

Evaluación de la toma de decisión, expectativa y
afrentamiento en pacientes con cáncer avanzado



Cuestionario Neoetic: Seguimiento paciente



Inventario de síntomas (BSI)

Seleccione la opción que describa el **malestar** que le ha causado cada problema en el **último mes**.

	Nada	→			Mucho
	0	1	2	3	4
Nerviosismo o agitación interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos o mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores en el corazón o en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos de poner fin a tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asustarse repentinamente sin razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir desinterés por las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse temeroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas o problemas de estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormecimiento u hormigueo en partes de tu cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse desesperanzado/a sobre el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir debilidad en partes de tu cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse tenso/a o nervioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Momentos de terror o pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirte tan inquieto/a que no puedes permanecer sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimientos de inutilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calidad de vida (EORTC-QL30)

	En absoluto	→			Mucho
	1	2	3	4	
¿Tiene dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?

¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?

Durante la semana pasada

¿Tiene dificultad para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?

¿Tiene dificultad para realizar actividades de ocio?

¿Tuvo asfixia?

¿Ha tenido dolor?

¿Necesitó parar para descansar?

¿Ha tenido dificultades para dormir?

¿Se ha sentido débil?

¿Ha tenido falta de apetito?

¿Ha tenido náuseas?

¿Ha vomitado?

¿Ha estado estreñido/a?

¿Ha tenido diarrea?

¿Estuvo cansado/a?

¿Ha interferido el dolor en sus actividades diarias?

¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer o ver TV?

¿Se sintió nervioso/a?

¿Se sintió preocupado/a?

¿Se sintió irritable?

¿Se sintió deprimido/a?

¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?

¿Su estado físico o el tratamiento han interferido en su vida familiar?

¿Su estado físico o el tratamiento han interferido en sus actividades sociales?

¿Su estado físico o el tratamiento le han causado problemas económicos?



	En absoluto							Mucho
	1	2	3	4	5	6	7	
¿Cómo valoraría su salud general en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cómo valoraría su calidad de vida en general en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Crecimiento personal (PTGI-SF)

Indique el grado en el que las siguientes afirmaciones se ajustan a su situación como resultado de su enfermedad.

	Nada de acuerdo							Completamente de acuerdo
	0	1	2	3	4	5		
He cambiado las prioridades sobre que es importante en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aprecio más el valor de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Soy capaz de hacer cosas mejores con mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tengo una mejor comprensión de los temas espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tengo un mayor sentido de cercanía con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tengo un propósito en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé que puedo manejar las dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tengo una fe espiritual más fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He descubierto que soy más fuerte de lo que pensaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He aprendido mucho sobre lo maravillosas que son las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Control (UW-BHS)

Marque la respuesta que mejor describa su situación

	Fuertemente de acuerdo					Fuertemente en desacuerdo
	0	1	2	3	4	
En mi vida, la buena suerte ha sido más importante que el trabajo duro para el éxito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuando hago planes, puedo hacer que funcionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cada vez que intento seguir adelante, algo o alguien me detiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	Fuertemente de acuerdo				→	Fuertemente en desacuerdo
	0	1	2	3	4	
Mis planes casi nunca funcionan, así que la planificación me hace infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No tengo suficiente control sobre la dirección que toma mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El azar y la suerte son muy importantes en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actividad física (PAG)

Indique su actividad para cada categoría

Intensidad[®] Ligeras Moderada Intensa

• **Ligera:** Paseo lento || **Moderada:** Caminar rápido, desplazamiento lento en bicicleta, bailar, jardinería, tareas domésticas, caza, participación en juegos y deportes con niños, paseos con animales domésticos, trabajos de construcción generales como hacer tejados o pintar, desplazar cargas de <20kg || **Intensa:** footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aerobic, natación rápida, deportes y juegos competitivos como fútbol, voleibol, baloncesto, trabajo intenso o desplazamientos de cargas >20kg

Especificar deporte _____

Duración Menos de 10 min. Entre 10 y 20 min. Entre 20 y 30 min. Sobre 30 min.

Frecuencia Menos de 1 vez/mes Pocas veces/mes 1 o 2 veces/semana 3 a 5 veces/semana

FATIGA (FAS)

Indique el grado en el que las siguientes afirmaciones se ajustan a su situación vivida durante la última semana.

	Nunca				→	Siempre
	1	2	3	4	5	
Estoy preocupado por la fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me canso fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No hago mucho durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo suficiente energía para la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Físicamente, me siento agotado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo problemas para empezar las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo problemas para pensar con claridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No siento deseos de hacer nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mentalmente, me siento agotado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuando estoy haciendo algo, puedo concentrarme bastante bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Efectos adversos (NCI-CTA)

Indica si alguno de los síntomas que se describen a continuación le ha causado problemas en el **último mes y la intensidad.**

	Nada	—————>			Mucha
	0	1	2	3	
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Debilidad o fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pérdida apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calambres/perdida de sensibilidad en manos y/o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infección de la boca o llagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de memoria o concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	