



ORIGINAL

Factores determinantes en la calidad de vida de las mujeres supervivientes de cáncer de mama



Mario López-Salas^a, Antonio Yanes-Roldán^{a,*}, Roberto Bernal-Bernal^b, Elena Melús-Palazón^c, Francisco Álvarez-Rico^d y Cruz Bartolomé-Moreno^e

^a Asociación Española Contra el Cáncer, Madrid, España

^b Centro de Salud Puerto Real, Grupo de Trabajo del Cáncer de la semFYC, Puerto Real, Cádiz, España

^c Centro de Salud Actur Oeste, Unidad Docente Multiprofesional de AFyC del Sector Zaragoza 1, Grupo de prevención del cáncer del PAPPs de la semFYC, Zaragoza, España

^d Grupo de Trabajo del Cáncer de la SEMFYC y Grupo de Atención Oncológica de la SAMFYC, Málaga, España

^e Centro de Salud Parque Goya, Unidad Docente Multiprofesional de AFyC del Sector Zaragoza 1, Grupo de prevención del cáncer del PAPPs de la semFYC, Zaragoza, España

Recibido el 20 de diciembre de 2024; aceptado el 12 de febrero de 2025

Disponible en Internet el 17 de marzo de 2025

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Supervivientes de
cáncer;
Calidad de vida;
Atención integral de
salud

Resumen

Objetivos: Medir la calidad de vida de mujeres supervivientes de cáncer de mama (CM) y detectar diferencias en función de variables clínicas y sociodemográficas.

Diseño: Estudio observacional transversal de mayo a agosto de 2024.

Emplazamiento: España.

Participantes: Mujeres supervivientes de CM, seleccionadas por muestreo intencional no probabilístico, de la base de datos de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Mediciones principales: Formulario autoadministrado que incluía el cuestionario validado Quality of Life in Adult Cancer Survivors y una serie de preguntas referidas a variables clínicas y sociodemográficas de las supervivientes de CM. Se realizó un análisis descriptivo y se compararon las puntuaciones medias de los dominios de la escala a través de la prueba *t* de Student y el análisis de varianza de un factor.

Resultados: Participaron 1.293 mujeres. La puntuación total del Quality of Life in Adult Cancer Survivors y de la mayoría de sus dominios se reducen significativamente a medida que aumenta tanto la edad de las supervivientes de CM como el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento primario. Además, las participantes que en el momento de la entrevista estaban recibiendo tratamiento hormonal declaran una peor calidad de vida. La preocupación de que un familiar sea diagnosticado de cáncer es muy frecuente y se mantiene constante para casi todos los grupos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: observatorio@contraelcancer.es (A. Yanes-Roldán).

Conclusiones: Las diferencias entre supervivientes de CM resaltan la necesidad de una atención integral personalizada, que ayude a profesionales y pacientes a tomar decisiones informadas, reduciendo el impacto oncológico y mejorando la calidad de vida a corto y largo plazo.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

KEYWORDS

Breast neoplasms;
Cancer survivors;
Quality of life;
Comprehensive
health care

Determinants in the quality of life of breast cancer survivors

Abstract

Objectives: To measure the quality of life of women breast cancer (BC) survivors and to detect differences according to clinical and sociodemographic variables.

Design: Cross-sectional observational study from May to August 2024.

Placement: Spain.

Participants: Women BC survivors, selected by non-probabilistic purposive sampling, from the database of the Spanish Association Against Cancer.

Main measurements: Self-administered form that included the validated Quality of Life in Adult Cancer Survivors questionnaire along with a series of questions referring to clinical and socio-demographic variables. A descriptive analysis was performed and the mean scores of the scale domains were compared by Student's t-test and one-factor analysis of variance.

Results: A total of 1293 women participated. The total score of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors and most of its domains decreased significantly as both the age of the BC survivors and the time elapsed since completion of primary treatment increase. In addition, participants who were receiving hormone treatment reported worse quality of life at the time of the interview. The concern that a family member will be diagnosed with cancer is very frequent and remains constant for almost all groups.

Conclusions: Differences among BC survivors highlight the need for personalized comprehensive care, helping professionals and patients to make informed decisions, reducing oncologic impact and improving quality of life in the short and long term.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

De acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer –IARC–, el cáncer de mama (CM) es el más prevalente del mundo y el segundo tipo de tumor con un mayor número de diagnósticos al año¹. En España, en el año 2023, más de 35.000 mujeres fueron diagnosticadas de CM y 6.387 murieron a causa de la enfermedad². La tasa de supervivencia neta a 5 años del CM se sitúa en el 85,5%, una cifra que aumenta hasta el 96 y el 90% para la supervivencia neta a uno y 3 años, respectivamente³. Estas tasas de supervivencia se traducen en la existencia de un elevado número de mujeres supervivientes de CM que presentan una amplia variedad de efectos y secuelas asociadas al proceso oncológico que pueden modificar e interferir en su calidad de vida (CdV).

Respecto a los síntomas físicos más frecuentes, numerosos estudios indican que aproximadamente un tercio de las personas que sobreviven al cáncer presentan problemas de fatiga⁴. Un 10% de las supervivientes a largo plazo presentan dolor crónico intenso que interfiere con su funcionamiento cotidiano^{5,6}, muchas de ellas teniendo necesidades de atención y seguimiento muy específicas como ocurre con los cánceres hematológicos⁷. Alrededor del 26% de las personas afectadas por esta enfermedad desarrollan linfedema, incrementándose con el paso del tiempo transcurrido desde la cirugía^{8,9}. Son frecuentes también problemas musculares

y óseos como la osteoporosis, la debilidad muscular o los temblores^{10,11}, cardiotoxicidad^{12,13}, o el deterioro en el funcionamiento cognitivo^{14–16}.

Las consecuencias sociales y las problemáticas laborales son aspectos que generan gran deterioro en la CdV de las personas supervivientes. Además, los tratamientos más radicales como la mastectomía, y la quimioterapia, se han asociado con mayores barreras para el retorno laboral, siendo predictores significativos del desempleo^{17,18}.

En la esfera emocional, el miedo, el estrés, la ansiedad, las alteraciones de la propia imagen, la pérdida de la autoestima y los cambios en las relaciones socioafectivas pueden influir en la salud y en la CdV de las supervivientes de CM^{19–21}.

El tiempo transcurrido desde que las supervivientes han finalizado su tratamiento puede ser determinante a la hora de evaluar su CdV. Por ello se tiende a estratificar la supervivencia del cáncer en 3 grandes fases: 1) la fase de reentrada, referida al periodo de transición entre la finalización del tratamiento y la entrada en la fase de supervivencia de la enfermedad, y que engloba a pacientes que llevan menos de un año libres de enfermedad; 2) la fase de corta supervivencia, que oscila entre el año y los 5 años desde la finalización del tratamiento, y, por último, 3) la fase de larga supervivencia, que alude a aquellos pacientes que finalizaron su tratamiento hace más de 5 años²².

El objetivo del estudio es conocer la CdV de las mujeres supervivientes a un CM y detectar diferencias en función de variables clínicas y sociodemográficas para proporcionar una visión específica y complementaria sobre cómo las necesidades de las supervivientes pueden ser abordadas desde la atención primaria mediante enfoques multidimensionales.

Material y método

Se diseñó un estudio transversal, a nivel nacional, que incluyese a mujeres de 18 a 75 años, diagnosticadas de CM, tras finalizar el tratamiento inicial propuesto. Se creó un cuestionario para realizar de forma autoadministrada y online, que incluía la versión traducida, validada y adaptada al contexto cultural español del Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)²³, además de variables relacionadas con la enfermedad (edad de diagnóstico, tiempo libre de enfermedad, tratamientos recibidos y si recibían tratamiento hormonal en el momento de la entrevista) y cuestiones sociodemográficas (edad, nivel más alto de estudios alcanzado, situación de convivencia y situación laboral).

El QLACS es un cuestionario que permite medir la CdV tanto de largos^{24,25} como de cortos^{23,26} supervivientes de cáncer, considerando cuestiones relativas a diferentes ámbitos. El cuestionario consta de 47 ítems en formato de escala Likert 1-7. De esta manera, los ítems se agrupan en un total de 12 dominios que conforman la escala, 7 de ellos genéricos (*Afectividad negativa*, *Afectividad positiva*, *Problemas cognitivos*, *Dolor*, *Fatiga*, *Evitación social*, *Problemas sexuales*), 4 específicos del proceso oncológico (*Inquietud por la apariencia*, *Problemas financieros*, *Miedo a la recurrencia*, *Miedo por los familiares*) y un dominio independiente denominado *Beneficios del cáncer*, excluido del presente estudio debido a que no contribuye de manera significativa al análisis en investigaciones previas²⁵.

El estudio se diseñó de conformidad a los requisitos éticos de la declaración de Helsinki (modificación de 2013) y siguiendo las normas de Buena Práctica Clínica y la Ley 14/2017, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Se autorizó el proyecto por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón y se solicitó consentimiento informado a las pacientes en el cuestionario online. La información recogida ha sido anonimizada y tratada de manera confidencial y respetando la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre).

Para seleccionar la muestra se empleó un muestreo intencional no probabilístico, seleccionando mujeres de la base de datos de uso interno de personas atendidas por la Asociación Española Contra el Cáncer que cumplieren 4 criterios fundamentales: tener 18 o más años, haber sido diagnosticadas siendo mayores de edad, haber finalizado el tratamiento primario de la enfermedad y haber obtenido previamente el consentimiento para contactar con ellas a través de su correo electrónico. Se envió un email a estas mujeres para solicitar su participación en la investigación durante los meses de junio y julio de 2024. Del total de las mujeres contactadas que cumplimentaron el formulario, únicamente fueron consideradas como respuestas válidas aquellas que respondieron a los 47 ítems correspondientes al QLACS.

Análisis estadístico

Participaron 1.293 mujeres supervivientes de CM de 18 a 75 años. Esto implicó un error muestral máximo de $\pm 2,73$ para la totalidad de la muestra en los supuestos habituales de muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95,5%. Se realizó un análisis descriptivo mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables categóricas, y a través de medias y desviaciones estándar (DE) para las variables cuantitativas. Además, se han contrastado las medias de cada uno de los 11 dominios del QLACS en función de la edad de las supervivientes, el tiempo que llevaban libres de enfermedad (fase de reentrada o menos de un año, entre uno y 5 años y más de 5 años) y de si se encontraban recibiendo tratamiento hormonal en el momento de la cumplimentación del cuestionario. Se utilizó la prueba *t* de Student y el análisis de varianza de un factor. Para evaluar el tamaño del efecto de las diferencias grupales, para las variables dicotómicas se empleó el estadístico *D* de Cohen, y la eta cuadrado (η^2) para las variables con 3 o más grupos. El análisis del conjunto de datos se realizó con la versión 27 de IBM® SPSS® Statistics.

Resultados

Del total de las mujeres contactadas, un 35,5% cumplimentaron el cuestionario y de ellas solo el 76,8% lo hicieron de forma completa, es decir, las 1.293 mujeres supervivientes de CM que han sido estudiadas. En la [tabla 1](#) se describen las principales características clínicas y sociodemográficas de las mujeres supervivientes de cáncer participantes en el estudio. La edad media fue de 54,96 años (DE 10,19 años). La persona más joven entrevistada tenía 23 años y la mayor 74 (rango 51 años). Asimismo, la edad media de diagnóstico de las participantes fue de 49,23 años (DE 9,52 años). De las mujeres entrevistadas, el 49,2% eran cortas supervivientes y un 59% se encontraban recibiendo tratamiento hormonal en el momento de cumplimentar el cuestionario. Recibieron al menos 2 tratamientos el 90,6%, siendo los más frecuentes la cirugía (85,3%), la radioterapia, braquiterapia o protonterapia (85,2%), y la quimioterapia (80,4%). Vivían en pareja el 63,4%, el 58,3% decían tener estudios superiores y el 39,4% estaban empleadas.

En la [tabla 2](#) figuran los valores medios del conjunto de la muestra para cada uno de los 11 dominios del QLACS. Se aprecia que son los dominios de *Distrés familiar* ($\bar{x} = 5,314$) y *Miedo a la recurrencia* ($\bar{x} = 5,013$) en los que observamos unas puntuaciones más altas. Otros dominios relevantes son *Problemas sexuales* ($\bar{x} = 4,376$), *Preocupación por la apariencia* ($\bar{x} = 4,355$) y *Fatiga* ($\bar{x} = 4,222$). El dominio de *Problemas financieros* ($\bar{x} = 2,826$) es el menos frecuente entre las supervivientes de CM entrevistadas.

Se ha analizado si existen diferencias en los dominios QLACS en función de si la participante recibía o no tratamiento hormonal como consecuencia del proceso oncológico en el momento de cumplimentación del cuestionario, siendo las diferencias estadísticamente significativas en 9 de los 11 dominios ([tabla 3](#)). Las supervivientes que no recibían tratamiento hormonal reportaban una mejor CdV frente a las mujeres que sí lo recibían en todos los dominios excepto en *Problemas financieros* y *Distrés familiar*. No obstante, la

Tabla 1 Características generales de las mujeres supervivientes de cáncer de mama

Variables clínicas y sociodemográficas		n (%)
Tratamiento recibido	Quimioterapia	1.041 (80,5)
	Radioterapia, braquiterapia o protonterapia	1.101 (85,2)
	Cirugía	1.103 (85,2)
	Inmunoterapia	170 (13,1)
	Terapia dirigida	26 (2,0)
	Tratamientos hormonales	789 (61,0)
	Otro tratamiento oncológico	73 (5,6)
Tiempo desde finalización del tratamiento	Menos de 12 meses	352 (27,2)
	Entre un año y 4 años	636 (49,2)
	Entre 5 y 9 años	138 (10,7)
	Hace 10 o más años	167 (13,0)
Edad (años)	44 o menos	234 (18,1)
	Entre 45 y 54	373 (28,9)
	Entre 55 y 64	389 (30,1)
	65 o más	297 (23,0)
Edad del diagnóstico (años)	44 o menos	421 (32,5)
	Entre 45 y 54	488 (37,8)
	Entre 55 y 64	302 (23,4)
	65 o más	82 (6,3)
Tratamiento hormonal en la actualidad	Sí	763 (59,0)
	No	530 (41,0)
Nivel de estudios	Estudios primarios o sin finalizar	119 (9,2)
	Estudios medios	346 (26,8)
	Estudios superiores	754 (58,3)
	Otros	74 (5,7)
Situación de convivencia	Vive sola	217 (16,8)
	Vive con pareja	820 (63,4)
	Vive sin pareja, pero con otros familiares	177 (13,7)
	Otra situación	79 (6,1)
Situación laboral	Ocupadas	505 (39,1)
	Desempleadas	110 (8,5)
	Incapacidad temporal	196 (15,2)
	Jubiladas	267 (20,6)
	Incapacidad permanente como consecuencia del proceso oncológico	77 (6,0)
	Labores del hogar	65 (5,0)
	Desconocido	73 (5,6)
Total		1.293 (100)

Tabla 2 Puntuación en cada uno de los 11 dominios del QLACS y en total

Dominios QLACS	Muestra total N = 1.293	
	Media	DE
Puntuación total QLACS	4,034	1,096
Afectividad negativa	4,172	1,380
Afectividad positiva	2,980	1,321
Problemas cognitivos	4,156	1,673
Dolor	4,050	1,712
Problemas financieros	2,826	1,841
Distrés familiar	5,314	1,735
Problemas sexuales	4,376	1,755
Fatiga	4,222	1,485
Evitación social	3,140	1,743
Preocupación por la apariencia	4,355	1,688
Miedo a la recurrencia	5,013	1,533

DE: desviación estándar; QLACS: Quality of Life in Adult Cancer Survivors.

Tabla 3 Diferencias en los dominios QLACS en función de si la participante recibía o no tratamiento hormonal como consecuencia del proceso oncológico en el momento de cumplimentación del cuestionario

Dominios QLACS	Recibe tratamiento hormonal n = 764		No recibe tratamiento hormonal n = 529		t de Student	Sig. (bilateral)	D de Cohen
	Media	DE	Media	DE			
Puntuación total QLACS	4,159	1,069	3,854	1,111	4,968	< 0,001	0,281
Afectividad negativa	4,291	1,348	4,000	1,409	3,756	< 0,001	0,212
Afectividad positiva	3,063	1,287	2,859	1,361	2,739	0,006	0,155
Problemas cognitivos	4,351	1,630	3,874	1,696	5,087	< 0,001	0,288
Dolor	4,239	1,670	3,776	1,735	4,825	< 0,001	0,273
Problemas financieros	2,898	1,888	2,722	1,767	1,712	0,087	0,096
Distrés familiar	5,311	1,758	5,319	1,704	-0,082	0,935	-0,005
Problemas sexuales	4,588	1,699	4,071	1,790	5,255	< 0,001	0,297
Fatiga	4,386	1,447	3,985	1,509	4,814	< 0,001	0,272
Evitación social	3,221	1,755	3,024	1,721	2,007	0,045	0,114
Preocupación por la apariencia	4,517	1,680	4,121	1,675	4,174	< 0,001	0,236
Miedo a la recurrencia	5,107	1,534	4,878	1,523	2,637	0,008	0,149

DE: desviación estándar; QLACS: Quality of Life in Adult Cancer Survivors; Sig.: significación.

magnitud del efecto de estas diferencias es generalmente baja, encontrando las diferencias más elevadas en los dominios de *Problemas sexuales* y de *Problemas cognitivos* (D de Cohen = 0,297 y 0,288, respectivamente).

También se ha estudiado si existen diferencias en los dominios QLACS en función de la edad de la paciente, encontrando diferencias significativas en todos los dominios analizados (tabla 4). La CdV tiende a aumentar con la edad en la mayoría de los dominios evaluados. Las mujeres de menor edad (≤ 44 años) presentan puntuaciones más elevadas en *Problemas cognitivos*, *Problemas sexuales*, *Dolor* y *Preocupación por la apariencia*, mientras que en el grupo de mayor edad (65-75 años) se observa una reducción considerable en estos dominios. Los dominios que presentan una magnitud del efecto más elevada son *Problemas financieros* ($\eta^2 = 0,065$), *Problemas sexuales* ($\eta^2 = 0,067$) y *Preocupación por la apariencia* ($\eta^2 = 0,100$).

El tiempo desde que se finalizó el tratamiento se ha considerado otra variable clave y se ha incluido en el análisis. En la tabla 5 se observa cómo existen diferencias significativas en 10 de los 11 dominios analizados. La falta de significación en el dominio de *Distrés familiar* evidencia que este problema se mantiene elevado independientemente del paso del tiempo. Tanto las supervivientes en fase de reentrada como las cortas supervivientes obtienen puntuaciones altas en aspectos como *Problemas cognitivos*, *Dolor* y *Fatiga*, mientras que en el grupo largas supervivientes estas puntuaciones tienden a ser más bajas. Esta tendencia a la reducción del malestar a medida que aumenta el tiempo desde que se finalizó el tratamiento está extendida entre el resto de los dominios que conforman la escala. La magnitud del efecto es en su mayoría pequeña; sin embargo, se observan efectos más elevados en algunos dominios, tales como *Dolor* ($\eta^2 = 0,026$), *Evitación social* ($\eta^2 = 0,029$), *Fatiga* ($\eta^2 = 0,029$) y *Problemas cognitivos* ($\eta^2 = 0,029$).

Discusión

Los resultados muestran que las supervivientes de CM están expuestas a gran cantidad de efectos secundarios que suponen un deterioro importante en su CdV. Estas problemáticas pueden permanecer durante largo tiempo hasta llegar a convertirse en situaciones crónicas de salud.

Respecto a la sintomatología física, una elevada proporción de las mujeres participantes refieren problemas de fatiga y dolor. Los problemas cognitivos y las alteraciones en la vida sexual son otros de los dominios del QLACS más puntuados por las mujeres participantes. Estos resultados son concordantes con los encontrados en numerosos estudios realizados con supervivientes de CM^{4-6,14-16,27-29}. En todas las dimensiones físicas se ha visto una tendencia a la reducción del malestar a medida que pasa el tiempo desde que finalizó el tratamiento para el cáncer. También la edad constituye una variable importante. Así, las supervivientes de menor edad puntúan más alto en todas las dimensiones referidas a problemáticas físicas, resultados que siguen la línea de estudios previos³⁰⁻³². En este sentido, y dada la frecuencia con la que las supervivientes de CM refieren este tipo de problemáticas, sería necesario generar estrategias para reducir estas y promover una mejor CdV en el día a día. Este conocimiento también puede dar lugar a estrategias clínicas más holísticas para el manejo de los síntomas que podrían mejorar la atención y el seguimiento de las supervivientes de corto y largo plazo. En esta línea, se ha enfatizado la importancia de desarrollar modelos integrales de atención que aborden de manera coordinada los efectos físicos, psicológicos y sociales de la supervivencia al cáncer, incorporando enfoques multidisciplinarios que incluyan la atención primaria, la psicooncología y el uso de planes de cuidado personalizados para asegurar un seguimiento continuo y adaptado a las necesidades individuales^{33,34}.

Tabla 4 Diferencias en los dominios QLACS en función de la edad de las participantes

Dominios QLACS	≤ 44 años n = 234 Media (DE)	45-54 años n = 373 Media (DE)	55-64 años n = 389 Media (DE)	65-75 años n = 297 Media (DE)	ANOVA (prueba de Welch)	Sig.	η^2
Puntuación total QLACS	4,388 (0,942)	4,247 (1,071)	4,026 (1,108)	3,499 (1,027)	42,744	< 0,001	0,085
Afectividad negativa	4,525 (1,198)	4,370 (1,334)	4,117 (1,408)	3,717 (1,411)	19,812	< 0,001	0,043
Afectividad positiva	3,046 (1,267)	3,058 (1,287)	3,062 (1,436)	2,723 (1,220)	5,455	0,001	0,011
Problemas cognitivos	4,609 (1,498)	4,498 (1,656)	3,997 (1,679)	3,580 (1,625)	25,992	< 0,001	0,055
Dolor	4,348 (1,587)	4,272 (1,733)	4,140 (1,682)	3,418 (1,667)	19,361	< 0,001	0,043
Problemas financieros	3,343 (1,889)	3,149 (1,896)	2,806 (1,826)	2,039 (1,459)	36,640	< 0,001	0,065
Distrés familiar	5,484 (1,663)	5,419 (1,703)	5,336 (1,720)	5,020 (1,821)	3,879	0,009	0,009
Problemas sexuales	4,895 (1,674)	4,587 (1,745)	4,462 (1,663)	3,593 (1,700)	30,625	< 0,001	0,067
Fatiga	4,319 (1,390)	4,388 (1,558)	4,299 (1,462)	3,835 (1,433)	9,335	< 0,001	0,021
Evitación social	3,356 (1,725)	3,399 (1,751)	3,155 (1,803)	2,627 (1,557)	14,539	< 0,001	0,029
Preocupación por la apariencia	5,070 (1,526)	4,717 (1,588)	4,187 (1,667)	3,558 (1,597)	49,479	< 0,001	0,100
Miedo a la recurrencia	5,479 (1,312)	5,082 (1,554)	4,985 (1,547)	4,596 (1,542)	17,147	< 0,001	0,034

ANOVA: análisis de la varianza; DE: desviación estándar; QLACS: Quality of Life in Adult Cancer Survivors; Sig.: significación.

Tabla 5 Diferencias en los dominios QLACS en función del tiempo desde la finalización del tratamiento de las participantes

Dominios QLACS	SFR n= 352	CS n= 636	LS n= 305	ANOVA (prueba de Welch)	Sig.	η^2
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)			
Puntuación total QLACS	4,187 (1,076)	4,118 (1,062)	3,683 (1,119)	20,545	< 0,001	0,032
Afectividad negativa	4,253 (1,350)	4,274 (1,343)	3,865 (1,449)	9,266	< 0,001	0,015
Afectividad positiva	3,105 (1,303)	3,025 (1,319)	2,741 (1,320)	6,986	0,001	0,011
Problemas cognitivos	4,267 (1,654)	4,339 (1,625)	3,647 (1,696)	18,539	< 0,001	0,029
Dolor	4,311 (1,657)	4,135 (1,681)	3,571 (1,747)	16,630	< 0,001	0,026
Problemas financieros	3,008 (1,938)	2,874 (1,842)	2,515 (1,685)	6,886	0,001	0,010
Distrés familiar	5,279 (1,792)	5,365 (1,726)	5,249 (1,688)	0,570	0,566	0,001
Problemas sexuales	4,489 (1,726)	4,479 (1,757)	4,032 (1,744)	7,783	< 0,001	0,012
Fatiga	4,337 (1,421)	4,376 (1,464)	3,767 (1,515)	18,359	< 0,001	0,029
Evitación social	3,438 (1,788)	3,218 (1,734)	2,634 (1,602)	20,620	< 0,001	0,029
Preocupación por la apariencia	4,660 (1,688)	4,388 (1,699)	3,935 (1,583)	16,508	< 0,001	0,024
Miedo a la recurrencia	5,136 (1,535)	5,049 (1,545)	4,798 (1,488)	4,474	0,013	0,007

ANOVA: análisis de la varianza; CS: cortas supervivientes; DE: desviación estándar; LS: largas supervivientes; QLACS: Quality of Life in Adult Cancer Survivors; SFR: supervivientes en fase de reentrada; Sig.: significación.

Respecto a las consecuencias sociales, las personas supervivientes de cáncer tienen que afrontar muchos problemas laborales después de su diagnóstico y tratamiento. Así, las personas que sobreviven a un cáncer tienen 1,4 veces más probabilidades de estar en situación de desempleo que aquellas que no han pasado por la enfermedad³⁵. En nuestra muestra poco más de un tercio de las pacientes tenían empleo (39%). Además, las supervivientes de cáncer con ingresos más bajos, menor nivel de educación, de origen étnico minoritario, desempleadas, con discapacidad o con un empleo precario en el momento del diagnóstico tienen un riesgo mayor de experimentar dificultades laborales después del cáncer^{18,36–38}. A estos problemas laborales se les suman otros relacionados con el ámbito financiero, encontrando impedimentos para acceder a créditos bancarios, seguros médicos y otras dificultades financieras en el ámbito material. Estas dificultades están especialmente presentes en las personas supervivientes que se encuentran en edad laboral^{39–41}. Es decir, las personas diagnosticadas de cáncer experimentan los efectos de la toxicidad económica derivada de esta enfermedad, entendiéndose como las consecuencias económicas directas e indirectas y las dificultades laborales. Este sí es un problema detectado en esta investigación, aunque la puntuación otorgada indica que es un problema relegado a un segundo plano por las participantes.

Muy presentes en las personas supervivientes de cáncer están las problemáticas emocionales, la ansiedad y la depresión. Hasta un 18% de los largos supervivientes tienen depresión y un nivel significativo de ansiedad¹⁹. El miedo a la recurrencia del cáncer es común en las personas que han sobrevivido a un cáncer. Los datos muestran que casi la mitad de las personas supervivientes informan niveles de moderados a severos de miedo a la recaída²¹, y en nuestra muestra ha sido de los dominios QLACS con una mayor puntuación media, dominio que además aumentaba de modo significativo si la paciente recibía tratamiento hormonal.

De los resultados se desprende que el seguimiento en estas pacientes no solo requiere una mirada sobre los sín-

tomas físicos o secuelas del cáncer, sino también sobre sus consecuencias psicológicas, sociales y económicas. En este sentido, sería de interés desarrollar modelos integrales que incluyan programas de atención continuada para los profesionales de atención primaria y trabajo en redes con otros profesionales psicosociales que permitan el intercambio de conocimientos.

Limitaciones

La inexistencia de un marco muestral de supervivientes de CM ha dificultado el cálculo de las mujeres necesarias para poder hacer inferencia a todas las mujeres con CM, que se ha solventado con el cálculo del error muestral para la muestra estudiada.

El hecho de que la muestra haya sido seleccionada entre las mujeres inscritas en la Asociación Española Contra el Cáncer, y que se haya realizado con un formulario autoadministrado online remitido mediante email, podría suponer una posible sobrerrepresentación de mujeres jóvenes y con estudios superiores debido al sesgo de autoselección condicionado por la menor propensión y el mayor rechazo a participar en estudios de este tipo por parte de personas de mayor edad y con un nivel de estudios más bajo. Además, la tasa de respuesta obtenida puede ser indicativa de la posible aparición de este sesgo, aunque esta tasa se considera aceptable al tratarse de un cuestionario online autoadministrado. No obstante, se ha buscado minimizar el impacto de dicho sesgo ajustando la distribución de supervivientes de CM al marco muestral estimado en función de la edad.

Conclusiones

Las diferencias observadas entre los grupos de supervivientes de CM evidencian la necesidad de proporcionar una atención integral que se ajuste a las diversas necesidades de cada paciente.

Las variables estudiadas podrían ser útiles tanto a los profesionales sanitarios como a las pacientes para ayudar en la toma de decisiones que minimicen el impacto del proceso oncológico en su CdV, facilitando una atención desde atención primaria que se adapte a las diferentes dimensiones de la CdV tanto a corto como a largo plazo.

Lo conocido sobre el tema

- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más prevalente a nivel mundial y en España.
- A pesar de ser uno de los tumores con mayor tasa de supervivencia, las mujeres que han sido diagnosticadas presentan diversas secuelas que afectan su calidad de vida.
- Los problemas físicos, emocionales, sociales y laborales son frecuentes en las personas que han sobrevivido al cáncer de mama.

Qué aporta este estudio

- Los problemas emocionales como el miedo a la recurrencia y el distrés familiar son dominios con altas puntuaciones entre las supervivientes.
- Las mujeres más jóvenes y las cortas supervivientes presentan mayores problemas físicos y emocionales que las largas supervivientes y las de mayor edad.
- Los resultados evidencian la necesidad de una atención integral que abarque tanto los síntomas físicos como las consecuencias psicológicas y sociales, con enfoques personalizados para mejorar la calidad de vida a corto y largo plazo.

Financiación

El trabajo no recibió financiación externa.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la Comunidad de Aragón (PI24/296 - 26 de junio de 2024). Todas las participantes dieron su consentimiento informado.

Conflicto de intereses

Los autores afirman ausencia de conflictos de interés.

Agradecimientos

Estamos especialmente agradecidos a las casi 1.300 personas que nos prestaron su tiempo para cumplimentar el cuestionario, ya que sin su colaboración no podríamos compartir los resultados de esta investigación.

Bibliografía

1. Global Cancer Observatory. Cancer today. Lyon: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization; 2025 [consultado 21 Oct 2024]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr>
2. Asociación Española Contra el Cáncer. Dimensiones del cáncer. AECC observatorio 2023. Madrid: AECC; 2023 [consultado 21 Oct 2024]. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>
3. Guevara M, Molinuevo A, Salmerón S, Marcos-Gragera R, Chirlaque MD, Quirós JR, et al. Supervivencia de cáncer en España, 2002-2013. Murcia: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN); 2020 [consultado 21 Oct 2024]. Disponible en: <https://redecn.org/storage/documents/3878edcf-11e6-43c8-93dd-157a5ada4fb2.pdf>
4. Jones JM, Olson K, Catton P, Catton CN, Fleshner NE, Krzyzanowska MK, et al. Cancer-related fatigue and associated disability in post-treatment cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2016;10:51-61.
5. Yin M, Wang C, Gu K, Bao P, Shu XO. Chronic pain and its correlates among long-term breast cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2023;17:460-7.
6. Leysen L, Beckwée D, Nijs J, Pas R, Bilterys T, Vermeir S, et al. Risk factors of pain in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2017;25:3607-43.
7. Comisión de Trabajo de Largos Supervivientes de Cáncer Hematológico. Largos supervivientes de cáncer hematológico: guía de práctica clínica. Madrid: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2024.
8. Huang J, Yu N, Wang X, Long X. Incidence of lower limb lymphedema after vulvar cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2017;96:e8722.
9. Clinckaert A, Callens K, Cooreman A, Bijmens A, Moris L, van Calster C, et al. The prevalence of lower limb and genital lymphedema after prostate cancer treatment: A systematic review. *Cancers (Basel).* 2022;14:5667.
10. VanderWalde A, Hurria A. Aging and osteoporosis in breast and prostate cancer. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:139-56.
11. Chen Z, Maricic M, Bassford TL, Pettinger M, Ritenbaugh C, Lopez AM, et al. Fracture risk among breast cancer survivors: Results from the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Intern Med.* 2005;165:552-8.
12. Patnaik JL, Byers T, DiGiuseppi C, Dabelea D, Denberg TD. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: A retrospective cohort study. *Breast Cancer Res.* 2011;13:R64.
13. Schmitz KH, Prosnitz RG, Schwartz AL, Carver JR. Prospective surveillance and management of cardiac toxicity and health in breast cancer survivors. *Cancer.* 2012;118 8 Suppl:2270-6.
14. Collins B, Mackenzie J, Tasca GA, Scherling C, Smith A. Persistent cognitive changes in breast cancer patients 1 year following completion of chemotherapy. *J Int Neuropsychol Soc.* 2014;20:370-9.
15. Hess LM, Huang HQ, Hanlon AL, Robinson WR, Johnson R, Chambers SK, et al. Cognitive function during and six months following chemotherapy for front-line treatment of ovarian, primary peritoneal or fallopian tube cancer: An NRG oncology/gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol.* 2015;139:541-5.
16. Wouters H, Baars JW, Schagen SB. Neurocognitive function of lymphoma patients after treatment with chemotherapy. *Acta Oncol.* 2016;55:1121-5.
17. Wang L, Hong BY, Kennedy SA, Chang Y, Hong CJ, Craigie S, et al. Predictors of unemployment after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Clin Oncol.* 2018;36:1868-79.

18. Musti MA, Collina N, Stivanello E, Bonfiglioli R, Giordani S, Morelli C, et al. Perceived work ability at return to work in women treated for breast cancer: A questionnaire-based study. *Med Lav*. 2018;109:407–19.
19. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2013;14:721–32.
20. Leano A, Korman MB, Goldberg L, Ellis J. Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Can Oncol Nurs J*. 2019;29:141–6.
21. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. 2013;7:300–22.
22. Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2006;24:5132–7.
23. Escobar A, Trujillo-Martín MM, Rueda A, Pérez-Ruiz E, Avis NE, Bilbao A. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Spanish version of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) questionnaire: Application in a sample of short-term survivors. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:182.
24. Avis NE, Ip E, Foley KL. Evaluation of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale for long-term cancer survivors in a sample of breast cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:92.
25. Andreu Vaillo Y, Conchado Peiró A, Martínez Lopez P, Martínez Martínez MT, Moreno P, Arribas Alpuente L. Possible substantive improvements in the structure of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale? A study based on its Spanish version. *Qual Life Res*. 2022;31:1871–81.
26. Sohl SJ, Levine B, Avis NE. Evaluation of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale for early post-treatment breast cancer survivors. *Qual Life Res*. 2015;24:205–12.
27. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Skalla K, et al. Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *J Clin Oncol*. 2002;20:485–93.
28. Mayer S, Iborra S, Grimm D, Steinsiek L, Mahner S, Bossart M, et al. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;299:191–201.
29. Chovanec M, Vasilkova L, Petrikova L, Obertova J, Palacka P, Rejlekova K, et al. Long-term sexual functioning in germ-cell tumor survivors. *BMC Cancer*. 2020;20:779.
30. Smedsland SK, Falk RS, Reinertsen KV, Kiserud CE, Brekke M, Bøhn SH, et al. Burden of late effects in a nationwide sample of long-term breast cancer survivors. *Cancer*. 2024;130:140–9.
31. Lee L, Ross A, Griffith K, Jensen RE, Wallen GR. Symptom clusters in breast cancer survivors: A latent class profile analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2020;47:89–100.
32. Jing F, Zhu Z, Qiu J, Tang L, Xu L, Xing W. Symptom profiles and related factors among breast cancer patients undergoing endocrine therapy: A latent profile analysis. *Cancer Nurs*. 2023;46:E297–304.
33. Jefford M, Howell D, Li Q, Lisy K, Maher J, Alfano CM, et al. Improved models of care for cancer survivors. *Lancet*. 2022;399:1551–60.
34. Vaz-Luis I, Masiero M, Cavaletti G, Cervantes A, Chlebowski RT, Curigliano G, et al. ESMO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship: Promoting high-quality survivorship care and research in Europe. *Ann Oncol*. 2022;33:1119–33.
35. De Boer AG, Taskila T, Ojajärvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: A meta-analysis and meta-regression. *JAMA*. 2009;301:753–62.
36. Van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ, et al. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: A systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22:144–60.
37. Swanberg JE, Nichols HM, Vanderpool RC, Rosenblatt P, Tracy JK. Working poor and working nonpoor cancer survivors: Work-related and employment disparities. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2018;1:e1134.
38. Van Egmond MP, Duijts SFA, Jonker MA, van der Beek AJ, Anema JR. Effectiveness of a tailored return to work program for cancer survivors with job loss: Results of a randomized controlled trial. *Acta Oncol*. 2016;55:1210–9.
39. Jaggi R, Pottow JAE, Griffith KA, Bradley C, Hamilton AS, Graff J, et al. Long-term financial burden of breast cancer: Experiences of a diverse cohort of survivors identified through population-based registries. *J Clin Oncol*. 2014;32:1269–76.
40. Fenn KM, Evans SB, McCorkle R, DiGiovanna MP, Pusztai L, Sanft T, et al. Impact of financial burden of cancer on survivors' quality of life. *J Oncol Pract*. 2014;10:332–8.
41. Pisu M, Azuero A, Benz R, McNees P, Meneses K. Out-of-pocket costs and burden among rural breast cancer survivors. *Cancer Med*. 2017;6:572–81.