



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.

	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 <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:

	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?	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:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
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:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
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:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
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:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
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

FUNCIÓN TRAS EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA – ENCUESTA Lymph-ICF-UL

Patient - ID:

ES - ____ - ____

Fecha en que se rellena el formulario: _____

Las molestias en el brazo tras el tratamiento de cáncer de mama pueden tener consecuencias físicas y mentales.

Este formulario contiene 29 preguntas basadas en información aportada por mujeres que han recibido este tipo de 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 «Nada» u otra palabra similar. Este valor indica hasta qué punto usted presenta problemas relacionados con su brazo o limitaciones en la vida diaria. Señale el número que mejor se ajuste a su situación. Si alguno de los puntos no corresponde a su estado actual, por favor señale la casilla marcada como “No aplicable” a la derecha de la escala.

Por favor, responda este cuestionario basándose en **las últimas dos semanas** y en la medida de lo posible no deje ninguna pregunta sin contestar. Responda a las preguntas de la manera que más se ajuste a su situación actual, sin discutir la respuesta con otras personas.

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

	Nada											Mucho
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

relacionados con los problemas del brazo:

	Nada											Mucho
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 como 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 como puedes:

	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 el 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. Montar en bicicleta	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="radio"/>		

Actividades sociales

Indica como 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. Vestirse con la ropa que desea	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 su 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

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