

MES

Fecha de la entrevista: ____ / ____ / ____

Nº Registro: ____

CUESTIONARIO ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Estamos realizando un estudio con personas que, como usted, van a iniciar un tratamiento con quimioterapia y necesitamos que nos conteste unas preguntas:

- **Nombre:** _____
- **NHª**
- **Fecha Nacimiento** ____ / ____ / ____ **Edad**
- **Tipo de Cáncer:**
- **Antecedentes médicos de interés para el estudio:**

ANTECEDENTES	SI	NO	TIPO
FUMADOR			
BEBEDOR			
HTA			
DLP			
DM			
PATOLOGIA CARDIACA			
PATOLOGIA RESPIRATORIA			
PATOLOGIA DIGESTIVA			
PATOLOGIA GENITO-URINARIA			
PATOLOGIA GINECOLOGICA			
PATOLOGIA ORL			
PATOLOGIA TRAUMATOLOGICA			
IQ			

- **PS:** 0 1 2

DATOS GENERALES/ANALISIS	Mes 0	6 m antes	12 m antes
SEXO			
EDAD			
TNM/estadio			
PESO			
TALLA			
CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL			
REDUCCION DE INGESTA INGESTA ≤50% LA ÚLTIMA SEMANA O CUALQUIER REDUCCIÓN DE LA INGESTA LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.			
MALABSORCION: DIARREA CRÓNICA, SD INTESTINO CORTO, INSUFICIENCIA PANCREATICA, CX BARIATRICA, OSTOMÍA.			
PCR			
COLESTEROL TOTAL			
PROTEINAS TOTALES			
ALBUMINA			
PREALBUMINA			
RBP			
HEMOGLOBINA			
LEUCOCITOS			
LINFOCITOS			
PLAQUETAS			
TRANSFERRINA			

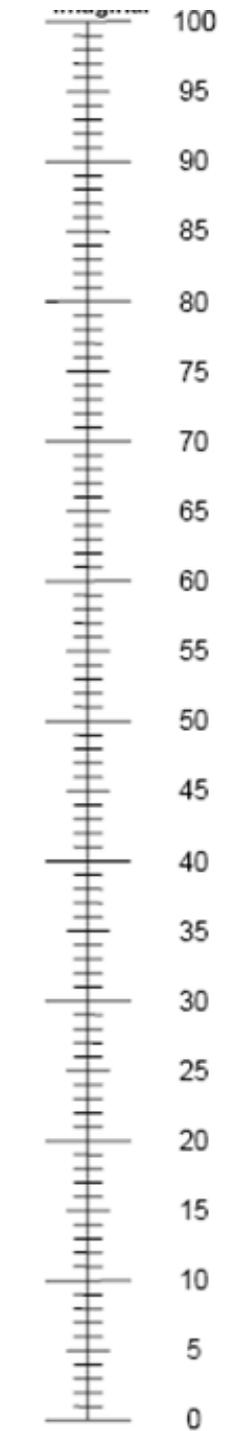
DATOS ESPECIFICOS	SI	NO	Especificar
¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA DIARIA?			
¿CON QUE FRECUENCIA?			
¿CAMINA A DIARIO Y CUANTO?			
¿HA CAMBIADO SU ESTADO DE ANIMO DESDE EL DIAGNOSTICO?			

FATIGABILIDAD

NOS GUSTARÍA SU GRADO DE CANSANCIO **HOY**: Para ello hemos dibujado una escala parecida a un termómetro. Esta escala está numerada del 0 al 100 (100 representa el cansancio máximo que usted se pueda imaginar y 0 lo menos cansado que se pueda imaginar).

MARQUE CON UNA "X" EN LA ESCALA

ESCRIBA ABAJO EL NÚMERO QUE HA MARCADO EN EL TERMÓMETRO



ESCALA FACIT-FATIGA

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes.

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento agotado(a).....0	1	2	3	4	4
Siento debilidad en todo el cuerpo0	1	2	3	4	4
Me siento decaído(a)0	1	2	3	4	4
Me siento cansado(a).....0	1	2	3	4	4
Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado(a)0	1	2	3	4	4
Tengo dificultad para terminar las cosas porque estoy cansado(a)0	1	2	3	4	4
Tengo energía.....0	1	2	3	4	4
Soy capaz de hacer mis actividades habituales (trabajar, ir a la escuela, compras)... 0	1	2	3	4	4
Necesito dormir durante el día 0	1	2	3	4	4
Estoy demasiado cansado(a) para comer0	1	2	3	4	4
Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales.....0	1	2	3	4	4
Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a)para hacer las cosas que quiero hacer.....0	1	2	3	4	4
Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio 0	1	2	3	4	4

A continuación le vamos a preguntar sobre su salud, pero más específicamente relacionada con su enfermedad.

EORTC QLQ-C30 © Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life.
Reservados todos los derechos. Version 3.0

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?				
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4

ESTADO EMOCIONAL: Las preguntas que siguen se han confeccionado para saber cómo se siente afectiva y emocionalmente

HADS

Dígame la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana (marque una única respuesta para cada pregunta).

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho. Le recordamos que todas sus respuestas son confidenciales.

31- Me siento tenso/a y ansioso/a

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

32- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

- Ciertamente, igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

33- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

34- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- Igual que siempre
- Actualmente, algo menos
- Actualmente, mucho menos
- Actualmente, en absoluto

35- Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

36- Me siento alegre

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

37- Soy capaz de permanecer sentada tranquila y relajadamente

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

38- Me siento lenta/o y torpe

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

39- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

40- He perdido el interés por mi aspecto personal

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

41- Me siento inquieta/o como si no pudiera parar de moverme

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

42- Espero las cosas con ilusión

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

43- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

44- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

APOYO SOCIAL: A continuación se muestran algunas cosas que otras personas pueden hacer por nosotros o nos proporcionan. Diga la respuesta que mejor refleje su situación.

DUKE-UNC

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
45. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
46. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
47. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
48. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
49. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
50. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
51. Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales o familiares	1	2	3	4	5
52. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
53. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
54. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en la vida	1	2	3	4	5
55. Recibo ayuda cuando estoy enfermo	1	2	3	4	5

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: por último, por favor, responda a unas últimas preguntas sobre usted

56. ¿Cuál de las siguientes describe mejor su situación actual en su hogar?
(Marque sólo una opción)

- Vivo sólo en una casa/apartamento
- Vivo en una casa/apartamento con mi cónyuge, un familiar u otra persona
- Vivo en una residencia
- Otras (por favor, indíquelo) _____

57. En la actualidad, ¿quién le presta ayuda si es que lo necesita? (Marque todas las que correspondan)

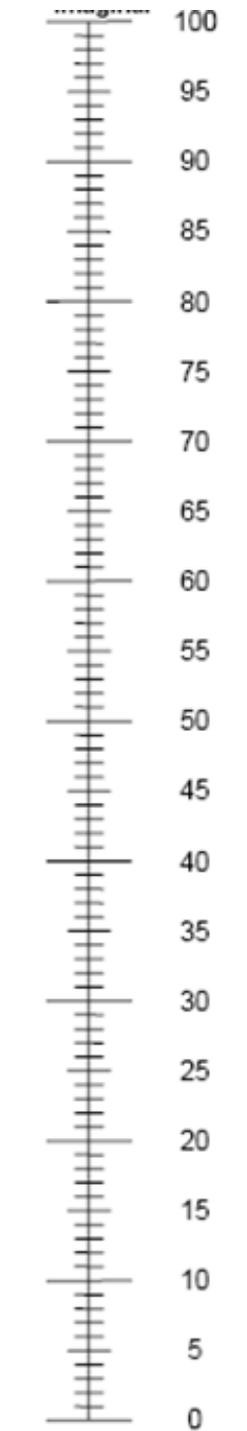
- No preciso ayuda
- Mi familia y/o vecinos
- El voluntariado social
- No tengo apoyo

GRADO DE APOYO DE LA INTERVENCION DE ACTIVIDAD DE PSIQUIATRIA

NOS GUSTARÍA CONOCER EL GRADO DE AYUDA QUE LE HA SUPUESTO EL APOYO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA durante este tiempo: Para ello hemos dibujado una escala parecida a un termómetro. Esta escala está numerada del 0 al 100 (100 representa la máxima ayuda que usted sienta y 0 la mínima).

MARQUE CON UNA "X" EN LA ESCALA

ESCRIBA ABAJO EL NÚMERO QUE HA MARCADO EN EL TERMÓMETRO



PREGUNTAS PARA EL CUIDADOR/A DEL PACIENTE

GENERO: HOMBRE

MUJER

VINCULO FAMILIAR O SOCIAL:

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Responda con una de las siguientes opciones:

1= Nunca; 2= Rara vez; 3=Algunas veces; 4=Bastantes veces; 5=Casi siempre

	1-5
Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	

ESTADO EMOCIONAL: Las preguntas que siguen se han confeccionado para saber cómo se siente afectiva y emocionalmente

HADS PARA EL/LA ACOMPAÑANTE DE PACIENTE

Dígame la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana (marque una única respuesta para cada pregunta).

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho. Le recordamos que todas sus respuestas son confidenciales.

1- Me siento tenso/a y ansioso/a

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

2- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

- Ciertamente, igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

3- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

4- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- Igual que siempre
- Actualmente, algo menos
- Actualmente, mucho menos
- Actualmente, en absoluto

5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

6- Me siento alegre

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

7- Soy capaz de permanecer sentada tranquila y relajadamente

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

8- Me siento lenta/o y torpe

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

9- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

10- He perdido el interés por mi aspecto personal

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

11- Me siento inquieta/o como si no pudiera parar de moverme

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

12- Espero las cosas con ilusión

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

13- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

14- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca