

N.º de identificación del participante |__|__| |__|__|__|__|



Encuesta Inicial

Estudio CEASAR

Este cuestionario 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, según su experiencia, con sinceridad y en su totalidad. Sus respuestas nos ayudarán a saber más sobre cómo tratar mejor su cáncer de próstata.

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

Muchas gracias por su cooperación para responder estas preguntas.

Instrucciones generales

POR FAVOR, LEA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE

- Responda a cada pregunta de la mejor forma que pueda. Si decide saltar una pregunta, escriba 'saltada' al lado.
- Por favor 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:

- Por favor siga las instrucciones que lo llevan a la siguiente pregunta.

Ejemplo: **No (Si contestó "No", vaya a la sección "Si contestó "No" de la página siguiente)**

- Si marca una respuesta que tiene un renglón debajo, escriba la información específica en dicho renglón.

Ejemplo:

Otro, especifique: mi amigo que es médico

- Marque sólo una respuesta para cada pregunta, salvo que haya otras instrucciones.
- Si **marca un óvalo por error**, póngale una X encima y complete la respuesta correcta, de esta manera:
- En la medida que sea posible, por favor intente responder a todas las preguntas de una vez.

Preguntas generales sobre el cáncer de próstata

1. Fecha de hoy: |_|_|/ |_|_|/ |2|0|_|_|
 Mes Día Año
2. ¿ Cuantos años tiene? |_|_|_|
3. ¿Cuál es el resultado de su prueba más reciente de PSA (prueba de antígeno de próstata específico)?
 |_|_|_|. |_|_|_|

 No lo sé
4. ¿Le dijo el médico que el cáncer se había extendido fuera de la próstata?
(Elija una respuesta).
 Sí
 No
 No lo sé
5. ¿ Que es tu situacion de empleo? (Marque todas las que correspondan)
 Trabajo tiempo completo
 Trabajo tiempo parcial
 Trabajo independiente
 Jubilado
 Desempleado (o buscando trabajo)
6. ¿Comenzó o recibió alguna terapia o tratamiento para el cáncer de próstata?
 Sí
 No

Si contestó "Sí", ¿qué tipo de terapia? (Elija todos los que correspondan).

- Cirugía (prostatectomía)
 Radioterapia de haz externo (estándar o conformal)
 Fuentes radiactivas (implantes, braquiterapia)
 Terapia con hormonas (inyecciones o comprimidos tales como Flutamide, Eulexin, Casodex, Zoladex o Lupron)
 Crioterapia (congelamiento de la próstata)
 Sin tratamiento activo (observación o espera vigilante)
 Otra terapia inicial (especifique): _____

Salud general

7. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

8. Durante los **últimos 6 meses**, ¿con qué frecuencia se quedó sin aliento? (Marque uno por cada fila)

	<u>NINGUNA</u> parte del tiempo	<u>UNA</u> <u>POCO</u> parte del tiempo	<u>PARTE</u> del tiempo	<u>LA</u> <u>MAYOR</u> parte del tiempo	<u>TODO</u> el tiempo
a. Cuando se acuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Al sentarse, al descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Al caminar menos de una cuadra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Al subir un piso de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Al subir varios pisos de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene alguno de los siguientes problemas relacionados con el corazón o con la circulación? (Marque uno por cada fila).

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

10. 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 fila)

	Nunca	Una o dos veces solamente	Cerca de una vez al mes	Casi cada semana	Más de una vez por semana
a. Dolor de pecho o presión en el pecho cuando hace ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de pecho o presión al descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tobillos o piernas que se hinchan durante el transcurso del día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Desmayos o mareo cuando se pone de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para el siguiente grupo de preguntas, si usted ya ha comenzado la terapia/el tratamiento para su cáncer de próstata, piense en las 4 semanas inmediatamente anteriores al comienzo de la terapia para responder las preguntas.

11. Las siguientes son actividades que usted quizás realice durante un día típico. ¿Le limita actualmente su salud en hacer estas actividades? ¿Si se así, que tanto? (Si **ya empezó terapia/tratamiento para cáncer de próstata, piense atrás 4 semanas inmediatamente antes que empezó su terapia/tratamiento para responder a la pregunta** (Marque un por cada línea).

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

12. Estas preguntas son acerca de cómo se siente y de cómo han andado las cosas con usted durante las últimas 4 semanas (si ya ha empezado terapia/tratamiento para cáncer de próstata, piense atrás 4 semanas inmediatamente antes de que empezó su terapia/tratamiento para responder a la pregunta). Por cada pregunta, por favor proporcione la respuesta que más se acerque a como ha estado sintiéndose. ¿Cuánta parte del tiempo durante las pasadas 4 semanas...
(Marque uno por cada línea).

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

13. ¿Las últimas 4 semanas (Las 4 semanas antes de tratamiento si ya empezó terapia) con que frecuencia fueron las siguientes declaraciones verdaderas? (*Elija una respuesta para cada opción*).

	<u>NINGUNA</u> parte del tiempo	<u>PARTE o</u> <u>POCO</u> del tiempo	<u>DE VEZ EN</u> <u>CUANDO</u>	<u>LA MAYOR</u> <u>parte o</u> <u>TODO</u> el tiempo
a. Me molesté por las cosas que generalmente no me molestan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentí que no podía quitarme la tristeza aun con la ayuda de mi familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tuve problemas concentrándome en lo que hacía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me sentí deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mi sueño era inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fui feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Disfruté de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me sentí triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Salud de órganos específicos

Para el siguiente grupo de preguntas, si usted ya ha comenzado la terapia/el tratamiento para su cáncer de próstata, por favor piense en las 4 semanas inmediatamente anteriores al comienzo de la terapia para responder las preguntas.

Salud urinaria

14. Durante las **cuatro últimas semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**, ¿con qué frecuencia tuvo pérdidas de orina? *(Elija una opción)*.
- Más de una vez por día
 - Aproximadamente una vez por día
 - Más de una vez por semana
 - Alrededor de una vez por semana
 - Rara vez o nunca
15. ¿Cuál de las opciones siguientes describe mejor su control urinario **durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(Elija una opción)*.
- Ningún tipo de control urinario
 - Goteos frecuentes
 - Goteos ocasionales
 - Control total
16. ¿Cuántos apósitos o pañales de adultos al día usó usted en general para controlar la pérdida de orina **durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(Elija una opción)*.
- Ninguno
 - 1 apósito por día
 - 2 apósitos por día
 - 3 o más apósitos por día

17. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fue) cada uno de los siguientes durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)? (Elija una respuesta para cada opción).

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

18. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fue) cada uno de los siguientes durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)? (Elija una opción).

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

Salud intestinal

19. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fue) cada uno de los siguientes durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)? (Elija una respuesta para cada opción).

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

20. En términos generales ¿en qué medida han sido un problema para usted sus hábitos intestinales **durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(Elija una opción).*

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

Salud sexual

21. ¿Usa actualmente alguno de los siguientes para resolver problemas de la función sexual?

	Sí	No
a. Dispositivo de succión de vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Inyecciones penéanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Comprimidos, tales como Viagra, Cialis, Levitra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gránulos o supositorios para la uretra (Muse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Prótesis penéanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes **durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(Elija una respuesta para cada opción).*

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

23. ¿Cómo calificaría la CALIDAD habitual de sus erecciones **durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(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

24. ¿Cómo calificaría la FRECUENCIA de sus erecciones **durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(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

25. ¿Cómo calificaría su capacidad de funcionar sexualmente **durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(Elija una opción).*

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

26. 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 (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)**? *(Elija una opción).*

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

27. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fue) cada uno de los siguientes durante las últimas 4 semanas (o las 4 semanas anteriores al tratamiento si usted ya ha comenzado la terapia)? (Elija una respuesta para cada opción).

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

Inquietudes relacionadas con las consecuencias del cáncer de próstata

28. A veces, personas con cáncer de próstata se preocupan de las complicaciones que pueden desarrollarse. ¿Cuánto se a preocupado usted sobre las siguientes cosas? (Elija una respuesta para cada opción).

	<u>GRAVEMENTE</u> preocupado	<u>MUY</u> preocupado	<u>Preocupado</u>	<u>UN POCO</u> preocupado	NUNCA me preocupado
a. Pérdida de la función sexual después del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Problemas intestinales después del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tener que depender de familiares o amigos a causa del cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La falta de una cura para el cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Morirse antes que la mayoría de las personas, a causa cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tener otros problemas de salud mayores que se hacen peor a causa cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. El impacto total del cáncer de próstata en su salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. En general, ¿de que 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>Se Siente Neutral</u>	<u>Pequeña molestia</u>	<u>Muy Pequeña molestia</u>	<u>No es una molestia</u>
a. Nuestra salud en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nuestras actividades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nuestros estilo de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nuestras finanzas en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nuestras finanzas debido a lo que cuesta mi tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Nuestras finanzas debido al costo de mi seguro de salud porque tengo cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. ¿Cuántas veces se ha preocupado de que el tratamiento del cáncer que usted elija tendrá un impacto significativo en sus relaciones intimas? (*Elija una opción*).

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

31. ¿Con qué frecuencia se ha preguntado por qué tiene cáncer o se pregunta “¿Por qué yo?” (*Elija una opción*).

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

32. A veces, la gente mira a los demás para el compañerismo, asistencia, o 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*).

	<u>NINGUNA</u> parte del tiempo	<u>UNA POCO</u> parte del tiempo	<u>PARTE</u> del tiempo	<u>LA</u> <u>MAYOR</u> parte del tiempo	<u>TODO</u> 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alguien con quien compartir sus preocupaciones y temores más íntimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alguien a quien amar y que le haga sentir querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Alguien con quien hacer cosas agradables o pasar un buen rato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alguien que le dé buen consejo o que le de información para ayudarle a entender su situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su relación con su médico y el sistema de atención de salud

Sus respuestas a estas preguntas, como todas las respuestas de esta encuesta, son confidenciales. No se compartirán con nadie relacionado con su atención médica, ni siquiera su médico.

33. Por favor piense en el cuidado que ha recibido desde que fue diagnosticó con cáncer de próstata. (*Elija una respuesta para cada opción*).

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
a. ¿Con qué frecuencia los médicos <u>que cuidaron su cáncer de próstata</u> le piden que usted tome parte de la responsabilidad para su tratamiento?	<input type="checkbox"/>				
b. Si hubiera una elección entre tratamientos con qué frecuencia <u>los médicos que cuidan su cáncer de próstata</u> le piden que <u>usted</u> ayude a tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>				
c. ¿Con qué frecuencia los médicos que cuidaron de <u>su cáncer de próstata</u> hacen un esfuerzo por darle algo de control sobre decisiones de tratamiento?	<input type="checkbox"/>				

34. ¿Con qué frecuencia los médicos que cuidan de su cáncer de próstata... (Elija una respuesta para cada opción).

	<u>NINGUNA</u> parte del tiempo	<u>UNA</u> <u>POCO</u> parte del tiempo	<u>PARTE</u> del tiempo	<u>LA</u> <u>MAYOR</u> parte del tiempo	<u>TODO</u> el tiempo
a. Le ofrecen <u>opciones</u> en su cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Discute los <u>pros</u> y los contras de cada elección con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le hace indicar cuál elección u opción usted preferiría?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Toma sus preferencias en cuenta al hacer las decisiones del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, continúe a la siguiente página

35. Las siguientes preguntas son acerca de sus creencias acerca de la salud y su cuidado. Por cada declaración, llene el óvalo de la escala que es más cercano a que tanto usted está en acuerdo o en desacuerdo con la declaración. *(Elija una respuesta para cada opción).*

	Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Me siento neutral	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. A menudo siento que por más que trato, soy incapaz (cuando se trata de influir en mi cuidado médico) de cambiar la clase de cuidado médico que obtengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cada vez mas, me siento impotente en controlar mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A menudo me dan ganas de renunciar a mi cuidado médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Es mejor dejar casi todas las decisiones de tratamiento al doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aun cuándo pacientes han tenido la enfermedad durante mucho tiempo, es preferible que el medico tome todas las decisiones del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Las personas que son insistentes con los médicos no son buenos pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por participar. Por favor regrese esta encuesta en el sobre incluido con el franqueo pagado. Si tiene alguna pregunta por favor llame a: