

## FACT-V (Version 4)



Reprinted with permission from FACIT.org and David Cella, Ph.D.

**Permission to use this questionnaire must be obtained**  
from FACIT.org  
([www.facit.org](http://www.facit.org); [information@facit.org](mailto:information@facit.org)).

Reproducido con el permiso de FACIT.org y del Dr. David Cella.

Es necesario **solicitar un permiso de uso** para utilizar este cuestionario, a FACIT.org:

[www.facit.org](http://www.facit.org)  
[information@facit.org](mailto:information@facit.org)

## FACT-V (Version 4)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

<b><u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u></b>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas .....	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia. ....	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor .....	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento .....	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a) .....	0	1	2	3	4
GP7	Necesito estar acostado(a).....	0	1	2	3	4

<b><u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u></b>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia .....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades .....	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS5	Me siento satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo) .....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

## FACT-V (Version 4)

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

### ESTADO EMOCIONAL

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste.....	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a).....	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir.....	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore.....	0	1	2	3	4

### CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Me satisface mi trabajo (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....	0	1	2	3	4

## FACT-V (Version 4)

**Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

<b><u>OTRAS PREOCUPACIONES</u></b>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchí- simo
V1	Me molesta la secreción o el sangrado de la vulva .....	0	1	2	3	4
V2	Me molesta el olor que me sale de la vulva .....	0	1	2	3	4
Cx3	Tengo miedo de tener relaciones sexuales .....	0	1	2	3	4
V3	Me molesta la hinchazón o la retención de líquido en las piernas .....	0	1	2	3	4
Cx4	Siento la vagina muy estrecha o pequeña .....	0	1	2	3	4
V4	Me molesta el malestar que siento en la ingle o en las piernas .....	0	1	2	3	4
Cx5	Tengo miedo de que el tratamiento pueda hacerle daño a mi cuerpo.....	0	1	2	3	4
B14	Me interesa el sexo.....	0	1	2	3	4
C7	Me gusta mi apariencia personal.....	0	1	2	3	4
Cx6	Me molesta el estreñimiento .....	0	1	2	3	4
C6	Tengo buen apetito.....	0	1	2	3	4
B11	Tengo dificultad para controlar la orina.....	0	1	2	3	4
V5	Me molesta el picor o el ardor en la zona de la vulva.....	0	1	2	3	4
Cx7	Tengo molestias al orinar .....	0	1	2	3	4
V6	Me molesta el dolor o el entumecimiento en la zona de la vulva .....	0	1	2	3	4
V7	Tengo dificultad para agacharme .....	0	1	2	3	4
V8	Tengo molestias cuando estoy sentada .....	0	1	2	3	4
V9	Me molesta usar medias de compresión.....	0	1	2	3	4
H&N1	Puedo comer lo que me gusta.....	0	1	2	3	4