

1-12 **Número de identificación del centro:** _____

13-20 **Número de identificación del estudio LEO:** _____

21-28 **Fecha de nacimiento:** ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___
 Mes Día Año

INSTRUCCIONES: MARQUE LA CASILLA ADECUADA O LLENE EL ESPACIO EN BLANCO SEGÚN SE INDIQUE.

29-36 **1. Fecha de hoy:** ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___
 Mes Día Año

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

2. En un período típico de 7 días (una semana), ¿cuántas veces en promedio hace los siguientes ejercicios durante más de 15 minutos en su tiempo libre?
(Escriba el número adecuado en cada línea).

37-38 **EJERCICIO AGOTADOR (QUE HACE LATIR EL CORAZÓN RÁPIDAMENTE)** ___ ___ veces a la semana
(p. ej., correr; trotar; jugar al hockey, al fútbol americano, al fútbol, al squash o al baloncesto; esquiar a campo traviesa; practicar el judo, el patinaje sobre ruedas, la natación enérgica o el ciclismo enérgico de larga distancia)

39-40 **EJERCICIO MODERADO (NO ES AGOTADOR):** ___ ___ veces a la semana
(p. ej., caminar rápidamente; jugar al béisbol o al tenis; practicar el ciclismo suave; jugar al voleibol, al bádminton; practicar la natación suave, el esquí alpino o los bailes populares y folclóricos)

41-42 **EJERCICIO LEVE (ESFUERZO MÍNIMO):** ___ ___ veces a la semana
(p. ej., practicar el yoga, el tiro con arco, la pesca en río desde la ribera; jugar a los bolos, a la herradura, al golf sin carrito; montar en trineo a motor; realizar caminatas suaves)

3. Desde que le diagnosticaron el linfoma, y sin incluir ningún cambio reciente, ¿cuántas horas a la semana en promedio dedicó a las siguientes actividades físicas?

43	Actividades recreativas energéticas (correr, trotar, ciclismo, tenis, natación, aeróbicos, levantamiento de pesas, etc.)	Nunca	Media hora a 1 hora	2 a 3 horas	4 a 6 horas	7 a 10 horas	11 a 20 horas	21 a 30 horas	31 horas o más
		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

44	Trabajo enérgico (mover muebles pesados, descargar camiones, trabajar en construcción, etc.)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

45	Actividades recreativas moderadas (realizar caminatas rápidas, jugar al golf, trabajar en el jardín, bailar, jugar al softball, etc.)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

46	Trabajo moderado (hacer las tareas de la casa, trabajar en el jardín, trabajar en restaurantes, trabajar en ventas, etc.)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Desde que le diagnosticaron el linfoma, y sin incluir ningún cambio reciente, ¿cuántas horas a la semana en promedio dedicó a las siguientes actividades mientras estaba sentado/a?

47	Viajar sentado/a en un carro, autobús o tren.	Nunca	Menos de 1 hora	1 a 2 horas	3 a 4 horas	5 a 6 horas	7 a 10 horas	11 horas o más
		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

48	Trabajar sentado/a.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

49	Ver televisión.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
----	----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

50	Comer sentado/a.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
----	-----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

51	Otras actividades que realizó sentado/a (leer, jugar cartas, coser, usar la computadora).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

5. **En un período típico de 7 días (una semana), ¿con qué frecuencia participa en una actividad habitual durante un tiempo suficiente como para sudar (que le haga latir rápidamente el corazón)?**

1 A menudo 2 Algunas veces 3 Nunca o rara vez

6. ¿Ha usado alguno de los siguientes productos durante 12 meses o más?

No
▼

Sí
▼

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años?

53
54-55

Cigarro (puro)..... 1 2 → ___ años

56
57-58

Pipa..... 1 2 → ___ años

59
60-61

Rapé..... 1 2 → ___ años

62
63-64

Tabaco de mascar..... 1 2 → ___ años

7. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

1 No 2 Sí 3 No sé/No estoy seguro/a

66-67

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos con regularidad?

___ años

68

En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó o fuma al día?

- 1 Entre 1 y 10 al día
- 2 Entre 11 y 20 al día
- 3 Entre 21 y 30 al día
- 4 Entre 31 y 40 al día
- 5 41 o más al día

69

¿Fuma actualmente?

1 No 2 Sí

70-71

Si la respuesta es "No", ¿cuántos años tenía cuando dejó de fumar?

___ años

72

8. ¿Vivió alguna vez en una casa en la que alguien fumaba cigarrillos con regularidad?

- 1 No 2 Sí 3 No sé/No estoy seguro/a

73-74

Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuántos años? __ __ años

75

Indique la cantidad de exposición pasiva diaria que tuvo al humo según el número aproximado de cigarrillos o cajetillas que fumaban las personas de su casa.

- 1 Entre 1 a 10 cigarrillos al día (hasta media cajetilla)
 2 Entre 11 a 20 cigarrillos al día (entre media y 1 cajetilla)
 3 Entre 21 a 40 cigarrillos al día (entre 1 y 2 cajetillas)
 4 Entre 41 a 60 cigarrillos al día (entre 2 y 3 cajetillas)
 5 Más de 60 cigarrillos al día (3 cajetillas o más)

¿A qué edades estuvo expuesto/a de manera pasiva al humo de cigarrillos en su casa? (Marque todas las que correspondan).

76:80:84

- 1 A los 5 años o menos 1 Entre los 30 y los 39 años 1 Entre los 70 y los 79 años

77:81:85

- 1 Entre los 5 y los 9 años 1 Entre los 40 y los 49 años 1 A los 80 años o más

78:82

- 1 Entre los 10 y los 19 años 1 Entre los 50 y los 59 años

79:83

- 1 Entre los 20 y los 29 años 1 Entre los 60 y los 69 años

86

9. ¿Trabajó alguna vez en un lugar en el que otras personas fumaban con regularidad en su presencia?

- 1 No 2 Sí 3 No sé/No estoy seguro/a

87-88

Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuántos años? __ __ años

89

Indique la cantidad de exposición pasiva diaria al humo que tuvo según el número aproximado de cigarrillos o cajetillas que fumaban las personas de su trabajo.

- 1 Entre 1 y 10 cigarrillos al día (hasta media cajetilla)
 2 Entre 11 y 20 cigarrillos al día (entre media y 1 cajetilla)
 3 Entre 21 y 40 cigarrillos al día (entre 1 y 2 cajetillas)
 4 Entre 41 y 60 cigarrillos al día (entre 2 y 3 cajetillas)
 5 Más de 60 cigarrillos al día (3 cajetillas o más)

¿A qué edades estuvo expuesto/a de manera pasiva al humo de cigarrillos en el trabajo? (Marque todas las que correspondan).

90:93:96

- 1 A los 16 años o menos 1 Entre los 30 y los 39 años 1 Entre los 60 y los 69 años

91:94:97

- 1 Entre los 16 y los 19 años 1 Entre los 40 y los 49 años 1 Entre los 70 y los 79 años

92:95:98

- 1 Entre los 20 y los 29 años 1 Entre los 50 y los 59 años 1 A los 80 años o más

10. Durante toda su vida, ¿ha tomado 12 bebidas o más de alguna bebida alcohólica? Si aún no tiene la edad especificada en el intervalo de edades, responda "No corresponde" para ese grupo de edades. (Una bebida alcohólica es 1 lata de cerveza, 1 copa de vino o 1 trago de licor, p. ej., whisky, brandy o ginebra).

1 No → Pase a la pregunta 12 de la página 6.

2 Sí

Si la respuesta es "Sí", indique en cada uno de estos grupos de edad cuántas bebidas alcohólicas en promedio tomaba por lo general.

	No corresponde	Nunca	Menos de 1 cada mes	1 a 3 cada mes	1 a 2 cada semana	3 a 6 cada semana	1 a 2 cada día	3 o más cada día
100:105 De los 14 a los 17 años	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
101:106 De los 18 a los 22 años	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
102:107 De los 23 a los 29 años	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
103:108 De los 30 a los 49 años	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
104:109 Desde hace más o menos 2 años.....	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

110 11. ¿Con qué frecuencia tomó una bebida que contenía alcohol en los últimos 12 meses?

0 Nunca → Pase a la pregunta 12 de la página 6.

- 111
- 1 Menos de 1 vez al mes
 - 2 Entre 1 y 3 veces al mes
 - 3 1 o 2 veces a la semana
 - 4 Entre 3 y 6 veces a la semana
 - 5 1 o 2 veces al día
 - 6 3 veces o más al día

¿Cuántas bebidas tomó en un día típico cuando bebió en los últimos 12 meses?

- 1 Entre 0 y 2 bebidas
- 2 3 o 4 bebidas
- 3 5 o 6 bebidas
- 4 Entre 7 y 9 bebidas
- 5 10 o más bebidas

¿Con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas en una sola ocasión en los últimos 12 meses?

- 1 Nunca
- 2 Menos de 1 vez al mes
- 3 1 vez al mes
- 4 1 vez a la semana
- 5 Todos los días o casi todos los días

ACTIVIDADES Y FUNCIONALIDAD

113 **12. En general, en comparación con otras personas de su edad, diría que su salud es:**

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

13. ¿Cuánta dificultad tiene en promedio para hacer las siguientes actividades físicas?

	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Algo de dificultad	Mucha dificultad	No pude hacerlo
114 Agacharse, sentarse sobre los talones o arrodillarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
115 Levantar o cargar objetos que pesan 10 libras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
116 Estirar y extender los brazos por arriba de los hombros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
117 Escribir o manipular y agarrar objetos pequeños	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
118 Caminar un cuarto de milla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
119 Hacer tareas pesadas del hogar, como frotar los pisos o limpiar las ventanas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

14. Debido a su salud o estado físico, ¿tiene alguna dificultad para hacer lo siguiente?

120 **¿Comprar artículos personales (por ejemplo, artículos para el aseo personal o medicamentos)?**

1 No

2 Sí —————> ¿Lo/a ayuda alguien con las compras?... 1 No 2 Sí

3 No lo hago → ¿Se debe a su salud? 1 No 2 Sí

¿Administrar dinero (como llevar la cuenta de los gastos o pagar facturas)?

1 No

2 Sí —————> ¿Lo/a ayuda alguien a administrar el dinero?... 1 No 2 Sí

3 No lo hago → ¿Se debe a su salud? 1 No 2 Sí

Continúa en la siguiente página...

126

¿Caminar de un extremo al otro de una habitación? (Está bien si usa un bastón o andador).

1 No

127

2 Sí —————> ¿Lo/a ayuda alguien a caminar?..... 1 No 2 Sí

128

3 No lo hago —> ¿Se debe a su salud?..... 1 No 2 Sí

129

¿Hacer tareas livianas del hogar (como lavar los platos, ordenar la casa o hacer una limpieza ligera)?

1 No

130

2 Sí —————> ¿Lo/a ayuda alguien con las tareas de la casa?.. 1 No 2 Sí

131

3 No lo hago —> ¿Se debe a su salud?..... 1 No 2 Sí

132

¿Bañarse o ducharse?

1 No

133

2 Sí —————> ¿Lo/a ayuda alguien a bañarse?..... 1 No 2 Sí

134

3 No lo hago —> ¿Se debe a su salud? 1 No 2 Sí

135

15. En el último mes, calificaría mi actividad en general así:

1 Normal, sin limitaciones

2 No es como de costumbre, pero puedo desplazarme de un lado al otro y realizar las actividades con bastante normalidad

3 No me siento capaz de hacer la mayoría de las cosas, pero estoy acostado/a o sentado/a menos de la mitad del día

4 Puedo hacer poca actividad y paso casi todo el día acostado/a o sentado/a

5 Estoy acostado/a prácticamente todo el tiempo; rara vez me levanto de la cama

136

16. ¿Cuál de los siguientes lo/a describe mejor?

1 Trabajo a tiempo completo en un empleo pagado (35 horas o más de trabajo a la semana)

2 Trabajo a tiempo parcial en un empleo pagado

3 No trabajo actualmente en un empleo pagado

Indique si usted... (Marque todas las que correspondan).

1 Es ama/o de casa a tiempo completo 1 Discapacitado/a

1 Tiene un empleo de temporada 1 Está jubilado/a

1 Está estudiando 1 Otro, especifique: _____

137:140

138:141

139:142

		Nunca	Rara vez (una vez)	Algunas veces (dos o tres veces)	A menudo (como una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)
143	17. En los últimos 7 días...					
	He pensado con lentitud	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
144	Ha parecido como si mi cerebro no estuviera funcionando tan bien como de costumbre...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
145	He tenido que esforzarme más que de costumbre para seguir el hilo de lo que estaba haciendo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
146	He tenido problemas para alternar entre actividades distintas que requieren pensar ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

BIENESTAR EMOCIONAL

18. Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

	<u>En los últimos 7 días...</u>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
147	Sentí miedo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
148	Tuve dificultad para concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
149	Mis inquietudes fueron demasiado para mí .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
150	Me sentí intranquilo/a	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
151	Me sentí nervioso/a	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
152	Sentí que necesitaba ayuda para mi ansiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
153	Sentí ansiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
154	Me sentí tenso/a	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

19. Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

	<u>En los últimos 7 días...</u>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
155	Sentí que no valía nada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
156	Me sentí indefenso/a (que no podía hacer nada para ayudarme)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
157	Me sentí deprimido/a	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
158	Me sentí desesperanzado/a	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
159	Me sentí fracasado/a	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
160	Me sentí descontento/a	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
161	Sentí que nada me ilusionaba	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
162	Sentí que nada me podía animar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

20. A continuación hay una lista de dificultades a las que a veces se enfrentan las personas después de sucesos estresantes de la vida.

Lea cada afirmación e indique qué tan angustiante fue cada dificultad para usted EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS con respecto al linfoma que padece. ¿Cuánto le angustió o le molestó cada una de estas dificultades?

<u>En los últimos 7 días...</u>		Nada	Un poco	Con moderación	Bastante	Mucho
163	Cualquier cosa que me recordara la enfermedad evocaba sentimientos sobre ella. ...	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
164	Tuve problemas para permanecer dormido/a....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
165	Otras cosas me hacían pensar en mi enfermedad una y otra vez.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
166	Me sentí irritable y enojado/a.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
167	Evité angustiarme cuando pensaba en mi enfermedad o algo me hacía recordarla.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
168	Pensé en mi enfermedad cuando no tenía intenciones de hacerlo.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
169	Sentí como si no hubiera pasado o no fuera algo real.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
170	Me aparté de todo lo que me recordara mi enfermedad.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
171	Me venían a la mente imágenes de mi enfermedad.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
172	Me asusté o me sobresalté fácilmente.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
173	Traté de no pensar en mi enfermedad.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
174	Me di cuenta de que aún tenía muchos sentimientos sobre mi enfermedad y que no los había resuelto.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
175	Mis sentimientos al respecto estaban como embotados o dormidos.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
176	Me di cuenta de que actué o me sentí como lo hice en aquel entonces.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
177	Tuve dificultad para dormirme.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
178	Tuve oleadas de sentimientos intensos sobre mi enfermedad.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
179	Traté de eliminarla de mi memoria.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
180	Tuve dificultad para concentrarme.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
181	Cuando algo me hacía pensar en mi enfermedad, tenía reacciones físicas, como sudores, dificultad para respirar, náuseas o palpitaciones.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
182	Tuve sueños sobre mi enfermedad.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
183	Me sentí vigilado/a y alerta.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
184	Traté de no hablar sobre mi enfermedad.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

21. A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE AFIRMACIONES relacionadas con el linfoma que padece y con posibles preocupaciones futuras. Es posible que algunas preguntas no tengan que ver con usted. Por ejemplo, si está jubilado/a, no podrá responder las preguntas sobre su empleo. Marque con una "X" bajo "Nunca" en estos casos.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
185 Me pongo nervioso/a si pienso que mi enfermedad pueda empeorar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
186 Me pongo nervioso/a antes de las citas médicas o los exámenes periódicos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
187 Le temo al dolor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
188 El hecho de pensar que mi productividad en el trabajo pueda disminuir me perturba.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
189 Cuando estoy nervioso/a, tengo síntomas físicos, como latidos acelerados, dolor de estómago, nerviosismo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
190 La posibilidad de que mis hijos contraigan mi enfermedad me perturba.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
191 Me perturba que tenga que depender de personas desconocidas para las actividades de la vida diaria.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
192 Me preocupa que en algún momento, debido a mi enfermedad, ya no pueda hacer mis pasatiempos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
193 Me da miedo tener que someterme a tratamientos médicos intensos durante mi enfermedad.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
194 Me preocupa que los medicamentos puedan causar daños en mi cuerpo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
195 Me preocupa qué sería de mi familia si algo me pasara.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
196 El hecho de pensar en que no pueda trabajar debido a mi enfermedad me perturba.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

22. Desde que recibió el diagnóstico de linfoma...

- 197 ¿ha tomado medicamentos con receta para la depresión? (Marque solo UNA respuesta).
- 1 Sí
- 2 No, no he tenido depresión
- 3 No, he tenido depresión pero no he tenido que tomar medicamentos
- 4 No, necesitaba medicamentos para la depresión, pero no pude adquirirlos
- 5 No, un profesional médico me recetó medicamentos para la depresión, pero no quise tomarlos

Continúa en la siguiente página...

Desde que recibió el diagnóstico de linfoma...

198

¿ha recibido asesoramiento psicológico o psicoterapia individual para la depresión?
(Marque solo UNA respuesta).

- 1 Sí 2 No, no he tenido depresión
3 No, he tenido depresión pero no he necesitado asesoramiento psicológico ni psicoterapia individual
4 No, necesitaba asesoramiento psicológico o psicoterapia individual para la depresión, pero no pude recibirlos
5 No, un profesional médico me recomendó asesoramiento psicológico o psicoterapia individual para la depresión, pero decidí no recibirlos

199

¿ha participado en asesoramiento psicológico o psicoterapia en grupo para la depresión?
(Marque solo UNA respuesta).

- 1 Sí 2 No, no he tenido depresión
3 No, he tenido depresión pero no he tenido que participar en asesoramiento psicológico ni psicoterapia en grupo
4 No, necesitaba asesoramiento psicológico o psicoterapia en grupo para la depresión, pero no pude recibirlos
5 No, un profesional médico me recomendó asesoramiento psicológico o psicoterapia en grupo para la depresión, pero decidí no recibirlos

200

¿ha tomado medicamentos con receta para la ansiedad? (Marque solo UNA respuesta).

- 1 Sí 2 No, no he tenido ansiedad
3 No, he tenido ansiedad pero no he tenido que tomar medicamentos
4 No, necesitaba tomar medicamentos para la ansiedad, pero no pude adquirirlos
5 No, un profesional médico me recetó medicamentos para la ansiedad, pero decidí no tomarlos

201

¿ha recibido asesoramiento psicológico o psicoterapia individual para la ansiedad?
(Marque solo UNA respuesta).

- 1 Sí 2 No, no he tenido ansiedad
3 No, he tenido ansiedad pero no he tenido que recibir asesoramiento psicológico ni psicoterapia individual
4 No, necesitaba asesoramiento psicológico o psicoterapia individual para la ansiedad pero no pude recibirlos
5 No, un profesional médico me recomendó asesoramiento psicológico o psicoterapia individual para la ansiedad, pero decidí no recibirlos

Desde que recibió el diagnóstico de linfoma...

202

¿ha participado en asesoramiento psicológico o psicoterapia en grupo para la ansiedad?
(Marque solo UNA respuesta).

- 1 Sí
- 2 No, no he tenido ansiedad
- 3 No, he tenido ansiedad pero no he tenido que recibir asesoramiento psicológico ni psicoterapia en grupo
- 4 No, necesitaba asesoramiento psicológico o psicoterapia en grupo para la ansiedad, pero no pude recibirlos
- 5 No, un profesional médico me recomendó asesoramiento psicológico o psicoterapia en grupo para la ansiedad, pero decidí no recibirlos

APOYO SOCIAL

203

23. Indique si actualmente...

- 1 Está casado/a
- 2 Convive con otra persona en una relación semejante a la matrimonial
- 3 Está separado/a
- 4 Está divorciado/a
- 5 Es viudo/a
- 6 Nunca se ha casado

204

24. ¿Qué parte del tiempo...

Nunca Muy pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
cuenta con alguien que lo/a escuche cuando necesita hablar?.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
cuenta con alguien que pueda darle buenos consejos si tiene un problema?.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
cuenta con alguien que pueda demostrarle cariño y afecto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
cuenta con alguien que pueda ayudarlo/a con las tareas diarias?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
cuenta con alguien que pueda brindarle apoyo emocional (hablar de los problemas o ayudarlo/a a tomar decisiones difíciles)?...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
tiene todo el contacto que querría tener con una persona allegada a usted, en quien puede confiar o a quien puede contarle cosas?.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

209

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO

210 25. El tratamiento farmacológico del cáncer consiste en tomar medicamentos para tratar la enfermedad. Algunos ejemplos de este tratamiento son la quimioterapia y la inmunoterapia. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento con medicamentos o radioterapia para el linfoma?

1 No 2 Sí 3 No sé/No estoy seguro/a

↓
Cuando las personas reciben tratamiento para el linfoma, a veces presentan diferentes síntomas y efectos secundarios. Algunos síntomas y efectos secundarios pueden continuar incluso después de suspender el tratamiento.

211 ¿Cuándo fue la última vez que recibió tratamiento para el linfoma?

- 1 Hace menos de 3 meses
2 Hace por lo menos 3 meses pero menos de 6 meses
3 Hace por lo menos 6 meses pero menos de 12 meses
4 Hace por lo menos 12 meses

Si piensa en la experiencia que ha tenido en general con el tratamiento para el linfoma, ¿cómo calificaría la gravedad de los efectos secundarios?

212-213 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún efecto secundario

Los peores efectos secundarios imaginables

214 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha reducido la dosis de un medicamento para el cáncer que usted recibía debido a los efectos secundarios?

1 No 2 Sí 3 No sé

215 ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha suspendido la dosis de un medicamento para el cáncer que usted recibía debido a los efectos secundarios?

1 No 2 Sí 3 No sé

216 **26. En los últimos 2 años, ¿cuántas veces fue a consulta con un profesional de la salud?**

- 1 Nunca → Pase a la pregunta 30 de la página 15.
- 2 1 o 2 veces
- 3 3 o 4 veces
- 4 5 o 6 veces
- 5 Entre 7 y 10 veces
- 6 Entre 11 y 20 veces
- 7 Más de 20 veces

27. ¿Dialogó sobre alguno de los siguientes temas con un profesional de la salud durante una de estas consultas?

No
 Sí

- | | No | Sí |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 217 Las enfermedades cardíacas | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 218 La osteoporosis (huesos débiles o frágiles) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 219 El riesgo de presentar cáncer (de mama, de piel, otro) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 220 La hepatitis C | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 221 Los problemas dentales | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 222 Los problemas de fertilidad | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 223 La salud mental | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 224 Otros asuntos relacionados con sus antecedentes de linfoma | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

225 **28. Como sabe, le han pedido que participe en este estudio porque en un momento dado le diagnosticaron linfoma. ¿Cuántas consultas con el profesional de la salud que se menciona en la pregunta 26 (durante el período de 2 años) tuvieron que ver con el linfoma?**

- 1 Ninguna
- 2 1 o 2 consultas
- 3 3 o 4 consultas
- 4 5 o 6 consultas
- 5 Entre 7 y 10 consultas
- 6 Entre 11 y 20 consultas
- 7 Más de 20 consultas

226 **29. En los últimos 2 años, ¿acudió a un profesional de la salud para un “chequeo médico de rutina”?**

- 1 No 2 Sí

35. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tiene o ha tenido...

232

diabetes que se puede controlar con una dieta?

233-234

- 1 No
- 2 Sí, y todavía tengo esa enfermedad
- 3 Sí, pero ya no tengo esa enfermedad
- 4 No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí",
¿cuántos años tenía cuando
le comenzó?
__ __ años

235

diabetes controlada con pastillas?

236-237

- 1 No
- 2 Sí, y todavía tengo esa enfermedad
- 3 Sí, pero ya no tengo esa enfermedad
- 4 No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí",
¿cuántos años tenía cuando
le comenzó?
__ __ años

238

diabetes controlada con insulina?

239-240

- 1 No
- 2 Sí, y todavía tengo esa enfermedad
- 3 Sí, pero ya no tengo esa enfermedad
- 4 No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí",
¿cuántos años tenía cuando
le comenzó?
__ __ años

241

hipertensión (presión arterial alta) que requiere medicamentos recetados?

242-243

- 1 No
- 2 Sí, y todavía tengo esa enfermedad
- 3 Sí, pero ya no tengo esa enfermedad
- 4 No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí",
¿cuántos años tenía cuando
le comenzó?
__ __ años

244

niveles elevados de colesterol (o triglicéridos) que requieren medicamentos con receta?

245-246

- 1 No
- 2 Sí, y todavía tengo esa enfermedad
- 3 Sí, pero ya no tengo esa enfermedad
- 4 No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí",
¿cuántos años tenía cuando
le comenzó?
__ __ años

247

36. ¿Alguno de sus familiares inmediatos (madre, padre, hermanos o hermanas biológicos) tuvo un ataque cardíaco antes de los 55 años?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro/a

37. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una ecocardiografía (una ecografía del corazón para visualizar el músculo y las válvulas cardíacas) o una ventriculografía nuclear (MUGA)?

- 1 Nunca
- 2 Hace menos de 1 año
- 3 Hace 1 o 2 años
- 4 Hace más de 2 años pero menos de 5 años
- 5 Hace 5 años o más
- 6 No sé

38. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de esfuerzo (para detectar una enfermedad de las arterias coronarias o bloqueos de las arterias, que generalmente se realiza mientras usted hace ejercicio en una caminadora)?

- 1 Nunca
- 2 Hace menos de 1 año
- 3 Hace 1 o 2 años
- 4 Hace más de 2 años pero menos de 5 años
- 5 Hace 5 años o más
- 6 No sé

39. ¿Se ha vacunado alguna vez contra la gripe o influenza (una vacuna que generalmente se administra en el otoño para que no contraiga esta enfermedad)?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro/a

↓

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo se vacunó más recientemente contra la gripe o influenza?

_ _ / _ _ _ _

Mes Año

40. ¿Se ha vacunado alguna vez contra la neumonía?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro/a

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE SEGUIMIENTO

41. La remisión es la disminución o desaparición de los signos y síntomas de cáncer. ¿Está actualmente en remisión el linfoma que usted padece?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro/a

259 42. ¿Cuál de los siguientes describe mejor el momento en que recibió el último
tratamiento para el linfoma? (Marque solo una respuesta).

260-261 1 Hace 1 año o menos
(entre 1 y 12 meses) →

¿Cuántas tomografías computarizadas (TC) o por emisión de positrones (PET) le han hecho en total desde que terminó el tratamiento? __ __ TC o PET en total

262-263 2 Desde hace más de 1 año hasta hace
2 años (entre 13 y 24 meses) →

¿Cuántas tomografías computarizadas (TC) o por emisión de positrones (PET) le hicieron en total en el primer año (entre 1 y 12 meses) después de que terminó el tratamiento? __ __ TC o PET en total
¿Cuántas tomografías computarizadas (TC) o por emisión de positrones (PET) le hicieron en total en el segundo año (entre 13 y 24 meses) después de que terminó el tratamiento? __ __ TC o PET en total

264-265 266-267 3 Desde hace más de 2 años hasta hace
3 años (entre 25 y 36 meses) →

¿Cuántas tomografías computarizadas (TC) o por emisión de positrones (PET) le hicieron en total en el primer año (entre 1 y 12 meses) después de que terminó el tratamiento? __ __ TC o PET en total
¿Cuántas tomografías computarizadas (TC) o por emisión de positrones (PET) le hicieron en total en el segundo año (entre 13 y 24 meses) después de que terminó el tratamiento? __ __ TC o PET en total
¿Cuántas tomografías computarizadas (TC) o por emisión de positrones (PET) le hicieron en total en el tercer año (entre 25 y 36 meses) después de que terminó el tratamiento? __ __ TC o PET en total

43. El uso de las pruebas de diagnóstico por imagen (como la tomografía computarizada y la tomografía por emisión de positrones) conlleva riesgos y beneficios. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones marcando la respuesta más adecuada.

Completamente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Completamente en desacuerdo

- 272 Las pruebas de diagnóstico por imagen confirman que el linfoma está bajo control... 1 2 3 4 5
- 273 Las pruebas de diagnóstico por imagen son importantes para que podamos detectar el linfoma en sus primeras etapas, cuando es más fácil de tratar... 1 2 3 4 5
- 274 Me preocupa que un resultado incorrecto o poco claro en una prueba de diagnóstico por imagen dé lugar a pruebas innecesarias... 1 2 3 4 5
- 275 Las pruebas de diagnóstico por imagen son incómodas... 1 2 3 4 5
- 276 Me preocupa lo que tengo que pagar de mi bolsillo para hacerme pruebas de diagnóstico por imagen... 1 2 3 4 5
- 277 Me preocupa la exposición a la radiación durante las pruebas de diagnóstico por imagen... 1 2 3 4 5
- 278 Me preocupa el contraste intravenoso que recibo durante una prueba de diagnóstico por imagen... 1 2 3 4 5
- 279 Antes de hacerme una prueba de diagnóstico por imagen me siento ansioso/a o preocupado/a por lo que revelará... 1 2 3 4 5
- 280 Confío en las recomendaciones de mi médico sobre la frecuencia con que se deben hacer las pruebas de diagnóstico por imagen... 1 2 3 4 5

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Las voluntades anticipadas en cuanto a la atención médica (o testamento vital) son un documento legal en el que usted indica sus deseos respecto a su atención médica futura en caso de que no pueda expresarlos. Puede contener instrucciones y nombrar a una persona para que tome decisiones por usted.

281 44. ¿Ha preparado un documento de testamento vital o voluntades anticipadas relativas a la atención médica?

- 1 No 2 Sí 3 No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí", ¿habló con el médico que le trata el linfoma sobre el documento de voluntades anticipadas?
 1 No 2 Sí

¿Habló con el médico de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas?
 1 No 2 Sí

ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA SUPERVIVENCIA

El Plan de Atención Médica durante la Supervivencia es un documento escrito en el que se resume el tratamiento del linfoma que usted recibió (medicamentos de quimioterapia, radioterapia, etc.), las recomendaciones sobre la atención de seguimiento (las pruebas y consultas futuras) y los posibles efectos secundarios futuros o crónicos del tratamiento que recibió para el cáncer.

284 **45. ¿Alguna vez le han dado por escrito un Plan de Atención Médica durante la Supervivencia?**

- 1 No → **Pase a la pregunta 51 de la página 21.**
- 2 Sí
- 3 No lo recuerdo → **Pase a la pregunta 51 de la página 21.**

46. ¿En qué medida le resultaron útiles las siguientes partes del resumen?

	Nada	Un poco	En moderación	Bastante	Mucho	Esta parte no estaba en mi Plan de Atención Médica durante la Supervivencia
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
285 El resumen de quimioterapia o radioterapia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
286 La información sobre el estadio del linfoma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
287 La información de contacto de los profesionales de la salud....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
288 Los signos y síntomas a los que se debe estar atento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
289 Las recomendaciones de las pruebas para detectar la recaída del linfoma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
290 Las recomendaciones de las pruebas para detectar los efectos tardíos del tratamiento para el cáncer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
291 Otro (indíquelo a continuación):	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

292 **47. Si la respuesta es "Sí", ¿cómo recibió el Plan de Atención Médica durante la Supervivencia?**

- 1 En una consulta personal con el médico
- 2 En una consulta personal con otro miembro del equipo de atención médica (p. ej., auxiliar o asociado médico, enfermero especializado, enfermero)
- 3 Por correo
- 4 Por vía electrónica (correo electrónico o portal de los pacientes en línea)

293 **48. ¿Cuándo recibió el Plan de Atención Médica durante la Supervivencia?**

- 1 Durante el tratamiento del cáncer
- 2 Dentro de los primeros 3 meses después de terminar el tratamiento del cáncer
- 3 Dentro de los primeros 4 a 6 meses después de terminar el tratamiento del cáncer
- 4 Dentro de los primeros 7 a 12 meses después de terminar el tratamiento del cáncer
- 5 Dentro de los primeros 1 a 2 años después de terminar el tratamiento del cáncer
- 6 Al cabo de 3 años o más después de terminar el tratamiento del cáncer

294 **49. ¿Cómo calificaría el momento en que recibió el Plan de Atención Médica durante la Supervivencia?**

- 1 Demasiado pronto
- 2 Adecuado
- 3 Demasiado tarde

295 **50. ¿Habló con el médico de atención primaria sobre el Plan de Atención Médica durante la Supervivencia?**

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro/a

296 **Si la respuesta es "Sí", ¿le resultó útil el Plan de Atención Médica durante la Supervivencia para mejorar la comunicación entre usted y el médico de atención primaria sobre cómo dar seguimiento a su salud después del tratamiento del cáncer?**

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro/a

297 **51. ¿Alguna vez ha tenido una cita en una clínica dedicada a la atención médica durante la supervivencia del cáncer?**

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy seguro/a

FERTILIDAD

298 52. ¿Ha recibido algún tratamiento para el linfoma?

- 1 No 2 Sí 3 No estoy seguro/a

299 **Si la respuesta es "Sí", ¿le explicaron los profesionales de la salud la posible pérdida de la fertilidad (incapacidad para tener hijos) debido al tratamiento del linfoma?**

- 1 No
2 Sí
3 No corresponde (ejemplo: es posmenopáusica)

300 **¿Le explicaron los profesionales de la salud cómo conservar la fertilidad o mantener la capacidad para engendrar un hijo después del linfoma?**

- 1 No
2 Sí
3 No corresponde (ejemplo: es posmenopáusica)

301 **¿Se ha sometido alguna vez a un método de conservación de la fertilidad, como la criopreservación (congelación) de espermatozoides o embriones?**

- 1 No
2 Sí, antes del diagnóstico de linfoma
3 Sí, después del diagnóstico de linfoma
4 No corresponde

Esta sección es solo para HOMBRES. Si usted es MUJER, pase a la pregunta 54 de la página 24.

302 53. ¿Se ha sometido alguna vez a una intervención para no engendrar hijos, como una vasectomía? (Marque solo UNA respuesta).

- 1 Sí, antes del diagnóstico de linfoma
2 Sí, después del diagnóstico de linfoma
303 3 No
4 No estoy seguro
5 Prefiero no responder

¿Ha engendrado un hijo después del tratamiento sin haber usado los espermatozoides obtenidos antes del tratamiento para el linfoma?

- 1 No 2 Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos hijos ha engendrado después del tratamiento para el linfoma?

__ __ hijos (número)

¿En qué año nació el primer hijo que tuvo después del tratamiento para el linfoma?

__ __ __ __ Año

Desde que recibió el tratamiento para el linfoma, ¿ha tratado de engendrar un hijo pero no pudo o un médico le dijo que no podía engendrar hijos?

- 1 No 2 Sí

HOMBRES: ¡Gracias por responder este cuestionario!

311

54. ¿Se ha sometido alguna vez a una intervención para no concebir hijos, como la histerectomía (extracción del útero), la ovariectomía (extracción de los ovarios) o la ligadura de las trompas de Falopio?

- 1 Sí, antes del diagnóstico de linfoma
- 2 Sí, después del diagnóstico de linfoma
- 3 No
- 4 No estoy segura
- 5 Prefiero no responder

Pase a la pregunta 55 de la página 25.

312

Desde que recibió el tratamiento para el linfoma, ¿ha quedado embarazada sin haber usado los óvulos obtenidos antes de dicho tratamiento?

- 1 No
- 2 Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces ha quedado embarazada desde que recibió tratamiento para el linfoma?

__ __ veces (número)

¿En qué año ocurrió el primer embarazo después del tratamiento para el linfoma?

__ __ __ __ Año

313-314

315-318

319

Desde el tratamiento para el linfoma, ¿ha tratado de quedar embarazada pero no lo ha logrado o un médico le ha dicho que no puede quedar embarazada?

- 1 No
- 2 Sí

320

55. ¿Han cesado permanentemente sus períodos menstruales?

- 1 No
- 2 Sí
- 3 No estoy segura

321-322

↓

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años tenía cuando tuvo el último período menstrual? (Si no está segura, calcule la edad).

__ __ años

323

¿Por qué motivo cesaron sus períodos?

324

- 1 Menopausia natural
- 2 Debido a una operación →
- 3 Radioterapia
- 4 Quimioterapia
- 5 Otro (especifique):

Si la respuesta es "Sí", especifique:

- 1 Extracción de ambos ovarios y del útero
- 2 Extracción de un ovario y del útero
- 3 Extracción del útero solamente
- 4 Extracción de ambos ovarios solamente
- 5 No estoy segura

MUJERES: ¡Gracias por responder este cuestionario!

Preguntas 2 y 3: Godin G & Shephard F J. A Simple Method to Assess Exercise Behavior in the Community. *Can J. Appl. Spt. Sci.* 10:3 141-146, 1985. Se usa con permiso.

Preguntas 12 a la 14: Vulnerable Elders Survey (VES-13): A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community. © 2001. Saliba A, Elliott M, Rubenstein L A, Solomon D H, y colaboradores. *J Amer Geriatric Soc* 2001; 49:1691-9.

Pregunta 15: Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SCA) © FD Ottery 2005, 2006, 2015 v3.22.15. Se usa con permiso.

Pregunta 17: Cognitive Function — Short Form 4a © 2010-2016 PROMIS Health Organization y PROMIS Cooperative Group. Se usa con permiso.

Pregunta 18: Cognitive Function — Short Form 8a © 2008-2012 PROMIS Health Organization y PROMIS Cooperative Group. Se usa con permiso.

Pregunta 19: Cognitive Function — Short Form 8a © 2008-2012 PROMIS Health Organization y PROMIS Cooperative Group. Se usa con permiso.

Pregunta 20: Weiss, D S & Marmar, C R (1996). The Impact of Event Scale - Revised. En Wilson J & Keane T M (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.

Pregunta 21: Mehnert A, Herschbach P, Berg P, Henrich G, Koch U. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 18: 1273-1280 (2009). Copyright © 2009 John Wiley & Sons, Ltd. Se usa con permiso.

Pregunta 24: Social Support Measure Enhancing recovery in coronary heard disease patients (ENRICH): study design and methods. Investigadores del estudio ENRICH. *Am Heart J.* 2000:139:1-9. [PubMed]

CUESTIONARIO DE SUPERVIVENCIA A LOS TRES AÑOS

INVESTIGADOR DEL SRC: CHRISTINA STENZEL
INVEST. PRINCIPAL: DRA. CARRIE THOMPSON

FECHAS DE LAS VERSIONES:

2 DE MARZO DE 2018

26 DE MARZO DE 2018

19 DE ABRIL DE 2018

1 DE MAYO DE 2018

12 DE MAYO DE 2018

9 DE AGOSTO DE 2018

29 DE AGOSTO DE 2018

19 DE SEPTIEMBRE DE 2018 LJH

VERIFICACIÓN DE CÓDIGO:

INCLUIR: