



Id. del participante

0 0 0 0



Encuesta de Seguimiento De Tres Años

ESTUDIO CEASAR

Le agradecemos su participación continua en el estudio CEASAR. Este cuestionario de seguimiento trata sobre su calidad de vida y otras experiencias relacionadas con su cáncer de próstata. Para poder recolectar información más exacta, es importante que usted responda todas las preguntas honestamente y completamente sobre su experiencia. Usted puede omitir cualquier pregunta que le resulte incómodo en responder. Sus respuestas nos ayudarán a nuestro esfuerzo a aprender más sobre cómo tratar mejor el cáncer de prostata, y lo que los hombres experimentan después del tratamiento.

La información de esta encuesta se conservará de modo estrictamente confidencial.

Muchas gracias por su cooperación para responder estas preguntas.

Version: 4/7/2014



Id. del participante

0 0 0 0

Instrucciones Generales

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE

- Responda a cada pregunta de la mejor forma que pueda. Si decide omitir una pregunta, escriba “omitida” al lado.
- Llene totalmente el óvalo al lado de su respuesta con tinta azul o negra.
Ejemplo: Llene totalmente los óvalos, de esta manera: ●
No así: ~~○~~ Ni así: ◐
- Siga las instrucciones que le conducen hacia la siguiente pregunta.
Ejemplo: ● No (Si contestó “No”, vaya a la sección ‘Si contestó “No”’ de la página siguiente)
- Si marca una respuesta que está seguida de un renglón, escriba la información específica sobre ese renglón.
Ejemplo:
● Otro, especifique: mi amigo que es médico
- Marque solamente una respuesta para cada pregunta, salvo que haya otras instrucciones.
- Si marca un óvalo por error, táchelo con una X encima y complete la respuesta correcta, de esta manera: ~~○~~
- En lo posible, trate de responder a todas las preguntas de una sola vez.



Id. del participante

0 0 0 0

1. Fecha de hoy: _____
Mes Día Año

A. Prueba de PSA reciente

2. ¿Le hicieron una prueba de PSA **en los últimos 12 meses?**

Sí.

No (Si contestó "No", saltee la próxima pregunta y vaya a la pregunta 4)

3. Si le hicieron una prueba de PSA **en los últimos 12 meses,**
¿cuál es el resultado más reciente? _____ . _____

Me hicieron una prueba de PSA en los últimos 12 meses,
pero no sé cuál fue el resultado.

B. Recurrencia del cáncer de próstata

4. Desde que le diagnosticaron cáncer de próstata por primera vez, ¿alguna vez el médico le dijo que el cáncer había vuelto (hubo una recurrencia) o avanzado (hubo un empeoramiento)?

Sí.

No.

5. Hasta donde usted sabe, ¿actualmente su cáncer de próstata hoy está curado o en remisión completa?

Sí.

No.

Vaya a la página siguiente.



C. Tratamientos del cáncer de próstata

6. Piense en TODOS los tratamientos que ha recibido para su cáncer de próstata. Lea las siguientes instrucciones y responda las preguntas a continuación:

Columna A. Llene el óvalo para responder que "Sí" para todos los tratamientos que haya recibido.

Columna B. Para cada tratamiento que haya recibido, también escriba la fecha de inicio del tratamiento. Si no puede recordar la fecha exacta en que recibió o comenzó un tratamiento, escriba al menos el año.

Columna C. Si todavía está bajo un tratamiento en particular, también llene el óvalo que está a la derecha.

<u>I. Tratamiento para la próstata</u>	A. ¿Se hizo tratamiento?	B. Fecha de inicio:		C. ¿Segue bajo tratamiento?
	Sí.	Mes	Año	Sí.
a. Vigilancia activa/espera vigilante (ningún tratamiento)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
b. Extirpación de la próstata mediante cirugía robótica/laparoscópica	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
c. Radioterapia de haz externo, en la que la radiación es dirigida al tumor	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
d. Cirugía abierta para extirpación de la próstata (con incisión larga)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
e. Inserción de semillas/varillas (braquiterapia) desde fuera del cuerpo (este tratamiento recibe otros nombres, como IMRT (radioterapia de intensidad modulada), IGRT (radioterapia guiada por imágenes), terapia de arco, haz de protones, CyberKnife o radioterapia conformacional tridimensional)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
f. Otros tipos de radioterapia, o no estoy seguro de qué tipo	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
g. Crioterapia (congelamiento de la próstata)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
h. Otros tratamientos de la próstata (HIFU [ecografía dirigida de alta densidad], RFA [ablación por radiofrecuencia], láser, terapia focal)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>



II. Otros tratamientos

Columna A. Llene el óvalo para responder que "Sí" para todos los tratamientos que haya recibido.

Columna B. Para cada tratamiento que haya recibido, también escriba la fecha de inicio del tratamiento. Si no puede recordar la fecha exacta en que recibió o comenzó una terapia, escriba al menos el año.

Columna C. Si todavía está bajo un tratamiento en particular, también llene el óvalo que está a la derecha.

	A. ¿Se hizo tratamiento?	B. Fecha de inicio:		C. ¿Sigue bajo tratamiento?
	Sí.	Mes	Año	Sí.
i. Extirpación quirúrgica de los testículos (orquiectomía)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
j. Inyecciones de hormonas (Lupron, Zoladex, Firmagon, Eligard, Vantas, etc.)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
k. Píldoras de Casodex (bicalutamida) o Eulexin (flutamida)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
l. Píldoras de Zytiga (abiraterona) o Xtandi (enzalutamida)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
m. Provenge/inmunoterapia (Sipuleucel T)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
n. Quimioterapia (docetaxel, cabazitaxel, otra quimioterapia)	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
o. Radioterapia en los huesos (con haz externo o Xofigo [Radium-223])	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>
p. Otra terapia (especifique): _____	<input type="radio"/>	___/	<u>2 0</u>	<input type="radio"/>

Vaya a la página siguiente.



D. Vigilancia activa/espera vigilante

Si usted **inicialmente** eligió **vigilancia activa/espera vigilante** para el cáncer de próstata, responda a las siguientes preguntas. **Si nunca tuvo vigilancia activa/espera vigilante, saltee estas preguntas y vaya a la pregunta 9.**

7. ¿Finalmente recibió otro tratamiento (p. ej., cirugía, radiación, hormonas)?

- Sí, y la fecha aproximada de inicio del tratamiento fue ____ **2** . **0** ____
- No (Si contestó "No", vaya a la pregunta 9)

8. Si comenzó con la vigilancia activa/espera vigilante y luego recibió otro tratamiento, ¿por qué comenzó el tratamiento? (Elija todas las que correspondan)

- Mi médico dijo que mi cáncer de próstata había empeorado
- Mi cáncer de próstata era un grado más alto (Gleason)
- Hubo un cambio en el examen rectal
- Mayor volumen (más cáncer en biopsia repetida)
- PSA más alto
- Mi cónyuge/pareja me recomendó o alentó a hacer el tratamiento
- Simplemente decidí recibir tratamiento
- Otro: _____

E. Factores que influyen en la elección de un tratamiento

9. Cuando le diagnosticaron cáncer de próstata por primera vez y eligió su tratamiento inicial, ¿cuáles de los siguientes factores influyeron ESPECIALMENTE en su elección del tratamiento? (Elija hasta tres opciones)

- Posibilidad de recibir el tratamiento cerca de donde vivo
- Posibilidad de un tratamiento para curar o controlar mi cáncer
- Costo del tratamiento
- La recomendación de mis médicos
- Las opiniones, inquietudes o experiencias de amigos o conocidos
- Las opiniones, inquietudes o experiencias de mi cónyuge o pareja
- Las opiniones, inquietudes o experiencias de otros familiares
- Los efectos secundarios del tratamiento
- El efecto del tratamiento en el tiempo que no trabajo o hago otras actividades
- Otro: _____



E. Comparación entre los tratamientos y sus efectos secundarios con las expectativas

10. Elija una respuesta en cada línea:

	Mucho peor	Un poco peor	Casi lo mismo	Un poco mejor	Mucho mejor
a. En comparación con sus expectativas, ¿cómo calificaría la <u>eficacia del tratamiento</u> hasta ahora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. En comparación con sus expectativas, ¿cómo calificaría los <u>efectos secundarios del tratamiento</u> hasta ahora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G. Salud General

11. ¿**Alguna vez** le diagnosticaron algún otro cáncer? (Vea a continuación).

No incluya el cáncer de próstata ni la no-melanoma cáncer de piel (melanoma).

No (si contesto no, por favor siga a la pregunta 12)

Sí **Si contestó "Sí", por favor indique qué cáncer ha tenido.**
(Elija una respuesta para cada opción)

	Sí	No
a. Cáncer rectal o de colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Cáncer de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cáncer de riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cáncer de vejiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Linfoma o leucemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Cáncer de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Cáncer de páncreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Cáncer de boca o bucal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Melanoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Cáncer de hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Otro tipo de cáncer (especifique): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Id. del participante

0 0 0 0

12. ¿Alguna vez le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas respiratorios? (Elija una respuesta para cada opción)

	Sí	No
a. Enfisema o bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuvo cada una de las siguientes? (Elija una respuesta para cada opción)

	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces o más
a. Neumonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bronquitis para la cual tomó antibióticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Gripe con tos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia se quedó sin aliento? (Elija una respuesta para cada opción)

	Nunca	Un poco	Parte del tiempo	Mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. Cuando se acuesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Al sentarse, al descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Al caminar menos de una cuadra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Al subir un piso de escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Al subir varios pisos de escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene alguno de los siguientes problemas relacionados con el corazón o con la circulación? (Elija una respuesta para cada opción)

	Sí	No
a. Previo infarto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Falla congestive del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Angina de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



16. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía presión arterial alta?

- No (Si contesto "no", por favor continúe a la pregunta 17)
- Sí
- No lo sé

Si contesto "Sí" responda las siguientes preguntas:

Durante **los últimos 6 meses**, ¿tomó algún medicamento para la presión arterial alta?

- Sí, y el medicamento controló mi presión arterial alta
- Sí, pero mi presión arterial continúa siendo alta
- No, no tomé ningún medicamento para la presión arterial alta

17. ¿**Alguna vez** le hicieron alguna de las siguientes operaciones o procedimientos relacionados con su corazón? (Marque uno por cada línea)

	Sí	No
a. Cirugía de bypass de las arterias coronarias (cirugía a corazón abierto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Angioplastia coronaria (balón o stent)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cateterismo cardíaco (angiograma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Prueba de esfuerzo cardíaco (ergometría)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Marcapasos/colocación de desfibrilador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. En los **últimos 6 meses** ¿Cuántas veces ha tenido alguno de los siguientes problemas relacionados con su corazón o la circulación? (Marque uno por cada línea)

	Nunca	Un poco	Parte del tiempo	Mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. Dolor de pecho o presión en el pecho cuando hace ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dolor de pecho o presión al descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tobillos o piernas que se hinchan durante el transcurso del día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Desmayos o vértigo cuando se pone de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



19. Durante los **últimos 6 meses**, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda o en las articulaciones? (*Marque uno por cada línea*)

	Nunca	Una o dos veces solamente	Como una vez al mes	Casi cada semana	Más de una vez a la semana
a. Que duró como mínimo medio día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Que le impidiera dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Que le impidiera hacer ejercicios o actividades vigorosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas en los pies o las piernas? (*Marque uno por cada línea*)

	Sí	No
a. Enfermedad vascular periférica (mala circulación en las piernas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Claudicación (calambres en las pantorrillas al realizar ejercicio físico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Neuropatía periférica (entumecimiento, hormigueo o quemazón en los pies)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Úlceras en los pies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas? (*Marque uno por cada línea*)

	Sí	No
a. Derrame cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Transient ischemic attack (TIA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Epilepsia o trastorno convulsivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Enfermedad de Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Migrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. ¿**Alguna vez** tuvo alguno de los siguientes problemas? (*Marque uno por cada línea*)

	Sí	No
a. Parálisis o debilidad en un lado del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Pérdida de la habilidad de hablar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



23. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas en los ojos? (Marque uno por cada línea)

	Sí	No
a. Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Visión borrosa (que no pudiera corregirse con gafas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Retinopatía o degeneración macular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. ¿**Alguna vez** se sometió a alguna de las siguientes operaciones de los ojos? (Marque uno por cada línea)

	Sí, en un ojo	Sí, en los dos ojos	No
a. Cirugía de cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tratamiento láser para diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía diabetes?

- No (Si contesto "No", continúe a la pregunta 26)
- Sí
- No lo sé

Sí contesto "Sí", responda las siguientes preguntas:

¿Recibe inyecciones de insulina?

- No
- Sí
- No lo sé

26. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)?

- No
- Sí
- No lo sé



Id. del participante

0 0 0 0

H. Actividades de la vida diaria

27. Las siguientes son actividades que usted quizás realice durante un día típico.

¿Le limita actualmente su salud en hacer estas actividades? ¿Sí es así, que tanto?

(Marque un por cada línea)

	Sí, estoy muy LIMITADO	Si, estoy un poco LIMITADO	No estoy LIMITADO en nada
a. <u>Actividades vigorosas</u> , tal como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes arduos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <u>Actividades moderadas</u> , tal como mover una mesa, aspirar, jugar a boliche o golf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Levantar o llevar bolsas del mercado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Subir <u>varios</u> pisos de escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Subir un <u>piso</u> de escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Doblarse, arrodillarse, o agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Caminar <u>más de una milla</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Caminar <u>varios cientos de yardas</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Caminar <u>cien yardas</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Bañarse o vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaya a la página siguiente.

**I. Estado de ánimo**

28. Estas preguntas son acerca de cómo se siente y de cómo han andado las cosas con usted durante las **últimas 4 semanas**. Para cada pregunta, por favor proporcione la respuesta que más se acerque a cómo ha estado sintiéndose.

¿Cuanta parte del tiempo durante las **últimas 4 semanas**...
(Marque uno por cada línea).

	<u>Ningún</u> parte del tiempo	Un <u>POCO</u> del tiempo	<u>Parte</u> <u>del</u> <u>tiempo</u>	UN BUEN <u>parte</u> <u>del</u> <u>tiempo</u>	<u>LA</u> <u>MAYOR</u> <u>parte del</u> <u>tiempo</u>	<u>Todo el</u> tiempo
a. ¿Se sintió repleto de la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Se ha sentido muy nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Se ha sentido tan desanimado y triste que nada podía alegrarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Se ha sentido calmado y en paz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Tuvo mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Se sintió decaído y deprimido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Se sintió agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Se sintió feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Se sintió cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaya a la página siguiente.



29. ¿Durante las **últimas 4 semanas** con que frecuencia fueron las siguientes declaraciones verdaderas? (*Elija una respuesta para cada opción*)

	<u>Ningún</u> parte del tiempo	<u>Parte o</u> poco del tiempo	De vez en cuando	<u>LA MAYOR</u> <u>parte del</u> <u>tiempo</u>
a. Me molesté por las cosas que generalmente no me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sentí que no podía quitarme la tristeza aún con la ayuda de mi familia o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tuve problemas concentrándome en lo que hacía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Me sentí deprimido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Mi sueño era inquieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Fuí feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Disfruté de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Me sentí triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J. Salud Urinaria

30. Durante las **últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia tuvo pérdidas de orina? (*Elija una opción*)

- Más de una vez por día
- Aproximadamente una vez por día
- Mas de una vez por semana
- Alrededor de una vez por semana
- Rara vez o nunca

31. ¿Cuál de las opciones siguientes describe mejor su control urinario durante las **últimas 4 semanas**? (*Elija una opción*)

- Ningún tipo de control urinario
- Goteos frecuentes
- Goteos ocasionales
- Control total



Id. del participante

0 0 0 0

32. ¿Cuántos apósitos o pañales de adultos al día usó usted en general para controlar la pérdida de orina durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción).

- Ninguno
- 1 apósito por día
- 2 apósitos por día
- 3 o más apósitos por día

33. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Marque una respuesta por línea)

	Ningun problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
a. Pérdida de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dolor o ardor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Sangrado con la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Chorro de orina débil o vaciado incompleto de la vejiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Necesidad de orinar con frecuencia durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) su función urinaria durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Vaya a la página siguiente.



K. Salud Intestinal

35. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Marque una respuesta por línea)

	Ningun problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
a. Urgencia de defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Mayor frecuencia de las defecaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Pérdida de control de materia fecal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Materia fecal con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Dolor abdominal/pélvico/rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. ¿En términos generales ¿en qué medida han sido un problema para usted sus hábitos intestinales durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Vaya a la página siguiente.

**L. Salud Sexual**

37. ¿Tiene usted actualmente una pareja sexual?

- Sí
 No

Cualquiera sea su respuesta por favor trate de responder las siguientes preguntas:

38. ¿Usa actualmente alguno de los siguientes para resolver problemas de la función sexual? (*Marque una respuesta por línea*)

	Sí	No
a. Dispositivo de succión de vacío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Inyecciones peneanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Comprimidos tales como Viagra, Cialis, Levitra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Gránulos o supositorios para la uretra (Muse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Prótesis peneanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Otro (por favor especifique): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Independientemente de su respuesta a la pregunta anterior, indique su experiencia real en las **últimas 4 semanas** para las siguientes preguntas:

39. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (*Marque una respuesta por línea*)

	Muy mala o ninguna	Mala	Regular	Buena	Muy buena
a. Su capacidad para tener una erección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Id. del participante

0 0 0 0

40. ¿Cómo calificaría la CALIDAD habitual de sus erecciones durante las últimas 4 semanas? (Elija una opción)
- No tuve ninguna erección
 - No lo suficientemente firme para ninguna actividad sexual
 - Lo suficientemente firme para masturbación y juegos eróticos
 - Lo suficientemente firme para mantener una relación sexual
41. ¿Cómo calificaría la FRECUENCIA de sus erecciones durante las últimas 4 semanas? (Elija una opción)
- NUNCA tuve una erección cuando la quise
 - Tuve una erección MENOS DE LA MITAD de las veces que la quise
 - Tuve una erección APROXIMADAMENTE LA MITAD de las veces que la quise
 - Tuve una erección MÁS DE LA MITAD de las veces que la quise
 - Tuve una erección SIEMPRE que la quise
42. ¿Cómo calificaría su capacidad de funcionar sexualmente durante las últimas 4 semanas ? (Elija una opción)
- Muy mala
 - Mala
 - Regular
 - Buena
 - Muy buena
43. En general, ¿en qué medida ha sido un problema para usted su función sexual o la falta de función sexual durante las últimas 4 semanas? (Elija una opción)
- Ningún problema
 - Un problema muy pequeño
 - Un problema pequeño
 - Un problema moderado
 - Un problema grande



M. Otros asuntos

44. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las últimas 4 semanas? (Elija una respuesta para cada opción)

	Ningun problema	Un Problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
a. Sofocos de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sensibilidad/agrandamiento de los senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Falta de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Cambio en el peso corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. El tratamiento del cáncer de próstata puede ocasionar otros problemas de salud. ¿Ha desarrollado alguno de los problemas enumerados a continuación después de su tratamiento del cáncer de próstata?

- Sí (Si contesta "Sí", elija todas las opciones que correspondan a continuación)
- No (Si contesta "No", vaya a la pregunta 46 de la página siguiente)

	Sí	No
a. Cicatrización/estenosis de la uretra/ contractura del cuello vesical (obstrucción o estrechamiento del conducto por el que sale la orina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Procedimiento para incontinencia urinaria (esfínter urinario artificial, cabestrillo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Fístula (conexión anormal entre las vías urinarias y el intestino)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Retención de orina (no puede orinar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar/coágulos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Fractura de hueso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Acortamiento del pene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Otro, especifique: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



N. Inquietudes relacionadas con las consecuencias del cáncer de próstata

46. En general, ¿de qué tamaño es la molestia para usted y su familia en cada una de las siguientes áreas a causa de tener cáncer de próstata? (Elija una respuesta para cada opción)

	<u>Muy Grande molestia</u>	<u>Grande molestia</u>	<u>Me Siento Neutral</u>	<u>Pequeña molestia</u>	<u>Muy Pequeña molestia</u>	<u>No es una molestia</u>
a. Nuestra salud en general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Nuestras actividades sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Nuestros estilo de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Nuestras finanzas en general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Nuestras finanzas debido a lo que cuesta mi tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Nuestras finanzas debido a lo que cuestan otros servicios de salud para el cáncer de la próstata (como visitas al médico, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Nuestras finanzas debido al costo de mi seguro de salud porque tengo cancer de prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. ¿Qué tan cierto fueron cada una de las siguientes oraciones para usted durante las últimas 4 semanas? (Elija una respuesta para cada opción)

	<u>Para nada</u>	<u>Un poco</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
a. Estoy seguro de que mi cáncer esta bajo control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Me preocupa que mi cáncer pueda regresar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Me preocupa que mi cáncer se extienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Me pregunto si el tratamiento que recibí para el cáncer de próstata realmente funcionó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Me preocupa no saber exactamente qué sucede con mi cáncer de próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Id. del participante

0 0 0 0

48. Salud: ¿Qué tan cierto es cada una de las siguientes oraciones a su situación?
(Elija una respuesta en cada línea)

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
a. Mi salud podría empeorar en cualquier momento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. A veces me preocupo por la posibilidad de morir prematuramente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Me preocupo por lo que mi médico encontrará luego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Me preocupa que los cambios en mi condición médica no se detecten a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Me siento incómodo con el estado actual de mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Vivo con miedo de que mi PSA aumente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. PSA: ¿Qué tan cierto es cada una de las siguientes oraciones a su situación **durante las últimas 4 semanas**? (Elija una respuesta en cada línea)

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
a. Hago un seguimiento cuidadoso de mi PSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Saber mi nivel de PSA me resulta reconfortante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaya a la página siguiente.



Id. del participante

0 0 0 0

50. Elección de tratamiento: ¿Qué tan cierto es cada una de las siguientes oraciones a su situación? (Elija una respuesta en cada línea)

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
a. Me pregunto si estaría mejor con un tratamiento distinto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. A veces me pregunto si realmente valió la pena todo el esfuerzo para recibir el tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. A veces siento que el tratamiento que recibí no era el indicado para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Si tuviera que volver a hacerlo, elegiría otro tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. A veces deseo que pudiera cambiar mi forma de pensar sobre el tipo de tratamiento que elegí para mi cáncer de próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Perspectiva: ¿En qué medida se aplica cada una de las siguientes oraciones a su situación? (Elija una respuesta en cada línea)

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
a. Siento que mi cáncer me ha dado una mejor perspectiva de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Siento que hacer frente al cáncer me ha convertido en una persona más fuerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaya a la página siguiente.



Id. del participante

0 0 0 0

52. **Decisión:** ¿Qué tan cierto es cada una de las siguientes oraciones a su situación? (Elija una respuesta en cada línea)

	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
a. Tuve toda la información que necesitaba cuando un tratamiento fue elegido para mi cáncer de próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Mis médicos me dijeron todo sobre los efectos del tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Supe las preguntas indicadas para hacer a mi médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tuve tiempo suficiente para tomar una decisión sobre mi tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Me siento satisfecho con las elecciones que hice para tratar mi cáncer de próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Recomendaría el tratamiento que recibí a un pariente o amigo cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O. Apoyo social

53. A veces, la gente mira a los demás para el compañerismo, asistencia, u otros tipos de apoyo. ¿Con qué frecuencia son cada uno de los siguientes tipos de apoyo disponibles para usted si los necesita? (Elija una respuesta para cada opción)

	NINGÚN parte del tiempo	UN POCO del tiempo	PARTE del tiempo	LA MAYOR parte del tiempo	TODO el tiempo
a. Alguien que pueda ayudarle si lo necesita, por ejemplo, para ir al médico o preparar las comidas si usted no lo puede hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Alguien con quien compartir sus preocupaciones y temores más íntimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Alguien a quien amar y que le haga sentir querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Alguien con quien hacer cosas agradables o pasar un buen rato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Alguien que le dé buen consejo o información para entender su situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



54. ¿Actualmente está participando en algún tipo de grupo de apoyo para el cáncer de próstata?
(Elija una respuesta en cada línea)

	Sí	No
a. Reuniones presenciales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Comunidad virtual a través de la internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Otro (especifique): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P. Satisfacción con respecto a la atención medica

55. En términos generales, ¿qué tan satisfecho se siente con respecto a...?
(Elija una respuesta para cada afirmación)

	Totalmente satisfecho	Muy satisfecho	Algo satisfecho	Mezcla	Algo insatis- fecho	Muy insatis- fecho	Totalmente insatisfecho
a. el efecto que los servicios de atención médica han tenido en ayudarle a enfrentar su cáncer y mantener el bienestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. el efecto que el tratamiento contra el cáncer ha tenido en cuanto a prevenir el avance o la recurrencia del cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. la calidad del tratamiento contra el cáncer que ha recibido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. el efecto que tuvieron los servicios en ayudar a aliviar los síntomas o reducir los problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. En términos generales, ¿que tan satisfecho está con el tratamiento contra el cáncer que ha recibido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Q. Estado de salud

56. Debajo de cada título, llene SOLAMENTE el óvalo que mejor describa su salud HOY

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

Cuidado personal

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme ni vestirme

Actividades habituales (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas de la casa, actividades familiares o de ocio)

- No tengo problemas para hacer mis actividades habituales
- Tengo problemas leves para hacer mis actividades habituales
- Tengo problemas moderados para hacer mis actividades habituales
- Tengo problemas graves para hacer mis actividades habituales
- No puedo hacer mis actividades habituales

Dolor/molestias

- No tengo dolores ni molestias
- Tengo dolores o molestias leves
- Tengo dolores o molestias moderados
- Tengo dolores o molestias graves
- Tengo dolores o molestias extremos

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido



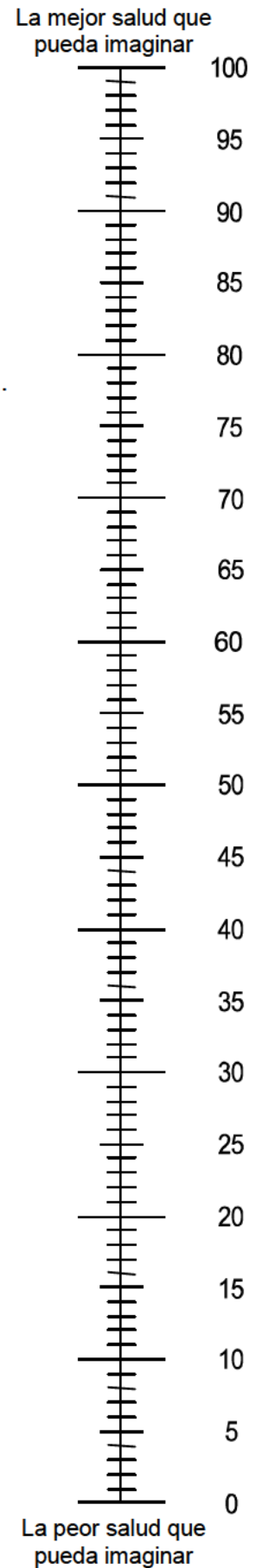
Id. del participante

0 0 0 0

57. Quisiéramos saber cómo calificaría su estado de salud HOY.

- Esta escala está numerada del 0 al 100.
- 100 significa la mejor salud que pueda imaginar.
0 significa la peor salud que pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cómo es su estado de salud HOY.
- Luego, escriba en esta casilla el número que marcó en la escala.

SU SALUD HOY =





R. Preguntas Demograficas

58. Cuál es su situación de empleo? (Marque todos que le correspondan)

- Trabajando a tiempo completo
- Trabajando a tiempo parcial
- Retirado
- Desempleado (o buscando trabajo)

59. ¿Cuál es su estado civil actual? (Marque una opción)

- Nunca me casé
- Casado o con una relación estable
- Separado
- Divorciado
- Viudo

60. Qué tipo de seguro de salud o cobertura de atención médica tiene actualmente?
(Marque todos los que correspondan)

- Sin seguro
- Seguro medico privado o HMO
- Medicare
- Atención medica de la administración de los veteranos (VA)
- Atención medica militar (incluye CHAMPUS/TriCARE, CHAMP-VA)
- Medicaid
- Servicio de salud indígena, Programa de salud tribal o clínica Indígena urbana
- No lo sé
- Otra, por favor especifique: _____

61. ¿Cuál es su estatura actual? pies pulgadas

62. ¿Cuál es su peso actual? libras

63. ¿Cuál es su medida de cintura actual (en los pantalones o el cinturón)? pulgadas

64. ¿ Usted fuma? (Elija una)

- Sí
- No, pero fumaba y dejé de fumar en los últimos 10 años
- No, pero fumaba y dejé de fumar hace más de 10 años
- No, nunca fumé

