



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