

8. ANEXOS

ANEXO 1.

Tabla 1
Resumen de los datos de las intervenciones descritas

Autor y año	Padres grupo intervención	Padres grupo control	Dimensión evaluada	d de Cohen (1 ^a medición tras línea base)	d de Cohen (2 ^a medición tras línea base)
5 meses tras intervención:					
Kazak, 2004	129	115	Ansiedad Estrés	-0,14 -0,06	- -
2 meses tras intervención:					
Kazak, 2005	18	20	Ansiedad	-0,88	-
3 meses tras línea base: 6 meses tras línea base:					
Sahler, 2005	217	212	Estrés Afectividad negativa Depresión Uso afrontamiento positivo	-0,64 -0,31 -0,34 0,20	-0,32 -0,13 -0,23 0,00

Nota: Adaptado de “Psychological Interventions for parents of children who have cancer: a meta-analytic review”, de Othman, A., y Blunden, S., 2009, *Current Pediatric Reviews*, 5, 118-127.

ANEXO 2.
Consentimiento informado

Yo _____, con documento de identidad _____ certifico que doy mi consentimiento para mi participación en la intervención “entrenamiento en resolución de problemas” (“Problem-solving skills training, PSST”); que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida, respecto a que se trata de una intervención guiada por _____, en la que me han invitado a participar libre y voluntariamente como colaborador/a contribuyendo a este procedimiento de forma activa, y que no recibiré compensación alguna de parte los responsables de la prueba.

Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio cuando lo estime conveniente sin necesidad de justificación alguna. Que se respetará la intimidad de la información suministrada, así como mi seguridad física y psicológica.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad de manera libre y en conformidad lo firmo y acepto su contenido.

Firma del participante:

En Zaragoza, a ____ de _____ de 20____

ANEXO 3.
Escala DASS-21

DASS-21

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor lea cada afirmación y encierre en un círculo un número 0, 1, 2 o 3 que indique cuánto de esa afirmación se aplica a su caso durante el último mes. No existen respuestas correctas o incorrectas. No gaste mucho tiempo en cada afirmación.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

0 No se aplica a mí en absoluto. NUNCA (N)

1 Se aplica a mí en algún grado o parte del tiempo. A VECES (AV)

2 Se aplica a mí en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo. A MENUDO (AM)

3 Se aplica a mí, mucho. CASI SIEMPRE (CS)

Ítem	EN EL ÚLTIMO MES					Para uso del Profesional		
	N	AV	AM	CS	D	A	S	
1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3				
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3				
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3				
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3				
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3				
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3				
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3				
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3				
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3				
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3				
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3				
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3				
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3				
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3				
15. Sentí que estaba a punto de pánico	0	1	2	3				
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3				
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3				
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3				
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3				
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3				
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido								
	TOTALES							

ANEXO 4.

Cuestionario CSQ-8

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta que punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No , creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a está usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy Insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5.

Hojas presentación del programa Bright Ideas para padres

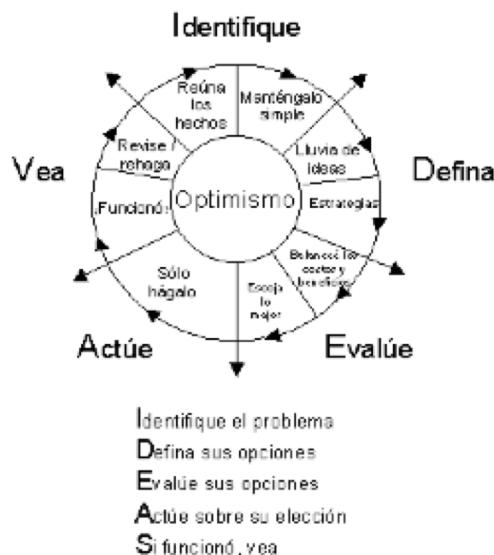
Estimada madre / estimado padre:

El tener un niño con cáncer produce una tremenda tensión emocional, física, y económica sobre la familia.

Para ayudarles a salir adelante con todas las decisiones y problemas que se están enfrentando, hemos desarrollado un sistema que consta de seis pasos, llamado IDEAS BRILLANTES.

Creemos que será útil para resolver problemas sobre el cáncer de su niño y también para los problemas diarios de casa.

El Sistema De IDEAS Brillantes Para La Resolución De Problemas



Paso # 1. En este sistema es adoptar la actitud mental de que usted cree y entiende que usted PUEDE salir adelante exitosamente. A esto le llamamos OPTIMISMO. Es la herramienta más importante que usted usará para hacer que el sistema funcione. Es tan importante que lo hemos puesto en el centro del sistema de IDEAS y usamos la palabra “brillantes” (inteligentes, certeras, propicias, prometedoras) para recordarle de la perspectiva optimista que es esencial para resolver problemas efectivamente.

Identificar el problema

Paso # 2. Es identificar un problema solucionable. Casi cualquier problemas, sin importar qué tan grande parezca al principio, tiene solución si lo reducimos a partes más pequeñas. Entonces necesitamos decidir exactamente qué tiene que pasar para hacer que cada pequeña parte funcione mejor. Después de que hayamos resuelto dos o tres partes, generalmente ya se ha solucionado el gran problema en conjunto.

Definir sus opciones

Paso # 3. Lo que ahora usted necesita es deducir lo que usted necesita hacer para que sucedan cambios! Eso es, usted necesita definir sus opciones.

Piense en otras opciones que pueda definir.

Evaluuar sus opciones

Paso # 4. Ahora usted tiene que evaluar las opciones mencionadas arriba y decidir cuál es mejor para usted. Lo que es más importante, usted tiene que decidir cuáles son los obstáculos, es decir, cuáles son las cosas que lo detienen para hacer opciones 1), 2), o 3). ¿Son cosas que usted puede cambiar sin mayor problema? Este es un análisis de costo-beneficio--¿Vale la pena el costo (lo que usted tiene que cambiar) por el beneficio?

Actuar

Usted lleva a cabo el plan.

Saber si funcionó

Paso # 6. En este paso usted necesita decidir si el plan está funcionando bien o si necesita hacer algunos cambios.

ANEXO 6.
Inventario “Current Problems Inventory”.

=====

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.

=====

¿Cuánto problema ha supuesto esto durante la semana pasada?

Ninguno= 0 Mínimo=1 Moderado=2 Mucho=3 Demasiado=4

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
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

¿Cuánto problema ha supuesto esto durante la semana pasada?

Ninguno= 0 Mínimo=1 Moderado=2 Mucho=3 Demasiado=4

III. Problemas económicos / 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= 0 Mínimo=1 Moderado=2 Mucho=3 Demasiado=4

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

40. Altas y bajas frecuentes 0 1 2 3 4

VII. Manejo de actividades diarias 0 1 2 3 4

41. Transporte 0 1 2 3 4
42. Guardería infantil

¿Cuánto problema ha supuesto esto durante la semana pasada?

Ninguno= 0 Mínimo=1 Moderado=2 Mucho=3 Demasiado=4

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

Anote si 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 _____

¿Cuánto problema ha supuesto esto durante la semana pasada?

Ninguno= 0 Mínimo=1 Moderado=2 Mucho=3 Demasiado=4

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
54. _____ 0 1 2 3 4
55. _____ 0 1 2 3 4

Gracias

ANEXO 7.

Hoja de trabajo: lista de problemas a resolver

HOJA DE TRABAJO 1
GRÁFICA DE LOS PROBLEMAS QUE SE TIENEN QUE RESOLVER
Descripción del problema
Problema #1:
Problema #2:
Problema #3:
Problema #4:
Problema #5:

ANEXO 8.

Hoja de trabajo: tabla análisis de problemas

Hoja de Trabajo 2 CUADRO DE ANALISIS DEL PROBLEMA

¿Por qué escogió este problema ? **¿Cuál es** la situación del problema específico ?

¿Dónde ocurre el problema ?

¿Cuándo ocurre el problema ?

¿Quién más está involucrado como parte del problema ?

¿Por qué ocurre el problema ?

¿Cómo responde usted y cómo se siente cuando ocurre el problema ?

¿Qué tan **optimista** está usted de resolver este problema ? (Por favor señale un número)

Nada 1 2 3 4 5 Muy optimista

ANEXO 9.

Hoja de trabajo: tabla de posibles soluciones y barreras

Hoja de Trabajo 3 CUADRO DE POSIBLES SOLUCIONES Y BARRERAS		
Características del Problema:		
Posibles Soluciones	Evaluación	Rango #1, #2 & #3 Selecciones
Solución #1		
Solución #2		
Solución #3		
Solución #4		
Solución #5		

ANEXO 10.

Hoja de trabajo: tabla de acción y resultados

Hoja de Trabajo 4 CUADRO DE ACCIONES Y RESULTADOS

Plan de Acción :

Plan Intentado :

Resultado : ¿Solucionado? :

¿Qué tan satisfecho está con el resultado? : (Por favor señale un número)

Nada satisfecha 1 2 3 4 5 Muy satisfecha

Solución Alternativa Seleccionada Si No está satisfecha con el Resultado :

ANEXO 11.

Hoja de trabajo: Pensamientos y sentimientos automáticos

Hoja de Trabajo 5 IDENTIFICANDO PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS AUTOMATICOS		
Problema, Conflicto o Decisión	Sus Sentimientos	Sus Pensamientos Automáticos