

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

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) Diagnóstico: _____

h) Tiempo de diagnóstico: _____

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

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

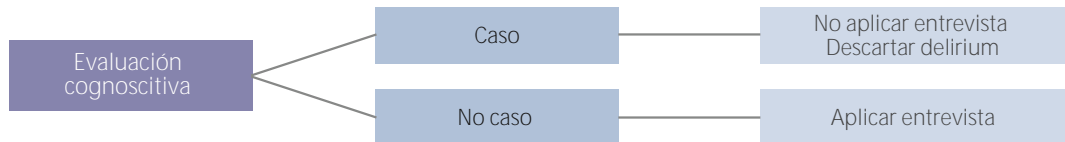
k) Comorbilidades médicas:

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

Percentil 75 %	Percentil 50%	Percentil 25%

III Cognición

* Como prerrequisito para hacer la entrevista, es conveniente hacer una evaluación breve de aspectos cognoscitivos, con la finalidad de decidir si es posible realizar la entrevista (*ver anexo 2*).



IV Perspectiva médica del distrés, de conciencia de enfermedad y pronóstico

Estas preguntas se realizarán al médico únicamente cuando el paciente está siendo atendido en una unidad de cuidados paliativos

a) ¿Antes de llegar a la Unidad de Cuidados Paliativos, el paciente fue informado acerca de su enfermedad?

Si

No

No lo sé

b) ¿El médico tratante le dio al paciente información completa? Por ejemplo: diagnóstico y estadio de la enfermedad, presencia de metástasis.

Si

No

No lo sé

c) ¿El paciente fue informado acerca de su pronóstico, esto es, que va a morir por esta enfermedad?

Si

No

No lo sé

En caso afirmativo: ¿Quién le proporcionó esta información?

d) ¿El médico tratante le explicó qué son los cuidados paliativos?

Si

No

No lo sé

e) ¿Encontró al paciente especialmente alterado al llegar a la unidad cuidados paliativos (con la implicación de este tipo de referencias) debido a su falta de conocimiento del pronóstico?

Si

No

No lo sé

f) ¿Encontró alguna dificultad al momento de atender al paciente porque él /ella tenía una expectativa diferente a la real acerca de su enfermedad y pronóstico?

Si

No

No lo sé

¿Cuál? _____

g) ¿Su consulta se prolongó más de lo habitual debido a esto?

Si

No

No lo sé

h) ¿Qué considera que podría ayudar a mejorar esto? _____

i) ¿Qué emoción le generó este paciente en particular? _____

Instrucciones para el evaluador:

Preguntas a realizar directamente al paciente.

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) Primer Acercamiento: *"Como parte de la atención a su paciente necesitamos que nos de alguna información, ¿me permite unos minutos?"* (Llevarlo fuera del consultorio)
- c) Aclarar motivo de evaluación al paciente: *"Este servicio está muy interesado en saber cómo podemos mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Por ello, me acercaré a su paciente para hacerle algunas preguntas al respecto. Nos ayudaría mucho saber algunas de sus necesidades en particular y con base en sus respuestas se le brindará atención psicológica."*
- d) Anticiparnos a posibles preocupaciones del familiar: *"Es importante mencionarle que no se tocará ningún tema del que el paciente no quiera hablar."*

II. Acercamiento al Paciente:

- a) Saludo y presentación: *"Buenos(as) días/tardes _____ (retomar el nombre del expediente y dirigirse al paciente por su nombre y preguntarle cómo quiere que le digan). 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 dónde viene?"*
- c) Aclarar motivo de evaluación: *"Este servicio está muy interesado en saber cómo le podemos ayudar mejor. Nos ayudaría mucho saber algunas de sus necesidades en particular. ¿Cómo se siente para contestar algunas preguntas?"*

* Si el paciente tiene dolor, si se puede establecer alguna medida de disminución del síntoma, se puede esperar a que el paciente esté en condiciones de responder y volver a preguntar posteriormente.

- d) Inicio de evaluación: *"Vamos a platicar acerca de cómo se ha sentido. Le voy a hacer algunas preguntas."*

V Información Personal

Datos que se sugiere preguntar directamente al paciente.

- a) Ocupación actual: _____
- b) Ocupación habitual: _____
- c) Nivel Socioeconómico: _____
- d) Religión: _____
- e) ¿Ha recibido atención psiquiátrica, psicológica o tanatológica (en general)?

Si No

¿De qué tipo?

f) Teléfono casa _____ celular _____

g) Estado civil: _____

h) Nombre de su cuidador: _____

i) Parentesco con el cuidador: _____

j) No de hijos: _____

				M	F
nombre _____	edad _____	sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nombre _____	edad _____	sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nombre _____	edad _____	sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nombre _____	edad _____	sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nombre _____	edad _____	sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nombre _____	edad _____	sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Módulo II. Termómetro del Distrés VI.

Distrés / Preguntas 1 y 2:

Instrucciones:

1. **Por favor lea al paciente 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 paciente 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.

		Problemas prácticos		SI	NO	Problemas físicos		SI	NO	Máximo	Cuidados	
	10	de los hijos	Apariencia	distrés	Casa	Al			bañarse / Al vestirse			
			Seguridad financiera	Respiración								
	9		Transporte	Cambios al orinar								
			Escuela / Trabajo	Constipación								
	8		Decisiones de tratamiento	Diarrea								
				Alimentación								
	7			Problemas familiares							Fatiga	
			Relación con la pareja	Sensación de						hinchazón		
	6		Capacidad de tener hijos	Fiebre								
			Relación con los hijos	Movilidad								
	5		Problemas de salud							familiar	Indigestión	
											Memoria / Concentración	
	4			Problemas emocionales							Dolor en boca	
			Depresión	Náuseas								
	3		Miedo	Nariz seca / congestionada								
			Nerviosismo	Dolor								
2		Tristeza	Problemas sexuales									
		Preocupación	Piel seca / comezón									
1												
			Pérdida de interés							Problemas para dormir en las actividades habituales		
0										Abuso de sustancias		
										Hormigueo en manos o pies		
		Sin										
		distrés										
			Preocupaciones									
			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.

Módulo III. Dominios Psicosociales Básicos para Planear la Intervención

VII. 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 dígame 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 paciente señale. Una vez hecho esto decirle:

“Ahora le voy a mostrar una figura que está dividida en 4. Si usted eligiera el número 1 significaría que se sintió así con poca frecuencia. Si eligiera el número 2 significaría que la mitad del tiempo en la semana se ha sentido así. Si eligiera el número 3 implicaría que la mayoría del tiempo durante esta semana se ha sentido así. Y si eligiera el número 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 paciente 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

<p>Tristeza</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Tranquilidad</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Enojo</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Alegría</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Otras referidas espontáneamente</p> <p>(Frecuencia 1-4):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Culpa</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Esperanza</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Angustia</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Optimismo</p> <p>1 2 3 4</p>	
<p>Miedo</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Pesimismo</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Indiferencia</p> <p>1 2 3 4</p>	<p>Vergüenza</p> <p>1 2 3 4</p>	

VIII. Conciencia de Enfermedad y Pronóstico

- 1) ¿Qué enfermedad tiene? _____
- 2) ¿Qué le han dicho los doctores acerca de su enfermedad? _____

- 3) ¿Le han dicho los doctores si su condición puede cambiar?
Si No ¿Cómo? _____

- 4) ¿Ha tenido dificultad para obtener la información que quisiera conocer?
Si No ¿Cuáles? _____

IX. Atribuciones Relacionadas con la Enfermedad y el Cuidado

- 5) En ocasiones, ante situaciones difíciles las personas tratamos de buscar explicaciones a lo que nos sucede. ¿Usted ha intentado dar una explicación personal acerca de la aparición de su enfermedad?

Si No ¿Cuál? _____

- 6) En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido como una carga para los demás?
Si No ¿Por qué? _____

X. Comunicación

7) ¿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 ¿Cuáles? _____

XI. Apoyo Social

8) ¿Usted considera que el apoyo que recibe actualmente de sus familiares y amigos es suficiente?

Si No ¿Qué cree que haga falta? _____

XII. Ansiedad

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

Si No

XIII. Depresión

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

Si No

11) ¿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 12

11a) ¿Esto le ha sucedido la mayor parte del tiempo?

Si No

En caso de responder SI a la pregunta 9, 10, 11, u 11a se deberá aplicar la evaluación complementaria de depresión y ansiedad al término del tamizaje.

XIV. Riesgo Suicida

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

Si No

En caso de responder SI, aplicar las preguntas del apartado 14 de riesgo suicida, en caso contrario, continuar con las siguientes preguntas que se encuentran fuera del recuadro.

Durante este último mes 13)

¿Ha deseado estar muerto?

Si No

14) ¿Ha pensado en hacerse daño?

Si No

15) ¿Ha pensado en suicidarse?

Si No

** Solo en caso que 15 sea positiva:*

15a) ¿Ha planeado cómo hacerlo?

Si No

16) ¿Ha intentado suicidarse?

Si No

17) ¿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
13 ó 14 ó 17	Ligero
15 ó (14 + 17)	Moderado
15a ó 16 ó (15 + 17)	Alto

XV. Síntomas psicóticos

18) ¿En la última semana ha escuchado o visto cosas que los demás no pueden escuchar o ver?

Si No Explique _____

19) ¿En la última semana ha tenido la sensación de que de alguna manera alguien quiere hacerle daño, ha hecho algo en su contra, o lo vigila?

Si No Explique _____

XVI. Sentido de vida y trascendencia

20) ¿Qué le da sentido o significado a su vida? _____

21) La siguiente pregunta tiene varias opciones de respuesta, ¿Qué tan satisfecho está con su vida hasta el día de hoy? Por favor indique cuál de las siguientes opciones se apega más a como se siente:

a) Totalmente satisfecho b) Satisfecho
c) Insatisfecho d) Totalmente insatisfecho

¿Por qué? _____

El evaluador deberá decirle lo siguiente al paciente **“Le voy a decir unas frases, por favor complételas con lo primero que le venga a la mente.”**

22) Algo de lo que me puedo sentir orgulloso en mi vida es... _____

23) Si pudiera agradecer algo sería... _____

24) Lo que me faltaría por hacer es... _____

XVII. Esperanza y Resiliencia

25) A pesar de la enfermedad y sus dificultades yo... _____

26) Lo que me ha dado fuerza todo este tiempo para enfrentar esta situación es... _____

“Agradezco mucho su colaboración y su tiempo.”

Observaciones: _____

Cognición

Para aplicar directamente al paciente: W

Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

W Mini Cog

W CAM

Para aplicar directamente al cuidador

W Fam-CAM

Método de evaluación de la confusión para el familiar Fam-CAM cuidadores

1) ¿Durante los últimos días, usted ha notado algún cambio en su familiar o amigo con respecto a su pensamiento o concentración, tal como poner menos atención, parecer confundido o desorientado (no sabiendo dónde se encuentra), comportarse inapropiadamente, o estar extremadamente somnoliento/a todo el día?

Si

No

No lo sé

2) ¿En algún momento él/ella ha tenido dificultades para poner atención, por ejemplo, se distraía fácilmente o le era difícil seguir el hilo de lo que usted le decía?

Si

No

No lo sé

3) ¿En algún momento el lenguaje de él/ella ha sido desorganizado, incoherente, poco claro o ilógico?

Si

No

No lo sé

4) ¿En algún momento le ha parecido excesivamente somnoliento/a durante el día?

Si

No

No lo sé

5) ¿En algún momento él/ella ha estado desorientado/a, por ejemplo, pensando que se encontraba en un lugar distinto del que estaba o sin saber la hora del día?

Si

No

No lo sé

6) ¿En algún momento él/ella ha tenido dificultades para poner atención, por ejemplo, se distraía fácilmente o le era difícil seguir el hilo de lo que usted le decía?

Si

No

No lo sé

7) ¿En algún momento él/ella ha tenido comportamientos inapropiados, tales como caminar sin propósito alguno, gritar, ser combativo/a o estar agitado/a?

Si

No

No lo sé

8) ¿Por favor díganos más sobre los cambios que usted ha notado en cualquiera de los comportamientos de las preguntas 1 a 7 antes descritas:

Por favor describa con el mayor detalle posible. _____

9) ¿Estos cambios (pregunta 1 a 7) se encontraban presentes todo el tiempo, o iban y venían de un día a otro?

Todo el tiempo Iban y venían No sé

1 0) ¿Cuándo iniciaron por primera vez estos cambios? Usted diría que empezaron:

En la última semana Hace 1 a 2 semanas

Hace 2 a 4 semanas Hace más de 4 semanas

1 1) En términos generales, estos cambios ¿han mejorado, empeorado, o se han mantenido relativamente igual?

Mejor Peor Igual No sé

Calificando el FAM-CAM

Es importante recordar que el FAM-CAM sólo tiene la intención de ayudar con el tamizaje y no se pretende proveer un diagnóstico clínico. Si el FAM-CAM sugiere una evaluación positiva será necesario hacer al paciente un examen cognitivo más exhaustivo.

El FAM-CAM se considera positivo si las siguientes características están presentes: a) inicio agudo o curso fluctuante, b) inatención y c) pensamiento desorganizado o estado de conciencia alterado. Distintas preguntas pueden ayudar a identificar si estas características están presentes, tal como se describe a continuación.

Característica	Pregunta número	Respuesta positiva
Inicio agudo o fluctuación	Preguntas 1, 10 Pregunta 9	Si < 4 semanas Si, iban y venían
Más inatención y alguna de las siguientes	Pregunta 2	Si
Pensamiento desorganizado o Alteración del estado de alerta	Preguntas 3, 5, 6 (7 apoya) Pregunta 4	Si Si

Cognición

Algoritmo de calificación:

Marque el cuadro si la respuesta de quien contesta el instrumento es como se indica.

Se sugiere el diagnóstico de delirium si hay al menos un cuadro marcado en cada una de las 3 columnas.

	Columna 1 Inicio Agudo o fluctuación	Columna 1 Inicio Agudo o fluctuación	Columna 1 Inicio Agudo o fluctuación
Pregunta 1 ¿Si? (Algún cambio)	✓	✓	✓
Pregunta 2 ¿Si? (Inatención)			✓
Pregunta 3 ¿Si? (Lenguaje desorganizado)			✓
Pregunta 4 ¿Si? (Somnolencia excesiva)			✓
Pregunta 5 ¿Si? (Desorientación)			
Pregunta 6 ¿Si? (Alteración perceptual)			
Pregunta 9 ¿Iban y venían? (Fluctuación)	✓		
Pregunta 10 ¿< 4 semanas? (Inicio agudo)	✓		

Se sugiere la presencia de delirium si existe al menos un cuadro marcado en cada una de las 3 columnas.

¿Probable delirium?

Si

No

Adaptado con permiso de:

The Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM) Training Manual & Guide
Copyright © 2011 Hospital Elder Life Program, LLC.

Termómetro de Distrés

Instrucciones:

1. Por favor lea al paciente 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 paciente 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.

	Problemas prácticos	SI	NO	Problemas físicos	SI	NO	Máximo	Cuidados	
	10	de los hijos			bañarse / Al vestirse			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Apariencia distrés Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Seguridad financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	Escuela / Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Problemas de salud familiar	<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"/>
	8	Problemas familiares						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Relación con la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinchazón			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	Capacidad de tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relación con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	familiar			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Indigestión			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Problemas emocionales			Memoria / Concentración			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Nariz seca / congestionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Piel seca / comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	Pérdida de interés			Problemas para dormir en las actividades habituales			<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"/>	
	Sin distrés			Otros problemas:					
	Preocupaciones religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Adaptado con permiso de NCCN Lineamientos de Prácticas Clínicas en Oncología (NCCN Guidelines®) para el Manejo del Dístres 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.



Tristeza



Tranquilidad



Enojo



Alegria



Culpa



Esperanza



Angustia



Optimismo



Miedo



Pesimismo

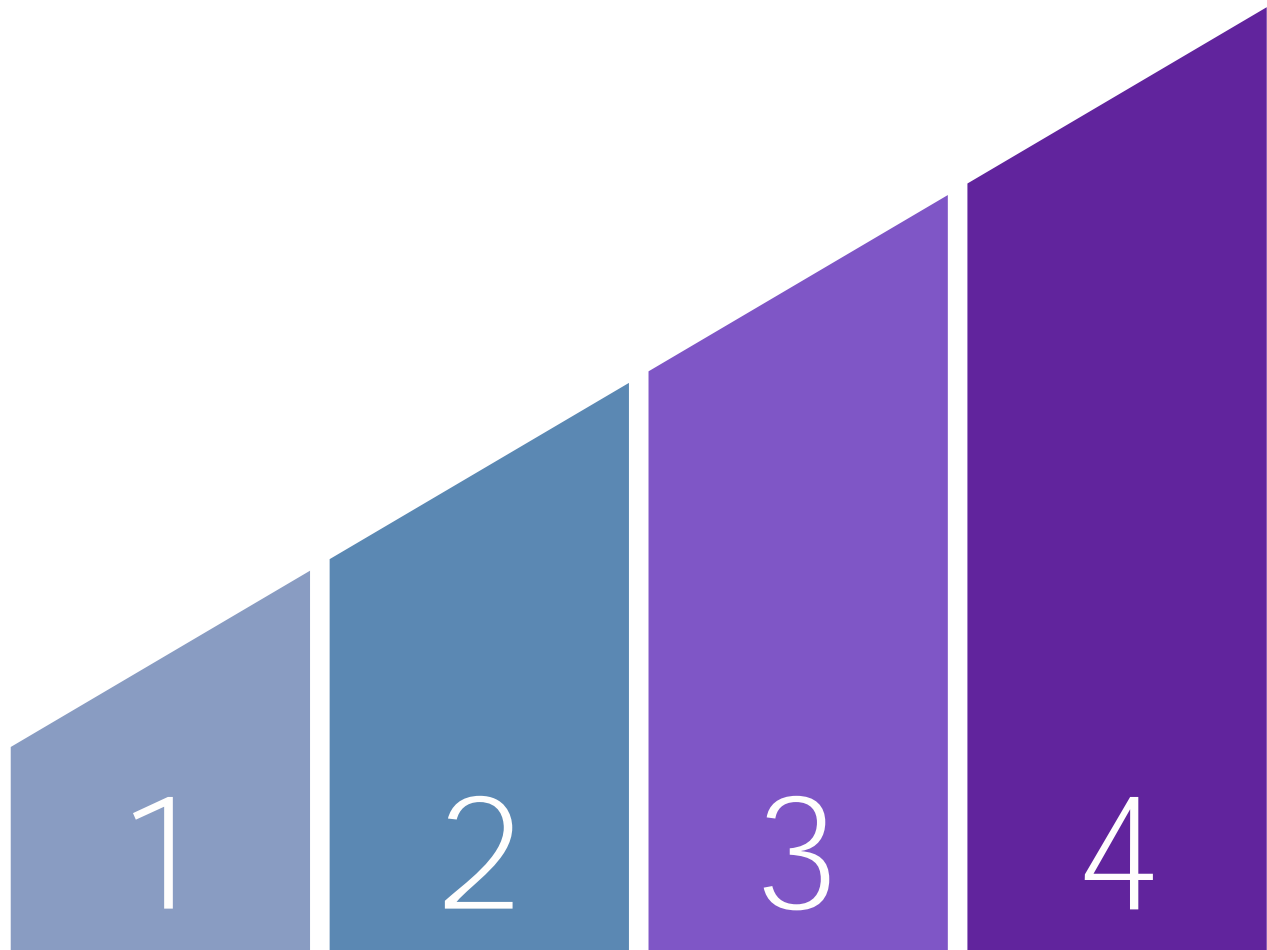


Indiferencia



Vergüenza

Frecuencia de Correlatos Emocionales



Poco Frecuente

La mitad de la semana

Muy frecuente
Anexo 6 Hoja de

Todo el tiempo

Resumen DENEPSI Versión Paciente

Nombre del paciente: _____

Psicólogo: _____

Componente de intervención	Ítems a considerar (Paciente)	¿Requiere atención?	Fecha de término
Urgencias			
Síntomas psicóticos	18,19		
Delirium	Anexo 2. Fam-CAM		
Depresión severa	10,11 y 11a + evaluación complementaria para clasificar severidad		
Riesgo suicida	12 y cuadro de riesgo suicida		
Ansiedad severa	9 + evaluación complementaria para clasificar severidad		
Necesidades de Primer Orden			
Esperanza y resiliencia	25 y 26	Siempre	
Conciencia de enfermedad	1 y 4		
Conciencia de pronóstico	2 y 3		
Depresión leve	10,11 y 11 ^a + evaluación complementaria para clasificar severidad		
Depresión moderada	10,11 y 11 ^a + evaluación complementaria para clasificar severidad		
Ansiedad leve	9 + evaluación complementaria para clasificar severidad		
Ansiedad moderada	9 + evaluación complementaria para clasificar severidad		
Atribuciones relacionadas con la enfermedad	5		
Atribuciones relacionadas con el cuidado	6		
Apoyo social	8		
Comunicación	7		
Necesidades de Segundo Orden			
Sentido de vida y trascendencia (P)	20,21,22,23 y 24	Siempre	

Observaciones: _____
