



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Estudio transversal multicéntrico para conocer los factores psicológicos, laborales, sociales y en el estilo de vida que pueden modificar la calidad de vida de pacientes mayores de 18 años supervivientes de cáncer de mama

Multicenter cross-sectional study to identify psychological, occupational, social, and lifestyle factors that may influence the quality of life in breast cancer survivors aged over 18 years

Autora

Sara Elena Palacín Melús

Directora

Cruz Bartolomé Moreno

Graduado en Medicina

FACULTAD DE MEDICINA ZARAGOZA

2025

ÍNDICE

Resumen	1
- Palabras clave	1
Abstract	2
- Key words	2
Introducción	3
Hipótesis	7
Objetivos	7
- Objetivo principal	7
- Objetivos secundarios	7
Material y métodos	9
- Participantes	9
- Instrumento de medición	10
- Variables del estudio	10
- Aspectos éticos	11
- Análisis estadístico	12
- Limitaciones	13
- Financiación	14
- Conflicto de intereses	14
- Utilidad	14
- Difusión	14
Resultados	15
- Análisis univariable	15
- Análisis bivariado	25
Discusión	44
Conclusiones	50
Bibliografía	51
Anexos	57
- Anexo 1: Encuesta largo superviviente cáncer	57
- Anexo 2: Encuestas largo superviviente	58
- Anexo 3: CEICA	72

RESUMEN

Objetivo: Analizar la afectividad negativa que presentan las mujeres supervivientes de cáncer de mama, y su relación con la esfera psicológica, social, laboral, biológica y en el estilo de vida.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico mediante formulario online autocumplimentado que incluía la versión validada del *Quality of Life in Adult Cancer Survivors* (QLACS). Tras la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón, el estudio se desarrolló entre junio de 2024 y febrero de 2025. Para poder hacer inferencia, se calculó una muestra de 1.054 pacientes (DE 1,348; IC 95%; precisión 8%), que se amplió un 15% para compensar posibles pérdidas, precisando un tamaño de 1.240 mujeres.

Resultados: Las pacientes encuestadas informaron sentir "casi siempre" afectividad negativa (AN) (mediana: 4,3 puntos; rango intercuartílico: 2 puntos)

A nivel psicológico, se identificó una correlación débil entre AN y los problemas de la apariencia, y con la angustia por un cáncer familiar (Kendall 0,279, Spearman 0,285, respectivamente), y moderada con el miedo a la recurrencia (Kendall 0,348).

Las repercusiones laborales se asociaron de forma débil y estadísticamente significativa con AN (ϵ^2 0,0447), mientras que los problemas financieros, de forma moderada (Spearman 0,319). También se halló correlación moderada entre AN y evitación de contextos sociales (Pearson 0,628). Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre AN y haber recibido hormonoterapia ($p < 0,05$), aunque con un efecto pequeño (r : 0,0715).

Se hallaron correlaciones moderadas entre AN y síntomas cognitivos (Kendall 0,416), sexuales (Spearman 0,470), dolor (Kendall 0,507) y fatiga (Kendall 0,471).

Se detectó una asociación positiva entre AN y consumo de tabaco (OR 1,31) y alimentos ultraprocesados (OR 1,228). En contraposición, consumir alcohol mostró una relación negativa con AN, siendo estadísticamente significativa para más de una vez (OR 0,844) y más de cuatro veces por semana (OR 0,769).

Conclusión: Las mujeres supervivientes de cáncer de mama presentan afectividad negativa "casi siempre", asociada de forma débil o moderada con las distintas esferas estudiadas. Estos hallazgos constituyen una base preliminar para orientar futuras investigaciones.

Palabras clave: Cáncer de mama, Supervivientes de cáncer, Calidad de vida, Problemas Sociales, Equilibrio entre Vida Personal y Laboral, Adaptación Psicológica, Estilo de vida.

ABSTRACT

Aim: To analyze the negative affectivity experienced by female breast cancer survivors and its relationship with psychological, social, occupational, biological, and lifestyle factors.

Materials and Methods: A multicenter cross-sectional study was conducted using a self-administered online questionnaire, which included the validated version of the *Quality of Life in Adult Cancer Survivors* (QLACS). Following approval from the Clinical Research Ethics Committee of Aragón, the study was carried out between June 2024 and February 2025. To allow for statistical inference, a sample size of 1.054 patients was calculated (SD: 1,348; 95% CI; 8% precision), which was increased by 15% to compensate for potential losses, requiring a sample of 1.240 women.

Results: The patients surveyed reported experiencing negative affectivity "almost always" (median: 4,3 points; interquartile range: 2 points).

At the psychological level, a weak correlation was identified between NA and appearance concerns as well as family cancer-related distress (Kendall's τ 0,279; Spearman's ρ 0,285, respectively). A moderate correlation was found between NA and fear of recurrence (Kendall's τ 0,348). Occupational consequences were weakly and significantly associated with NA (ϵ^2 0,0447), while financial problems showed a moderate correlation (Spearman's ρ 0,319). A moderate correlation was also found between NA and social avoidance (Pearson's r 0,628). Statistically significant differences were found only between NA and having received hormone therapy ($p < 0,05$), though with a small effect size (r 0,0715).

Moderate correlations were found between NA and cognitive (Kendall's τ 0,416), sexual (Spearman's ρ 0,470), pain (Kendall's τ 0,507), and fatigue symptoms (Kendall's τ 0,471). A positive association was observed between NA and tobacco use (OR 1,31) as well as consumption of ultra-processed foods (OR 1,228). Conversely, alcohol consumption showed a negative association with NA, reaching statistical significance for drinking more than once (OR 0,844) and more than four times per week (OR 0,769).

Conclusion: Female breast cancer survivors report experiencing negative affectivity "almost always", with weak to moderate associations across the studied domains. These findings provide a preliminary basis to guide future research.

Key words: Breast Neoplasms, Cancer Survivors, Quality of Life, Social Problems , Work-Life Balance, Adaptation, Psychological, Life Style

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y constituye un problema prioritario de salud pública en España. Se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por un crecimiento descontrolado y la proliferación anómala de células, con capacidad de invasión y metástasis. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), en 2023 se estimó una incidencia de aproximadamente 279.260 nuevos casos de cáncer en España, con una mayor frecuencia en hombres (158.544 casos) que en mujeres (120.715 casos)^{1,2}.

Los tumores malignos más prevalentes varían según el sexo. En 2022, según el observatorio del cáncer, la incidencia (casos nuevos por 100.000 habitantes) de cáncer en la población general fue por orden de frecuencia: colorrectal (44.294 casos nuevos), le seguían el cáncer de mama en mujeres, con 36.395 casos nuevos, el de pulmón (32.768) y el de próstata con 30.316 casos. Diferenciando por sexo, en hombres, los tumores más frecuentes son el cáncer de próstata, colorrectal, pulmón y vejiga. En mujeres, el cáncer de mama, seguido del colorrectal, pulmón y cuerpo uterino³.

A pesar del aumento de la incidencia, la mortalidad ha mostrado una tendencia a la estabilización o incluso a la reducción en algunos tumores, lo que se relaciona posiblemente con avances en el diagnóstico precoz y en las opciones terapéuticas. No obstante, el cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte en España, por detrás de las enfermedades cardiovasculares. En 2023, se registraron 115.429 muertes por cáncer, siendo el cáncer de pulmón el de mayor letalidad, seguido del colorrectal, páncreas, mama y próstata⁴.

Las estimaciones futuras de la SEOM indican que en 2025 se alcanzarán 296.103 nuevos diagnósticos de cáncer en nuestro país, lo que supone un incremento del 3,3% respecto al año anterior, según el informe *Las cifras del cáncer en España 2025*, elaborado por esta y REDECAN⁵. Este aumento está estrechamente relacionado con el envejecimiento poblacional y la mayor esperanza de vida, así como con la persistencia de factores de riesgo modificables como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo y la exposición a agentes carcinogénicos ambientales.

El cáncer de mama (CM) es el segundo tipo de cáncer más frecuente del mundo y el primer tipo con un mayor número de diagnósticos al año con datos del 2022 (2,3 millones de casos a nivel mundial)⁶. En España, en el año 2023, más de 35.000 mujeres fueron diagnosticadas de CM y

6.387 murieron a causa de la enfermedad⁷.

Las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pueden ser parte de la causa del aumento de los porcentajes de supervivencia para prácticamente todos los tipos tumorales, con unas tasas de supervivencia de cáncer en España de 55,3 % en hombres y de 61,7 % en mujeres⁶.

Los datos más recientes disponibles en España indican cómo la tasa de supervivencia neta a 5 años en las mujeres con cáncer de mama se sitúa en el 85,5%, una cifra que aumenta hasta el 96% y el 90,1% para la supervivencia neta a 1 y 3 años respectivamente².

El tiempo que transcurre desde que las supervivientes han finalizado su tratamiento puede ser determinante a la hora de evaluar su Calidad de vida (CdV). Por ello se tiende a estratificar la supervivencia del cáncer en tres grandes fases: la fase de re-entrada, 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 1 año libres de enfermedad. La fase de corta supervivencia, que oscila entre el año y los cinco años desde la finalización del tratamiento y, por último, la fase de larga supervivencia, que alude a aquellos pacientes que finalizaron su tratamiento hace más de 5 años⁸.

Se crearon así los términos “*largo y corto superviviente*”, estableciendo la diferencia entre ambos en un punto de corte a los 5 años del diagnóstico y tratamiento si el/la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Este trabajo se centra en mujeres con cáncer de mama, debido a que es uno de los tumores con mayor supervivencia neta. Los estudios encontrados detallan que la gran mayoría de ellas presentan como un síntoma físico la astenia (un 30% de ellas)⁹. En un 10% de supervivientes se ha encontrado que presentan a largo plazo un dolor crónico difícil de paliar y que les limita para las actividades de su vida diaria. Según Hamood^{10,11,12}, este dolor es más frecuente en las mujeres sometidas a mastectomía *versus* cirugía conservadora, con las sometidas a radioterapia, y además mostraba ser inversamente proporcional a la edad de la mujer y al tiempo de retraso del diagnóstico, entre otros factores. Otras secuelas frecuentes y limitantes en estas pacientes son el linfedema¹³, los problemas osteomusculares como la osteoporosis, la debilidad muscular o los calambres^{14,15}

Otros problemas derivados de algunos tratamientos de quimioterapia o radioterapia son la cardiotoxicidad¹⁶, los problemas de la esfera sexual¹⁷, e incluso, un deterioro cognitivo precoz^{18,19}.

La ansiedad y la depresión son muy frecuentes, tanto durante el proceso de diagnóstico y tratamiento inicial, como tras cada prueba posterior a las que son sometidas, así como el estrés postraumático y el miedo a una recidiva tumoral presente en todo momento^{20, 21}.

La proporción de largos supervivientes en España ha crecido de forma significativa, lo que lleva a que en la actualidad el cáncer se llegue a considerar un proceso o enfermedad crónica, y el abordaje por los profesionales sea una necesidad.

No se conocen datos de las repercusiones que han tenido en estas mujeres el proceso de enfermar de cáncer de mama y su posterior recuperación con las secuelas que este haya podido tener en todas ellas.

Las personas que han sobrevivido a un cáncer tienen un alto riesgo de padecer “*una segunda neoplasia*” tanto por su predisposición genética como a consecuencia de los tratamientos o las pruebas diagnósticas que puedan conllevar una radiación o por los mismos factores ambientales que causaron el primer cáncer²². También pueden presentar multitud de efectos secundarios que pueden pasar desapercibidos si no se conocen.

La carga del cáncer va más allá de la magnitud en términos de incidencia, mortalidad y prevalencia, pues también tiene consecuencias en términos de impacto laboral y económico en las pacientes y sus familias. En general, el cáncer es un proceso que requiere una incapacidad temporal en algún momento durante la enfermedad y los tratamientos. La mayor parte de las incapacidades temporales por cáncer van a tener una duración media entre 280 y 365 días. La situación sociolaboral en el momento del diagnóstico condiciona claramente las consecuencias que la enfermedad va a tener en los diferentes aspectos de la vida de la persona oncológica. Considerar además que un diagnóstico de cáncer puede ser el causante y/o agravante de un riesgo socioeconómico para la subsistencia de la persona y su familia^{23, 24, 25}.

El seguimiento a largo plazo de las pacientes libres de enfermedad comienza cuando termina el seguimiento oncológico rutinario, usualmente a los cinco años de haber terminado el tratamiento y si la paciente se encuentra libre de neoplasia. Este seguimiento a largo plazo es crucial, ya que las pacientes pueden presentar efectos tardíos del cáncer y/o complicaciones derivadas de su tratamiento que deben ser prevenidas, diagnosticadas y tratadas eficazmente. Este seguimiento se realiza desde atención primaria, y la falta de protocolos de seguimiento hace necesario conocer las necesidades que estas pacientes tienen para poderlas atender desde todas las esferas: no sólo médicas, físicas o psicológicas, sino también laborales, económicas, y desde el punto de vista de su calidad de vida, que suele quedar mermada por todo este largo proceso.

Es en todas ellas donde las actividades de prevención primaria con estilos de vida saludables cobran aún más valor junto a un seguimiento reglado y protocolizado²².

De esa necesidad por conocer las variables sociales y laborales relacionadas con la calidad de vida en las pacientes surge la necesidad de este estudio que se ha realizado gracias a la colaboración de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Este trabajo de fin de grado surge de la misma línea de investigación, para conocer la repercusión del cáncer en su calidad de vida, analizando las esferas psicológica, laboral, social o médica y el estilo de vida de estas pacientes.

HIPÓTESIS

Las mujeres que han sobrevivido a un proceso oncológico de cáncer de mama presentan repercusiones psicológicas, laborales, sociales, médicas y en el estilo de vida (consumo de tabaco, alcohol y alimentos ultraprocesados), que repercuten en su calidad de vida.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:** Conocer si las pacientes supervivientes de cáncer de mama presentan afectividad negativa.
- **Objetivos secundarios:**
 - Psicológicos:
 - Analizar si existe relación entre los problemas derivados de la apariencia del proceso oncológico y la afectividad negativa
 - Estudiar si el miedo a la recurrencia del cáncer está relacionado con la afectividad negativa.
 - Demostrar si la angustia que se tiene respecto al miedo de aparición de otros casos de cáncer en la familia está correlacionado con la afectividad negativa.
 - Laborales:
 - Saber si las mujeres que han sobrevivido a un proceso oncológico presentan repercusiones laborales (obligación de cese de trabajo y ser despedido debido al proceso oncológico) y si estas están relacionadas con la afectividad negativa
 - Conocer si los problemas financieros que se han desarrollado a causa del proceso oncológico están relacionados con la afectividad negativa.
 - Sociales:
 - Investigar si la afectividad negativa (sentimiento de tristeza, deprimido, etc.) influye en una mayor evitación de contextos sociales.
 - Médicos:
 - Conocer la relación del tipo de tratamiento en la afectividad negativa
 - Saber si existe relación entre la afectividad negativa en el momento actual y el desarrollo de problemas cognitivos.
 - Conocer si la afectividad negativa está correlacionada con tener problemas en la esfera sexual.
 - Analizar si el dolor está relacionado con una mayor afectividad negativa.

- Describir si la fatiga está relacionada con una mayor afectividad negativa
- Estilo de vida:
 - Investigar si hay una correlación entre las mujeres con cáncer de mama y afectividad negativa y el consumo de tabaco.
 - Estudiar si las mujeres con cáncer de mama y puntuación en afectividad negativa tienen una relación con el consumo de alcohol.
 - Describir si la afectividad negativa tiene relación con un mayor consumo de alimentos ultraprocesados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se planteó un estudio transversal multicéntrico (a nivel nacional) dirigido a analizar las variables sociales y laborales que afecten a la calidad de vida de mujeres mayores de 18 años que, habiendo sido diagnosticadas de un cáncer de mama en su vida adulta, hayan concluido el tratamiento primario para el mismo (cirugía, radio y/o quimioterapia) y se encuentren ahora mismo libres de enfermedad.

A raíz de la propuesta de este estudio, se diseñó una Encuesta Online Autoadministrada (*Sistema CAWI, Computer Assisted Web Interviewing*) a través de un cuestionario estructurado online, que incluía la versión traducida, validada y adaptada al contexto cultural español del *Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)*²⁶.

Una vez redactado el protocolo y diseñado el formulario, se solicitó la autorización al Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA). Después de autorizarse el proyecto por el mismo, se aprobó el proyecto en Junio de 2024 (PI24/296 - 26 de junio de 2024).

El trabajo de campo se inició en junio de 2024 y se mantuvo abierto hasta Febrero de 2025.

La captación de las participantes se realizó a través de bases de datos internas gestionadas por la AECC, el cual realizó un *flyer* (ver **anexo 1**) en el que figuraba un QR para realizar el cuestionario anteriormente mencionado, que se difundió por email y por las redes sociales de esta misma entidad.

PARTICIPANTES Y MUESTRA

El estudio empleó un muestreo intencional no probabilístico, seleccionando mujeres de la base de datos de uso interno de personas atendidas por la AECC que cumpliesen cuatro criterios fundamentales: ser mayores de edad, haber sido diagnosticadas con más de 18 años de cáncer de mama, haber finalizado el tratamiento primario de la enfermedad y haber obtenido previamente el consentimiento para contactar con ellas a través de su correo electrónico.

En España, en el año 2023, más de 35.000 mujeres fueron diagnosticadas de CM⁷. Considerando que la tasa de supervivencia neta a 5 años del CM se sitúa en el 85,5%, se estimó una población de 29.925 mujeres supervivientes de CM²⁷.

Para este trabajo, teniendo en cuenta esta población, se calculó el tamaño muestral necesario para hacer inferencia, considerando una desviación estándar con valor de 1,348²⁷, para un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 8%, precisando un tamaño muestral de 1.054

mujeres. Se amplió en un 15% para compensar posibles pérdidas, pasando a necesitar una muestra final de 1.240 mujeres.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: FORMULARIO

A raíz de la propuesta de este estudio, se diseñó una Encuesta Online Autoadministrada (*Sistema CAWI, Computer Assisted Web Interviewing*), como hemos mencionado anteriormente. Esta encuesta se realizó a través de un cuestionario estructurado online, que incluía la versión traducida, validada y adaptada al contexto cultural español del *Quality of Life in Adult Cancer Survivors* (QLACS), 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).

Se trata de un cuestionario *Survey Monkey* que permite medir la CdV tanto de largos^{28,29} como de cortos³⁰ supervivientes de cáncer, considerando cuestiones relativas a diferentes ámbitos. El cuestionario QLACS consta de 47 ítems que miden 12 dominios. Cada ítem se puntúa en una escala de frecuencia de siete puntos (*1: nunca, 2: rara vez, 3: a veces, 4: casi siempre, 5: frecuentemente, 6: muy a menudo y 7: siempre*), en relación con las últimas cuatro semanas. De esta manera, los ítems se agrupan en un total de 12 dominios que conforman la escala, siete de ellos genéricos (*Afectividad negativa, Afectividad positiva, Problemas cognitivos, Dolor, Fatiga, Evitación social, Problemas sexuales*), cuatro de ellos específicos del proceso oncológico (*Problemas derivados de la apariencia, Problemas financieros, Miedo a la recurrencia, Angustia 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 previas⁷. Se cumplimenta en aproximadamente 15 minutos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

En el cuestionario, además, de incluir variables relacionadas con la enfermedad, como hemos mencionado (edad de diagnóstico, tiempo libre de enfermedad, tratamientos recibidos y si recibían tratamiento hormonal en el momento actual) también se incluyeron cuestiones sociodemográficas (edad, nivel más alto de estudios alcanzado) además de variables sociales (situación de convivencia) y laborales (situación laboral) y hábitos de vida (consumo de tabaco, alcohol y alimentos ultraprocesados) necesarias para el estudio.

El **anexo 2** muestra el cuestionario donde se recogen las variables empleadas:

1. Variables calidad de vida
 - a. Valoración salud general: Variable escala Likert (0-10).
 - b. Variables cuestionario QLACS: variables escala Likert (1-7).
2. Variables enfermedad:
 - a. Tipo de tratamiento: variable cualitativa de seis categorías.
3. Variables sociodemográficas:
 - a. Edad: variable cuantitativa.
 - b. Obligación de cese de trabajo: variable cualitativa de tres categorías.
 - c. Despedida de trabajo: variable cualitativa de tres categorías.
4. Bloque de variables adicionales de consecuencias sociales y laborales: Variable ordinal escala Likert (1-7).
5. Bloque de variables hábitos de vida saludable: Tabaco, alcohol y alimentos ultraprocesados: variables cualitativas, cuantitativas y ordinales.

ASPECTOS ÉTICOS

En primer lugar, este proyecto ha sido realizado 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 de Investigación Biomédica (14/2017, de 3 de julio de investigación biomédica).

Seguidamente, se contó con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (C.I. (PI24/296 - 26 de junio de 2024, ver **anexo 3**). Además, se solicitó el consentimiento informado a las pacientes para el cuestionario online.

Toda 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 (LOPD) 03/2018, de 5 de diciembre.

Los participantes aceptaron previamente recibir información y propuestas para participar en estudios realizados por la AECC.

A su vez, se aplicó un proceso de anonimización de los participantes para garantizar la confidencialidad y su disociación con los datos existentes en la base de datos utilizada para su contacto. Este proceso de anonimización de las respuestas lo realiza de manera automática el programa utilizado para la elaboración del cuestionario (Survey Monkey). Tampoco se almacenaron las direcciones IP de los encuestados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra en su conjunto, mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables categóricas y a través de medias y desviaciones estándar (DE) para las variables cuantitativas si seguían una distribución normal o de mediana e intervalo IQR si la distribución no era normal.

Un valor de $p < 0,05$ fue considerado significativo. El análisis del conjunto de datos se realizó con el programa *Jamovi*.

Se analizó la afectividad negativa de las mujeres supervivientes de cáncer de mama que contestaron al cuestionario (análisis univariable) y a continuación se analizaron el resto de variables que se incluyeron en el estudio.

Luego se prosiguió con el análisis bivariable del resto de los objetivos, la determinación de las pruebas estadísticas a utilizar según nuestras variables fueron:

Psicológicos:

1. Para analizar si la afectividad negativa tiene relación con los problemas derivados de apariencia se ha empleado la prueba Tau de Kendall.
2. Para estudiar si el miedo a la recurrencia está relacionado con la afectividad negativa: prueba Tau de Kendall.
3. Para demostrar si la angustia a que un familiar tenga un cáncer está relacionado con la afectividad negativa: Correlación Rho de Spearman.

Laborales:

4. Para saber si existe una relación entre una posible repercusión laboral (obligación de cese de trabajo o ser despedido debido al proceso oncológico) y el presentar una mayor afectividad negativa se ha creado una variable nueva denominada "repercusión laboral" a partir de la suma de las variables "Obligación de cese" y "Ser despedido". Luego, la suma se ha transformado de tal manera que si en alguna de las dos variables origen había un "Sí", se consideraba como un "Sí" para el resultado de la suma para la nueva variable (ya que ya existía una repercusión social para la paciente, pudiendo ser por la obligación de cese o por haber sido despedido). Si había un "No" (tanto un resultado "No+No" como "No procede+No"), se consideraba un "No" para el resultado. Finalmente, un "No procede + No procede", se consideraba para el resultado como "No procede". Para analizarlo, se empleó el test no paramétrico de Kruskal Wallis.

5. Para conocer si los problemas financieros están relacionados con la afectividad negativa: Correlación Rho de Spearman.

Sociales:

6. Para analizar la relación entre la afectividad negativa y la repercusión social: Correlación R Pearson y regresión lineal simple.

Médicos:

7. Para conocer si los diferentes tratamientos recibidos por la mujeres tienen una repercusión en la afectividad negativa: prueba T-student no paramétrica (U de Mann Whitney).
8. Para saber si existe relación entre la afectividad negativa en el momento actual y tener problemas cognitivos: Correlación Tau de Kendall.
9. La relación entre la afectividad negativa y tener problemas sexuales: Correlación Rho de Spearman.
10. La correlación entre el dolor y la afectividad negativa: Correlación Tau de Kendall.
11. La relación entre la fatiga y la afectividad negativa: Correlación Tau de Kendall.

Estilos de vida:

12. Para saber si existe relación entre la afectividad negativa y el consumo de tabaco: Regresión logística.
13. Para analizar la relación entre la afectividad negativa y el consumo de alcohol: Regresión logística.
14. La relación entre la afectividad negativa y el consumo de alimentos ultraprocesados: Regresión logística.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones del estudio son las siguientes:

1. Pérdida de pacientes durante el estudio: se ha intentado minimizar este posible sesgo aumentando el número de participantes en un 15% para compensar posibles pérdidas.
2. Sesgo de autoselección: Al ser una encuesta online autoadministrada, las participantes se seleccionan a sí mismas para participar. Por la forma de conseguir a las participantes, podrían solo participar las más implicadas y que presentaran condiciones diferentes al resto, para ello se han intentado diferentes formas de captación de los participantes. Al diversificar las fuentes y

formas de captación se pretende conseguir diversificar la muestra y conseguir la heterogeneidad deseada.

3. Sesgo de recuerdo o de memoria: Este tipo de sesgos ocurre en estudios de carácter retrospectivo, como el que parcialmente nos ocupa. En este caso, el cuestionario sobre calidad de vida QLACS hace referencia a las últimas 4 semanas, donde además en otros apartados como estilo de vida hace referencia a los últimos meses. En cuanto al ámbito laboral, en algunas preguntas se acota al momento actual y en otras, de etapas vitales anteriores, se hace referencia a momentos determinantes y de suficiente relevancia como para que no exista este sesgo de olvido.

FINANCIACIÓN

Este estudio se ha realizado gracias a medios propios y a los medios proporcionados por la Asociación Española Contra el Cáncer.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

UTILIDAD

Este estudio aborda un vacío significativo en la comprensión de las experiencias y desafíos específicos que enfrentan estas personas una vez superada la enfermedad. Este conocimiento es esencial para desarrollar intervenciones efectivas que aborden sus necesidades médicas, psicológicas, laborales y sociales de manera integral. Además, permite obtener información relevante de comunicación que ayude a captar la atención de decisores políticos y público en general sobre una realidad compleja y multiforme como la calidad de vida y las necesidades de las supervivientes de cáncer.

DIFUSIÓN

El proyecto se difundirá a través de los actores implicados en el proyecto mediante la redacción de un artículo científico y su publicación en la Revista Española de Salud Pública (Q3) y, además, se va a difundir mediante comunicación científica en un congreso nacional (Congreso de la SEMFYC XLV).

Asimismo, la AECC difundirá otras partes de la línea de investigación a través de su exposición a medios de comunicación, y mediante publicaciones y redacción de informes que se alojan en la página web del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer.

RESULTADOS

Han respondido al cuestionario **1.293 mujeres**. En primer lugar, realizaremos el análisis univariable de las variables establecidas anteriormente en el apartado de Material y Métodos según nuestros objetivos planteados.

- **ANÁLISIS UNIVARIABLE**

1. Variables sociodemográficas:

a. Edad:

Las mujeres de este estudio contaban con una mediana de edad de 52 años y un rango intercuartílico (RIC) de 13 años, el percentil 25 tenían 46 años y el p75, 59 años. Ver **gráfico 1**.

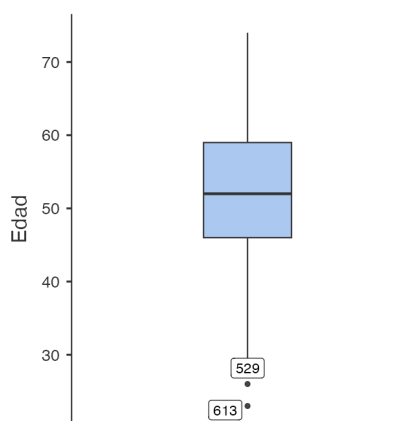


Gráfico 1: Diagrama de caja de la variable edad

2. Variable calidad de vida:

a. Cuestionario QLACS sobre calidad de vida en las últimas 4 semanas:

En este bloque se realiza el análisis estadístico de algunas de las preguntas del cuestionario QLACS: afectividad negativa, problemas con la apariencia, miedo a la recurrencia, angustia familiar, repercusiones laborales (obligación de cese y ser despedido) y problemas financieros. Otros apartados del cuestionario QLACS (evitación social, problemas cognitivos, problemas sexuales, fatiga y dolor) se analizan más adelante. Las preguntas se contestan según una escala Likert de 7 puntos (1: *nunca*, 2: *rara vez*, 3: *a veces*, 4: *casi siempre*, 5: *frecuentemente*, 6: *muy a menudo* y 7: *siempre*), en relación con los síntomas que hayan sentido durante las últimas cuatro semanas.

i. Afectividad negativa

La afectividad negativa se define con una mediana de 4,3 puntos, es decir, una puntuación que entraría dentro de la categoría “*Casi siempre*”. El Rango intercuartílico (RIC) que se obtiene es de 2 puntos, quedando el percentil 25 en 3,3 puntos y el percentil 75, en 5,3 puntos (es decir, “*a veces*” y “*frecuentemente*”, respectivamente). Ver **gráfico 2**.

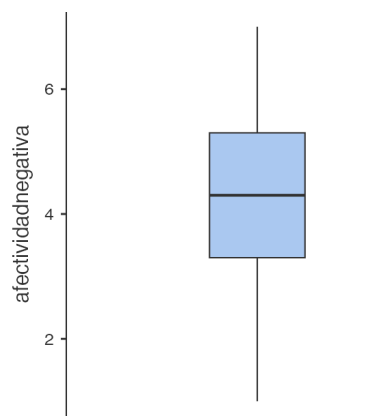


Gráfico 2: Diagrama de caja para la variable afectividad negativa.

ii. Problemas con la apariencia

Esta variable se ha puntuado por las mujeres con una mediana de 4,8 puntos y un RIC de 2,5 puntos, en el que el p75 dio un resultado de 5,8 (“*muy a menudo*”) y el p25, de 3,3 puntos (“*a veces*”). Ver **gráfico 3**.

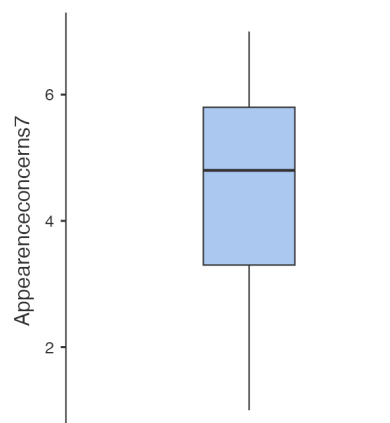


Gráfico 3: Diagrama de caja para los problemas con la apariencia.

iii. Miedo a la recurrencia

Según estos datos, las preguntas relacionadas con el miedo a la recurrencia del cáncer se han puntuado con una mediana de 5,5 puntos, lo cual entraría dentro de la categoría “*frecuentemente*”, obteniendo además un RIC de 2,3 puntos. El p75 de todos los resultados es de 6,3 puntos (“*muy a menudo*”) y el p25, de 4 (“*casi siempre*”). Ver **gráfico 4**.

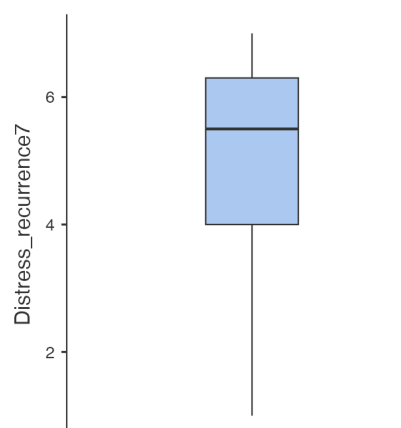


Gráfico 4: Diagrama de caja para la variable miedo a la recurrencia.

iv. Angustia familiar

El análisis descriptivo muestra que a las preguntas relacionadas con este dominio se ha respondido con una mediana de 6 puntos (es decir, “*muy a menudo*”) y un RIC de 2,7 puntos. El p75 obtenido es de 7 puntos (“*Siempre*”) y el p25 de 4,3 puntos (“*casi siempre*”). Ver **gráfico 5**.

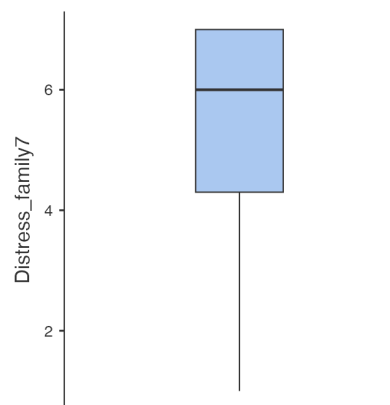


Gráfico 5: Diagrama de caja para la angustia familiar.

v. Obligación cese trabajo:

A un 15,4% de mujeres (162/1.051) se les obligó a dejar el trabajo (ver **tabla 1** y **gráfico 6**).

Tabla 1: Tabla de frecuencias de obligación de cese de trabajo.

Frecuencias de cesetrabajo			
cesetrabajo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	555	52.8%	52.8%
No procede	334	31.8%	84.6%
Si	162	15.4%	100.0%

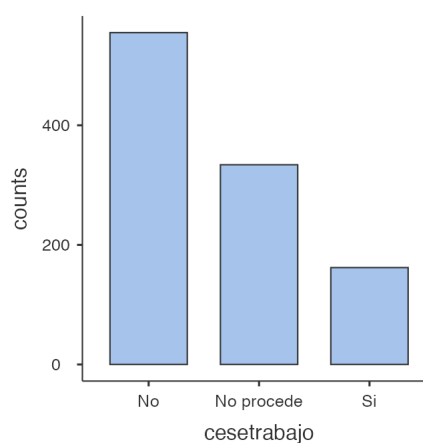


Gráfico 6: Gráfico de barras sobre la obligación del cese de trabajo.

vi. Despido de trabajo:

Observamos que a un 7,9% (83/1.054) de mujeres las despidieron del trabajo mientras ocurría todo el proceso oncológico (ver **tabla 2** y **gráfico 7**).

Tabla 2: Tabla de frecuencias de quienes fueron despididas y quienes no a causa del cáncer.

Frecuencias de despido			
despido	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	629	59.7%	59.7%
No procede (No he recibido el alta médica, no estaba trabajando, estaba jubilado...)	342	32.4%	92.1%
Si	83	7.9%	100.0%

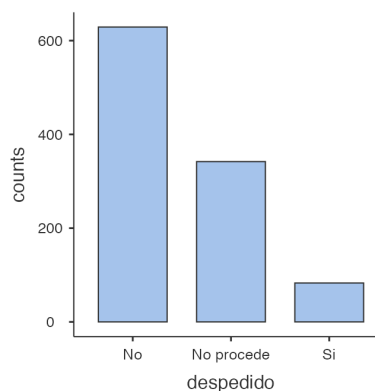


Gráfico 7: Gráfico de barras sobre el número de despidos.

vii. Problemas financieros:

Tras el análisis descriptivo, se muestra una variable en la que las respuestas a las preguntas relacionadas con esta entidad cuentan con una mediana de 2,5 puntos (“rara vez”) y un RIC de 3,5. El p75 es de 4,5 puntos (“Casi siempre”) y el p25 es de 1 punto (“Nunca”). Ver **gráfico 8**.

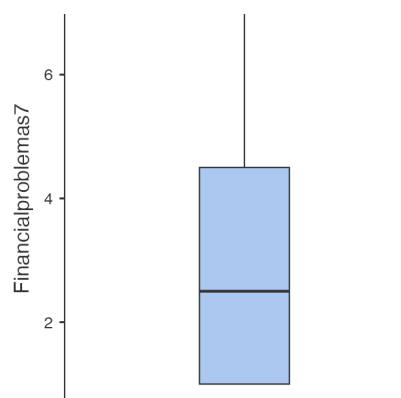


Gráfico 8: Diagrama de caja del resultado de los problemas financieros.

viii. Evitación social:

Según estos datos, a las preguntas relacionadas con la evitación social se ha respondido con una mediana de 3 puntos, que entraría dentro de la categoría “a veces”.

El RIC es de 3,3 puntos, quedando el p75 de todos los resultados en 4,8 puntos (“frecuentemente”) y p25 en 1,5 puntos (“nunca”). Ver **gráfico 9**.

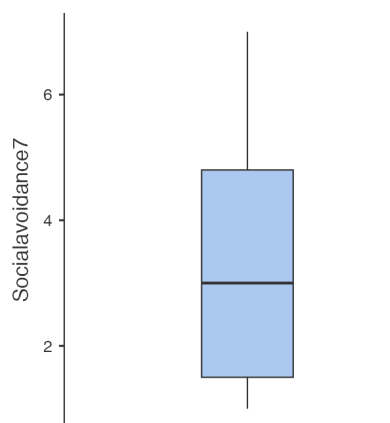


Gráfico 9: Diagrama de caja para la variable evitación social.

3. Variable enfermedad:

a. Tipo de tratamiento:

i. Quimioterapia:

El 81,4% (1.052/1.293) precisaron tratamiento quimioterápico. Ver **tabla 3** y **gráfico 10**.

Tabla 3: Tabla de frecuencias para el tratamiento con quimioterapia.

Frecuencias de QT2			
QT2	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	241	18.6%	18.6%
sí	1052	81.4%	100.0%

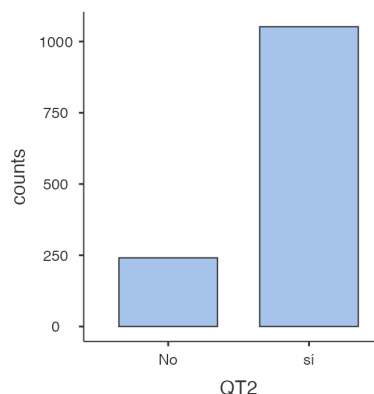


Gráfico 10: Gráfico de barras del número de mujeres tratadas con quimioterapia.

ii. Cirugía:

En este caso, el 86% (1.112/ 1.293) fueron intervenidas quirúrgicamente (ver **tabla 4** y **gráfico 11**).

Tabla 4: Tabla de frecuencias para quienes fueron subsidiarias de cirugía.

Frecuencias de QX			
QX	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	181	14.0%	14.0%
sí	1112	86.0%	100.0%

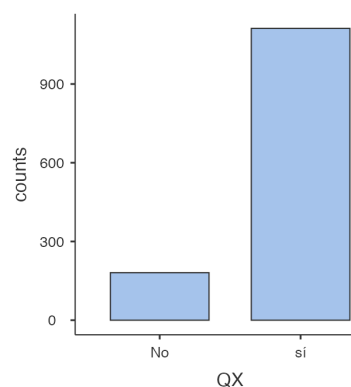


Gráfico 11: Gráfico de barras sobre quienes fueron usuarias del tratamiento con cirugía.

iii. Terapia Hormonal:

El 63,7% de las mujeres (824/1.293) recibieron hormonoterapia. Ver **tabla 5** y **gráfico 12**.

Tabla 5: Tabla de frecuencias que muestra el nº de mujeres que recibieron hormonoterapia.

Frecuencias de HORMONAL			
HORMONAL	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	469	36.3%	36.3%
sí	824	63.7%	100.0%

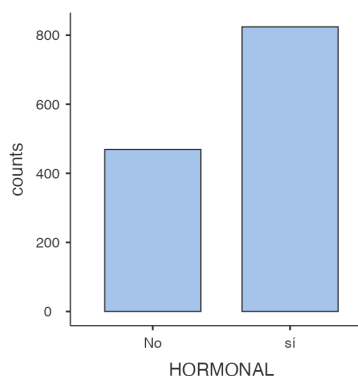


Gráfico 12: Gráfico de barras de quienes recibieron terapia hormonal.

iv. Radioterapia:

El 85,5% (1.105/1.293) fueron usuarias de la radioterapia (ver **tabla 6** y **gráfico 13**).

Tabla 6: Tabla de frecuencias que muestra el nº de mujeres que recibieron tratamiento con radioterapia.

Frecuencias de RT

RT	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	188	14.5%	14.5%
sí	1105	85.5%	100.0%

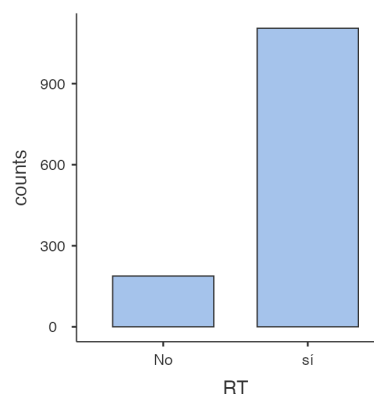


Gráfico 13: Gráfico de barras de la variable radioterapia.

v. Terapia dirigida:

La mayoría de mujeres no recibieron tratamiento con terapia dirigida (1.261/1.293, representando el 97,5%). Solo un 2,5% la recibieron (32/1.293). Ver **tabla 7** y **gráfico 14**.

Tabla 7: Tabla de frecuencias que muestra el nº de mujeres que recibieron terapia dirigida.

Frecuencias de TDirigida

TDirigida	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	1261	97.5%	97.5%
sí	32	2.5%	100.0%

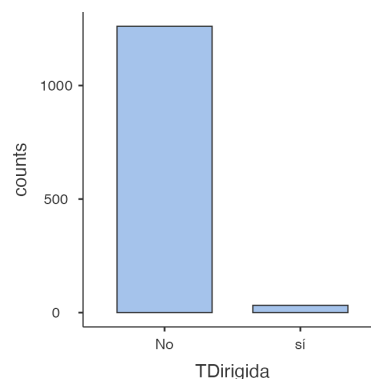


Gráfico 14: Gráfico de barras sobre quienes recibieron terapia dirigida.

vi. Inmunoterapia:

La mayoría de mujeres, en concreto el 86%, no recibieron tratamiento inmunoterápico (1.112/1.293). Solo el 14% sí lo hicieron (181/1.293). Ver **tabla 8** y **gráfico 15**.

Tabla 8: Tabla de frecuencias que muestra sobre el tratamiento con inmunoterapia.

Frecuencias de INMUNO

INMUNO	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	1112	86.0%	86.0%
sí	181	14.0%	100.0%

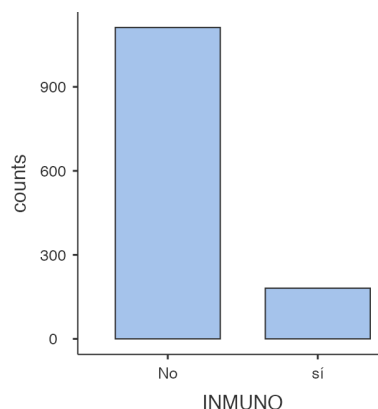


Gráfico 15: Gráfico de barras sobre quienes recibieron inmunoterapia.

vii. Otro:

El 5,8% (75/1.293) recibieron otro tipo de tratamiento con respecto a los ya mencionados (ver **tabla 9** y **gráfico 16**).

Tabla 9: Tabla de frecuencias que muestra quienes recibieron otro tipo de tratamiento.

Frecuencias de OTRO

OTRO	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	1218	94.2%	94.2%
sí	75	5.8%	100.0%

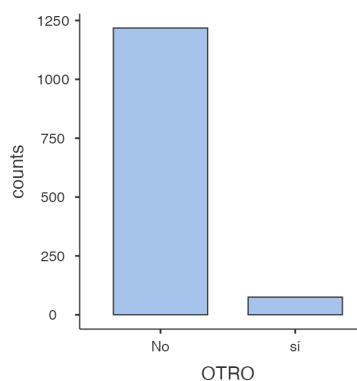


Gráfico 16: Gráfico de barras sobre quienes recibieron otro tratamiento.

viii. Problemas cognitivos:

Una vez realizado el análisis descriptivo, podemos afirmar que las preguntas relacionadas con esta entidad presentan una mediana de 4,5 puntos, la cual categorizamos como "casi siempre", y un RIC de 2,5 puntos (percentil 75 de 5,5 puntos, que se corresponde con "frecuentemente", y un

percentil 25 de 3 puntos, es decir, "a veces"). Ver **gráfico 17**.

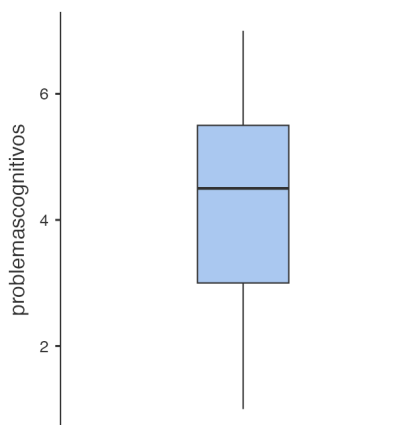


Gráfico 17: Diagrama de caja de la variable problemas cognitivos.

ix. Problemas sexuales:

Se ha encontrado una variable con una mediana de 4,8 puntos, que corresponde a la categoría "frecuentemente", y un RIC total de 2,7. En relación con este RIC, el p75 dio un resultado de 6 puntos (es decir, "muy a menudo") y el p25 de 3,3 ("a veces"). Ver **gráfico 18**.

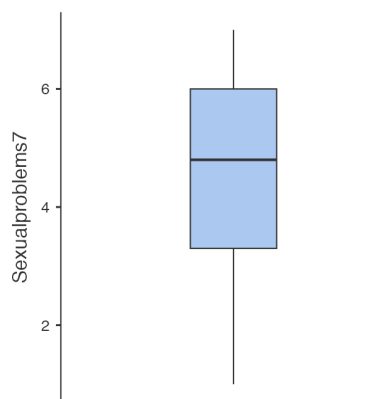


Gráfico 18: Diagrama de caja de la variable problemas sexuales.

x. Dolor:

Observamos que, en este caso, la variable dolor se cuantifica por las pacientes con una mediana de 4,3 puntos, categorizándose en "casi siempre", y un RIC de 2,7 puntos.

El p75 del total de las mujeres dieron para esta entidad un resultado de 5,5 puntos ("frecuentemente") y el p25, un 2,8 ("a veces"). Ver **gráfico 19**.

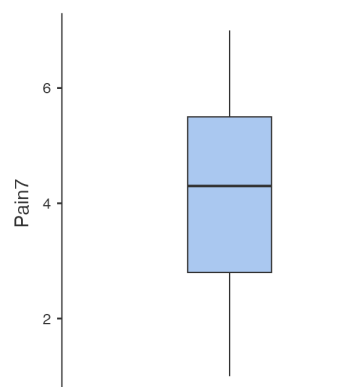


Gráfico 19: Diagrama de caja sobre el dolor.

xi. Fatiga:

Según estos datos, se obtuvo una mediana de 4,5 puntos, categorizándose en “Casi siempre”.

Con un RIC de 2,2 puntos, quedando el p75 en 5,5 puntos (“frecuentemente”) y p25 en 3,3 (“a veces”). Ver **gráfico 20**.

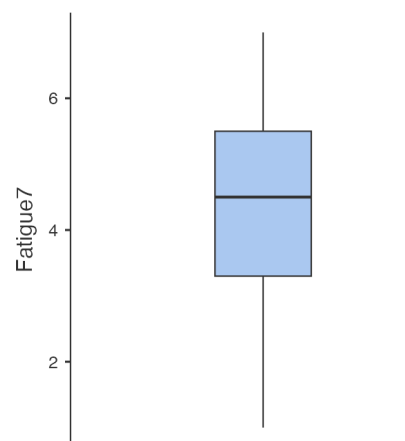


Gráfico 20: Diagrama de caja de la variable fatiga.

4. Variables del estilo de vida:

a. Fumador

La mayoría de mujeres no habían fumado nunca (611/1.255, es decir, el 48,7%) o habían dejado de fumar (501/1.255, un 40%). De entre las fumadoras, tan solo fumaba a diario el 8,3% (104/1.255). Ver **tabla 10** y **gráfico 21**.

Tabla 10: Tabla de frecuencias para el consumo de tabaco.

Frecuencias de tabaco			
tabaco	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Si, a diario	104	8.3%	8.3%
Si, no diario	39	3.1%	11.4%
Exfumador	501	39.9%	51.3%
No fumador	611	48.7%	100.0%

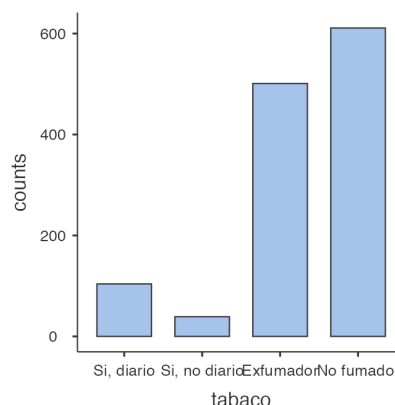


Gráfico 21: Gráfico de barras para la variable consumo de tabaco.

b. Frecuencia de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses.

El análisis de estos datos muestra (Ver **tabla 11** y **gráfico 21**) que la mayoría de mujeres (263/1.249, el 21,1%) consumieron alcohol menos de una vez al mes en el último año, seguido de las que lo hacían de una a tres veces al mes (228/1.249, el 18,3%). Ver **tabla 11** y **gráfico 22**

Solamente el 3,9% (49/1.249 mujeres) lo hacían más de 4 veces a la semana, y el 11% (137/1.249), de 2 a 3 veces por semana.

Por último, el 14,2% no consumieron ninguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses (177/1.249).

Tabla 11: Tabla de frecuencias del consumo de alcohol en el último año.

Frecuencias de alcohol			
alcohol	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
>4/semana	49	3.9%	3.9%
2-3/semana	137	11.0%	14.9%
1/semana	210	16.8%	31.7%
1-3/mes	228	18.3%	50.0%
<1/mes	263	21.1%	71.0%
Nada en los últimos 12 meses	177	14.2%	85.2%
Nunca	185	14.8%	100.0%

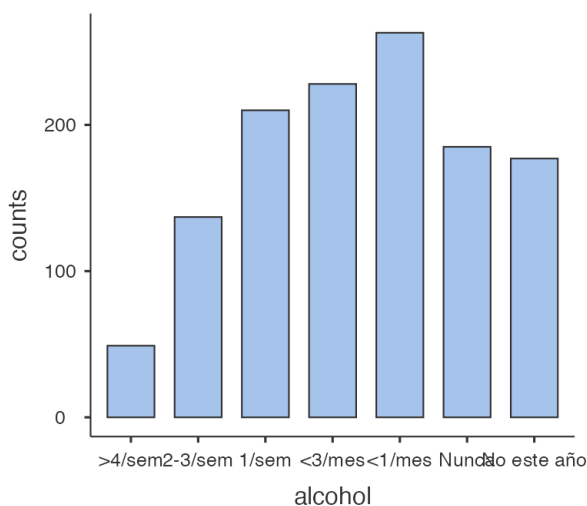


Gráfico 22: Gráfico de barras para la variable consumo de alcohol.

c. Consumo de alimentos procesados en una semana normal (no condicionada por situaciones excepcionales, vacaciones, etc.) durante los últimos 12 meses.

Observamos, según el análisis, que algo más de la mitad del total de las mujeres (el 51,6%, 639/1.239), consumieron alimentos ultraprocesados una vez por semana, seguido de quienes lo hicieron de 2 a 3 veces por semana (283/1.239, el 22,8%). Ver **tabla 12** y **gráfico 23**.

La minoría constituida por 114 mujeres de 1.239 (9,2%) situaba su consumo en más de 4 veces por semana.

Finalmente, el 16,4% (203/1.239) no los consumieron nunca en el último año.

Tabla 12: Tabla de frecuencias de la variable consumo de ultraprocesados.

Frecuencias de ultraprocesados			
ultraprocesados	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
>4/semana	114	9.2%	9.2%
2-3/semana	283	22.8%	32.0%
1/semana	639	51.6%	83.6%
Nunca	203	16.4%	100.0%

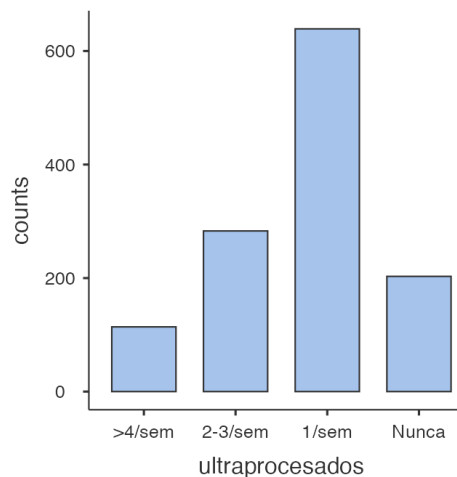


Gráfico 23: Gráfico de barras acerca del consumo de ultraprocesados.

- ANÁLISIS BIVARIABLE

1. Problemas derivados de la apariencia - Afectividad negativa

En este caso, nuestro objetivo propuesto era conocer cómo los problemas derivados de la apariencia física están relacionados con la afectividad negativa debido al contexto oncológico.

Una vez realizado el análisis, encontramos que a medida que aumentan los problemas relacionados con la apariencia, aumenta la afectividad negativa, con una correlación débil (valor *Kendall* 0,279; IC 95%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Ver **tabla 13**.

Tabla 13: Correlación entre las variables afectividad negativa y problemas con la apariencia.

Correlación		Appearanceconcerns7	afectividadnegativa
Appearanceconcerns7	Kendall's Tau B	—	—
	valor p	—	—
afectividadnegativa	Kendall's Tau B	0.279	—
	valor p	<.001	—

2. Miedo a la recurrencia - Afectividad negativa

Siguiendo con nuestros objetivos descritos anteriormente, planteamos que el miedo a la recurrencia del cáncer pueda estar relacionado con el aumento de la afectividad negativa.

Una vez realizado el análisis, se encuentra un resultado positivo para la relación entre ambas variables: cuando aumenta el miedo a la recurrencia del cáncer, aumenta la afectividad negativa con una correlación moderada (valor *Kendall* 0,348; IC95%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Ver **tabla 14**.

Tabla 14: Correlación entre las variables miedo a la recurrencia y afectividad negativa.

Correlación		Distress_recurrence7	afectividadadnegativa
Distress_recurrence7	Kendall's Tau B	—	—
	valor p	—	—
afectividadadnegativa	Kendall's Tau B	0.348	—
	valor p	<.001	—

3. Estrés familiar - Afectividad negativa

En este caso, otro de nuestros objetivos descritos plantea si la angustia que padecen las mujeres supervivientes de un cáncer de mama sobre la posible aparición de un nuevo cáncer en la familia está relacionado con la afectividad negativa.

Con el análisis realizado, podemos afirmar que existe una relación positiva entre las variables, concretamente: a medida que aumenta la angustia que se tiene respecto al cáncer en la familia aumenta la tristeza (afectividad negativa), con una correlación débil (*Spearman* 0,285; IC95%). El modelo es estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Ver **tabla 15**.

Tabla 15: Tabla de la correlación entre las variables afectividad negativa y estrés familiar.

Correlación		afectividadadnegativa	Distress_family7
afectividadadnegativa	Rho de Spearman	—	—
	valor p	—	—
Distress_family7	Rho de Spearman	0.285	—
	valor p	<.001	—

4. Repercusión laboral (obligación de cese de trabajo o ser despedido debido al proceso oncológico) - Afectividad negativa.

Nuestro último objetivo se centra en descubrir si una posible repercusión laboral, como puede ser un despido o la obligación de cese debido al cáncer, repercute en una mayor puntuación media en la afectividad negativa.

Con el análisis realizado, podemos afirmar que hay una relación estadísticamente significativa entre un cambio laboralmente negativo (obligación de cese de trabajo o ser despedido tras el proceso oncológico) y la afectividad negativa (Kruskal-Wallis= 46,9; $p < 0,001$), sin embargo, se trata de una asociación leve ($\epsilon^2 = 0,0447$). Ver **tabla 16**.

Al estudiar por separado cada grupo dentro de la variable repercusión laboral con respecto a su afectividad negativa, se observa que hay diferencias estadísticamente significativas en los contrastes post-hoc del test de Tukey al tener o no un cambio negativo laboral. Ver **tabla 17** y

gráfico 24:

- Entre las mujeres que no lo tuvieron y quienes sí, respondieron con una puntuación más alta para la afectividad negativa quienes tuvieron repercusiones laborales por el cáncer que las que no, con una asociación fuerte para la cual hay diferencia estadísticamente significativa (valor *Tukey* = -6,72; $p < 0,001$).
- Luego, respondieron con una mayor puntuación de la afectividad negativa quienes “no procedía” responder, en comparación con quienes no tuvieron repercusiones laborales, con una asociación fuerte y para la que existía diferencia estadísticamente significativa (valor *Tukey* = -4,37; $p < 0,001$).
- Por último, la afectividad negativa de quienes sí tuvieron un cambio laboral negativo fue mayor que entre quienes respondieron “no procede”, con una asociación fuerte y con una diferencia estadísticamente significativa (valor *Tukey* = 2,72; $p = 0,018$).

Tabla 16: Tabla para la interpretación Kruskal-Wallis entre la afectividad negativa y la repercusión laboral.

Kruskal-Wallis				
	χ^2	gl	p	ϵ^2
afectividadnegativa	46.9	2	<.001	0.0447

Tabla 17: Tabla de las comparaciones entre parejas de la variable repercusión laboral con respecto a la afectividad negativa.

Tukey Post-Hoc Test – afectividadnegativa				
		No	Si	No procede
No	Diferencia de medias	—	-0.744 ***	-0.410 ***
	valor t	—	-6.72	-4.37
	gl	—	1047	1047
	valor p	—	<.001	<.001
Si	Diferencia de medias		—	0.333 *
	valor t		—	2.72
	gl		—	1047
	valor p		—	0.018
No procede	Diferencia de medias			—
	valor t			—
	gl			—
	valor p			—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

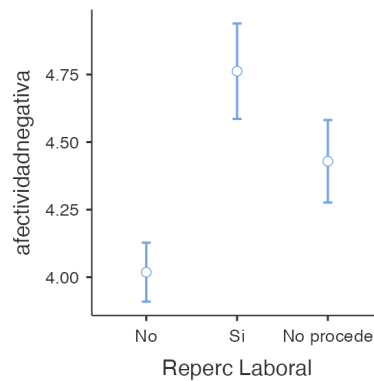


Gráfico 24: Gráfico representativo de la comparación entre los distintos grupos de la variable repercusión laboral con distintas puntuaciones para la afectividad negativa.

5. Problemas financieros - Afectividad negativa.

Otra de nuestras propuestas era comprobar si los problemas financieros estaban relacionados con la esfera de la afectividad negativa.

El análisis muestra una relación positiva entre las dos variables, al aumentar los problemas financieros tras el cáncer, aumenta la afectividad negativa, con una correlación moderada (*Spearman* 0,319; IC 95%; 0,3-0,7) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Ver **tabla 18**.

Tabla 18: Tabla de la correlación entre los problemas financieros y la afectividad negativa.

Correlación		Financialproblemas7	afectividadnegativa
Financialproblemas7	Rho de Spearman	—	—
	valor p	—	—
afectividadnegativa	Rho de Spearman	0.319	—
	valor p	<.001	—

6. Afectividad negativa - Evitación social:

Uno de nuestros objetivos es conocer si las mujeres que han puntuado más alto las preguntas sobre afectividad negativa por el proceso oncológico, evitan por este motivo los contextos sociales. Con el análisis realizado podemos afirmar que existe relación positiva entre ambas variables: a medida que aumenta la afectividad negativa, aumenta la evitación social, con una correlación moderada (valor *R Pearson* 0,628; IC95% 0,3-0,7) y una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Ver **Tabla 19**.

Además encontramos que el 39,5% de la variable evitación social lo explicaría la afectividad negativa y las mujeres que puntuaron más alto en la esfera sentimental negativa se aislaron con

mayor frecuencia de los eventos sociales. El modelo encontrado es estadísticamente significativo (F 842; p<0,001). Ver **Tabla 20**.

En este caso podemos construir un modelo predictivo: La Evitación social= $-0,21 + 0,8 \times$ puntuación obtenida de la afectividad negativa. Es decir, si la afectividad negativa aumenta de una puntuación de 1 a 2, la evitación social pasa de 0,59 a 1,39 puntos. Ver **Tabla 21** para ver las variables con las que se obtiene la ecuación de la recta, y **tabla 22** y **gráfico 25** para ver el modelo predictivo.

Tabla 19: Correlación parcial entre afectividad negativa y evitación social.

Correlación			
		afectividadnegativa	Socialavoidance7
afectividadnegativa	R de Pearson	—	
	valor p	—	
Socialavoidance7	R de Pearson	0.628	—
	valor p	<.001	—

Tabla 20: Tabla para el estudio de la regresión lineal entre afectividad negativa y evitación social.

Medidas de Ajuste del Modelo				Prueba Global del Modelo			
Modelo	R	R ²	RMSE	F	gl1	gl2	p
1	0.628	0.395	1.36	842	1	1291	<.001

Nota. Models estimated using sample size of N=1293

Tabla 21: Coeficientes del modelo para la regresión a partir de la que se obtiene la ecuación de la recta según entre las variables afectividad negativa y evitación social.

Coeficientes del Modelo - Socialavoidance7				
Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante	-0.218	0.1250	-1.74	0.081
afectividadnegativa	0.811	0.0280	29.01	<.001

Tabla 22: Modelo predictivo estimado entre las variables afectividad negativa y evitación social:

Medias Marginales Estimadas - afectividadnegativa				
afectividadnegativa	Media Maginal	EE	Intervalo de Confianza al 95%	
			Inferior	Superior
2.90 ⁻	2.13	0.0537	2.03	2.24
4.26 ^μ	3.24	0.0380	3.16	3.31
5.62 ⁺	4.34	0.0537	4.23	4.44

Nota. ⁻ media - 1DE, ^μ media, ⁺ media + 1DE

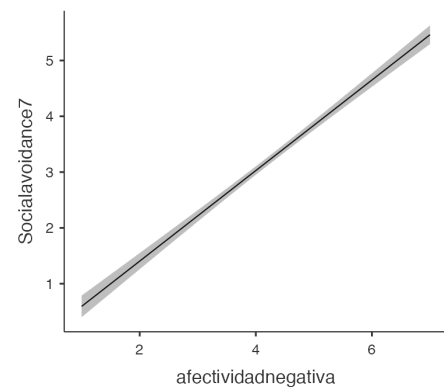


Gráfico 25: Medias marginales estandarizadas para la regresión lineal entre las variables afectividad negativa y evitación social.

7. Tipo de tratamiento - Afectividad negativa:

En este supuesto, nuestro objetivo trata de considerar si el tipo de tratamiento del cáncer (quimioterapia, cirugía, etc.) está relacionado con la afectividad negativa. Así:

a. Quimioterapia - Afectividad negativa:

Podemos afirmar que no existe asociación estadísticamente significativa entre haber recibido o no tratamiento de quimioterapia y la afectividad negativa (U Mann-Whitney=120602; $p=0,238$). Ver **tabla 23**.

Tabla 23: Tabla de análisis mediante U-Mann Whitney entre el tratamiento con quimioterapia y la afectividad negativa.

Prueba t para Muestras Independientes			
		Estadístico	p
afectividadnegativa	U de Mann-Whitney	120602	0.238

Nota. $H_a \mu_{No} \neq \mu_{sí}$

Se observa que la mediana de la puntuación de la afectividad negativa fue mayor para quienes no recibieron tratamiento con quimioterapia, en concreto, de 4,5 puntos, en comparación con quienes sí la recibieron, de 4,3 puntos. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,238$). Ver **tabla 24** y **gráfico 26**.

Tabla 24: Tabla descriptiva de la mediana para la afectividad negativa entre los dos grupos de la variable quimioterapia.

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
afectividadnegativa	No	241	4.34	4.50	1.30	0.0835
	sí	1052	4.24	4.30	1.37	0.0423

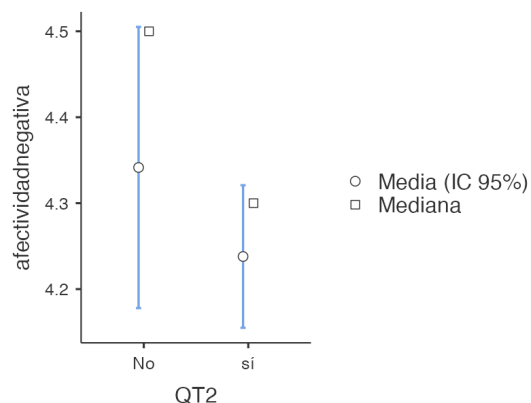


Gráfico 26: Gráfico comparativo de las medianas de la afectividad negativa entre quienes recibieron quimioterapia y no.

b. Cirugía - Afectividad negativa:

Con el análisis realizado, podemos demostrar que no existe relación estadísticamente significativa entre haber tenido una intervención quirúrgica como tratamiento inicial del cáncer de mama y la puntuación en la afectividad negativa, (U de Mann Whitney=0,884; $p=0,347$). Ver **tabla 25**.

Tabla 25: Tabla para prueba U de Mann Whitney para la asociación entre el tratamiento quirúrgico y la afectividad negativa.

Prueba t para Muestras Independientes		Estadístico	p
afectividadnegativa	U de Mann-Whitney	96263	0.347

Nota. $H_a \mu_{No} \neq \mu_{sí}$

En este caso, se obtuvo que aquellas que no recibieron tratamiento quirúrgico tenían una mediana de puntuación para la afectividad negativa de 4,5, mayor que la de quienes sí fueron intervenidas quirúrgicamente, de 4,3 puntos, sin ser la diferencia estadísticamente significativa como hemos mencionado al inicio ($p=0,347$). Ver **tabla 26** y **gráfico 27**.

Tabla 26: Tabla descriptiva de la mediana para la afectividad negativa entre los dos grupos de la variable cirugía.

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
afectividadnegativa	No	181	4.36	4.50	1.32	0.0980
	sí	1112	4.24	4.30	1.36	0.0409

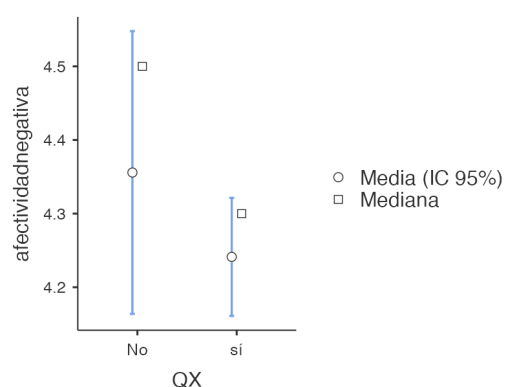


Gráfico 27: Gráfico comparativo de las medianas de la puntuación para la afectividad negativa entre quienes recibieron tratamiento quirúrgico y no.

c. Tratamiento Hormonal - Afectividad negativa:

En este caso, observamos que sí existe relación estadísticamente significativa entre haber sido tratada con terapia hormonal y la puntuación de la afectividad negativa, sin embargo, el tamaño del efecto es muy pequeño (U de Mann Whitney=179415; $p=0,032$; $r \approx 0.0715$). Ver **tabla 27**.

Tabla 27: Tabla para analizar mediante U de Mann Whitney la asociación y tamaño del efecto entre el tratamiento hormonal y la afectividad negativa.

Prueba t para Muestras Independientes		Estadístico	p	Tamaño del Efecto
afectividadnegativa	U de Mann-Whitney	179415	0.032	Correlación biseriada de rangos 0.0715

Nota. $H_a \mu_{No} \neq \mu_{sí}$

Se muestra que las medianas de puntuación entre ambos grupos de tratamiento (quienes sí recibieron hormonoterapia y quienes no) para la afectividad negativa, es la misma, de 4,3 puntos, siendo el estudio estadísticamente significativa como hemos descrito anteriormente ($p=0,032$). Ver **tabla 28** y **gráfico 28**.

Tabla 28: Tabla sobre la comparación entre los grupos de terapia hormonal con respecto a la afectividad negativa.

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
afectividadnegativa	No	469	4.15	4.30	1.39	0.0642
	sí	824	4.32	4.30	1.34	0.0466

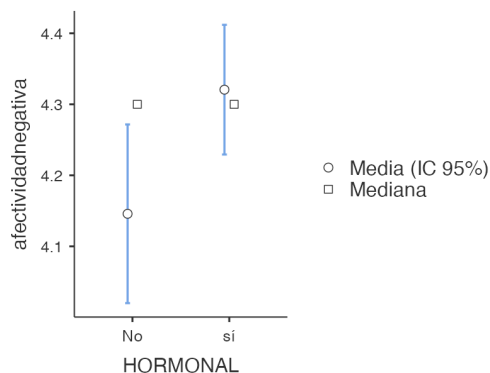


Gráfico 28: Gráfico comparativo de las medianas de la puntuación para la afectividad negativa entre los grupos de tratamiento hormonal.

d. Radioterapia - Afectividad negativa:

En este supuesto, se encuentra que no existe relación estadísticamente significativa entre el tratamiento con radioterapia y la puntuación para la afectividad negativa, (*U de Mann Whitney*=100466; $p=0,471$). Ver **tabla 29**.

Tabla 29: Tabla para analizar mediante *U de Mann Whitney* la asociación entre el tratamiento con radioterapia y la afectividad negativa.

Prueba t para Muestras Independientes			
		Estadístico	p
afectividadnegativa	U de Mann-Whitney	100466	0.471

Nota. $H_a \mu_{No} \neq \mu_{sí}$

Se observa asimismo que la mediana para la afectividad negativa entre ambos grupos (quienes recibieron radioterapia y quienes no) fue la misma, de 4,3 puntos, sin ser la diferencia estadísticamente significativa como hemos mencionado ($p=0,471$). Ver **tabla 30** y **gráfico 29**.

Tabla 30: Tabla descriptiva de la mediana para la afectividad negativa entre los dos grupos de la variable radioterapia.

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
afectividadnegativa	No	188	4.17	4.30	1.35	0.0981
	sí	1105	4.27	4.30	1.36	0.0409

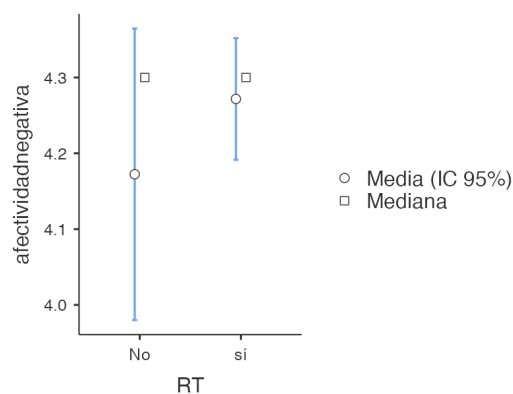


Gráfico 29: Gráfico comparativo de las medianas de la afectividad negativa entre quienes recibieron radioterapia y no.

e. Terapia dirigida - Afectividad negativa:

Se muestra que no existe relación estadísticamente significativa entre las mujeres con cáncer de mama que habían sido tratadas con terapia dirigida y la puntuación en la afectividad negativa. (*U de Mann Whitney*=17975; $p=0,291$). Ver **tabla 31**.

Tabla 31: Tabla para prueba para *U de Mann Whitney* la asociación entre una terapia dirigida y la afectividad negativa.

Prueba t para Muestras Independientes			
		Estadístico	p
afectividadnegativa	U de Mann-Whitney	17975	0.291

Nota. $H_a \mu_{No} \neq \mu_{sí}$

Además, podemos demostrar que la mediana de la puntuación de la afectividad negativa fue mayor para quienes sí fueron tratadas con terapia dirigida, de 4,65, en comparación con las que no, de 4,3 puntos, sin ser la diferencia estadísticamente significativa como hemos mencionado ($p=0,291$). Ver **tabla 32** y **gráfico 30**.

Tabla 32: Tabla descriptiva de la mediana para la afectividad negativa entre haber sido tratada o no con terapia dirigida.

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
afectividadnegativa	No	1261	4.25	4.30	1.36	0.0383
	sí	32	4.53	4.65	1.28	0.227

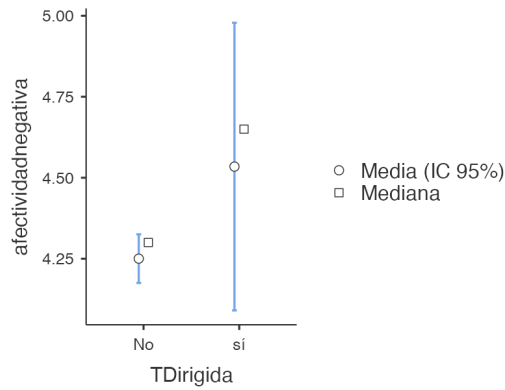


Gráfico 30: Gráfico comparativo de las medianas de la afectividad negativa para la variable terapia dirigida.

f. Inmunoterapia - Afectividad negativa:

Podemos afirmar que en la muestra de mujeres estudiada no existe relación estadísticamente significativa entre la inmunoterapia y la puntuación en la afectividad negativa (*U de Mann Whitney*=0,133; $p=0,715$;). Ver **tabla 33**.

Tabla 33: Tabla para analizar mediante *U de Mann Whitney* la asociación entre el tratamiento inmunoterápico y la afectividad negativa.

Prueba t para Muestras Independientes			
		Estadístico	p
afectividadnegativa	U de Mann-Whitney	98938	0.715

Nota. $H_a \mu_{No} \neq \mu_{sí}$

Al igual que hemos hecho en los anteriores supuestos, se observa que aquellas que recibieron inmunoterapia tenían una mediana de puntuación para la afectividad negativa de 4,5 puntos, mayor que la de quienes no fueron tratadas de esta forma, de 4,3 puntos, sin ser la diferencia estadísticamente significativa como hemos mencionado ($p=0,715$). Ver **tabla 34** y **gráfico 31**.

Tabla 34: Tabla descriptiva de la mediana para la afectividad negativa entre los dos grupos para el tratamiento con inmunoterapia.

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
afectividadnegativa	No	1112	4.25	4.30	1.37	0.0411
	sí	181	4.30	4.50	1.28	0.0951

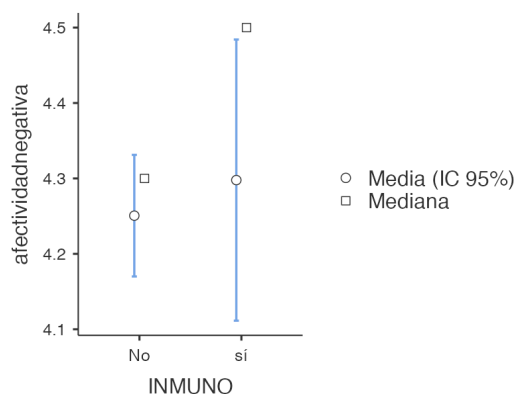


Gráfico 31: Gráfico comparativo de las medianas de la afectividad negativa entre quienes recibieron tratamiento inmunoterápico y quienes no.

g. Otro tipo de tratamiento - Afectividad negativa:

Se observa según el análisis que no existe asociación estadísticamente significativa entre haber sido tratada con otro tipo de tratamiento y la puntuación en la afectividad negativa. (*U de Mann Whitney*=42784; $p=0,356$;). Ver **tabla 35**.

Tabla 35: Tabla *U de Mann Whitney* para la asociación entre otro tipo de tratamiento y la afectividad negativa.

Prueba t para Muestras Independientes			
		Estadístico	p
afectividadnegativa	U de Mann-Whitney	42784	0.356

Nota. $H_a \mu_{No} \neq \mu_{sí}$

Asimismo, afirmamos que la mediana de la puntuación de la afectividad negativa fue mayor para quienes recibieron otro tipo de tratamiento, de 4,5, en comparación con las que no lo hicieron, de 4,3 puntos, sin ser la diferencia estadísticamente significativa como hemos mencionado anteriormente ($p=0,356$). Ver **tabla 36** y **gráfico 32**.

Tabla 36: Tabla descriptiva de la mediana para la afectividad negativa entre haber sido tratada o no con otro tratamiento.

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
afectividadnegativa	No	1218	4.25	4.30	1.37	0.0391
	sí	75	4.41	4.50	1.24	0.143

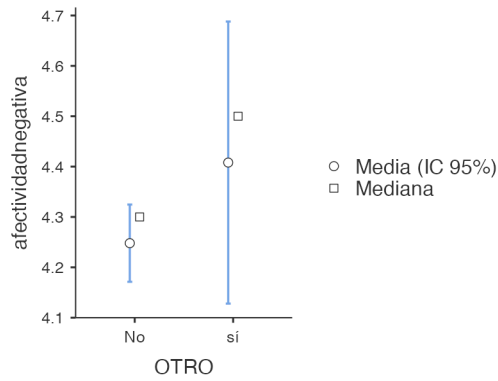


Gráfico 32: Gráfico comparativo de las medianas de la afectividad negativa entre quienes recibieron terapia dirigida y quienes no.

8. Afectividad negativa - Problemas cognitivos:

Otro de nuestros objetivos era estudiar la relación de la afectividad negativa de las mujeres debido al contexto oncológico, y si puntúan con mayor frecuencia en las preguntas sobre problemas relacionados con la cognición por este motivo.

El análisis realizado muestra que ambas variables tienen una relación positiva, es decir, a medida que aumenta la afectividad negativa, aumentan los problemas de cognición, con una correlación moderada (valor *Kendall*: 0,416; IC 95%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Ver **tabla 37**.

Tabla 37: Tabla de la correlación entre las variables afectividad negativa y problemas cognitivos.

Matriz de Correlaciones			
		afectividadnegativa	problemascognitivos
afectividadnegativa	Kendall's Tau B	—	
	valor p	—	
problemascognitivos	Kendall's Tau B	0,416	—
	valor p	<.001	—

9. Afectividad negativa - Problemas sexuales

En este caso, queremos demostrar la posible relación entre aquellas mujeres que puntuaron la esfera sentimental negativa más alta, y los problemas relacionados con la sexualidad debido a ello.

Según el análisis realizado, podemos afirmar que a medida que la puntuación para la afectividad negativa asciende entre las mujeres, también lo hacen los problemas sexuales con una correlación moderada (valor *Spearman* 0,470; IC95%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Ver **tabla 38**.

Tabla 38: Tabla para la correlación parcial entre la afectividad negativa y los problemas sexuales.

Correlación		afectividadnegativa	Sexualproblems7
afectividadnegativa	Rho de Spearman	—	—
	valor p	—	—
Sexualproblems7	Rho de Spearman	0.470	—
	valor p	<.001	—

10. Dolor - Afectividad negativa

El siguiente objetivo trataría de responder a la pregunta sobre si el dolor debido al contexto oncológico (con una mayor puntuación para este) está relacionado con una mayor afectividad negativa, y por consiguiente, a mayor valor en las preguntas del cuestionario relacionadas con ella.

Así, obtenemos una respuesta de que, a medida que aumenta el dolor, aumenta la afectividad negativa con una correlación moderada (valor *Kendall* 0,507; IC95%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Ver **tabla 39**.

Tabla 39: Tabla para la correlación parcial según la prueba Kendall entre las variables dolor y afectividad negativa.

Correlación		Pain7	afectividadnegativa
Pain7	Kendall's Tau B	—	—
	valor p	—	—
afectividadnegativa	Kendall's Tau B	0.507	—
	valor p	<.001	—

11. Fatiga - Afectividad negativa

Otro de nuestros objetivos trata de demostrar si las mujeres que puntuaron las cuestiones relacionadas con la fatiga, en relación con el cáncer, con un valor más alto, cuentan con una mayor afectividad negativa.

En este caso, el análisis muestra que: a medida que aumenta la fatiga en el contexto oncológico, aumenta en estas mujeres la afectividad negativa, con una correlación moderada (*Kendall* 0,471; IC95%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Ver **tabla 40**.

Tabla 40: Tabla de correlación parcial entre las variables fatiga y afectividad negativa.

Correlación		Fatigue7	afectividadnegativa
Fatigue7	Kendall's Tau B	—	—
	valor p	—	—
afectividadnegativa	Kendall's Tau B	0.471	—
	valor p	<.001	—

12. Afectividad negativa - Tabaco

Nuestro objetivo es analizar si hay relación entre la afectividad negativa de las mujeres tras el proceso del cáncer de mama, y el consumo de tabaco.

Con el análisis realizado, se demuestra que existe una relación positiva entre ambas: a medida que aumenta la afectividad negativa, aumenta la probabilidad de consumo de tabaco y la relación es estadísticamente significativa (Odds ratio (OR) = 1,35; IC 95% [1,05-1,74]). Ver **tabla 41**.

Sin embargo, se encuentra que la afectividad negativa explica el 1,93% del consumo de tabaco ($R^2_N=0,0193$), siendo el modelo estadísticamente significativo (X^2 5,87; p 0,015). Ver **tabla 42**.

Además, podemos establecer un modelo predictivo en la relación entre estas dos variables: a medida que crece la puntuación para la afectividad negativa, crece la probabilidad para el consumo, llegando a ser del 0,04 para quienes puntuaron un 5,6 en afectividad negativa (recordemos que se correspondía con la categoría "frecuentemente"). Ver **tabla 43** y **gráfico 33**.

Se obtiene para un punto de corte de 0,05, con una predicción global del modelo de 90,4%, una especificidad del 93% y una sensibilidad del 12,8%, siendo el área bajo la curva de 0,612, es decir, hay un 61,2% de posibilidades de que el modelo distinga entre las opciones. Ver **tabla 44**, **tabla 45** y **gráfico 34**.

Tabla 41: Tabla de coeficientes de modelo de regresión para las variables afectividad negativa y consumo de tabaco.

Coeficientes del Modelo - Tabaco 2

Predictor	Estimador	Intervalo de Confianza al 95%			Z	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
		Inferior	Superior	EE				Inferior	Superior
Constante	-4.810	-6.0538	-3.567	0.634	-7.58	<.001	0.00815	0.00235	0.0282
afectividadnegativa	0.304	0.0509	0.557	0.129	2.35	0.019	1.35503	1.05219	1.7450

Nota. Los estimadores representan el log odds de "Tabaco 2 = Fumador" vs. "Tabaco 2 = No/Exfumador"

Tabla 42: Tabla sobre el ajuste del modelo para las variables afectividad negativa y consumo de tabaco.

Medidas de Ajuste del Modelo

Modelo	Desviación	AIC	R^2_{McF}	R^2_N	Prueba Global del Modelo		
					X^2	gl	p
1	342	346	0.0169	0.0193	5.87	1	0.015

Nota. Models estimated using sample size of N=1255

Tabla 43: Tabla de probabilidades en relación para las variables afectividad negativa y consumo de tabaco.

Medias Marginales Estimadas - afectividadnegativa

afectividadnegativa	Probabilidad	EE	Intervalo de Confianza al 95%	
			Inferior	Superior
2.90 [*]	0.0193	0.00547	0.0110	0.0335
4.26 ^μ	0.0288	0.00490	0.0206	0.0402
5.62 [*]	0.0429	0.00812	0.0296	0.0620

Nota. ^{*} media - 1DE, ^μ media, ^{*} media + 1DE

Tabla 44: Tabla de predicción para las variables afectividad negativa y consumo de tabaco.

Observado	Predicción		% Correcto
	No/Exfumador	Fumador	
No/Exfumador	1130	86	92.9
Fumador	34	5	12.8

Nota. El punto de corte es 0.05

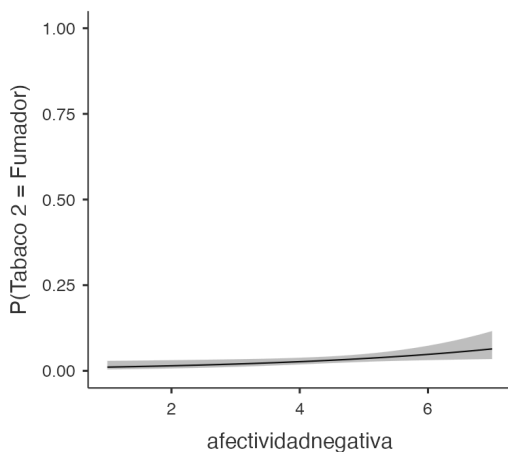


Gráfico 33: Gráfico de probabilidad entre la afectividad negativa y el consumo de tabaco.

Tabla 45: Medidas predictivas de la regresión para la afectividad negativa y el consumo de tabaco.

Medidas Predictivas			
Precisión	Especificidad	Sensibilidad	AUC
0.904	0.929	0.128	0.612

Nota. El punto de corte es 0.05

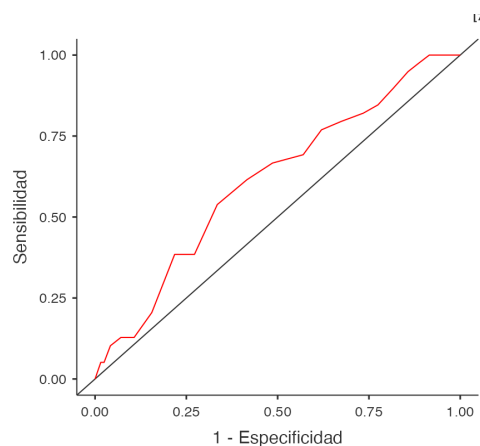


Gráfico 34: Curva ROC para las variables afectividad negativa y consumo de tabaco.

13. Afectividad negativa - Consumo alcohol

Siguiendo en base a nuestros objetivos, en este caso queremos responder a la pregunta de si en las mujeres supervivientes a un cáncer de mama existe una relación entre la afectividad negativa, y el consumo de alcohol.

El análisis muestra que existe una asociación negativa entre la afectividad negativa y todos los supuestos de frecuencia de bebidas alcohólicas que se preguntaron, aunque solo son estadísticamente significativos el consumo de más de 4 veces a la semana, y el de más de 1 vez a la semana, comparados con las que nunca consumieron bebidas alcohólicas (OR = 0,769; IC95% [0,619-0,956], y OR = 0,844; IC 95% [0,744-0,957], respectivamente). Ver **tabla 46**.

Sin embargo, solo el 0,37% del consumo de alcohol podría explicarse por la afectividad negativa ($R^2N=0.00376$), siendo estadísticamente significativa ($X^2=12$; $p=0,034$). Ver **tabla 47**.

Tabla 46: Coeficientes de modelo para las variables afectividad negativa y consumo de alcohol.

Coeficientes del Modelo - Alcohol2											
Alcohol2	Predictor	Estimador	Intervalo de Confianza al 95%			EE	Z	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
			Inferior	Superior						Inferior	Superior
>4/sem - No/Nunca	Constante	-0.9084	-1.824	0.00728	0.4672	-1.94439	0.052	0.403	0.161	1.007	
	afectividadnegativa	-0.2626	-0.480	-0.04488	0.1111	-2.36399	0.018	0.769	0.619	0.956	
2-3/sem - No/Nunca	Constante	-0.5497	-1.202	0.10272	0.3328	-1.65136	0.099	0.577	0.301	1.108	
	afectividadnegativa	-0.0979	-0.244	0.04772	0.0743	-1.31782	0.188	0.907	0.784	1.049	
1/sem - No/Nunca	Constante	0.1753	-0.381	0.73122	0.2836	0.61814	0.536	1.192	0.683	2.078	
	afectividadnegativa	-0.1697	-0.295	-0.04386	0.0642	-2.64329	0.008	0.844	0.744	0.957	
<3/mes - No/Nunca	Constante	-3.32e-4	-0.552	0.55161	0.2816	-0.00118	0.999	1.000	0.576	1.736	
	afectividadnegativa	-0.1074	-0.230	0.01557	0.0628	-1.71187	0.087	0.898	0.794	1.016	
<1/mes - No/Nunca	Constante	-0.1989	-0.741	0.34337	0.2767	-0.71896	0.472	0.820	0.477	1.410	
	afectividadnegativa	-0.0276	-0.146	0.09112	0.0606	-0.45529	0.649	0.973	0.864	1.095	

[6]

Tabla 47: Medidas de ajuste del modelo sobre la regresión logística para las variables afectividad negativa y consumo de alcohol.

Medidas de Ajuste del Modelo						Prueba Global del Modelo		
Modelo	Desvianza	AIC	R ² _{McF}	R ² _{CS}	R ² _N	χ ²	gl	p
1	4151	4171	0.00289	0.00160	0.00376	12.0	5	0.034

Nota. Models estimated using sample size of N=1249

Si tenemos en cuenta la probabilidad para el consumo de alcohol según la puntuación en la afectividad negativa de las mujeres estudiadas, observamos (ver **tabla 48** y **gráfico 35**):

- De las mujeres que puntúan con un 2,9 de media la afectividad negativa (correspondiente con “a veces”), la probabilidad de no consumir alcohol (de nunca haberlo consumido o no en el último año) sería del 26%, y la de beber más de 4 veces a la semana sería del 5%.
- Aquellas que puntúan con un 4,26 (“casi siempre”), la probabilidad de no beber ascendería a un 29%, mientras que la de hacerlo más de 4 veces a la semana se reduciría a un 4%.
- Además, de las mujeres que para la afectividad negativa la clasifican con 5,6 puntos (“frecuentemente”-“muy a menudo”), la probabilidad de no beber ascendería a un 32% y la de hacerlo más de 4 veces a la semana se reduciría todavía más, a un 3%.
- Por último, observamos además que para cualquier puntuación en la afectividad negativa, la probabilidad para el consumo de bebidas alcohólicas de 2 a 3 veces por semana se mantendría constante en un 11%.

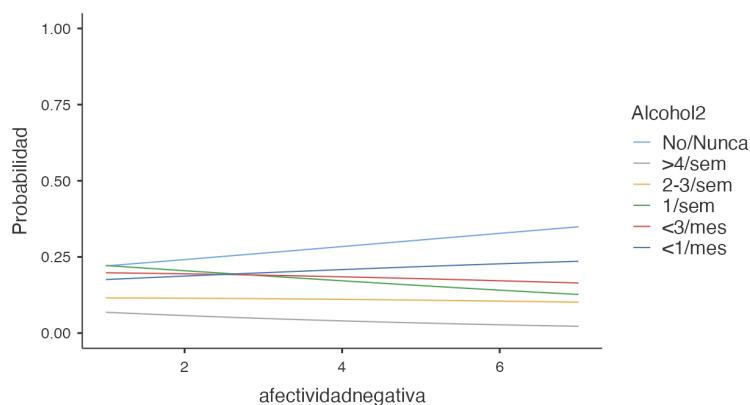


Gráfico 35: Gráfico para la probabilidad de frecuencia de consumo del alcohol según la puntuación en la afectividad negativa.

Tabla 48: Medias marginales de la afectividad negativa para estimar el consumo de alcohol.

Medias Marginales Estimadas - afectividadnegativa					
afectividadnegativa	Alcohol2	Probabilidad	EE	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
2.90 ^o	No/Nunca	0.2605	0.01767	0.2211	0.2998
	>4/sem	0.0490	0.00847	0.0301	0.0679
	2-3/sem	0.1131	0.01268	0.0849	0.1414
	1/sem	0.1897	0.01562	0.1549	0.2245
	<3/mes	0.1906	0.01572	0.1556	0.2257
4.26 ^μ	<1/mes	0.1971	0.01599	0.1614	0.2327
	No/Nunca	0.2897	0.01290	0.2610	0.3185
	>4/sem	0.0382	0.00551	0.0259	0.0504
	2-3/sem	0.1102	0.00888	0.0904	0.1300
	1/sem	0.1676	0.01063	0.1439	0.1913
5.62 [*]	<3/mes	0.1833	0.01098	0.1588	0.2077
	<1/mes	0.2111	0.01159	0.1853	0.2370
	No/Nunca	0.3192	0.01874	0.2774	0.3609
	>4/sem	0.0294	0.00660	0.0147	0.0441
	2-3/sem	0.1063	0.01232	0.0788	0.1337
	1/sem	0.1466	0.01406	0.1153	0.1780
	<3/mes	0.1745	0.01517	0.1407	0.2083
	<1/mes	0.2240	0.01675	0.1867	0.2614

Nota. ^o media - 1DE, ^μ media, ^{*} media + 1DE

14. Afectividad negativa- Consumo ultraprocesados

Otro de nuestros objetivos era analizar si en las mujeres estudiadas existía una relación entre la afectividad negativa y consumir con mayor frecuencia (más de dos veces por semana) alimentos ultraprocesados.

Con el análisis realizado se afirma que existe una relación positiva entre ambas variables y que la afectividad negativa es un factor de riesgo para el consumo habitual de ultraprocesados (OR = 1,228; IC 95% [1,121-1,345]) aunque solo un 2,26% del consumo de ultraprocesados podría

explicarse por la afectividad negativa (valor de $R^2_N=0,0226$), siendo estadísticamente significativa ($\chi^2 20,1$; $p < 0,001$). Ver **tablas 49 y 50**.

Tabla 49: Tabla para la regresión logística y valoración del ajuste del modelo de las variables afectividad negativa y ultraprocesados.

Medidas de Ajuste del Modelo						Prueba Global del Modelo		
Modelo	Desviación	AIC	R^2_{McF}	R^2_{CS}	R^2_N	χ^2	gl	p
1	1534	1538	0.0130	0.0161	0.0226	20.1	1	<.001

Nota. Models estimated using sample size of N=1239

Tabla 50: Coeficientes del modelo de las variables afectividad negativa y ultraprocesados.

Coeficientes del Modelo - Ultraprocesados

Predictor	Estimador	Intervalo de Confianza al 95%		EE	Z	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
		Inferior	Superior					Inferior	Superior
Constante	-1.641	-2.058	-1.223	0.2132	-7.70	<.001	0.194	0.128	0.294
afectividadnegativa	0.205	0.114	0.296	0.0464	4.42	<.001	1.228	1.121	1.345

Nota. Los estimadores representan el log odds de "Ultraprocesados = Habitual" vs. "Ultraprocesados = Puntual"

Observamos que la probabilidad de consumir habitualmente alimentos ultraprocesados aumenta conforme se obtiene un mayor valor para las preguntas en relación a esta afectividad negativa (OR = 1,228; Intervalo de confianza 95% [1,121-1,345]). Ver **tabla 51 y gráfico 36**.

Podemos obtener un modelo predictivo para el cual se obtiene, con un punto de corte en 0,4, con una predicción global del modelo de un 67%, una especificidad del 93,7% y una sensibilidad del 9,6%, siendo el área bajo la curva de 0,578, es decir que hay un 57,8% de posibilidades de que el modelo distinga entre las opciones. Ver **tabla 52, tabla 53 y gráfico 37**.

Tabla 51: Tabla de probabilidades entre las variables afectividad negativa y consumo de ultraprocesados.

Medias Marginales Estimadas - afectividadnegativa

afectividadnegativa	Probabilidad	EE	Intervalo de Confianza al 95%	
			Inferior	Superior
2.91 [·]	0.260	0.0178	0.227	0.297
4.26 ^μ	0.317	0.0134	0.292	0.344
5.62 ⁺	0.381	0.0197	0.343	0.420

Nota. [·] media - 1DE, ^μ media, ⁺ media + 1DE

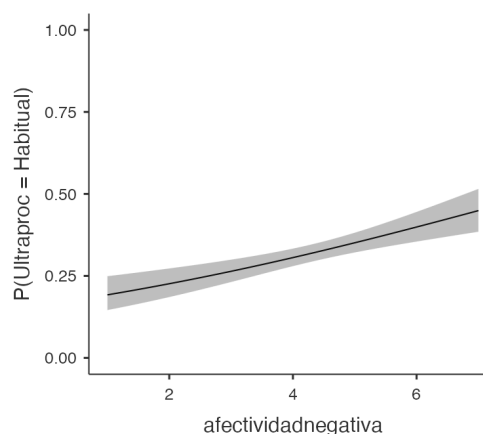


Gráfico 36: Curva de probabilidad entre el consumo habitual de ultraprocesados y la afectividad negativa.

Tabla 52: Tabla de predicciones para el consumo de ultraprocesados en función de la afectividad negativa.

Tabla de Clasificación – ...

Observado	Predicción		% Correcto
	Puntual	Habitual	
Puntual	789	53	93.7
Habitual	359	38	9.57

Nota. El punto de corte es 0.4

Tabla 53: Tabla de las medidas predictivas para las variables afectividad negativa y ultraprocesados.

Medidas Predictivas

Precisión	Especificidad	Sensibilidad	AUC
0.667	0.937	0.0957	0.574

Nota. El punto de corte es 0.4

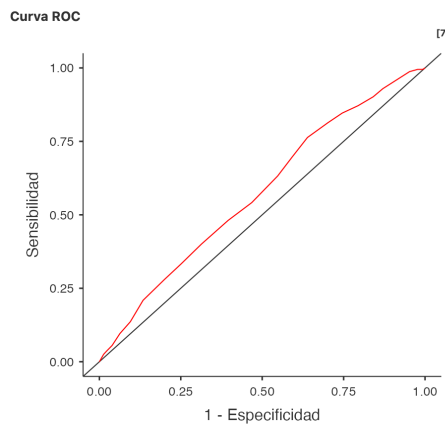


Gráfico 37: Curva ROC del análisis entre afectividad negativa y ultraprocesados.

DISCUSIÓN

Las mujeres supervivientes de cáncer de mama presentan con frecuencia alteraciones del estado de ánimo, destacando la afectividad negativa, entendida como sentimientos de tristeza, apatía, malestar psicológico, ansiedad o depresión. En nuestro estudio, las mujeres supervivientes de cáncer de mama (CM) presentaron “casi siempre” (mediana de más de 4 puntos) una afectividad negativa en las últimas cuatro semanas estudiadas. Este resultado coincide con lo observado en estudios previos como el de *Maass SWMC et al.*³¹, donde también se reportó un aumento significativo en la afectividad negativa (depresión, tristeza, ansiedad) en las mujeres supervivientes de CM con respecto a un grupo control.

Se precisaron para poder hacer inferencia 1.054 mujeres y se ha conseguido analizar, tanto para el objetivo principal como para la mayoría de los secundarios, a un número mayor de mujeres, lo que aporta fortaleza a los resultados de la investigación.

Este estudio permite analizar la calidad de vida de las pacientes una vez superado el cáncer, y en qué patrones se debe incidir y destinar mayores recursos para implementar nuevas tácticas de seguimiento, para lograr mejorar su calidad de vida. Si bien es cierto, y este aspecto podría interpretarse asimismo como una posible limitación, que lo más adecuado, podría haber sido llevar a cabo un análisis de la calidad de vida a lo largo de todo el proceso oncológico. De esta manera, se hubiera facilitado la identificación y abordaje de las variables analizadas en el presente estudio, con el fin de prevenir que la calidad de vida se viera comprometida.

Es importante destacar que tanto los síntomas evaluados, como las distintas repercusiones asociadas, pueden tener una etiología multifactorial (no sólo la oncológica), y podrían estar influidos por múltiples variables que no han sido recogidas en este estudio. Presuponemos que esta podría ser la causa que determina el leve o moderado grado de asociación entre las variables estudiadas a pesar de su significación estadística.

Entre las preocupaciones psicoemocionales de las mujeres de la muestra, los dominios más puntuados en el cuestionario QLACS fueron los problemas derivados de la apariencia que presentaron una puntuación con una mediana de casi 5 puntos; el miedo a la recurrencia, con una mediana de más de 5 puntos; y la angustia por un cáncer en la familia, con una mediana de 6 puntos. Los tres aspectos están correlacionados con una mayor puntuación en la afectividad negativa, lo que coincide con otros estudios realizados previamente^{32, 33}.

Sin embargo, algunos resultados contrastaron con lo esperado. Por ejemplo, un estudio del *Dutch*

*MRISC-study*³⁴ evaluó a mujeres con alto riesgo hereditario de cáncer de mama. Se encontró que tener una hermana diagnosticada recientemente con cáncer de mama (menos de tres años) y haber estado involucrada en su proceso, aumentaba significativamente la angustia específica relacionada con el cáncer. Sin embargo, no se observó una asociación significativa con la angustia general. Esto sugiere que las experiencias recientes y cercanas con el cáncer en la familia pueden intensificar el malestar emocional específico del cáncer aunque sería recomendable realizar estudios con control más estricto de las variables para confirmar estos hallazgos.

Otros estudios analizan la angustia familiar en los cánceres hereditarios y las mutaciones consecuentes, que contribuyen a una mayor afectividad negativa³⁵.

Por otro lado, profundizando en el ámbito laboral, al 15% del total de las pacientes que respondieron las preguntas, les obligaron a cesar el trabajo, mientras que al 8% las despidieron, ocasionando una repercusión laboral en sus vidas. La repercusión laboral está correlacionada con la afectividad negativa encontrando que la diferencia de medias de las puntuaciones entre quienes habían tenido una de estas dos posibles repercusiones contra quienes no, era de casi un punto entero en el cuestionario. Este supuesto concuerda con un estudio que analizó a 369 mujeres supervivientes de cáncer de mama, el cual encontró que aquellas que experimentaron cambios en su situación laboral, como desempleo o incapacidad para trabajar, presentaron niveles significativamente más altos de angustia psicológica y una menor calidad de vida en comparación con las que mantuvieron su empleo³⁶.

Por su parte, los problemas financieros que se presentaron a lo largo del contexto oncológico acentúan esta afectividad negativa, ya que ambas variables se correlacionan de forma moderada. Esto demuestra que el tener problemas financieros está relacionado con la calidad de vida y concretamente con la afectividad negativa, al igual que lo encontrado en otros estudios previos que contrastaron la misma hipótesis, reforzando el supuesto de que los problemas financieros están relacionados con la calidad de vida^{37, 38, 39}.

En el caso de la esfera social, se ha encontrado en el estudio que la afectividad negativa está correlacionada con la evitación social, y que, por tanto, constituye un factor de riesgo para un mayor aislamiento. Concretamente, más de un tercio de la evitación social evaluada, lo explicaría la afectividad negativa: las mujeres que puntuaron más alto en la afectividad negativa, se aislaron con mayor frecuencia de los eventos sociales.

Estos resultados serían concordantes con investigaciones previas publicadas como la de *Chuyan He. et al.*⁴⁰ o la de *Bingshuo Liu et al.*⁴¹. Ambos llegan a esta misma conclusión: las pacientes con temperamento melancólico eran más propensas a pertenecer al grupo de alta evitación social persistente, además de que presentaban peor salud mental y eran más propensas a experimentar

depresión y ansiedad; lo que sugiere una relación entre la afectividad negativa y la evitación social. Además, añaden el concepto del apoyo social como factor protector de la calidad de vida de estas pacientes.

Se ha analizado la posible relación entre los distintos tipos de opciones terapéuticas y la afectividad negativa, no encontrando diferencias estadísticamente significativas a pesar de que se halló una mayor puntuación para la afectividad negativa entre las mujeres que recibieron tratamiento con inmunoterapia y terapia dirigida, y con menor valoración quienes recibieron quimioterapia y cirugía. Estos resultados difieren con los de otros estudios, en los cuales el tratamiento con quimioterapia o cirugía influía en la aparición de síntomas depresivos o de ansiedad^{42, 43}.

Por su parte, aunque la inmunoterapia y las terapias dirigidas han mostrado eficacia en ciertos subtipos de cáncer de mama, como el triple negativo, los estudios sobre su impacto en la afectividad negativa son limitados y no se han encontrado resultados definitivos. Se requiere por tanto continuar con la investigación en este campo para comprender plenamente cómo todos estos tratamientos afectan al bienestar emocional de las pacientes.

Donde sí se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de tratamiento y la afectividad negativa es en la hormonoterapia: quienes fueron tratadas hormonalmente presentaron una ligera mayor afectividad negativa. Sin embargo, el tamaño del efecto es muy bajo ($r \approx 0,07$), por lo que la relevancia clínica podría ser mínima.

Un estudio publicado en *Supportive Care in Cancer*, reveló que más del 50% de los participantes reportaron experimentar actualmente problemas cognitivos, fatiga, miedo a la recurrencia, angustia emocional y problemas de identidad/duelo. Además, se estudió la relación entre la terapia hormonal y distintas variables estudiadas en nuestro proyecto, como la fatiga, disfunción sexual y dolor, que fueron más comunes en quienes recibieron este tratamiento, ya sea actualmente o en el pasado. Las preocupaciones emocionales, como el miedo a la recurrencia y la angustia emocional, fueron más frecuentes en las mujeres que estaban recibiendo hormonoterapia en el momento de la encuesta⁴⁴.

Como se observa, el análisis de la relación entre la hormonoterapia y otros dominios del QLACS (no solo la afectividad negativa), podría ser de utilidad para nuevas investigaciones y proyecciones futuras.

Por otro lado, un estudio transversal realizado en China encontró que los efectos secundarios de

la terapia hormonal, como sudores nocturnos, sequedad vaginal y fatiga, estaban significativamente asociados con síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. La prevalencia de depresión fue del 33,4% y la de ansiedad del 13,3% entre las participantes. Estos hallazgos destacan la necesidad de abordar los efectos secundarios de la hormonoterapia para mejorar la salud mental de las pacientes⁴⁵.

Un análisis temático de las experiencias de mujeres supervivientes de cáncer de mama reveló que muchas participantes reportaron efectos secundarios significativos debido a la terapia hormonal, lo cual afectaba significativamente a la calidad de vida, y subraya que la falta de apoyo por parte de los profesionales de la salud afecta negativamente en la adherencia y la persistencia⁴⁶.

Los problemas cognitivos y los del ámbito de la sexualidad constituyen otros de los dominios con mayor puntuación en el cuestionario QLACS (“casi siempre” o frecuentemente”). Analizando la relación entre cada una de estas variables y la afectividad negativa, se muestra una correlación entre ellas: quienes valoraron con una mayor puntuación los problemas cognitivos y sexuales, tenían una mayor afectividad negativa. Comparando con estudios previos, un estudio examinó la relación entre el funcionamiento cognitivo, la depresión y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Los resultados indicaron que la depresión desempeñaba un papel parcial en la relación entre el funcionamiento cognitivo (tanto subjetivo como objetivo) y la calidad de vida. Esto sugiere que la afectividad negativa, como la depresión, puede influir en la percepción y el rendimiento cognitivo de las pacientes⁴⁷.

Otro estudio evaluó a largo-supervivientes de cáncer de mama, encontrando que casi tres cuartas partes de las pacientes reportaron problemas psicológicos, y más de un tercio disfunciones sexuales, observándose una correlación entre la frecuencia de los problemas psicológicos y la gravedad de las disfunciones sexuales, sugiriendo una posible relación entre la afectividad negativa y los problemas sexuales en esta población⁴⁸.

En relación con los síntomas, la existencia de dolor crónico y fatiga se reportó como “casi siempre” y “frecuentemente”, situándose la mediana de cada una de ellas en 4 y 5 puntos, respectivamente. Ambos síntomas físicos, muestran tener una correlación con una mayor afectividad negativa, pudiendo afirmar que el dolor y la fatiga están relacionados con una mayor probabilidad de sentimientos de tristeza o depresión. Un estudio de *Yesol Yang et al.*⁴⁹ respalda este supuesto: las mujeres supervivientes de cáncer de mama que presentaban mayor dolor crónico, eran más propensas a tener síntomas depresivos. Al igual que esto, otro estudio de *HJG Abrahams et al.*⁵⁰, lo hacía con la fatiga y una mayor frecuencia de síntomas depresivos.

Continuando con el análisis de las variables estudiadas sobre el estilo de vida, se ha encontrado que la afectividad negativa sólo explica el 2% del consumo de tabaco. Una investigación publicada en *Tobacco Smoking Behaviors in Cancer Survivors* examinó la relación entre la inteligencia emocional, los rasgos de personalidad y el consumo de tabaco en supervivientes de cáncer. Los resultados indicaron que las supervivientes con menor inteligencia emocional (es decir, un peor manejo de las emociones) eran más propensas a utilizar el tabaco como mecanismo para regular las negativas, como la ansiedad y la depresión. Esto sugiere que la afectividad negativa puede influir en el hábito tabáquico⁵¹.

En cuanto al consumo de alcohol, casi una cuarta parte de las mujeres consumieron alcohol menos de una vez al mes en el último año; todavía menos mujeres lo hacían de una a tres veces al mes, y no llegaban al 4% las que lo hacían más de cuatro veces a la semana. Analizando esta variable con la afectividad negativa, se muestra que menos del 1% del consumo de alcohol podría explicarse debido a ella.

Cuando se comparan las probabilidades entre la frecuencia de beber alcohol y la afectividad negativa, se encuentra que a mayor puntuación en la afectividad negativa, menor es la probabilidad de haber consumido alcohol (nunca o no en el último año), y la de hacerlo más de cuatro veces por semana disminuye. Para cualquier puntuación en la afectividad negativa, la probabilidad para el consumo de alcohol de dos a tres veces por semana se mantiene constante en un 11%. En contrapartida, un estudio de *Jung, W. et al*⁵², demostró que los cambios en el consumo de alcohol, ya sea inicio o cese, se asociaron con un mayor riesgo de depresión en comparación con los no bebedores regulares, por ejemplo.

La última variable analizada sobre estilos de vida, el consumo de alimentos ultraprocesados (más de dos veces a la semana), presenta una relación positiva con la afectividad negativa, pudiendo considerarse esta última un factor de riesgo para el consumo habitual de ultraprocesados, a pesar de que solamente un 2% de este consumo logre explicarse por la afectividad negativa. Además, un metaanálisis de estudios prospectivos demostró que una mayor ingesta de alimentos ultraprocesados se asoció con un mayor riesgo de depresión posterior⁵³. Si bien se encuentran evidencias de asociaciones entre el consumo de alimentos ultraprocesados y la salud mental adversa, se necesitan más estudios prospectivos y experimentales diseñados para comprender mejor la causalidad.

Las diferencias identificadas entre los distintos perfiles de supervivientes de cáncer de mama ponen de manifiesto la necesidad de ofrecer una atención integral y personalizada que responda

adecuadamente a las necesidades específicas de cada paciente.

Podemos llegar a la conclusión de que el seguimiento de las pacientes supervivientes de cáncer no debe limitarse a la evaluación de secuelas orgánicas, sino que debe contemplar igualmente las dimensiones psicológicas, sociales, laborales y económicas de lo que supone la supervivencia oncológica. En este contexto, se subraya la necesidad de desarrollar modelos de atención integral que incluyan programas de formación continua para profesionales de Atención Primaria y se incentiven redes de trabajo interdisciplinario entre diferentes especialistas y los agentes del ámbito psicosocial, promoviendo así un enfoque de atención coordinada y centrada en las necesidades globales del paciente. Un estudio de *Francisco Gil et al.*⁵⁴ subraya también esta necesidad.

Ante la elevada prevalencia de todas las variables analizadas en la población de mujeres supervivientes de CM, resulta fundamental diseñar e implementar estrategias de intervención dirigidas a mitigar los efectos secundarios y promover una mejor calidad de vida en la rutina diaria. Además, este conocimiento respalda la necesidad de desarrollar abordajes clínicos más integrales para el manejo sintomático, orientados a optimizar tanto la atención como el seguimiento por el proceso oncológico, tanto a corto como a largo plazo.

Las variables estudiadas en la investigación podrían servir como punto de partida para diseñar herramientas de utilidad tanto para los profesionales sanitarios como para las propias pacientes, orientando la toma de decisiones clínicas con el objetivo de minimizar el impacto del proceso oncológico sobre la calidad de vida. De este modo, se favorecería una atención asistencial desde el ámbito de la Atención Primaria que contemplase de manera coordinada las distintas dimensiones de la calidad de vida estudiadas, garantizando así un abordaje más integral durante todo el proceso oncológico para quienes son largo-supervivientes.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres supervivientes a un cáncer de mama que respondieron al cuestionario presentaban una alta afectividad negativa (mediana 4,3 puntos; RIC: 2).
2. Los problemas derivados de la apariencia en estas mujeres estaban correlacionados de forma débil con la afectividad negativa (Kendall 0,279).
3. El miedo a la recurrencia estaba correlacionado de forma moderada con la afectividad negativa (Kendall 0,348).
4. La angustia de la aparición de un nuevo cáncer en la familia fue el dominio de mayor valor numérico, el cual además estaba correlacionado de forma débil con la afectividad negativa (Spearman 0,285).
5. Las repercusiones laborales tienen una asociación débil pero estadísticamente significativa con la afectividad negativa ($\epsilon^2=0,0447$; $p<0,001$).
6. Los problemas financieros suponen un factor de riesgo para una mayor afectividad negativa con una correlación moderada (Spearman 0,319).
7. La afectividad negativa constituye un factor de riesgo para una mayor evitación social con una correlación moderada (Pearson 0,628).
8. Solamente quienes recibieron hormonoterapia presentaban una ligera mayor afectividad negativa estadísticamente significativa con respecto al resto de tratamientos (U de Mann Whitney=179415; $p<0,05$). Sin embargo, el tamaño del efecto es muy bajo ($r \approx 0,0715$), y por ello la relevancia clínica podría ser limitada.
9. La afectividad negativa está correlacionada de forma moderada con la mayor frecuencia problemas cognitivos (Kendall 0,416).
10. La afectividad negativa y los problemas en la esfera sexual están correlacionados de forma moderada (Spearman 0,470).
11. El dolor crónico se relaciona moderadamente con la afectividad negativa (Kendall 0,507).
12. La fatiga se correlaciona de forma moderada con la afectividad negativa (Kendall 0,471).
13. La afectividad negativa es un factor de riesgo para una mayor probabilidad del consumo de tabaco (OR = 1,35; IC 95% [1,052-1,745]).
14. La afectividad negativa se relaciona con un menor consumo de alcohol sólo estadísticamente significativa cuando se compara con el consumo de más de cuatro y más de una vez por semana ($Z= -2,36399$, $p=0,018$; $Z= -2,64329$, $p=0,008$, respectivamente).
15. La afectividad negativa se relaciona con un mayor consumo habitual de alimentos ultraprocesados (OR = 1,228; IC 95% [1,121-1,345]).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2023. Madrid: SEOM; 2023. [consultado 18-02-2025] Disponible en:
2. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2024. Madrid: SEOM; 2024. [consultado 18-02-2025] Disponible en:
3. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2022. Madrid: SEOM; 2022. [consultado 18-02-2025] Disponible en:
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Fallecidos por cáncer 2023 [infografía en Internet]. Madrid: INE. [consultado 18-02-2025] Disponible en: <https://www.ine.es>
5. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2025. Madrid: SEOM; 2025. [consultado 18-02-2025] Disponible en:
6. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Breast cancer fact sheet – GLOBOCAN 2022 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [consultado 18-02-2025] Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/20-breast-fact-sheet.pdf>
7. Observatorio del cáncer: Dimensiones del cáncer. Asociación Española contra el cáncer. 2023. [consultado 18-02-2025] Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>
8. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 18-02-2025] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/ESTRATEGIA_EN_CANCER_DEL_SNS.pdf
9. 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 Res Pract*. 2016;10:51-61.
10. Yin M, Wang C, Gu K, Bao P, Shu X-O. Chronic pain and its correlates among long-term breast cancer survivors. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2023;17(2):460–7. [consultado 18-02-2025] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11764-022-01241-9>
11. Leysen L, Beckwée D, Nijs J, Pas R, Bilterys T, Vermeir S, Adriaenssens N. Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2017 Dec;25(12):3607-3643. doi: 10.1007/s00520-017-3824-3. Epub 2017 Aug 10. PMID: 28799015.
12. Hamood R, Hamood H, Merhasin I, Keinan-Boker L. Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. *Breast Cancer Res Treat*. 2018 Jan;167(1):157-169. doi: 10.1007/s10549-017-4485-0. Epub 2017 Aug 31. PMID: 28861642.

13. He L, Qu H, Wu Q, Song Y. Lymphedema in survivors of breast cancer. *Oncol Lett.* 2020 Mar;19(3):2085-2096. doi: 10.3892/ol.2020.11307. Epub 2020 Jan 16. PMID: 32194706; PMCID: PMC7039097.
14. VanderWalde A, Hurria A. Aging and osteoporosis in breast and prostate cancer. *CA Cancer J Clin.* 2011 May-Jun;61(3):139-56. doi: 10.3322/caac.20103. Epub 2011 May 4. PMID: 21543824.
15. Chen Z, Maricic M, Bassford TL, Pettinger M, Ritenbaugh C, Lopez AM, Barad DH, Gass M, Leboff MS. Fracture risk among breast cancer survivors: results from the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Intern Med.* 2005 Mar 14;165(5):552-8. doi: 10.1001/archinte.165.5.552. PMID: 15767532.
16. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Jensen MS, Poulsen PB, Khan H, Kümler T, et al. Cardiovascular disease in women with breast cancer - a nationwide cohort study. *BMC Cancer* [Internet]. 2021;21(1):1040. [consultado 18-02-2025] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-021-08716-5>
17. Mayer S, Iborra S, Grimm D, Steinsiek L, Mahner S, Bossart M, Woelber L, Voss PJ, Gitsch G, Hasenburg A. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Jan;299(1):191-201. doi: 10.1007/s00404-018-4922-2. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30386993.
18. 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 Apr;20(4):370-9. doi: 10.1017/S1355617713001215. Epub 2013 Nov 15. PMID: 24229809.
19. Whittaker AL, George RP, O'Malley L. Prevalence of cognitive impairment following chemotherapy treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2022 Feb 8;12(1):2135. doi: 10.1038/s41598-022-05682-1. PMID: 35136066; PMCID: PMC8826852.
20. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2008 Aug;24(3):193-201. doi: 10.1016/j.soncn.2008.05.007. PMID: 18687265; PMCID: PMC3321244.
21. De Padova S, Grassi L, Vagheggini A, Belvederi Murri M, Folesani F, Rossi L, Farolfi A, Bertelli T, Passardi A, Berardi A, De Giorgi U. Post-traumatic stress symptoms in long-term disease-free cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Med.* 2021 Jun;10(12):3974-3985. doi: 10.1002/cam4.3961. Epub 2021 Jun 1. PMID: 34061453; PMCID: PMC8209622.
22. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. *Aten*

- Primaria [Internet]. 2024;56 Suppl 1(103128):103128. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103128>
23. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh DY, Nam SJ, Lee ES, Yun YH. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat.* 2009 Aug;116(3):609-16. doi: 10.1007/s10549-008-0209-9. Epub 2008 Oct 15. PMID: 18855135.
 24. Hansen JA, Feuerstein M, Calvio LC, Olsen CH. Breast cancer survivors at work. *J Occup Environ Med.* 2008 Jul;50(7):777-84. doi: 10.1097/JOM.0b013e318165159e. PMID: 18617833.
 25. Musti MA, Collina N, Stivanello E, Bonfiglioli R, Giordani S, Morelli C, Pandolfi P. Perceived work ability at return to work in women treated for breast cancer: a questionnaire-based study. *Med Lav.* 2018 Dec 20;109(6):407-419. doi: 10.23749/mdl.v110i6.7241. PMID: 30556532; PMCID: PMC7682187.
 26. Escobar A, Trujillo-Martín M del M, 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 [Internet].* 2015;13(1):182. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0378-2>
 27. López-Salas M, Yanes-Roldán A, Bernal-Bernal R, Melús-Palazón E, Álvarez-Rico F, Bartolomé-Moreno C. Determinants in the quality of life of breast cancer survivors. *Aten Primaria [Internet].* 2025;57(9):103253. [consultado 18-02-2025] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103253>
 28. 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 [Internet].* 2006;4(1):92. [consultado 18-02-2025] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-4-92>
 29. 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 Jun;31(6):1871-1881. doi: 10.1007/s11136-021-03036-4. Epub 2021 Nov 27. PMID: 34837128.
 30. 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 Jan;24(1):205-12. doi: 10.1007/s11136-014-0749-x. Epub 2014 Jul 5. PMID: 24996392; PMCID: PMC4282954.
 31. Maass SWMC, Boerman LM, Verhaak PFM, Du J, de Bock GH, Berendsen AJ. Long-term psychological distress in breast cancer survivors and their matched controls: A cross-sectional study. *Maturitas.* 2019 Dec;130:6-12. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.09.003. Epub 2019 Sep 16. PMID: 31706438.

32. Begovic-Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2012;30(4):446-60. doi: 10.1080/07347332.2012.684856. PMID: 22747107.
33. Tran TXM, Jung SY, Lee EG, Cho H, Kim NY, Shim S, Kim HY, Kang D, Cho J, Lee E, Chang YJ, Cho H. Fear of Cancer Recurrence and Its Negative Impact on Health-Related Quality of Life in Long-term Breast Cancer Survivors. *Cancer Res Treat.* 2022 Oct;54(4):1065-1073. doi: 10.4143/crt.2021.835. Epub 2021 Dec 8. PMID: 34883553; PMCID: PMC9582487.
34. Van Dooren S, Seynaeve C, Rijnsburger AJ, Duivenvoorden HJ, Essink-Bot ML, Bartels CC, Klijn JG, de Koning HJ, Tibben A. The impact of having relatives affected with breast cancer on psychological distress in women at increased risk for hereditary breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2005 Jan;89(1):75-80. doi: 10.1007/s10549-004-2623-y. PMID: 15666200.
35. Listøl W, Høberg-Vetti H, Eide GE, Bjorvatn C. Anxiety and depression symptoms among women attending group-based patient education courses for hereditary breast and ovarian cancer. *Hered Cancer Clin Pract.* 2017 Jan 11;15:2. doi: 10.1186/s13053-016-0062-5. PMID: 28096903; PMCID: PMC5225510.
36. Mahar KK, BrintzenhofeSzoc K, Shields JJ. The impact of changes in employment status on psychosocial well-being: a study of breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol.* 2008;26(3):1-17. doi: 10.1080/07347330802115400. PMID: 19042262.
37. Dee EC, Nipp RD, Muralidhar V, Yu Z, Butler SS, Mahal BA, Nguyen PL, Sanford NN. Financial worry and psychological distress among cancer survivors in the United States, 2013-2018. *Support Care Cancer.* 2021 Sep;29(9):5523-5535. doi: 10.1007/s00520-021-06084-1. Epub 2021 Mar 16. PMID: 33725174.
38. Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat-Haiem F, Lee PJ, Vourlekis B. Economic stress among low-income women with cancer: effects on quality of life. *Cancer.* 2008 Feb 1;112(3):616-25. doi: 10.1002/cncr.23203. PMID: 18085642.
39. Chen MH, Zhao J, Ogongo MK, Han X, Zheng Z, Yabroff KR. Associations of Financial Hardship and Health Status, Social Functioning, and Mental Health Among Cancer Survivors in the United States: Findings From a Nationally Representative Study. *JCO Oncol Pract.* 2025 Jan;21(1):78-88. doi: 10.1200/OP.23.00833. Epub 2025 Jan 10. PMID: 39793554.
40. He C, Wu C, Yang T, He Y, Yan J, Lin Y, Du Y, He S, Wu S, Cao B. Trajectories and predictors of social avoidance in female patients with breast cancer. *Front Psychiatry.* 2022 Nov 25;13:1051737. doi: 10.3389/fpsy.2022.1051737. PMID: 36506424; PMCID: PMC9732026.

41. Liu B, Wu X, Shi L, Li H, Wu D, Lai X, Li Y, Yang Y, Li D. Correlations of social isolation and anxiety and depression symptoms among patients with breast cancer of Heilongjiang province in China: The mediating role of social support. *Nurs Open*. 2021 Jul;8(4):1981-1989. doi: 10.1002/nop2.876. Epub 2021 May 3. PMID: 33939294; PMCID: PMC8186692.
42. Bower JE, Ganz PA, Irwin MR, Kwan L, Breen EC, Cole SW. Inflammation and behavioral symptoms after breast cancer treatment: do fatigue, depression, and sleep disturbance share a common underlying mechanism? *J Clin Oncol*. 2011 Sep 10;29(26):3517-22. doi: 10.1200/JCO.2011.36.1154. Epub 2011 Aug 8. PMID: 21825266; PMCID: PMC3179252.
43. Cáceres MC, Nadal-Delgado M, López-Jurado C, Pérez-Civantos D, Guerrero-Martín J, Durán-Gómez N. Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 16;19(6):3547. doi: 10.3390/ijerph19063547. PMID: 35329232; PMCID: PMC8955820.
44. Van Londen GJ, Beckjord EB, Dew MA, Cooper KL, Davidson NE, Bovbjerg DH, Donovan HS, Thurston RC, Morse JQ, Nutt S, Rechis R. Associations between adjuvant endocrine therapy and onset of physical and emotional concerns among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2014 Apr;22(4):937-45. doi: 10.1007/s00520-013-2041-y. Epub 2013 Nov 24. PMID: 24271937; PMCID: PMC3987952.
45. Zhao R, Liu H, Gao J. Side Effects of Endocrine Therapy Are Associated With Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients Accepting Endocrine Therapy: A Cross-Sectional Study in China. *Front Psychol*. 2022 May 9;13:905459. doi: 10.3389/fpsyg.2022.905459. PMID: 35615194; PMCID: PMC9125212.
46. Peddie N, Agnew S, Crawford M, Dixon D, MacPherson I, Fleming L. The impact of medication side effects on adherence and persistence to hormone therapy in breast cancer survivors: A qualitative systematic review and thematic synthesis. *Breast*. 2021 Aug;58:147-159. doi: 10.1016/j.breast.2021.05.005. Epub 2021 May 17. PMID: 34049260; PMCID: PMC8165559.
47. Park JH, Jung YS, Jung YM, Bae SH. The role of depression in the relationship between cognitive decline and quality of life among breast cancer patients. *Support Care Cancer*. 2019 Jul;27(7):2707-2714. doi: 10.1007/s00520-018-4546-x. Epub 2018 Nov 29. PMID: 30498990.
48. Pumo V, Milone G, Iacono M, Giuliano SR, Di Mari A, Lopiano C, Bordonaro S, Tralongo P. Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. *Cancer Manag*

- Res. 2012;4:61-5. doi: 10.2147/CMAR.S28547. Epub 2012 Feb 24. PMID: 22427732; PMCID: PMC3304333.
49. Yang Y, Han J, Monroe TB, Kim S. Pain and Cognition of Breast Cancer Survivors Treated with Chemotherapy: The Mediating Role of Depression. *Semin Oncol Nurs*. 2024 Oct;40(5):151693. doi: 10.1016/j.soncn.2024.151693. Epub 2024 Jul 16. PMID: 39019741.
 50. Abrahams HJG, Gielissen MFM, Verhagen CAHHVM, Knoop H. The relationship of fatigue in breast cancer survivors with quality of life and factors to address in psychological interventions: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2018 Jul;63:1-11. doi: 10.1016/j.cpr.2018.05.004. Epub 2018 May 17. PMID: 29852324.
 51. Durosini I, Masiero M, Casini C, Pravettoni G. Tobacco Smoking Behaviors in Cancer Survivors: The Mediation Effect of Personality and Emotional Intelligence. *Curr Oncol*. 2022 Dec 2;29(12):9437-9451. doi: 10.3390/curroncol29120742. PMID: 36547156; PMCID: PMC9777259.
 52. Jung W, Han K, Kim B, Yu J, An JH, Jeon HJ, et al. Changes in health behaviors and risk of depression after breast cancer diagnosis and treatment: a nationwide cohort study. *J Cancer Surviv [Internet]*. 2025; [consultado 18-02-2025] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11764-025-01794-5>
 53. Lane MM, Gamage E, Travica N, Dissanayaka T, Ashtree DN, Gauci S, Lotfaliany M, O'Neil A, Jacka FN, Marx W. Ultra-Processed Food Consumption and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*. 2022 Jun 21;14(13):2568. doi: 10.3390/nu14132568. PMID: 35807749; PMCID: PMC9268228.
 54. Gil F, Lleras de Frutos M, Casellas-Grau A. Calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama inicial. *Rev Cáncer*. 2022;36(5):262-9.

ANEXO 1: Flyer publicitario con el QR para la difusión del estudio.

Si has superado el cáncer queremos conocer tu experiencia

Participa en esta encuesta

Tu experiencia nos ayudará a ofrecer mejores servicios para cubrir las necesidades de las personas que han superado un cáncer.



900 100 036
asociacioncontraelcancer.es

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

asociación española contra el cáncer

Necesidades y calidad de vida del superviviente de cáncer

Le invitamos a participar en este proyecto de investigación que está siendo realizado por la Asociación Española Contra el Cáncer.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?
Identificar las necesidades sanitarias, psicológicas, laborales, económicas y sociales de las personas supervivientes de cáncer.

¿Quién puede participar en el estudio?
Las personas que han superado un cáncer y actualmente están libre de la enfermedad.

¿En qué consiste su participación?
Contestar a una encuesta online de 15 minutos de duración. En la misma, se le solicitará información sobre los problemas que tiene que hacer frente en su día a día una vez superada la enfermedad. No le preguntaremos datos de identificación personal.

¿Cuáles son los beneficios de la participación en este estudio?
Gracias a su experiencia, podrá ayudar a visibilizar las condiciones de sufrimiento físico, emocional y social. Así, la ASOCIACIÓN podrá elevar a las autoridades pertinentes las problemáticas asociadas a la fase de supervivencia, para contribuir a mejorar la protección pública de todos.

¿A quién puedo preguntar en caso de duda?
Podrá solicitar cualquier explicación sobre cualquier aspecto del estudio, contactando con la Asociación Española Contra el Cáncer a través del correo: observatorio@contraelcancer.es

¡Participa en la encuesta!

Figura 1 y 2: parte delantera, a la izquierda, y trasera, a la derecha, del flyer publicitario para la difusión del estudio.

ANEXO 2: Cuestionario para el estudio, incluye el cuestionario QLACS

Cuestionario de supervivientes de cáncer

Desde la **Asociación Española Contra el Cáncer** estamos llevando a cabo un estudio para conocer la **“Calidad de Vida y necesidades de las personas supervivientes de cáncer adulto”** (o que han superado un cáncer) en España. Antes de comenzar la encuesta queremos **darte las gracias por tu participación** y nos ayudará a incrementar nuestro conocimiento sobre la temática que nos ocupa.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO EL ESTUDIO? A aquellas personas que, habiendo sido diagnosticadas de un cáncer en su vida adulta (>18 años), hayan concluido el tratamiento primario para el mismo (cirugía, radio y/o quimioterapia) y se encuentren ahora mismo libres de enfermedad.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL ESTUDIO? Conocer el impacto que el cáncer y su tratamiento hayan podido tener en la vida de la persona, con la finalidad de mejorar en el futuro la calidad asistencial en esta población.

¿EN QUÉ CONSISTE MI PARTICIPACIÓN? Se trata simplemente de rellenar el cuestionario que encontrarás a continuación y cuya duración aproximada es de 12-15 minutos.

¿CÓMO SERÁN TRATADOS MIS DATOS? Debes tener la completa seguridad de que toda la información recogida en el presente cuestionario será tratada de manera confidencial y respetando la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal (LOPD) 03/2018, de 5 de diciembre. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines de investigación y publicación científica, respetando siempre la confidencialidad. Por ello y en ningún caso tus datos serán publicados de una manera individualizada, que pudieran dar a conocer tu identidad.

A0. He leído el texto anterior y consiento participar, entendiéndolo que mi participación es voluntaria, anónima, y que mi información será tratada de manera confidencial y con fines exclusivamente de investigación.

- Sí
- No (*FINALIZAR CUESTIONARIO*)

Bloque de variables sociodemográficas I

A1. Usted es...

- Mujer
- Hombre
- Otro

A2. ¿Podría decirnos su edad?

_____ (*SI < 18 AÑOS, FINALIZAR CUESTIONARIO*)

Bloque de variables de enfermedad

B1. ¿Ha sido diagnosticado de cáncer a lo largo de su vida?

- Si
- No (*FINALIZAR CUESTIONARIO*)

B2. ¿A qué edad ha sido diagnosticado de cáncer? *

- _____ (*SI < 18 AÑOS, FINALIZAR CUESTIONARIO*)

*En el caso de haber sido diagnosticado varias veces, referirse al diagnóstico más reciente

B3. ¿Qué tipo de tumor le han diagnosticado? (tumores más frecuentes)

- Mama
- Colon o recto
- Próstata
- Cérvix o endometrio
- Linfoma de Hodgkin
- Melanoma
- Testículo
- Pulmón
- Riñón
- Tiroides
- Ovario
- Leucemia
- Linfoma no Hodgkin
- Laringe
- Vejiga
- Estómago
- Cerebro
- Esófago
- Oral
- Hígado

- Páncreas
- Otro _____

B4. Actualmente, ¿en qué situación de las siguientes se encuentra con respecto al TRATAMIENTO ACTIVO o PRIMARIO DEL CÁNCER (nos referimos a quimioterapia, radioterapia, cirugía...)?

- Estoy recibiendo tratamiento activo o primario del cáncer en la actualidad (*FINALIZAR CUESTIONARIO*)
- Han pasado menos de 12 meses desde que terminé el tratamiento activo o primario del cáncer
- Terminé el tratamiento activo o primario del cáncer hace entre 1 año y 5 años
- Terminé el tratamiento activo o primario del cáncer hace MÁS de 5 años y MENOS de 10 años
- Terminé el tratamiento activo o primario del cáncer hace 10 o más años

B5. A continuación, hay una lista de tratamientos que suelen ser utilizados para el tratamiento del cáncer, señale aquellos tratamientos que ha recibido en algún momento de la enfermedad (*RESPUESTA MÚLTIPLE*):

- Quimioterapia
- Radioterapia, braquiterapia o protonterapia
- Cirugía
- Tratamientos hormonales (IR A B5)
- Otro tratamiento oncológico, específica: _____
- No lo sé o no lo recuerdo (Respuesta única)

B6. ¿Está recibiendo tratamiento hormonal en la actualidad?

- Si
- No

Nos gustaría preguntarle sobre algunos aspectos que pueden afectar a la calidad de vida de las personas que han tenido un proceso oncológico. Algunas de estas afirmaciones pueden parecer similares, pero por favor asegúrate de responder a todas.

P0. ¿Cómo valoraría su salud general (física, emocional, social...) durante el último mes?
Para contestar esta pregunta utilice una escala de 0 a 10 en la que el 0 significa "Pésima" y 10 "Excelente".

- _____

BLOQUE CUESTIONARIO QLACS

A continuación, hay una escala que va de 1 “nunca” a 7 “siempre”. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado las siguientes afirmaciones en las últimas cuatro semanas

En las últimas 4 semanas...

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ha tenido energía para hacer las cosas que quería hacer							
2. Ha tenido dificultad para hacer actividades que necesitan concentración							
3. Le ha molestado no poder mantener la atención durante un período prolongado de tiempo							
4. Ha tenido dificultad para recordar las cosas							
5. Se ha sentido fatigado							
6. Se ha sentido feliz							
7. Se ha sentido triste o deprimido							
8. Ha disfrutado de la vida							
9. Se ha preocupado por cosas insignificantes							
10. Se ha sentido molesto por ser incapaz de mantener relaciones sexuales							
11. Le ha faltado energía para hacer las cosas que quería hacer							
12. Se ha sentido insatisfecho con su vida sexual							
13. Le ha molestado el dolor que le impedía hacer las cosas que quería hacer							

14. Se ha sentido cansado a menudo							
15. Se ha mostrado reacio a comenzar nuevas relaciones sociales							
16. Le ha faltado interés por el sexo							
17. Su humor se ha visto afectado por el dolor o su tratamiento							
18. Ha evitado las reuniones sociales							
19. Ha experimentado cambios de humor							
20. Ha evitado a sus amigos							
21. Ha tenido dolor							
22. Ha tenido una actitud positiva ante la vida							
23. Le ha molestado olvidar lo que había empezado a hacer							
24. Se ha sentido inquieto							
25. Se ha mostrado reacio a conocer a nuevas personas							
26. Ha evitado la actividad sexual							
27. El dolor o su tratamiento han afectado a sus actividades sociales							
28. Se ha sentido contento con su vida							
29. Ha valorado más la vida por haber tenido cáncer							
30. Ha tenido problemas económicos debido al coste de la intervención quirúrgica o tratamiento para el cáncer							

31. Le ha preocupado que sus familiares tuvieran riesgo de padecer cáncer							
32. Se ha dado cuenta de que haber tenido cáncer le ayuda ahora a sobrellevar mejor los problemas							
33. Le ha preocupado su aspecto físico debido al cáncer o su tratamiento							
34. Le ha preocupado que sus familiares pudieran tener genes relacionados con el cáncer							
35. No se sentía atractivo por el cáncer o su tratamiento							
36. Le ha preocupado poder morir de cáncer							
37. Ha tenido problemas con seguros privados debido al cáncer (seguro médico, seguro de vida...)							
38. Le ha molestado la pérdida de cabello a causa del tratamiento del cáncer							
39. Le ha preocupado que el cáncer recurriera o volviera a aparecer							
40. Ha sentido que el cáncer le ha ayudado a reconocer lo que es verdaderamente importante en la vida							
41. Ha sentido que podía sobrellevar mejor el estrés por haber tenido cáncer							
42. Le ha preocupado que los miembros de su familia debieran someterse a pruebas genéticas para detectar el cáncer							
43. Ha tenido problemas económicos a causa del cáncer							
44. Ha sentido que la gente le trataba de forma diferente por los cambios en su aspecto físico debidos al cáncer o su tratamiento							

45. Ha tenido problemas económicos por la pérdida de ingresos como resultado del cáncer								
46. Cada vez que ha sentido dolor, le preocupaba que fuera de nuevo por el cáncer								
47.No pensaba más que en cuestiones relacionadas con el cáncer								

BLOQUE DE VARIABLES ADICIONALES DE SINTOMATOLOGÍA FÍSICA/ CONSECUENCIAS LABORALES Y SOCIALES

A continuación, hay una escala que va de 1 “nunca” a 7 “siempre”. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado las siguientes afirmaciones:

	No procede	1	2	3	4	5	6	7
48. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha tenido dificultades para dormir?								
49. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha tenido molestias y/o dolores en las articulaciones y/o músculos?								
50. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha tenido hormigueos o entumecimiento en los pies, en las manos o en sus dedos?								
51. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha tenido calambres o debilidad muscular?								
52. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha necesitado ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?								
53. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo?								
54. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha tenido algún impedimento para hacer actividades relacionadas con el cuidado del								

hogar?								
55. Debido al cáncer, durante el último mes, ¿ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?								
56. Debido al cáncer, ¿se han visto limitadas sus oportunidades laborales o carrera profesional? <i>(Si esta pregunta no se aplica a su situación, selecciona No procede)</i>								
57. Debido al cáncer, ¿consideras que le ha faltado o le falta apoyo o comprensión por parte de sus compañeros/as de trabajo o sus jefes? <i>(Si esta pregunta no se aplica a su situación, selecciona No procede)</i>								

BLOQUE DE VARIABLES HáBITOS DE VIDA SALUDABLE (PROPUESTA AECC)

S1. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hago nunca ejercicio o actividad física
- Hago alguna actividad física o deportiva ocasional
- Hago actividad física varias veces al mes
- Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana
- No sabe / No contesta

S2. Respecto al consumo de tabaco, ¿podría decirme si fuma?

- Sí, fumo a diario
- Sí fumo, pero no a diario
- No fumo actualmente, pero he fumado antes *(IR A S2.1)*
- No fumo ni he fumado nunca de manera habitual
- No sabe/ No contesta

S2.1. ¿Dejó de fumar antes o después del diagnóstico del cáncer?

- Antes del diagnóstico de la enfermedad
- Después del diagnóstico de la enfermedad

S3. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

- 4 o más veces a la semana (Ir a S3 1a)
- 2 a 3 veces a la semana (Ir a S3 1a)
- Una vez a la semana (Ir a S3 1a)
- De 1 a 3 veces al mes (IR A S3.2)
- Menos de una vez al mes (IR A S3.2)
- Nada en los últimos 12 meses, pero he bebido alguna vez en mi vida (IR A S3.2)
- Nunca (Ir a S4)
- No sabe/ No contesta

S3 1a. Durante los últimos 12 meses, en un día entre semana normal (de lunes a jueves), ¿cuántas bebidas que contengan alcohol suele usted consumir?

Nota: Considere una semana normal, aquella en la que se realizan las actividades habituales, sin estar condicionada por vacaciones, festividades u otras situaciones extraordinarias.

	Consumo entre semana
N ^a de copas de vino	
N ^o de cervezas	
N ^o de carajillos	
N ^o de vermouts	
N ^o de copas (coñac)	

Nº de copas (whisky)	
Nº de cuba-libres (o similar)	

S3 1b. Durante los últimos 12 meses, en un fin de semana (viernes a domingo), ¿cuántas bebidas que contengan alcohol suele usted consumir?

Nota: Considere una semana normal, aquella en la que se realizan las actividades habituales, sin estar condicionada por vacaciones, festividades u otras situaciones extraordinarias.

	Consumo fin de semana
Nº de copas de vino	
Nº de cervezas	
Nº de carajillos	
Nº de vermouts	
Nº de copas (coñac)	
Nº de copas (whisky)	
Nº de cuba-libres (o similar)	

S3.2 ¿Ha reducido el consumo después del diagnóstico de la enfermedad?

- Si
- No

S4. Durante los últimos 12 meses, en una semana normal ¿con qué frecuencia ha tomado alimentos procesados o ultraprocesados como galletas, refrescos, patatas fritas o platos precocinados...?

Nota: Considere una semana normal, aquella en la que se realizan las actividades

habituales, sin estar condicionada por vacaciones, festividades u otras situaciones extraordinarias.

- 4 o más veces a la semana
- 2 a 3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- Nunca
- No sabe/ No contesta

S5. ¿Dirías que el tipo de vida que lleva es muy saludable, bastante, poco o nada saludable?

- Muy saludable
- Bastante saludable
- Poco saludable
- Nada saludable

Bloque de variables sociodemográficas II

A3. ¿Cuál es su situación laboral en este momento*?:

- Trabajo por cuenta ajena a jornada completa
- Trabajo por cuenta ajena a jornada parcial
- Autónomo/a
- Estoy desempleado/a
- Estoy jubilado/a o prejubilado/a
- Tengo reconocida una incapacidad permanente por el proceso oncológico (IR A 3.1)
- Me dedico exclusivamente a las labores del hogar
- Otra situación _____

**En el caso de tener varias situaciones, seleccione con la que se sienta más identificado*

A3.1. ¿Qué tipo de Incapacidad Permanente tiene reconocida?

- Incapacidad permanente total

- Incapacidad permanente absoluta
- Gran Invalidez
- Incapacidad permanente parcial

A4. ¿Cuál era su situación laboral ANTES de padecer cáncer*?:

- Estaba trabajando por cuenta ajena a jornada completa
- Estaba trabajando por cuenta ajena a jornada parcial
- Estaba trabajando como autónomo/a
- Estaba desempleado/a (IR A A.6)
- Estaba jubilado/a o prejubilado/a (IR A A.6)
- Estaba de baja médica
- Tenía reconocida una incapacidad permanente previa
- Me dedicaba exclusivamente a las labores del hogar (IR A A.6)
- Otra situación_____

**En el caso de tener varias situaciones, seleccione con la que se sienta más identificado*

A5.a. Una vez finalizado el tratamiento y dado de alta médica, ¿se ha visto obligado a dejar el trabajo? (Si esta pregunta no se aplica a su situación, selecciona No procede)

- Si
- No
- No procede (No he recibido el alta médica, no estaba trabajando, estaba jubilado...)

A5.b Una vez finalizado el tratamiento y dado de alta médica, ¿le han despedido del trabajo debido al cáncer? (Si esta pregunta no se aplica a tu situación, selecciona No procede)

- Si
- No
- No procede (No he recibido el alta médica, no estaba trabajando, estaba jubilado...)

A6. Debido al cáncer, ¿le ha sido reconocido algún grado de discapacidad?

- Si (IR A A.6.1)

- No (IR A A.7)
- No procede (IR A A.7)

A6.1. ¿Qué porcentaje de discapacidad tiene reconocido?

- Tengo reconocido entre un 33% y un 64% de discapacidad
- Tengo reconocido más de un 65% de discapacidad
- Otra situación_____

A7. ¿En qué provincia reside?

- _____

A8. ¿Podría decirnos el máximo nivel de estudios que ha alcanzado?

- Sin estudios o estudios primarios sin finalizar
- Estudios Primarios (Cinco cursos aprobados de EGB o Primaria actual).
- Estudios Medios (EGB Completa, ESO, FPI, Grado medio, Bachillerato, BUP o COU).
- Estudios superiores (Grado Superior o FP II, Diplomatura, licenciatura o Grado Universitario...).

A9. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra usted?

- Vivo solo/a (IR A A9.1)
- Vivo únicamente con mi pareja
- Vivo con mi pareja y con otros familiares (padres, hermanos/as, hijos...)
- Vivo sin pareja, pero con otros familiares (padres, hermanos/as, hijos...)
- Vivo en una residencia o centro de mayores
- Otra situación_____

A9.1 Aun viviendo solo/a, ¿podría acudir a alguien de su entorno cercano para pedir ayuda y/o cuidados?

- Si, podría acudir a alguien de mi entorno cercano para pedir ayuda y/o cuidados
- No, no podría acudir a nadie de mi entorno cercano para pedir ayuda y/o cuidados

A10. ¿Hay algún aspecto importante de su calidad de vida o bienestar que siente que no hemos abordado en este cuestionario? Si es así, por favor descríballo brevemente.

- _____

Te agradecemos tu participación en esta encuesta que esperamos nos ayude a mejorar la calidad de la atención que necesitas. POR FAVOR, SI CONOCES OTRA PERSONA SUPERVIVIENTE DE CÁNCER, ENVÍALE EL ENLACE A ESTA ENCUESTA

ANEXO 3: Dictamen del CEICA para el estudio



Informe Dictamen Favorable

C.I. PI24/296

26 de junio de 2024

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 26/06/2024, Acta Nº 13/2024 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Calidad de vida y necesidades de supervivientes de cáncer en España. Un estudio cuantitativo

Investigadora Principal: Cruz Belén Bartolomé Moreno, UNIDAD DOCENTE AFyC SZ1

Versión protocolo: VERSIÓN 2. 17-6-24

Origen de los datos: encuesta

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y los documentos elaborados para la obtención del consentimiento.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del estudio.

Lo que firmo en Zaragoza
GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B
Fecha: 2024.06.28 13:16:02
+02'00'
María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Figura 3: Dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón. (PI24/296 - 26 de junio de 2024).