	Indiferencia 1 2 3 4	Vergüenza 1 2 3 4	

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

12) ¿En las últimas dos semanas ha disminuido su capacidad para disfrutar las cosas que habitualmente disfruta por ejemplo platicar con su familia, ver la tele, escuchar música?

Si No

En caso de responder NO, pase a la pregunta 13.

a) ¿Esto le ha sucedido la mayor parte del tiempo?

Si No

En caso de responder SI a la pregunta 10, 11 o 12 se deberá aplicar la evaluación complementaria de depresión y ansiedad al término del tamizaje.

XII. Riesgo Suicida

13) ¿Ha tenido ideas de hacerse daño a sí mismo?

Sí No

En caso de responder SI, aplicar las preguntas del apartado 12 de riesgo suicida, en caso contrario, continuar con las siguientes preguntas que se encuentran fuera del recuadro.

Durante este último mes 14)

¿Ha deseado estar muerto?

Si No

15) ; Ha pensado en hacerse daño?

Si No

16) ¿Ha pensado en suicidarse?

Si No

* Solo en caso que 16 sea positiva:

16a) ¿Ha planeado cómo hacerlo?

Si No

17) ¿Ha intentado suicidarse?

Si No

18) ;En algún momento de su vida ha intentado suicidarse?

Si No

Riesgo suicida actual.

En caso de que haya contestado SI a por lo menos una pregunta, circular el nivel de riesgo suicida como se indica:

Número de Pregunta	Riesgo de Suicidio
14 ó 15 ó 18	Ligero
16 ó (15 + 18)	Moderado
16a ó 17 ó (16 + 18)	Alto

XIII. Sobrecarga

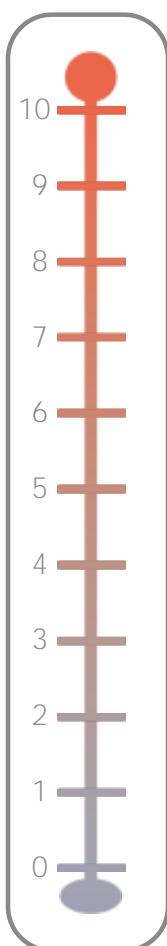
19) En una escala del 0 al 10 donde 0 implica ausencia de sobrecarga y 10 significa sobrecarga extrema. ;Qué tan sobrecargado se siente con respecto de cuidar a *nombre del paciente*?

"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 ítems 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	
de los hijos	Apariencia	distrés	Casa	Al	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bañarse / Al vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad financiera	Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	Cambios al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela / Trabajo	Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud familiar	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas familiares				Fatiga					
Relación con la pareja	Sensación de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinchazón				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de tener hijos	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación con los hijos	Movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	familiar	Indigestión			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales				Memoria / Concentración				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo	Nariz seca / congestionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza	Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación	Piel seca / comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de interés en las	Problemas para dormir			actividades habituales				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de sustancias				Abuso					
Sin distrés				Hormigueo en manos o pies					
distrés								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupaciones religiosas o espirituales				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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

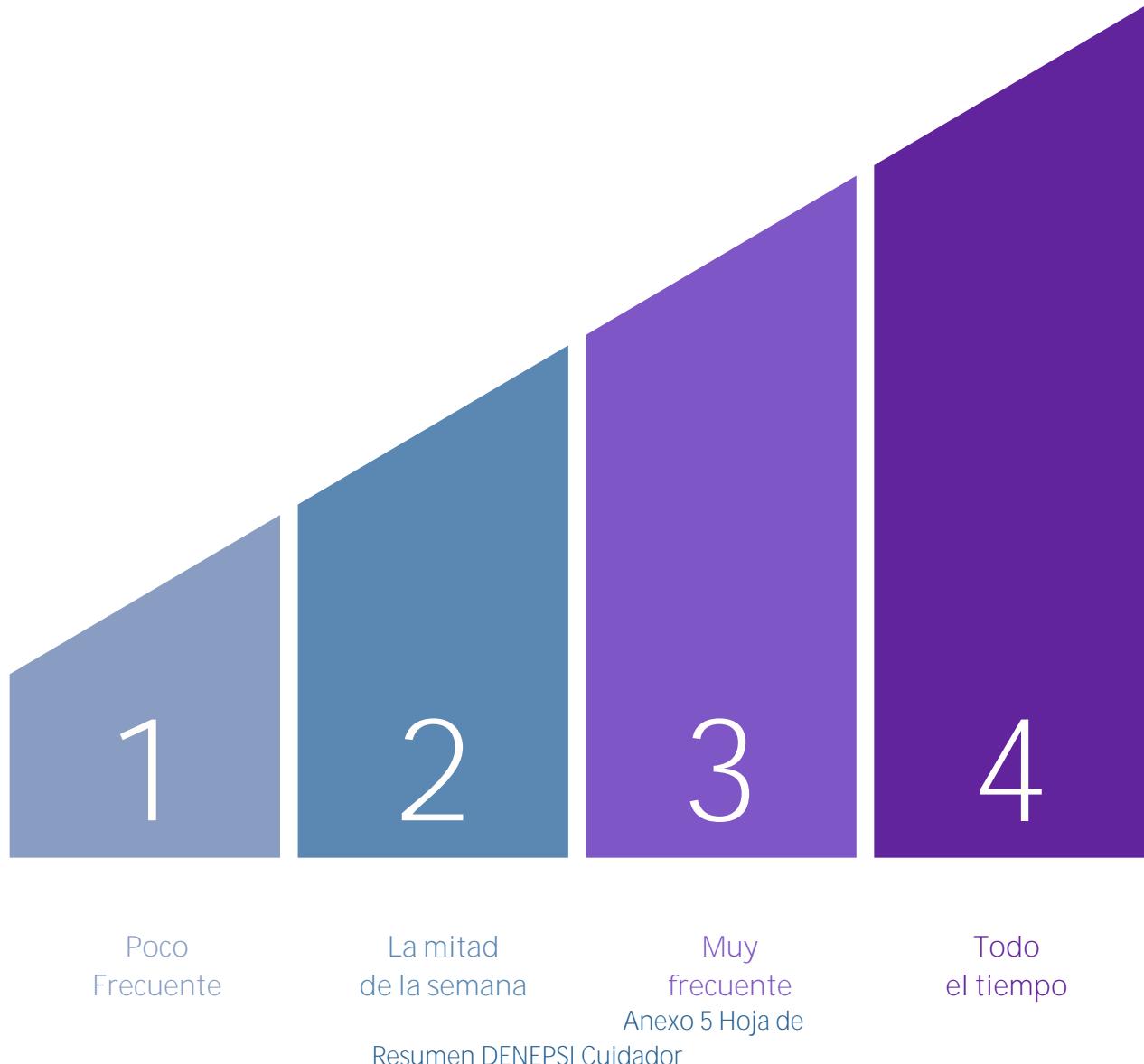


Indiferencia



Vergüenza

Frecuencia de Correlatos Emocionales



Atención dirigida a: _____

Psicólogo: _____

Componente de intervención	Ítems a considerar	¿Requiere atención?	Fecha de término
----------------------------	--------------------	---------------------	------------------

Urgencias

Depresión severa	11, 12 y 12 ^a + evaluación complementaria para clasificar severidad
Riesgo suicida	13 y cuadro de riesgo suicida
Ansiedad severa	10 + evaluación complementaria para clasificar severidad
	Necesidades de Primer Orden
Conciencia de enfermedad	1, 2, 3, 4, 5
Conciencia de pronóstico	2, 3, 4, 5
Apoyo social	9
Comunicación	7, 8
No sobrecarga o sobrecarga leve	19 + evaluación complementaria para clasificar severidad
Conspiración del silencio	6
	Necesidades de Segundo Orden
Duelo	Tras fallecimiento del paciente

Observaciones:
