



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

Cuestionario Neoetic: Paciente



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo Hombre Mujer

Fecha de nacimiento Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Nacionalidad Español No español

Si ha indicado que su nacionalidad **no es española**, especifique:

Asia Antártica Europa África Oceanía

Norteamérica Sudamérica

Estado civil Casado/a o en pareja Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Nº de hijos

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15

Nivel de estudios Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios Estudios universitarios

Situación laboral Sin trabajo Jubilado Trabajador a tiempo parcial Trabajador a tiempo completo

Cuidador principal Sólo, sin apoyo Familia Amigo/conocido Persona de una institución (Residencia)

Peso y talla _____ kg _____ cm

Actividad física (PAG)

Intensidad^o Ligera 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



Está tomando o siguiendo algún tipo de medicina alternativa¹

¹ El ejercicio físico y la dieta mediterránea o derivadas no son consideradas medicinas alternativas

- No
 Sí
 Actualmente no, quizá en el futuro
- Actualmente no, sí en el pasado

Si ha indicado que **sigue, ha seguido o tiene pensado seguir** algún tipo de terapia alternativa, indique:

- Homeopatía
 Acupuntura
 Terapias biológicas¹
 Métodos basados en el cuerpo¹
- Enfoques sobre la mente y el cuerpo¹
 Terapias sobre la base de la energía¹
 Otro

Si ha indicado **otro**, especifique: _____

¹ **Terapias biológicas:** Hierbas, vitaminas o dietas distintas a la mediterránea o derivadas || **Métodos basados en el cuerpo:** Quiropráctica, osteopatía, masaje || **Enfoques sobre la mente y el cuerpo:** Yoga, meditación, coaching || **Terapias sobre la base de la energía:** Tai chi, Riki, terapia bioelectromagnética

La terapia alternativa le ha supuesto un retraso o negativa a recibir tratamiento con quimioterapia para su enfermedad

- No
 Sí, retraso
 Sí, rechazo al tratamiento con quimioterapia

En relación con el beneficio de la terapia alternativa para mejorar la evolución de su enfermedad, indique la que considere cierta

- El beneficio no se conoce
 Es dudoso
- Aportan un claro pero escaso beneficio
 Aportan un alto beneficio

Afrontamiento

Seleccione la opción que mejor describa su **situación** en el **momento presente**.

	Totalmente en desacuerdo	→			Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	
Vivo mi vida día a día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me tomo la enfermedad como un reto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me he puesto en manos de Dios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me he dado por vencido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento completamente perdido/a cuando intento pensar qué hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estoy devastado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Valoro lo que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me preocupa recaer o empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intento luchar contra la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	Totalmente en desacuerdo			→	Totalmente de acuerdo
	0	1	2		3
Intento distraerme cuando me vienen a la cabeza pensamientos sobre mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No puedo manejar esta situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No tengo muchas esperanzas puestas en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Siento que no puedo hacer nada para ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Creo que esto es el fin del mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No pensar en mi enfermedad me ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Me siento muy optimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Intento luchar contra la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
He tenido una buena vida, lo que viva a partir de ahora es un regalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Siento que no hay esperanza en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No puedo afrontar esta situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pensar en mi enfermedad me altera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Estoy decidido/a a vencer esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Desde que me han diagnosticado esta enfermedad, me doy cuenta de lo valiosa que es la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Me cuesta creer que esto me haya sucedido a mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Me esfuerzo mucho en no pensar en mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Me quito de la cabeza cualquier pensamiento sobre mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Me encuentro muy nervioso/a por mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Estoy un poco asustado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



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 estómago	<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"/>

Apoyo (Duke-UNC-11)

	Nunca				Siempre
	1	2	3	4	5
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resiliencia (BCRS)

	Nunca				Siempre
	1	2	3	4	5
Busco formas creativas de superar situaciones difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo controlar mi reacción independientemente de lo que me pase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que puedo crecer de forma positiva al enfrentarme a situaciones difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busco activamente formas de reemplazar las pérdidas que encuentro en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Confianza en el oncólogo (TiOs-SF)

	Nunca	→			Siempre
	1	2	3	4	5
Mi oncólogo es totalmente honesto explicándome todas las opciones de tratamiento disponible para mi situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mi oncólogo puede manejar cualquier complicación médica, incluso muy graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo me escucha con atención y preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo hace todo lo posible para conseguirme el cuidado que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo plena confianza en mi oncólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupación (CWQ-FoR)

Seleccione la opción que mejor describa su **nivel de preocupación** últimamente.

	Nada	→		Mucho
	1	2	3	4
Estoy preocupado/a por futuras pruebas diagnósticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado/a por otros tipos de cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado/a por la posibilidad de contraer cáncer de nuevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado/a por la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado/a por mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado/a por la salud de mis hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temo que el cáncer pueda empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esperanza (HHS)

Seleccione la opción que mejor describa su **esperanza** últimamente.

	Totalmente en desacuerdo	→		Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4
Tengo una actitud positiva hacia la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo planes a corto y largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento completamente solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Totalmente en desacuerdo			→	Totalmente de acuerdo
	1	2	3		4
Puedo ver las posibilidades en medio de las dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tengo una fe que me da consuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tengo miedo de mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Puedo recordar los momentos felices y placenteros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tengo profunda fuerza interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Soy capaz de dar y recibir cuidado y amor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tengo sentido de dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Siento que cada día es importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Siento que mi vida es valiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Espiritualidad (FACIT)

Seleccione la opción que mejor describa su **espiritualidad** últimamente.

	Totalmente en desacuerdo			→	Totalmente de acuerdo
	1	2	3		4
Me siento en paz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tengo una razón para vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mi vida ha sido productiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tengo problemas para sentir mi mente en paz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tengo un propósito en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Soy capaz de llegar a lo más profundo de mi mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Siento una sensación de armonía dentro de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mi vida carece de significado y propósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Encuentro consuelo en mis creencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Encuentro fuerza en mis creencias o espiritualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mi enfermedad ha fortalecido mis creencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pase lo que pase, las cosas van a estar bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



Incertidumbre (MUIS-C)

Seleccione la opción que mejor describa su **incertidumbre** últimamente.

	Muy en desacuerdo →					Muy de acuerdo
	1	2	3	4	5	
No estoy seguro de si mi enfermedad está mejorando o empeorando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los doctores me dicen cosas que podrían tener muchos significados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que voy a recibir me ayudarán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debido a la imprevisibilidad de mi enfermedad, no puedo planificar mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco la gravedad de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bienestar (WHO)

Seleccione la opción que mejor describa su **bienestar (cómo se ha sentido)** en las últimas dos semanas.

	Nunca →					Siempre
	1	2	3	4	5	
Me he sentido alegre y de buen humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he sentido tranquilo y relajado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he sentido activo y vigoroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me despierto sintiéndome fresco y descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi vida cotidiana está llena de cosas que me interesan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfacción con la vida (SWLS)

Seleccione la opción que mejor describa su **satisfacción con la vida**.

	Absolutamente en desacuerdo →							Absolutamente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	
Muchos aspectos de mi vida se acercan a mi ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las condiciones de mi vida son excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho con mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He conseguido cosas importantes que me he propuesto en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pudiese empezar de nuevo, no cambiaría nada de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Satisfacción con las decisiones y el cuidado (SWPD y CAHPS)

Seleccione la opción que mejor describa su **satisfacción con las decisiones y el cuidado**.

	Completamente en desacuerdo				Completamente de acuerdo			
	0	1	2	3	1	2	3	4
SWPD								
Estoy satisfecho con la información recibida sobre mi cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho en cómo se han tomado las decisiones sobre mi cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho con las decisiones que se han tomado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAHPS								
Mi oncólogo me ha escuchado con atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo me ha explicado las cosas de una manera que podía entender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo me ha dado toda la información que necesitaba sobre mi tratamiento, incluido beneficios y efectos secundarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo me ha respondido a todas mis preguntas relacionadas con el cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo me ha tratado con cortesía y respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, estoy satisfecho con la atención médica que he recibido desde mi diagnóstico de cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dignidad (PPDS)

Seleccione la opción que mejor describa cómo **se siente (DIGNIDAD) normalmente**.

	Nada					Mucho				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Me siento respetado en mis decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se valora lo que siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No puedo hacer cosas por mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo paz conmigo mismo y con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me proporcionan unos buenos cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento angustiado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Siento que soy una carga para los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soy tratado con respeto y comprensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Expectativas de eficacia de tratamiento (EIT)

Seleccione la opción que mejor describa su **expectativa sobre el tratamiento** para su enfermedad.

	No lo sé	→			Muy probable
	0	1	2	3	4
Crees que el tratamiento te ayudará a curar el cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crees que el tratamiento te ayudará a vivir mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he sentido activo y vigoroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crees que el tratamiento te aliviará los síntomas del cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crees que el tratamiento te producirá muchos efectos secundarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preferencia de control (CPS)

- Prefiero tomar las decisiones sobre mi tratamiento yo mismo
- Prefiero tomar las decisiones sobre mi tratamiento yo mismo tras escuchar la opinión de mi médico
- Prefiero tomar las decisiones sobre mi tratamiento junto con mi doctor
- Prefiero que las decisiones sobre mi tratamiento las tome el médico tras escuchar mi opinión
- Prefiero que las decisiones sobre mi tratamiento las tome el médico por sí mismo

Relación médico paciente (STAR)

Seleccione la opción que mejor describe cómo es la relación con su oncólogo.

	Nunca	→			Siempre
	0	1	2	3	4
Mi oncólogo habla conmigo sobre mis metas y pensamientos sobre el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo y yo estamos abiertos el uno con el otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo y yo tenemos una relación de confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mi oncólogo no me dice la verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo y yo tenemos una relación honesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo y yo trabajamos para alcanzar objetivos mutuamente acordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo es severo conmigo cuando hablo de cosas importantes para mí y mi situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Nunca	→			Siempre
	0	1	2	3	4
Mi oncólogo y yo hemos acordado el tipo de cambios que serían buenos para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo es impaciente conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo me aprecia sin importar lo que haga o diga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estamos de acuerdo en lo que es importante para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi oncólogo me comprende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique sus preferencias acerca del tipo de información que desea que el médico le transmita sobre su enfermedad

	En desacuerdo total	→			Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
Mi médico me ha informado sobre el pronóstico de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conocer el pronóstico de mi enfermedad es muy importante para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mi médico tuviera información relevante sobre mi pronóstico me gustaría que me la transmitiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiero que mi médico me informe también de los hallazgos no claros o no confirmados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo que mi médico me proporcione datos estadísticos detallados sobre mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo que mi médico me proporcione información detallada sólo si me va a permitir tomar decisiones importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa el interés en recibir tratamiento para su enfermedad, en caso de no existir un tratamiento curativo, y si le quedara un tiempo limitado de vida.

	No estaría interesado	→			Estaría muy interesado
	0	1	2	3	4
Si el único beneficio fuera mejorar mi calidad de vida o reducir los síntomas de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si el principal beneficio fuera reducir el tamaño de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si añadiera un plus de menos de 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si añadiera un plus de 6-12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si añadiera un plus de >12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si añadiera un plus de >24 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>