

**VERIFIQUE QUE LA MUJER NO HA PARTICIPADO EN ESTE ESTUDIO  
INCLUIR MUJERES PREVIAMENTE DIAGNOSTICADAS CON MAS DE 6 MESES CON CANCER DE SENO**  
\*\*\*\*\*



**GRUPO DE INVESTIGACION SALUD DE LA MUJER  
ESTUDIO CAVICSEN (CALIDAD DE VIDA Y CANCER DE SENO)**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Municipio de Residencia \_\_\_\_\_  
Raza/etnia: Mestizo ( ). Negro ( ). Indígena ( ). Número de Años de Estudio: \_\_\_\_\_  
Edad de la Primera Menstruación: \_\_\_\_\_ Edad del primer embarazo \_\_\_\_\_ Edad primer hijo \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Ha dado lactancia materna alguna vez: No ( ). Si ( ).  
Tiempo de lactancia materna (meses): 1er Hijo \_\_\_\_\_ 2do Hijo \_\_\_\_\_ 3er Hijo \_\_\_\_\_ 4to Hijo \_\_\_\_\_  
Familiares con cáncer de seno: Madre ( ). Tía ( ). Hermana ( ). Abuela ( ). Bisabuela ( ). Prima ( ).  
Ninguno ( ).  
Muerte por cáncer de seno: Madre ( ). Tía ( ). Hermana ( ). Abuela ( ). Bisabuela ( ). Prima ( ).  
Ninguno ( ).  
Asiste a alguna iglesia: No ( ). Si ( ). Señale a que religión pertenece: \_\_\_\_\_  
Se considera creyente en Dios: No ( ). Si ( ).  
Cuánto tiempo hace que le realizaron el diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Ocupación actual: Estudio ( ). Trabajo fuera de casa ( ). Trabajo en casa o ama de casa ( ).  
Turnos de noche: No ( ). Si ( ). Actividad laboral: \_\_\_\_\_  
Actualmente: Soltera ( ). Casada ( ). Unión libre ( ). Viuda ( ). Divorciada ( ). Separada ( ).  
Actualmente asiste a algún grupo de apoyo de cáncer de seno: No ( ). Si ( ).  
Menstruaciones: Regulares ( ) Irregulares-cambian más de 7 días ( ) Ausentes más de un año ( )  
Fecha de la Última menstruación: \_\_\_\_\_  
Tiene Relaciones sexuales ahora: No ( ). Si ( ).  
Utiliza Método de planificación familiar ahora No ( ). Si ( ). Busca embarazo ahora: No ( ). Si ( ).  
Desearía más adelante tener embarazo No ( ). Si ( ).

**ANTES DEL DIAGNOSTICO DE CANCER DE SENO**

Nº de hijos: \_\_\_\_\_ Ejercicio rutinario: No ( ). Si ( ). Número de días a la semana \_\_\_\_\_  
Ocupación: Estudiaba ( ). Trabajaba fuera de casa ( ). Trabajaba en la casa o ama de casa ( ).  
Turnos de noche: No ( ). Si ( ). Actividad laboral: \_\_\_\_\_  
Estaba: Soltera ( ). Casada ( ). Unión libre ( ). Viuda ( ). Divorciada ( ). Separada ( ).  
Consumía cigarrillos: No ( ). Si ( ). Número de cigarrillos al día: \_\_\_\_\_  
Consumía alcohol: No ( ). Si ( ). Número de días al mes: \_\_\_\_\_  
Uso de Anticonceptivos inyectables mensuales: No ( ). Si ( ). Número de meses: \_\_\_\_\_  
Uso de Anticonceptivos inyectables trimestrales: No ( ). Si ( ). Numero de meses: \_\_\_\_\_  
Uso de Anticonceptivos en implantes: No ( ). Si ( ). Numero de meses: \_\_\_\_\_  
Uso de Anticonceptivos orales: No ( ). Si ( ). Número de meses: \_\_\_\_\_  
Uso de Terapia Hormonal para la menopausia: No ( ). Si ( ). Número de meses: \_\_\_\_\_  
Alguna vez presentó: Fibroadenoma No ( ). Si ( ). Mastitis: No ( ) Si ( ).  
Quistes mamarios. No ( ). Si ( ). Se había colocado prótesis en los senos: No ( ). Si ( ).  
Le habían realizaron alguna vez cirugía/biopsia en los senos: No ( ). Si ( ).  
Las menstruaciones era: Regulares ( ). Irregulares-cambios de más de 7 días ( ).  
Se le atrasaban las reglas dos o más meses: No ( ). Si ( ).  
Le habían diagnosticado: Diabetes: No ( ). Sí ( ). Hipertensión arterial: No ( ). Si ( ).  
Le habían diagnosticado: Ovarios Poliquísticos No ( ). Si ( ).  
Algún médico le dijo tener aumento excesivo de vello: No ( ). Si ( ).  
Había escuchado hablar del autoexamen de seno: No ( ). Si ( ). Cómo supo: \_\_\_\_\_  
Tenía el hábito de realizar el autoexamen de seno: No ( ). Si ( ). Como aprendió: \_\_\_\_\_  
En alguna de las consultas médicas le recomendaron el autoexamen de seno: No ( ). Si ( ).  
Se había hecho ecografía de mamas: No ( ). Si ( ). Se había hecho mamografía: No ( ). Si ( ).

## DESPUES DEL DIAGNOSTICO DEL CANCER DE SENO

La lesión la encontraron en: consulta rutinaria ( ). Consultó por tener algo en el seno ( ). Cuando le hicieron el diagnóstico (puede señalar varias): No sentía nada ( ). Dolor ( ). Masa palpable ( ). Deformidad ( ). Cambio de color de piel ( ). Ulcera de piel ( ). Salida de sangre por el pezón ( ). Aumento del tamaño del seno ( ).

El seno afectado por el cáncer fue: Derecho ( ). Izquierdo ( ).

En el examen el médico le palpó ganglios: No ( ). Si ( ). No sabe ( ).

Subtipo histológico de cáncer de seno: Carcinoma ductal in situ ( ). Carcinoma lobulillar in situ ( ). Carcinoma ductal- invasivo ( ). Carcinoma lobulillar-invasivo ( ). Carcinoma tubular/cribiforme ( ). Carcinoma mucinoso ( ). Carcinoma medular ( ). Carcinoma papilar ( ). Carcinoma metaplásico ( ). No sabe ( ).

Subtipo de cáncer de seno (coloque P=positivo, N=negativo, NS= no sabe):

Receptor de Estrógenos ( ). Receptor de Progesterona ( ). HER2/neu ( ).

Estadio de la clasificación del cáncer de mama: 0 ( ). I ( ). II ( ). III ( ). IV ( ). No sabe ( ).

Le encontraron ganglios positivos: No ( ). Si ( ). No sabe ( ).

Quimioterapia: No ( ). Si ( ). N° sesiones: \_\_\_\_\_ Radioterapia: No ( ). Si ( ). N° sesiones: \_\_\_\_\_

Tiempo desde fin de quimioterapia: \_\_\_\_\_ tiempo desde fin de radioterapia: \_\_\_\_\_

En la cirugía le realizaron: Mastectomía radical (Halsted) ( ). Mastectomía radical modificada ( ). Mastectomía simple ( ) Cirugía conservadora (mastectomía parcial o segmentaria) ( ) No sabe ( )

Cirugía reconstructiva: No ( ). Si ( ). Inmediatamente con la mastectomía ( ). Posterior a la mastectomía ( ). Cuanto tiempo posterior a la mastectomía \_\_\_\_\_. Le colocaron implantes mamarios ( ). Expansor tisular ( ). Colgajo miocutaneo del dorsal ancho ( ). Colgajo de los recto abdominales y trasverso ( ). No sabe ( ).

En algún momento le han encontrado Metástasis: No ( ). Si ( ). Número metástasis \_\_\_\_\_

Lugares: \_\_\_\_\_ Quimioterapia para metástasis: No ( ). Si ( ).

Nuevos focos de cáncer de seno le han encontrado: No ( ). Si ( ). Mismo seno ( ) El otro ( ).

Embarazos después del tratamiento: No ( ). Si ( ). Hijos después del tratamiento: No ( ). Si ( )

Utiliza planificación familiar ahora: No ( ). Si ( ).cual \_\_\_\_\_

Cuántas veces ha sido llevada a cirugía (sin contar la biopsia): \_\_\_\_\_

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutro intermedio	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.							
La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles.							
Soy decidida.							
Usualmente manejo los problemas de distintos modos							
Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.							
Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.							
Usualmente encuentro cosas de que reírme.							

En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar							
<b>ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Un poco en desacuerdo</b>	<b>Neutro intermedio</b>	<b>Un poco de acuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes							
Me basto a mí mismo si lo creo necesario.							
Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida.							
A veces yo hago cosas quiera o no.							
Mantengo interés por las cosas.							
Mi vida tiene sentido							
Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer.							
Soy auto disciplinada							
Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí							
Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final.							
Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.							
Soy amigable conmigo mismo.							
Hago las cosas de a una por vez.							
Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.							
No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.							
Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.							

**EORTC QLQ-C30(versión 3) SE REFIERE A LA SEMANA ANTERIOR**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Ha tenido algún impedimento para hacer trabajo/actividades cotidianas?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

SE REFIERE A LA SEMANA ANTERIOR	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho			
¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus actividades de ocio?	1	2	3	4			
¿Tuvo sensación de falta de aire o dificultad para respirar?	1	2	3	4			
¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4			
¿Necesito parar para descansar?	1	2	3	4			
¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4			
¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4			
¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4			
¿Ha sentido náuseas?	1	2	3	4			
¿Ha vomitado?	1	2	3	4			
¿Ha estado estreñida?	1	2	3	4			
¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4			
¿Estuvo cansada?	1	2	3	4			
¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4			
¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas el periódico o la televisión?	1	2	3	4			
¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4			
¿Se Sintió preocupada?	1	2	3	4			
¿Se sintió irritable?	1	2	3	4			
¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4			
¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4			
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento en su vida familiar?	1	2	3	4			
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento sus actividades sociales?	1	2	3	4			
¿Le han causado problemas económicos su estado y tratamiento médico?	1	2	3	4			
<b>Por favor en las siguientes preguntas ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted</b>							
¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
Pésima							Excelente
¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
Pésima							Excelente

#### EORTC QLQ-BR23

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
Conteste a esta pregunta solo si le cayó algo de pelo: ¿se sintió preocupada por la caída del pelo?	1	2	3	4
¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
¿Le resulto difícil verse desnuda?	1	2	3	4
¿Se sintió desilusionada de su cuerpo?	1	2	3	4
¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4

Durante las últimas cuatro semanas:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
¿Hasta que punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa (con o sin coito)?	1	2	3	4
Conteste a esta pregunta solo si tuvo actividad sexual: ¿hasta qué punto disfruto el sexo? No tuvo actividad sexual ( )	1	2	3	4
¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
¿Se le hincho el brazo o la mano?	1	2	3	4
¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
¿Se le hincho la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	1	2	3	4
¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

ESCALA DE RELIGIOSIDAD- Maltby (1999), "Age Universal" I-E-12					
	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
<b>ORIENTACION INTRINSECA</b>					
Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión					
Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas					
He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios					
Mi religión es importante porque me da respuesta a muchas preguntas sobre el sentido de la vida					
Disfruto leyendo sobre mi religión					
Es importante para mi pasar tiempo pensando y rezando en privado					
<b>ORIENTACION EXTRINSECA-SOCIAL</b>					
Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos					
Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí					
Voy a la iglesia porque me ayuda hacer amigos					
<b>ORIENTACION EXTRINSECA-PERSONAL</b>					
Rezo principalmente para conseguir alivio y protección					
Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza					
Rezar es para obtener paz y felicidad					

Si cumple uno o los dos requisitos siguientes: [A] Tener entre 40 y 59 años. [B] Tener uno o más años sin menstruación, favor conteste las preguntas de la siguiente tabla. Si no cumple ninguno de los dos, favor deje la tabla sin contestar.

Menopause Rating Scale (MRS)		Ausentes=0	Leves-1	Moderados-2	Severos-3	Muy severos-4
1	<b>Sofocos, sudoración, oleadas de calor</b>					
2	<b>Molestias cardiacas</b>					
3	<b>Trastornos del sueño</b>					
4	<b>Estado de ánimo depresivo</b>					
5	<b>irritabilidad</b>					
6	<b>Ansiedad</b>					
7	<b>Cansancio físico y mental</b>					
8	<b>Problemas sexuales</b>					
9	<b>Problemas de vejiga</b>					
10	<b>Sequedad vaginal</b>					
11	<b>Molestias musculares y articulares</b>					

#### DECLARACION DE CONSENTIMIENTO.



**Hemos llegado al final. Gracias por su participación.**

El Estudio CAVICSEN (Calidad de vida en mujeres con antecedente de cáncer de seno) tiene la finalidad de estudiar la calidad de vida, para realizar aportes y recomendaciones científicas sobre las necesidades, manifestaciones y alteraciones en las mujeres que han afrontado esta enfermedad. Los resultados permitirán hacer observaciones a las autoridades de salud. Los resultados y análisis de las observaciones serán difundidas por diferentes medios. Es un estudio anónimo. Nunca se compartirán nombres, teléfonos ni números de identidad. Los datos aportados son totalmente confidenciales. Se analizarán las informaciones desde el punto de vista poblacional y nunca individual. La base de datos creada será conservada bajo estrictos principios éticos por el Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Solo se utilizarán con fines de investigación. No se enviará información publicitaria. No se realiza toma de muestras biológicas, no se realiza prescripción ni cambios en los planes de tratamiento. Las participantes no recibirán estipendios económicos. Esta investigación está clasificada por la legislación colombiana de investigación como INVESTIGACION SIN RIESGOS para las participantes, es voluntaria y han podido solicitar el retiro y la anulación del formulario si lo considerasen necesario.

**Desea Usted ser invitada a actividades educativas que realiza el Grupo: No ( ). Si ( ).**

**Desea Usted sea invitada a participar en otras investigaciones similares: No ( ). Si ( ).**

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer, tiene el AVAL de la Universidad de Cartagena. Es categorizado por el Instituto Colombiano de ciencias y Tecnología (Colciencias).

Nombre de la Participante: \_\_\_\_\_

Firma y Número de Cédula: \_\_\_\_\_

Líder y Director del Grupo de Investigación. Dr. Álvaro Monterrosa Castro. Médico Ginecólogo. Profesor. Universidad de Cartagena. Co-autores: Dra. Evelyn Ardila, estudiante de especialidad de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Cartagena. Sihara Gil Barrera, estudiante de medicina de la Universidad de Cartagena. Con la participación de integrantes del semillero de investigación FEM-SALUD, conformado por estudiantes de Medicina. Con acompañamiento y en actividades en conjunto con la Fundación "Por Tus Senos", Cartagena. Margarita Bonfante, psicóloga.