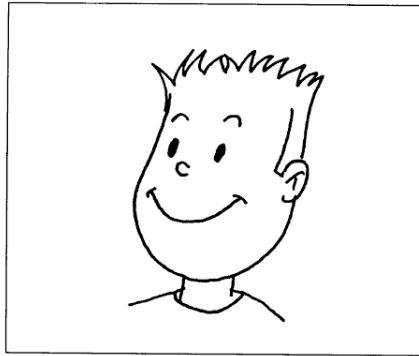


Anexos

¿Cómo te sientes en este momento?

1. Feliz
2. Triste
3. Enojado
4. Sorprendido
5. Asustado
6. Cansado



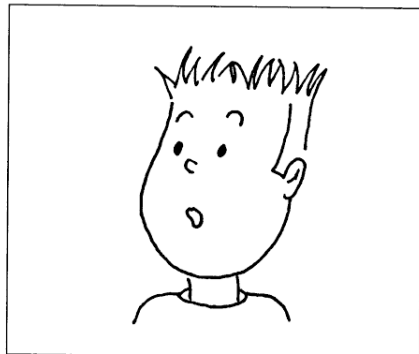
1



2



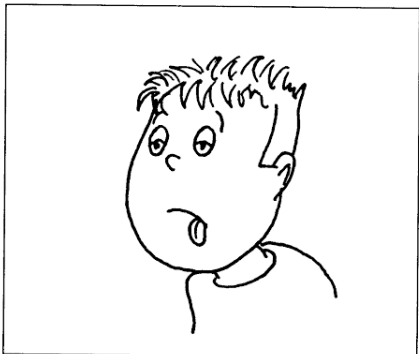
3



4



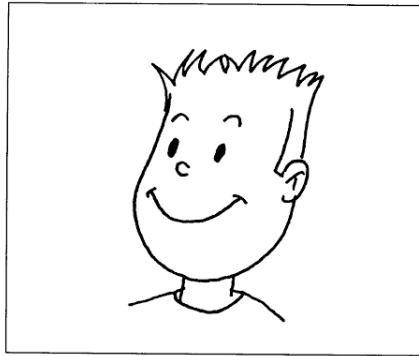
5



6

¿Cómo te sentiste cuando te dijeron que estabas enfermo/a?

1. Feliz
2. Triste
3. Enojado
4. Sorprendido
5. Asustado
6. Cansado



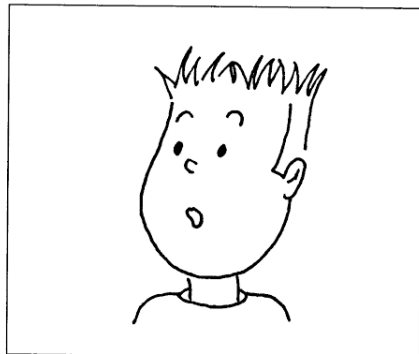
1



2



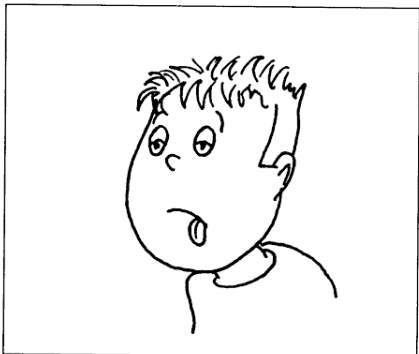
3



4



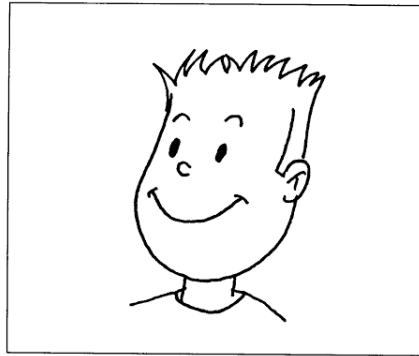
5



6

¿Cómo te sientes cuando tienes que ir al hospital?

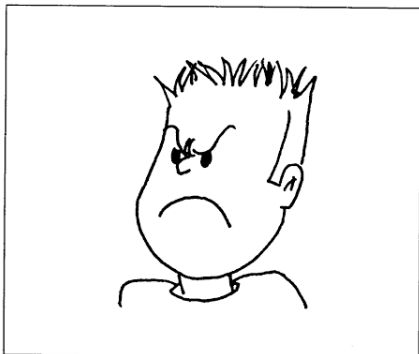
1. Feliz
2. Triste
3. Enojado
4. Sorprendido
5. Asustado
6. Cansado



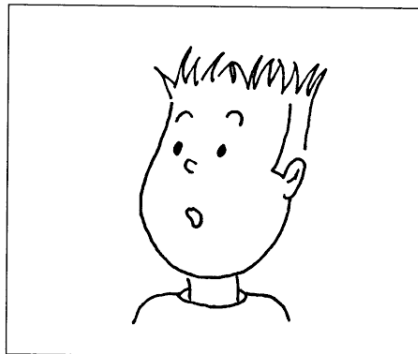
1



2



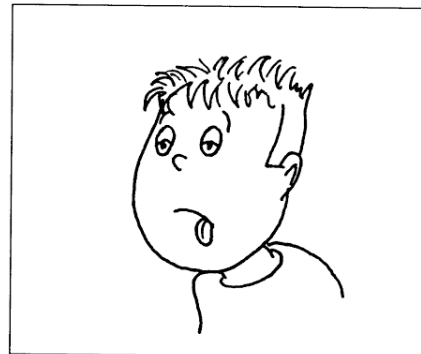
3



4



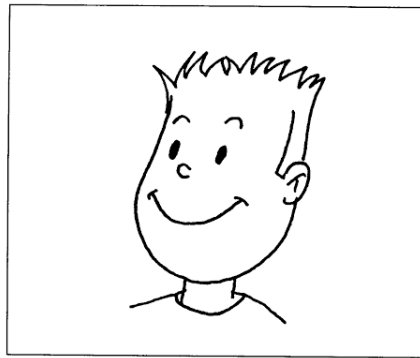
5



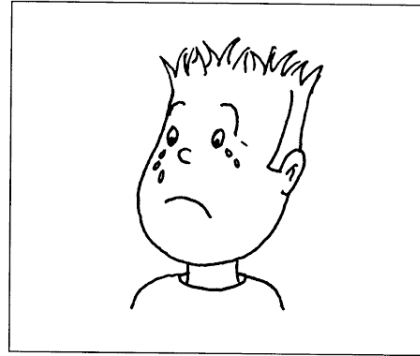
6

¿Cómo te sientes cuando tomas medicinas o te hacen algo en el hospital?

1. Feliz
2. Triste
3. Enojado
4. Sorprendido
5. Asustado
6. Cansado



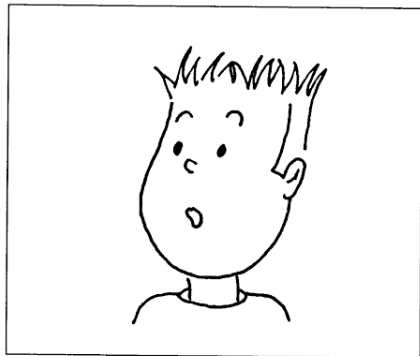
1



2



3



4



5



6

PARA LA FAMILIA:

1. Nombre:
2. ¿Número total de personas que conforman el hogar?
3. Sexo:
 - a. Hombre
 - b. Mujer

4. Edad: _____
5. Parentesco:
 - a. Padre/Madre
 - b. Abuelo/Abuela
 - c. Tío/Tía
 - d. Otro
6. Lugar de nacimiento/procedencia: _____
7. ¿En qué localidad vive?: _____
8. Estrato No.: ____
9. Nivel máximo alcanzado de estudios:
 - a. Ninguna ____
 - b. Primaria ____
 - c. Bachillerato ____
 - d. Técnico o Tecnológico ____
 - e. Universitario ____
 - f. Postgrado ____
10. Trabajo/ocupación:
 - a. Independiente
 - b. Empleado
 - c. Desempleado
 - d. Ama de casa
11. ¿Fue necesario cambiar la situación escolar del niño/a después del diagnóstico?
 - a. Si
 - b. No
12. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿de qué forma cambió la situación escolar?
 - a. Pausar los estudios
 - b. Abandonar totalmente el colegio
 - c. Estudiar en casa
13. ¿Recibió usted o el niño/a apoyo psicológico por parte del colegio?
 - a. Si
 - b. No

14. ¿Algún integrante de la familia tuvo que cambiar su situación laboral después del diagnóstico del niño/a?
- Si
 - No
15. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿de qué forma se modificó su vida laboral?
- Establecer nuevos horarios de trabajo
- Renunciar al trabajo
 - Trabajar desde casa
 - Cambiar de trabajo
16. ¿Quién es el cuidador principal del niño?
- Papá/Mamá
 - Abuelo/Abuela
 - Otro familiar externo
 - Amigo/Amiga
 - Cuidador Formal
 - Vecino(a)
17. ¿Cuenta su familia con apoyo económico de alguna fuente externa?
- Familiares
 - Amigos
 - Alguna institución
 - Vecinos
 - Ninguna
18. ¿Ha sido necesario cambiar la rutina familiar desde el diagnóstico del niño/a (excluyendo la parte escolar y laboral)?
- Si
 - No
19. Si respondió si a la pregunta anterior, indique en que ha cambiado:
- Salidas a parques, reuniones familiares, fiestas, entre otros
 - Quehaceres del hogar
 - Horas de descanso

- d. Hábitos alimenticios
 - e. Actividades sociales de los miembros de la familia
 - f. Otros ¿Cuál?_____
20. El apoyo que ha recibido hasta el momento, es de manera:
- a. Económica
 - b. Compañía social
 - c. Ayuda material o de servicios
 - d. Apoyo emocional
21. ¿Cree que el apoyo que ha recibido le ha permitido sobrellevar las diferentes situaciones que se han presentado desde el diagnóstico del niño/a?
- a. Si
 - b. No
22. ¿Hasta el momento ha contado con el apoyo de alguna fundación/hospital (Excluyendo la Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma)?
- a. Si
 - b. No
23. ¿Han cambiado los gastos de su hogar debido a la enfermedad del niño?
- a. Aumentaron
 - b. Disminuyeron
 - c. Permanecen igual
24. ¿Ha recibido apoyo económico por parte de sus amigos?
- a. Si
 - b. No
25. ¿Ha recibido apoyo económico de sus compañeros de trabajo?
- a. Si
 - b. No
26. ¿Ha recibido apoyo psicológico o terapéutico por parte de alguna otra entidad/institución?
- a. Si
 - b. No

27. En el momento en que se enteró que el niño/a estaba enfermo, usted emocionalmente sintió:
- Tristeza
 - Rabia
 - Miedo
 - Tranquilidad
28. Actualmente, después de recibir la ayuda tanto de la clínica como de la fundación para la terapia del niño, usted emocionalmente se siente:
- Triste
 - Tranquilo
 - Seguro
 - Con ira

PARA LOS NIÑOS /AS

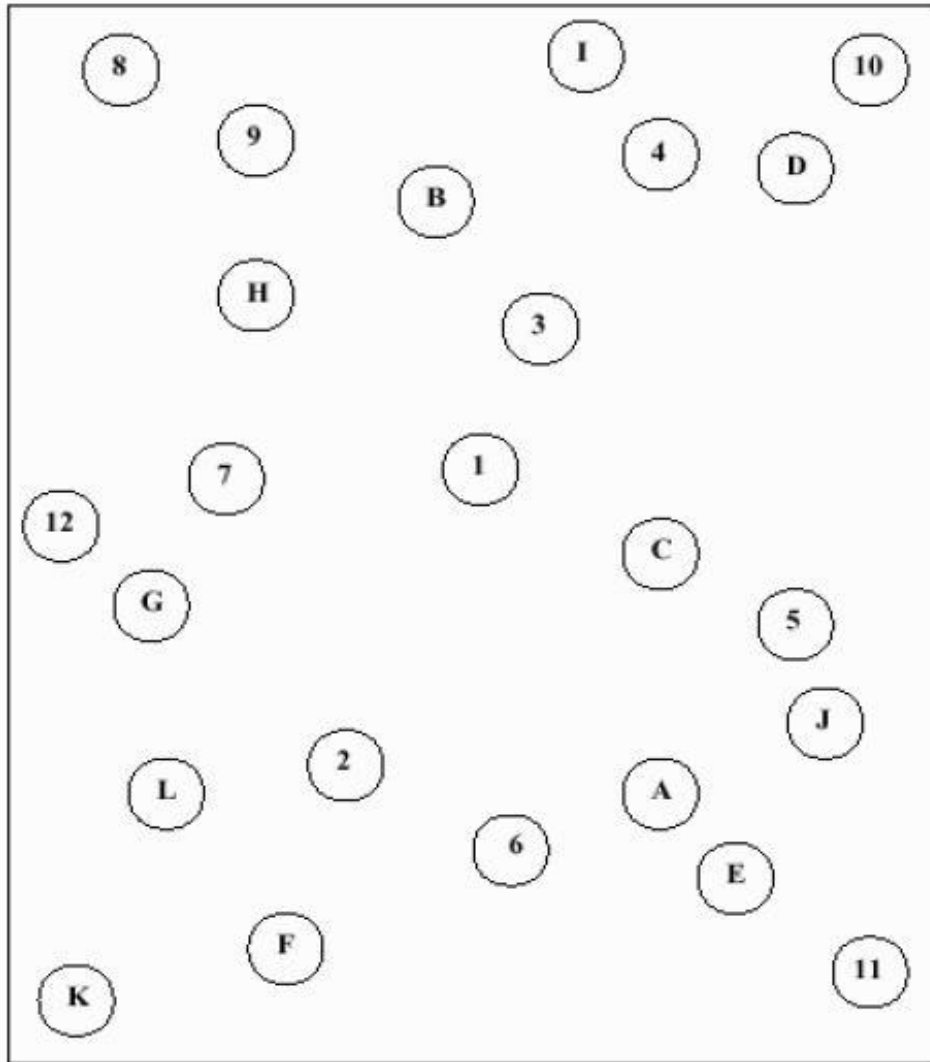
- Nombre:
- Sexo
 - Hombre
 - Mujer
- Edad : _____
- ¿Dónde naciste? _____
- ¿Dónde vives? _____
- ¿En qué curso estas? _____
- Después de tus problemas de salud, ¿Te ha parecido difícil ir al colegio?
 - Si
 - No
- Si respondiste que si en la pregunta anterior, aún sigues hablándote con tus amigos/compañeros del colegio?
 - Si
 - No
- ¿Sientes que cuentas con el apoyo de tu colegio (profesores y compañeros)?

1. Si
 2. No
10. Cuando faltas al colegio por tus problemas de salud, ¿lo extrañas?
1. Si
 2. No
11. ¿Con qué persona compartes la mayor parte del tiempo?
1. Mama/Papa
 2. Abuelo/Abuela
 3. Otro familiar
 4. Amigos
 5. Ninguno
12. ¿Quién es la persona que te cuida más tiempo?
1. Mama/Papa
 2. Abuelo/Abuela
 3. Otro familiar
 4. Amigos
 5. Ninguno
13. ¿A quién buscas cuando te sientes triste?
1. Mama/Papa
 2. Abuelo/Abuela
 3. Otro familiar
 4. Amigos
 5. Ninguno
14. ¿Compartes tiempo con otros niños/as de tu edad (que no sean de la fundación u hospital)?
1. Si
 2. No
15. ¿Pasas menos tiempo con tu familia que antes de tus problemas de salud?
1. Si
 2. No

Trail Making Test Part B

Patient's Name: _____

Date: _____



ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

STROOP

Test de Colores y Palabras

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL PROFESIONAL

	PD	PT
P		
C		
PC		
$\frac{P \times C}{P + C} = PC'$		
$PC - PC' = \text{INTERF.}$		

NO ABRA EL CUADERNILLO
 HASTA QUE SE LE INDIQUE

