

=====

Abajo hay una lista de problemas con los que se enfrentan muchos padres de niños con cáncer. Favor de revisar cada punto e indicar qué tanto problema ha sido para usted durante la última semana.

=====

**¿Qué tanto problema ha sido esto durante la semana pasada?**

Ninguno Mínimo Moderado Mucho  
Demasiado

**I. Manejo de las necesidades del niño enfermo**

1. Al manejar las necesidades físicas del niño	0	1	2	3	4
2. Al dar apoyo emocional	0	1	2	3	4
3. Al satisfacer necesidades escolares, sociales y recreacional.	0	1	2	3	
4. Al ser sobreprotectora	0	1	2	3	4
5. Al aprender más sobre la enfermedad del niño, tratamiento, efectos colaterales y pronóstico	0	1	2	3	4
6. Al comunicarse con profesionales en el cuidado de la salud	0	1	2	3	4

**II. Al manejar las necesidades de la familia inmediata (esposo y demás niños)**

7. Al proveer supervisión y hacer arreglos para los demás niños	0	1	2	3	4
8. Al satisfacer las necesidades emocionales de mi esposo/los demás niños	0	1	2	3	4
9. Comunicación entre los miembros de la familia	0	1	2	3	4
10. Conflictos con mi esposo.	0	1	2	3	4

**¿Qué tanto problema ha sido esto durante la semana pasada?**

Ninguno Mínimo Moderado Mucho Demasiado

**III. Problemas financieros / ocupacionales**

11. Cobros médicos	0	1	2	3	4
12. Cobros no médicos	0	1	2	3	4
13. Problemas con la compañía de seguros	0	1	2	3	4
14. Presión en el trabajo	0	1	2	3	4
15. Reducción del ingreso (pérdida del trabajo, cambio de horario a tiempo parcial)	0	1	2	3	4

Ninguno Mínimo Moderado Mucho Demasiado

**IV. Problemas sociales**

16. Al comunicarse con amigos/asociados	0	1	2	3	4
17. Aislamiento de familiares y amigos	0	1	2	3	4
18. Al participar en actividades sociales	0	1	2	3	4
19. Conflictos con amigos_	0	1	2	3	4

**V. Salud física personal**

20. Cansancio	0	1	2	3	4
21. Dificultad para dormir	0	1	2	3	4
22. Uso de drogas o consumo de alcohol	0	1	2	3	4
23. Ganancia o pérdida de peso	0	1	2	3	4
24. Dolores y molestias	0	1	2	3	4
25. Funcionamiento sexual	0	1	2	3	4
26. Mareos / desmayos	0	1	2	3	4
27. Períodos de calor o frío	0	1	2	3	4
28. Palpitaciones o aceleración del corazón	0	1	2	3	4

**VI. Problemas emocionales personales**

29. Ansiedad	0	1	2	3	4
30. Enojo	0	1	2	3	4
31. Pena	0	1	2	3	4
32. Tristeza/depresión	0	1	2	3	4
33. Desesperanza	0	1	2	3	4
34. Sentimiento de culpa o dudosa de sí misma	0	1	2	3	4
35. Preocupación	0	1	2	3	4
36. Estar estresada	0	1	2	3	4
37. Sentirse indefensa	0	1	2	3	4
38. Mala atención y concentración	0	1	2	3	4

39. Dudas sobre su fe y sus creencias 0 1 2 3 4  
Ninguno Mínimo Moderado Mucho Demasiado

40. Altas y bajas frecuentes 0 1 2 3 4

**VII. Manejo de actividades diarias**

41. Transporte 0 1 2 3 4

42. Guardería infantil 0 1 2 3 4

**¿Qué tanto problema ha sido esto durante la semana pasada?**

Ninguno Mínimo Moderado Mucho Demasiado

43. Manejo de la casa (ej. alimentación, limpieza, lavandería) 0 1 2 3 4

44. Administración del tiempo 0 1 2 3 4

45. Toma de decisiones 0 1 2 3 4

**Favor de checar si han sucedido o no cada uno de los siguientes eventos durante la última semana.**

**VIII. Otros asuntos de la vida diaria Sí (01) No (02)**

46. Cambios en las condiciones de vivienda \_\_\_\_\_

47. Problemas con vecinos \_\_\_\_\_

48. Muerte o enfermedad grave de algún miembro de la familia o amigo cercano \_\_\_\_\_

49. Problemas legales \_\_\_\_\_

50. Accidente de auto o de otro tipo \_\_\_\_\_

**¿Qué tanto problema ha sido esto durante la semana pasada?**

Ninguno Mínimo Moderado Mucho Demasiado

**IX. Otros problemas que no se hayan mencionado arriba**

51. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4

52. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4

53. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4

Current Problems Inventory  
T1 Spanish Battery

ID#: \_\_\_\_\_  
Initials: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

54. \_\_\_\_\_

0      1      2      3      4

55. \_\_\_\_\_

0      1      2      3      4

Gracias