Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

ANEXO 1: ENCUESTA TELEFÓNICA

1- Antes de que le diagnosticaran el tumor en la mama, ¿había tenido alguna vez dolor mamario?

o NO

o SI _____

2- Tras el diagnóstico de la enfermedad, ¿tuvo dolor en la mama antes de la intervención?

o NO

o SI _____

3- Tras la cirugía, ¿ha presentado alguna sensación extraña o dolorosa en la zona de la cicatriz mamaria?

o NO

o SI

En caso de respuesta afirmativa:

3a) ¿Qué tipo de sensación ha tenido?

o Sensación extraña como hormigueo, picor, adormecimiento o tensión.

o Dolor como pinchazos, quemazón, presión dolorosa o dolor difuso.

3b) ¿Cuándo le apareció la sensación?

o A los pocos días de la cirugía

o Al cabo de unos meses de la cirugía

o Al cabo de años de la cirugía

3c) ¿Cuál es la duración de la sensación?

o Minutos

o Horas

o Días

o Constante

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

3d) ¿Con qué frecuencia se presenta la sensación?

o Esporádica

o Semanal

o Diaria

o Constante

3e) ¿Ha necesitado tomar algún tratamiento para controlar la sensación?

o NO

o SI

4- ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que la mama operada todavía está presente?

o NO

o SI

En caso de respuesta afirmativa:

4a) ¿La sensación es dolorosa o desagradable?

o NO

o SÍ

4b) ¿Relaciona la sensación con algo? Alguna situación, alguna otra sensación, la toma de algún alimento, etc.

o NO

o SÍ

4c) ¿Cuándo le apareció la sensación?

o A los pocos días de la cirugía

o Al cabo de unos meses de la cirugía

o Al cabo de años de la cirugía

4e) ¿Cuál es la duración de la sensación?

o Minutos

o Horas

o Días

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- o Constante

4f) ¿Con qué frecuencia se presenta la sensación?

- o Esporádica
- o Semanal
- o Diaria
- o Constante

4g) ¿Ha necesitado tomar algún tratamiento para controlar la sensación?

- o NO
- o SI