



Patient-ID: ES - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**EORTC QLQ-C30 (versión 3)**

Date:

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, indicando el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

---

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
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 <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

**Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
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?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

**Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

**Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted**

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Pésima

Excelente

## AXSANA - Study



Patient-ID: ES - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**EORTC QLQ - BR23**

Date:

Las pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

**Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
31. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
32. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
33. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
34. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
35. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada por la caída del pelo?	1	2	3	4
36. ¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
37. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
38. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
42. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4

**Durante las últimas cuatro semanas:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
46. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

**Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
47. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
49. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
50. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	1	2	3	4
53. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p.e. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

## **FUNCIONALIDADES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA – ENCUESTA Lymph-ICF-UL**

**Patient - ID:**

**ES -** \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**Fecha en que se completa el formulario:** \_\_\_\_\_

Los malestares en el brazo tras el tratamiento de cáncer de mama pueden tener consecuencias físicas y mentales.

Este formulario contiene 29 preguntas basadas en información suministrada por mujeres que han recibido ese tratamiento.

Junto a cada pregunta hay una escala numerada del 0 al 10. En los extremos de cada escala se indican las palabras «Muy bien» o «Nunca» u otra palabra semejante. Por favor, indica el número en cada escala que mejor corresponde en tu caso. Ese número indica el grado de malestar o reducción de actividades en virtud de la operación de mama. Indica en el círculo abajo a la derecha si alguna actividad no es aplicable en tu caso.

Por favor, indica cómo has pasado **las últimas dos semanas** y no dejes ninguna pregunta sin contestar.

Indica tu opinión y no trates este asunto con personas en tu entorno.

Dolor, sensibilidad, funciones de defensa del sistema inmunológico y de movimiento relativos al brazo:

	Nada											Muy
1. Se siente pesado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Se siente rígido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Se siente inflamado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Se siente una disminución de la fuerza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Se sienten pinchazos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Duele	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. La piel se siente tensa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Problemas mentales

en virtud de los problemas con el brazo:

	Nada											Muy
8. Me siento triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Me siento desanimada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Me falta confianza en mí misma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Me siento estresada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Actividades en el hogar

Indica cuán bien puedes:

	Muy bien											Nada	No aplicable
12. Limpiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>
13. Hacer la comida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>
14. Planchar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>
15. Trabajos de jardinería	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="radio"/>

### Capacidad física

Indica cuán bien puedes realizar

	Muy bien		Nada	No aplicable
16. Trabajos con brazos en alto	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
17. Levantar objetos pesados	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
18. Dormir del lado operado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
19. Hacer trabajos en el ordenador	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
20. Tomar baños de sol	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
21. Conducir vehículos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
22. Caminar más de 2 km	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
23. Andar en bicicleta	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		

### Actividades sociales

Qué tan bien puedes:

	Muy bien		Nada	No aplicable
24. Viajar de vacaciones	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
25. Realizar actividades de tiempo libre	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
26. Participar en actividades deportivas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
27. Vestirte con la ropa que deseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
28. Ejercer una profesión u oficio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		
29. Tener trato con otras personas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		

**¡Gracias por tu participación!**

Date: \_\_\_\_\_

**Escala de Sentido de Coherencia**

(Antonovsky, A. 1987)

A continuación hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de la vida. Cada pregunta tiene 7 respuestas posibles. Por favor, marque el número que mejor exprese su respuesta y dé sólo una respuesta por cada pregunta.

**1. ¿Tiene la impresión de que a Vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?**

1	2	3	4	5	6	7
Rara vez o nunca					Muy a menudo	

**2. ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. creía que conocía bien?**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha pasado					Siempre me pasa	

**3. ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha pasado					Siempre me pasa	

**4. Hasta ahora su vida...**

1	2	3	4	5	6	7
No ha tenido en absoluto objetivos o metas claras					Ha tenido objetivos y metas muy claras	

**5. ¿Tiene Vd. la impresión de que le están tratando de forma injusta?**

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Rara vez o nunca	



**6. ¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?**

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

**7. Hacer las cosas que Vd. hace todos los días...**

1	2	3	4	5	6	7
Me produce una gran alegría y satisfacción						Me produce dolor y aburrimiento

**8. ¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?**

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

**9. ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. que preferiría no tener?**

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

**10. Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados.**

**¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Muy a menudo

**11. Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...**

1	2	3	4	5	6	7
Le dio más importancia o menos de la que en verdad tenía						Dio a las cosas la importancia justa

**12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?**

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

**13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?**

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Rara vez o nunca

Este cuestionario es sobre su actividad física y su hábito de fumar.

1. Considerando el último mes, cuántos días a la semana ha hecho algún ejercicio físico (incluyendo caminar o Bicicleta) que haya durado al menos 30 minutos?

- Ninguno
- Menos de 1 día a la semana
- 1 día/semana
- 2 días/semana
- 3 días /semana
- 4 días/semana
- 5 días/semana
- 6 días/semana
- 7 días/semana

2. Como ha cambiado su actividad física hoy comparado con antes de que la diagnosticaran del cáncer de mama?

- Ha aumentado
- Ha disminuido
- Está igual

3. Fuma?

- Si
- No, nunca he fumado
- No, pero he fumado anteriormente

Gracias por su participación