

Cuestionario sobre Calidad de Vida

ID:

Desea seguir participando:

Sí No

I. Cuestionario de Salud SF12

INSTRUCCIONES: Las preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán conocer cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de desempeñar sus actividades habituales.

Por favor, si no está seguro de cómo responder a una pregunta, conteste lo que le parezca más cierto.

En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?:

Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora.

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me cuesta

Subir varios pisos por la escalera.

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me cuesta

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?:

¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer?

- Sí
- No

¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer?

- Sí
- No

¿No desempeñó su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre?

- Sí
- No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo fuera de casa y tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se le parezca más a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo...

...se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

...tuvo mucha energía?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

...se sintió desanimado y triste?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Alguna vez
- Sólo a veces
- Nunca

II. FACT/NCCN BREAST SYMPTOM INDEX

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1. Me falta energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo dolor en ciertas partes de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me ha faltado el aire para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me preocupa que mi enfermedad empeore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estoy satisfecha con mi calidad de vida actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>