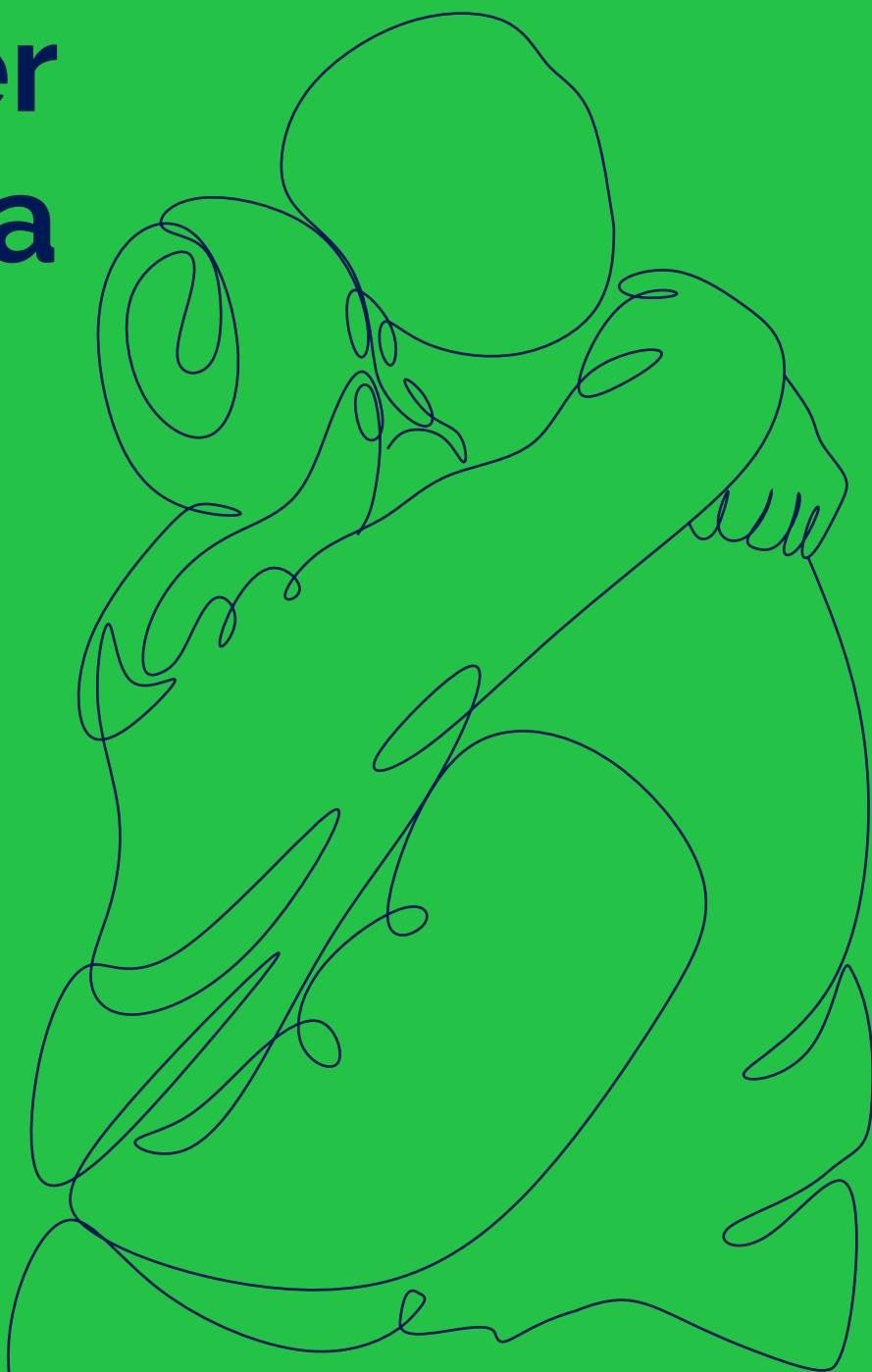


Calidad de vida y necesidades en supervivientes de cáncer en España

Un estudio
cuantitativo



asociación
española
contra el cáncer

Autores

Asociación Española Contra el Cáncer

Mario López Salas

Antonio Yanes Roldán

Belén Fernández Sánchez

Ana Monroy González

Begoña Castro Torrego

Carmen Yélamos Agua

María Navarro Martos

Santiago Méndez Rubio

Sara Crespo Romero

Marina Morán Moset

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Cruz Bartolomé Moreno

Elena Melús Palazón

Francisco Álvarez Rico

Roberto Bernal Bernal

Fundación Española de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (FETTCC)

Ricard Mesía Nin

Colaboradores

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Asensio López Santiago

Fundación Española de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (FETTCC)

Alexander Sistiaga Suárez

Ana Ruiz Alonso

Carmen Montalbán

Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia

Yolanda Andreu Vaillo

Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP)

Bernard Gaspar Martínez

Asociación Contra el Cáncer Gástrico y Gastrectomizados (ACCGG)

Pilar Ruiz Aguilar

Asociación de Cáncer de Próstata (ANCAP)

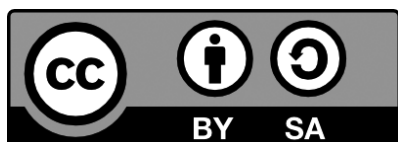
Santiago Gómez Díaz

Cómo citar este texto:

Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer. Calidad de vida y necesidades de supervivientes de cáncer en España. Un estudio cuantitativo. 2025. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. DOI: 10.5281/zenodo.15487989. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/informes>

Las publicaciones de la Asociación Española Contra el Cáncer están creadas para su difusión. Con el fin de llegar al mayor número de personas posibles, este informe sigue los términos de la licencia Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0.

This is an open access report distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 License, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original authors and source are credited. Any material generated from the remix or transformation of this document must be distributed under the same license as the original.



Agradecimientos

Este informe ha sido posible gracias al trabajo conjunto y la implicación de numerosas personas, profesionales y organizaciones.

Desde el Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, queremos expresar nuestro especial agradecimiento a los profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y a todas las investigadoras e investigadores de los centros de salud colaboradores cuya labor ha sido fundamental para facilitar la participación en el estudio de las personas supervivientes de cáncer.

Asimismo, agradecemos la implicación de los profesionales de la Asociación Española Contra el Cáncer que han contribuido al desarrollo de este proyecto: el equipo de Atención a Pacientes y Usuarios; el equipo de Voluntariado, junto con sus coordinadoras y voluntarias/os; el equipo de Comunicación, Marketing y Desarrollo Económico; así como otros profesionales de las diferentes Sedes Provinciales que han prestado su colaboración a lo largo del proceso.

Nuestro reconocimiento también a las entidades colaboradoras que han apoyado este trabajo con firme compromiso: la Asociación Española de Afectados por Cáncer de Pulmón (AEACaP), la Asociación de Cáncer de Próstata (ANCAP), la Asociación Contra el Cáncer Gástrico y Gastrectomizados (ACCGG), la Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple (CEMMp) y la Fundación Española de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (FETTCC).

Y, sobre todo, agradecer a todas las personas supervivientes de cáncer que han participado. Gracias por compartir su experiencia, su mirada y su tiempo. Su voz ha sido esencial para la construcción de este informe y su colaboración ha sido, sin duda, imprescindible.

Este trabajo es el resultado de un esfuerzo colectivo que no habría sido posible sin la dedicación, el compromiso y la generosidad de todas las personas y entidades implicadas.

Índice



01/Introducción	5
02/Objetivos de la investigación	8
03/Metodología	10
Diseño y selección de la muestra	11
Instrumento de medida/cuestionario	11
Caracterización de la muestra	14
Limitaciones	17
04/Resultados	18
Una aproximación general a la calidad de vida de las personas supervivientes de cáncer	19
Malestar físico de las personas supervivientes de cáncer	23
Malestar emocional de las personas supervivientes de cáncer	26
Relaciones sociales e interpersonales de las personas supervivientes de cáncer	28
Situación económico-laboral de las personas supervivientes de cáncer	30
05/Conclusiones	35
06/Referencias bibliográficas	39
07/Anexos	44

01

Introducción



El cáncer ha presentado, durante las últimas décadas, un incremento en la incidencia principalmente debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida (1). A su vez, en los últimos años se han **elevado las tasas de supervivencia** para casi todos los tipos de cáncer tanto en Europa como en España. De esta manera, se han puesto de manifiesto las **necesidades de las personas que han superado el cáncer**, un grupo de población en aumento (2).

En el caso de España, aunque conozcamos datos actualizados de **incidencia, prevalencia a 5 años y mortalidad, 290.000, 909.966 y 113.000** casos en 2024, respectivamente (3), carecemos de datos epidemiológicos actualizados sobre el total de supervivientes de cáncer. Las **limitaciones de información** son aún mayores respecto a las necesidades y calidad de vida de esta población y más aún si ponemos el foco en el conocimiento de los largos supervivientes, personas que han superado el cáncer hace más de 5 años. **No se encuentran datos a largo plazo** que permitan conocer las consecuencias de la enfermedad y, concretamente, las necesidades específicas que plantean estos pacientes a lo largo de los años posteriores a su tratamiento, más allá del riesgo de recidiva, como son las necesidades psicológicas, sexuales, sociales y laborales. Estas últimas incluyen los **retos** que plantea el retorno al trabajo o la búsqueda de uno nuevo, los cuales se suman a los efectos adversos y secuelas de los tratamientos, así como al manejo de patologías concomitantes.

Respecto a los **síntomas físicos** más frecuentes, podemos encontrar la fatiga o cansancio, el dolor, las dificultades cognitivas entre otros. Los estudios publicados indican que aproximadamente un tercio de las personas que sobreviven al cáncer presentan problemas de fatiga (4–8). Un estudio con supervivientes de cáncer de mama, próstata y cáncer colorrectal —agrupados según el tiempo transcurrido desde el final del tratamiento (de 6 a 18 meses, de 2 a 3 años y de 5 a 6 años)— expuso que un 29% de la muestra informó niveles relevantes de fatiga sin diferir entre las tres cohortes temporales (8). El dolor es un problema común en los supervivientes en los primeros años después del tratamiento. Además, un 10% de los largos supervivientes presentan dolor crónico intenso que interfiere con su funcionamiento cotidiano. La prevalencia es mucho mayor en ciertas subpoblaciones, como en las personas supervivientes de cáncer de mama (9–12). Varios estudios, principalmente en cáncer de mama, pero también en cáncer colorrectal, cáncer de ovario y linfoma, muestran el impacto de la quimioterapia en el funcionamiento cognitivo de las personas que han finalizado los tratamientos (13–17). Otros problemas físicos frecuentes son problemas musculares y óseos como la osteoporosis la debilidad muscular o los temblores (18,19), cardiotoxicidad (20–23) y alteraciones en la sexualidad (24–27).

En la **esfera psicológica** podemos encontrar patologías presentes en las personas supervivientes de cáncer como son el distrés, la ansiedad y la depresión, los dos diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en esta población cambiando en gran medida en función de numerosas variables como son: tipo de cáncer, estadio, tratamiento, género y momento en el que se encuentran en la trayectoria de supervivencia (28). Asimismo, al menos entre el 12% y el 18% de los largos supervivientes sufren depresión y un nivel significativo de ansiedad (29). Además, puede aparecer trastorno de estrés postraumático, siendo los pensamientos

intrusivos la manifestación más común en los supervivientes, entre el 16% y el 28% de los mismos (30,31). El miedo a la recurrencia del cáncer es también muy frecuente. Los datos muestran que entre el 40% y el 50% en las personas supervivientes informan niveles moderados a severos de miedo (32). Un estudio reciente realizado con mujeres supervivientes de cáncer de mama españolas muestra que el miedo a la recaída y el distrés generado por un posible diagnóstico de cáncer en un familiar son las dimensiones que más empobrecen la calidad de vida de las supervivientes (33).

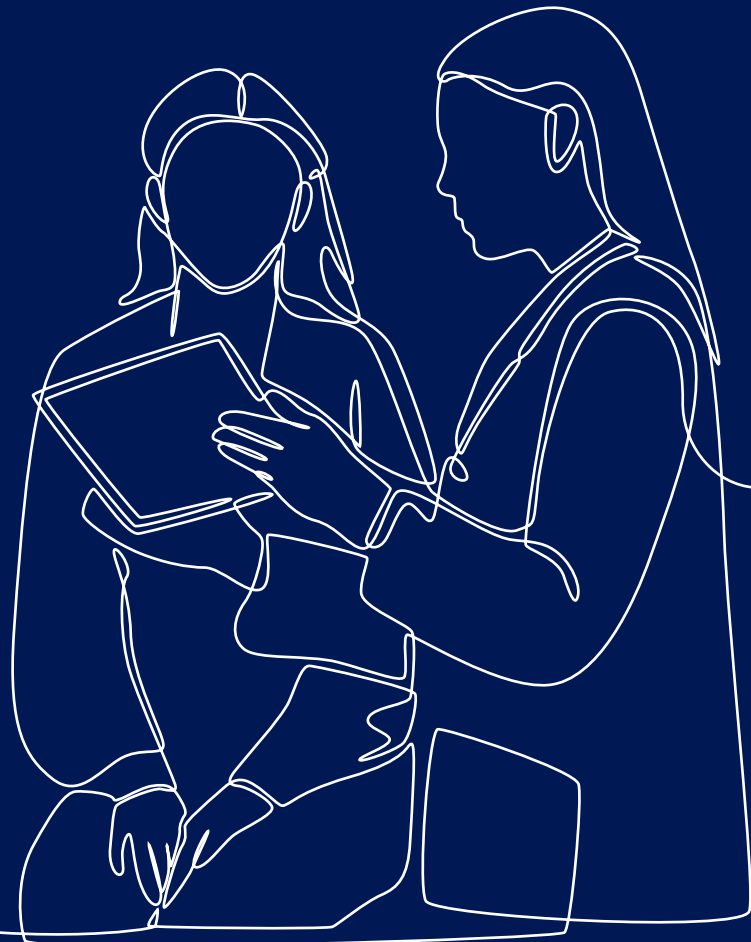
Respecto a las **consecuencias sociales**, las personas supervivientes de cáncer tienen que afrontar numerosos problemas económicos y laborales después de su tratamiento. Alrededor del 31,8 % de los pacientes notificaron este tipo de problemas. Concretamente, las dificultades económicas son más frecuentes en los supervivientes de cáncer de 18 a 64 años que en los mayores de 65 años (28,4% frente al 13,8%) (34). Las personas supervivientes, especialmente aquellas en las que el diagnóstico se produce en edad laboral, experimentan dificultades económicas y materiales, teniendo un efecto directo en su situación económica y su capacidad de generar ingresos (35–37). Así, las personas que sobreviven a un cáncer tienen 1,4 veces más probabilidades de estar en situación de desempleo que aquellas que no han sufrido esta enfermedad (38). Además, los determinantes sociales previos a la enfermedad, como tener ingresos más bajos, menor nivel de educación, origen étnico minoritario, estar desempleado, con discapacidad o con un empleo precario en el momento del diagnóstico deriva en un riesgo mayor de experimentar dificultades laborales después del cáncer (39–42).

Además de visibilizar estas dificultades, atendiendo al sistema sociosanitario actual, es importante destacar que distintos organismos nacionales e internacionales abogan por la implantación de **modelos de atención integral y multidisciplinar dirigidos a las personas supervivientes de cáncer**. Estos modelos incluyen planes individualizados de seguimiento y promueven la participación activa de las personas en su propio proceso de recuperación. En España, diversas iniciativas impulsadas desde Comunidades Autónomas, Sociedades científicas o Asociaciones de pacientes trabajan en esta línea, con el objetivo de avanzar hacia una atención más coordinada, equitativa y centrada en la persona (43–47). No obstante, la integración de estos modelos en la práctica clínica sigue siendo un desafío, especialmente por la falta de datos sistemáticos y la fragmentación asistencial. Todo ello subraya la necesidad de continuar promoviendo la investigación, la recogida de datos y el desarrollo de estrategias específicas que respondan a las necesidades reales de las personas supervivientes de cáncer.

Dado que son escasos los estudios realizados específicamente con población española para conocer la repercusión en las personas supervivientes de un cáncer en la calidad de vida y las necesidades psicológicas, sexuales, sociales y laborales, resulta muy necesario realizar este estudio. Desde el **Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer** junto con la **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)** se ha impulsado la investigación que busca entender los problemas de los supervivientes para poder diseñar futuras estrategias de intervención y de solución a dichas problemáticas.

02

Objetivos de la investigación



■ Los objetivos del presente estudio son:

1

Cuantificar y caracterizar la calidad de vida y prevalencia de las necesidades sanitarias, psicológicas, laborales, económicas y sociales de las personas supervivientes de cáncer en España.



2

Analizar la aparición y evolución de dichas necesidades en función de variables de carácter sanitario, sociodemográfico y situación económica y laboral.



03

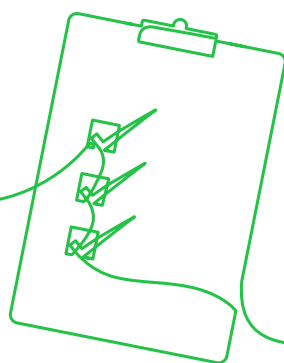
Metodología



■ Diseño y selección de la muestra

Para alcanzar los objetivos mencionados, se ha realizado una encuesta a personas mayores de edad y residentes en España que han sido diagnosticadas de cáncer en la edad adulta y que tras el tratamiento están libres de la enfermedad. Se diferencia entre corta supervivencia (haber superado la enfermedad hace menos de 5 años) y larga supervivencia (haber superado la enfermedad hace 5 años o más). Se han realizado un total de **3.009 entrevistas** entre junio de 2024 y febrero de 2025 utilizando la técnica de entrevista online autoadministrada (sistema CAWI) mediante la aplicación de un cuestionario estructurado de una duración media de 15 minutos.

Se ha utilizado **muestreo no probabilístico** por conveniencia o bola de nieve debido a la imposibilidad de garantizar un marco muestral consistente de supervivientes de cáncer en España. Con posterioridad al trabajo de campo y previo al análisis se ha llevado a cabo una ponderación de la muestra tomando como marco muestral una estimación del número de supervivientes de cáncer en España. De cara a calcular dicha estimación, se aplicaron las tasas de prevalencia a cinco años específicas de cada agrupación tumoral por tramos de edad (menos de 44 años, 45-54 años, 55-64 años y 65 años o más) y género en el año 2024 publicadas en el Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer (3).



■ Instrumento de medida / cuestionario

El cuestionario aplicado, de tipo estructurado y cerrado, fue diseñado conjuntamente por la Asociación Española Contra el Cáncer y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Este cuestionario incluye la versión española del cuestionario **Quality of Life in Adults Cancer Survivors (QLACS)**, utilizado para medir la Calidad de Vida de las personas supervivientes de cáncer. El QLACS ha sido validado a nivel internacional (48,49) y adaptado culturalmente al contexto español (50) evaluando positivamente a su vez su confiabilidad. Está diseñado de manera que una puntuación alta implica una mayor presencia de síntomas físicos y de problemas emocionales, sociales y económicos, lo que se traduce en una peor calidad de vida. Cuenta con 43 ítems estructurados en las siguientes 11 dimensiones

Malestar físico

- **Dolor.** Dimensión referida al dolor físico crónico.
- **Fatiga.** Dimensión referida a la sensación subjetiva de cansancio o agotamiento físico, emocional y / o cognitivo que no es proporcional a la actividad realizada.
- **Problemas cognitivos.** Dimensión referida al deterioro de la memoria, capacidad de aprendizaje, concentración, razonamiento, atención.

Malestar emocional

- **Afectividad negativa.** Dimensión referida a la existencia de experiencias emocionales de carácter negativo como tristeza, inquietud o preocupación.
- **Afectividad positiva.** Dimensión referida a emociones y estados de ánimo positivos, como la alegría, el optimismo y la satisfacción. Dado que los indicadores que conforman esta dimensión están formulados en positivo, la interpretación de dicha dimensión ha de ser realizada de forma inversa. Es decir, una baja puntuación responde a una baja calidad de vida en esta dimensión. Se trata de la única dimensión diseñada de esta manera.
- **Miedo a la recurrencia.** Dimensión referida al miedo y preocupación a que se manifieste de nuevo la enfermedad.
- **Preocupación por la apariencia.** Dimensión referida a la preocupación por la imagen corporal y la apariencia física.

Relaciones sociales e interpersonales

- **Problemas sexuales.** Dimensión referida a los problemas asociados a la vida sexual como insatisfacción, evitación o falta de interés.
- **Evitación social.** Dimensión referida a la evitación de encuentros sociales o la dificultad para establecer nuevas relaciones.
- **Distrés por la familia.** Dimensión referida a la preocupación de que un miembro de la familia sea diagnosticado de cáncer.

Situación económica

- **Problemas económicos.** Dimensión referida a las repercusiones que tiene el cáncer en la situación económica de las personas afectadas.

De estas 11 dimensiones, 7 son genéricas: dolor, fatiga, problemas cognitivos, afectividad negativa, afectividad positiva, problemas sexuales, y evitación social. Y 4 son específicas del cáncer: miedo a la recurrencia, preocupación por la apariencia, distrés por la familia y problemas económicos (50).

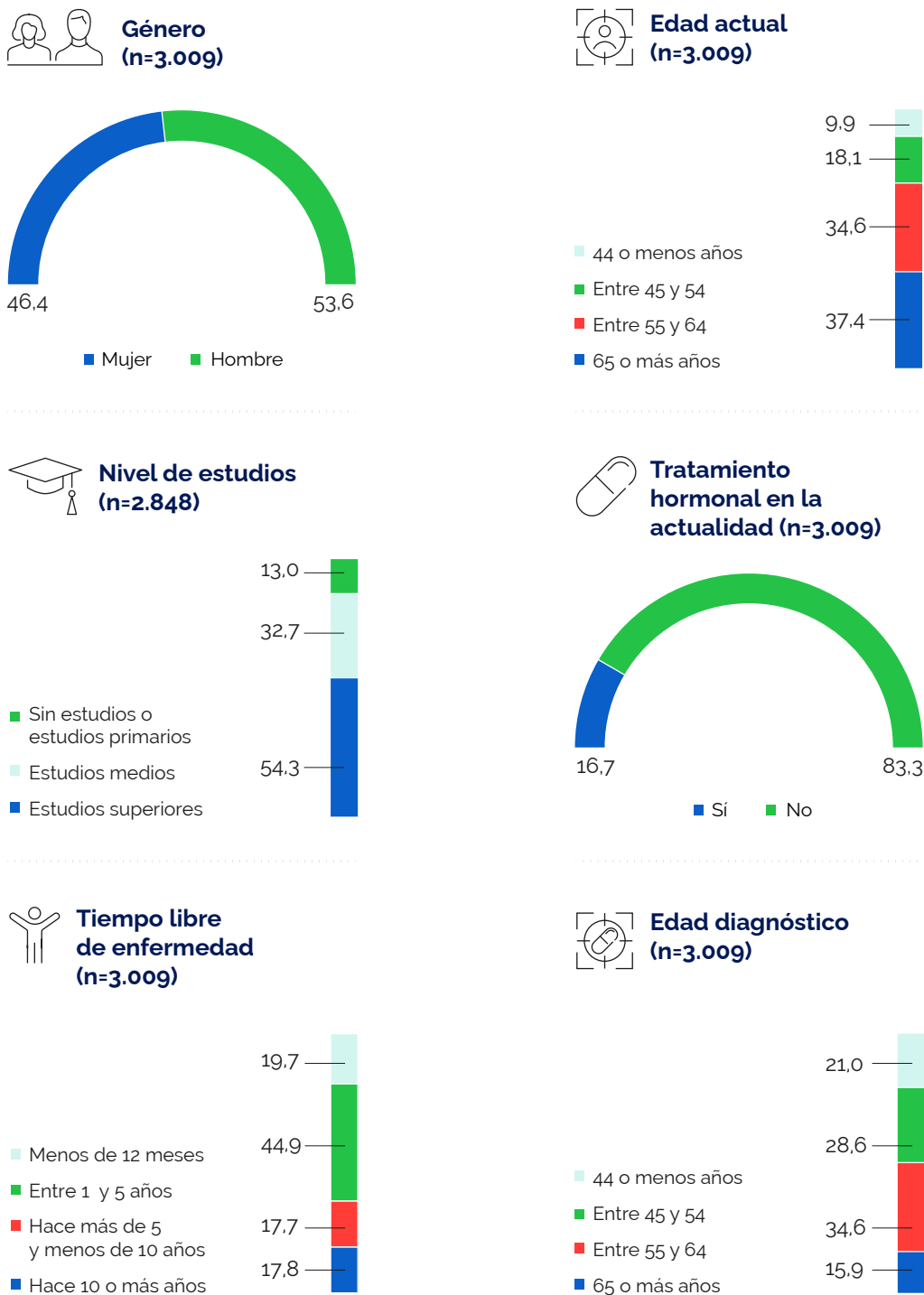
Además, se han incluido variables adicionales para una visión integral sobre síntomas físicos, consecuencias laborales de la enfermedad y hábitos de vida. Finalmente, los y los participantes también fueron preguntados por características sociodemográficas y por cuestiones relacionadas con la enfermedad. Algunas de estas variables han sido empleadas para analizar comparativamente los principales resultados del resto de bloques del cuestionario.

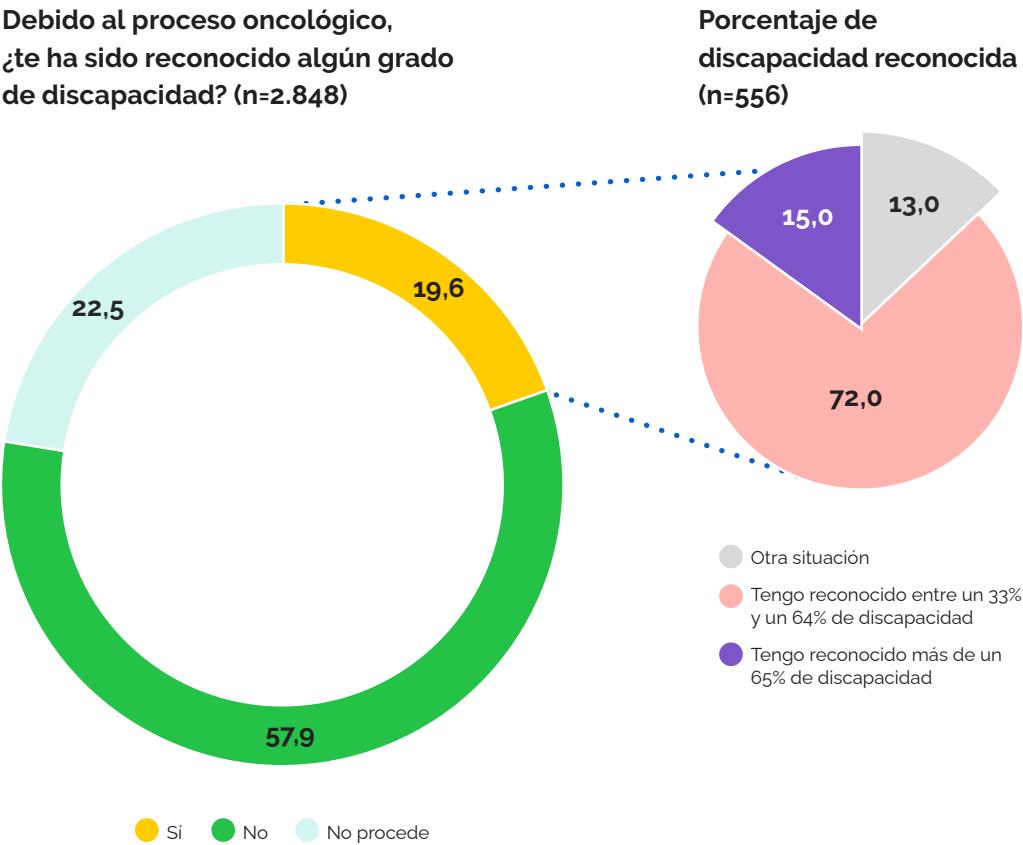


■ Caracterización de la muestra

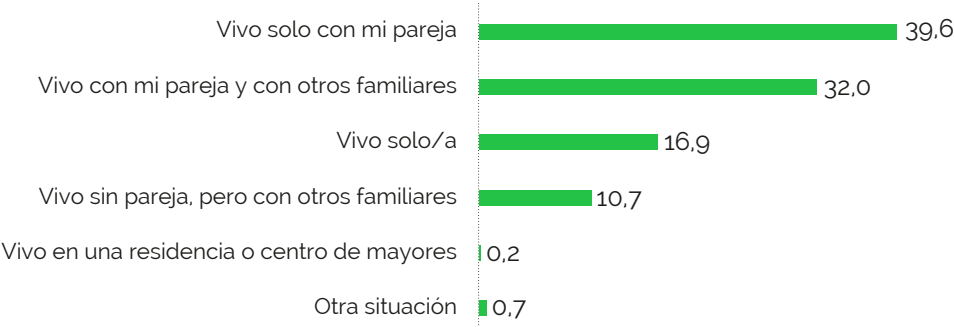
En la **Figura 1** se detalla el perfil de la muestra del estudio tras haber aplicado los factores de ponderación correspondientes. De esta manera, los encuestados se han repartido de modo relativamente proporcional entre hombres y mujeres, con una edad media de 60 años. El 64% ha finalizado el tratamiento hace menos de 5 años.

Figura 1. Caracterización de la muestra %

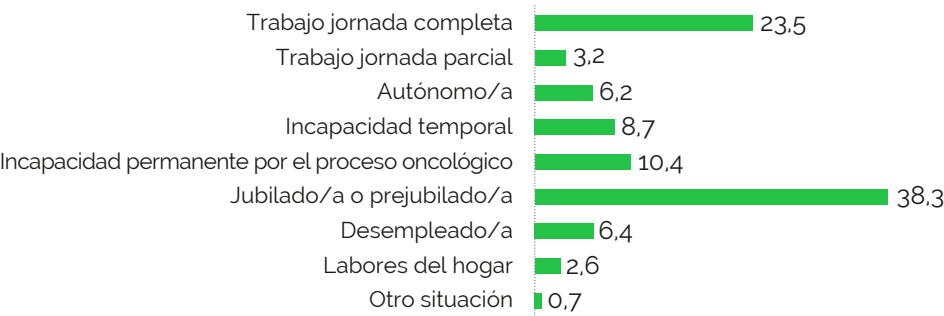




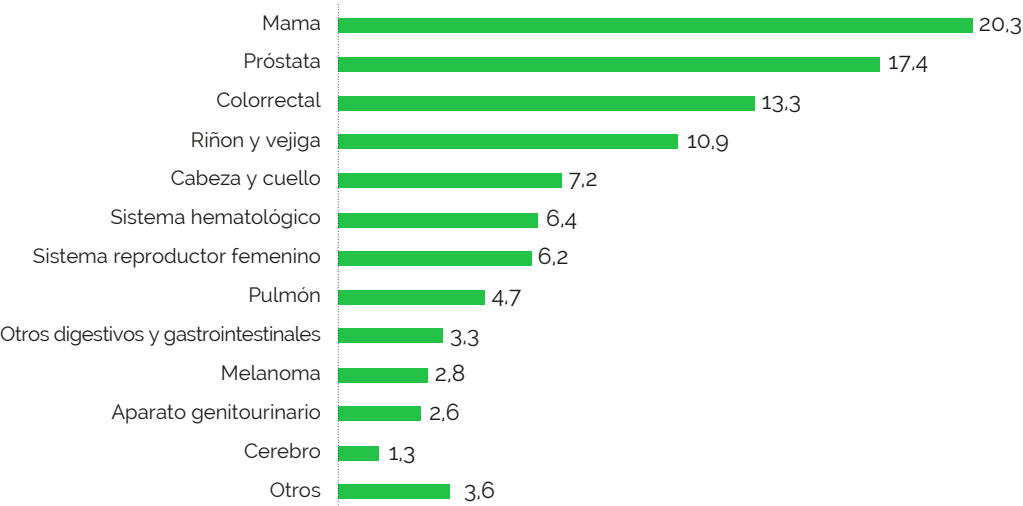
Situación de convivencia (n=2.853)



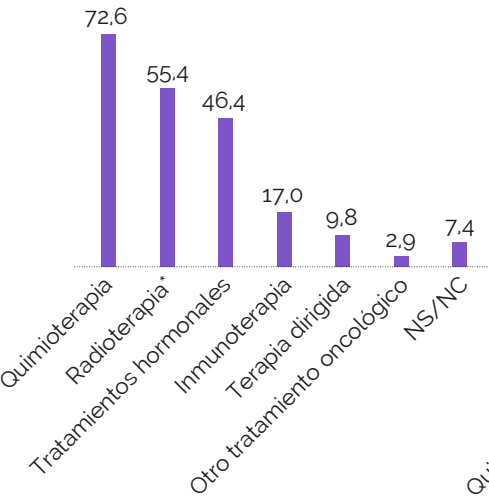
Situación laboral actual (n=2.882)



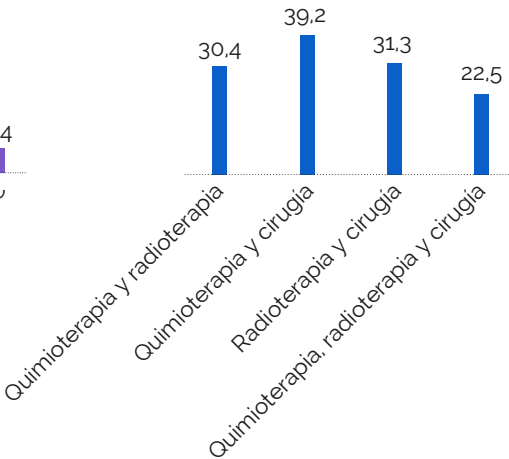
Tipo de tumor
(n=3.009)



Tipo de tratamiento recibido
(n=3.009)

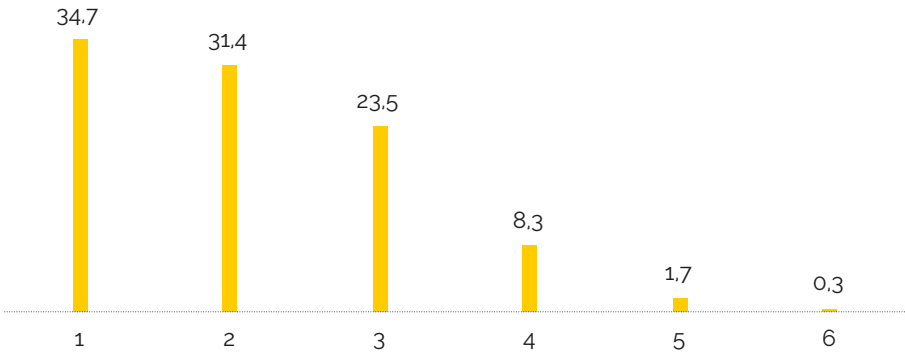


Al menos ha recibido
los siguientes tratamientos
(n=3.009)



*La categoría de radioterapia incluye también tratamientos de protonterapia y braquiterapia

Nº de tratamientos recibidos (n=3.009)



■ Limitaciones

En primer lugar, es importante señalar que no contamos con un marco muestral sólido, lo que impidió la implementación de un muestreo probabilístico. Al no estar estratificado por tipo de tumor, género o edad, no podemos asegurar que los resultados sean representativos ni generalizables a la totalidad de las personas que han superado el cáncer en España. Con el fin de ajustarse a la distribución de supervivientes de cáncer se ha ponderado en función de la prevalencia a 5 años, agrupación tumoral, el género y la edad. La ponderación de la muestra y el tamaño muestral conseguido permiten aproximarse a una representatividad nacional de las personas supervivientes de cáncer en general, aunque el bajo tamaño de algunas agrupaciones tumorales (por ejemplo, cerebro y aparato genitourinario) limitan particularmente la interpretación de resultados y la extracción de conclusiones en estas agrupaciones en concreto, aunque los datos sí permiten dar una aproximación general.

Además, la muestra puede presentar algunos sesgos, principalmente el sesgo de autoselección, por las limitaciones inherentes al muestreo no probabilístico, debido a la técnica utilizada - entrevista online autoadministrada -, que limitó la participación de personas mayores, posiblemente por barreras tecnológicas o de cualquier edad pero que no estuviesen familiarizadas con las tecnologías online. Para minimizar este sesgo se ayudaba en la cumplimentación a las personas en las consultas de los centros de salud.



04

Resultados



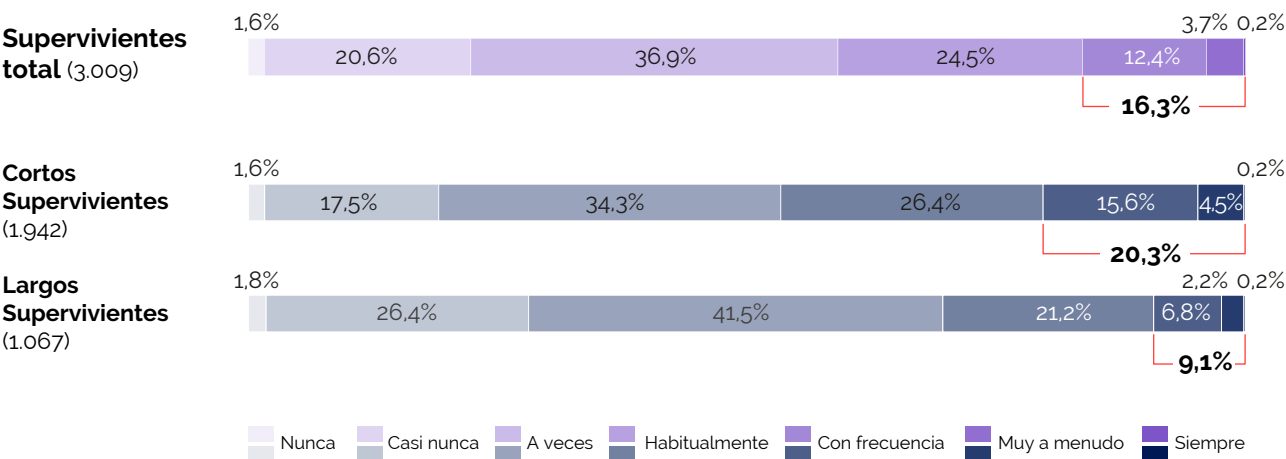
■ Una aproximación general a la calidad de vida de las personas supervivientes de cáncer

Para poder caracterizar la calidad de vida de las personas que han superado un cáncer resulta esencial contar con una visión global que contemple las distintas dimensiones que la componen: física, emocional, social e interpersonal y económica. Esta mirada integral permite entender cómo impacta el haber pasado por la enfermedad en la vida cotidiana de quienes la han superado.

Los resultados de la encuesta realizada muestran que, en términos generales, la calidad de vida de las personas supervivientes de cáncer es aceptable con algunas limitaciones, reflejando cómo **las secuelas del cáncer siguen persistiendo en mayor o menor medida una vez se han finalizado los tratamientos**. Según las puntuaciones medias obtenidas en la escala QLACS (1 Nunca - 7 Siempre), la media total se sitúa en 3,3, lo que indica que los problemas y necesidades derivados del cáncer están presentes con cierta frecuencia en esta población.

Tal como se muestra en la **Figura 2**, un **16,3% de las personas supervivientes de cáncer han puntuado alto en la escala QLACS, declarando una peor calidad de vida**. Además, el **tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento parece relacionarse con la percepción de calidad de vida**. En los y las supervivientes cuyo tratamiento ha finalizado hace **menos de cinco años**, el porcentaje de menor calidad de vida es del **20,3%**, mientras que entre las personas supervivientes de cáncer que llevan más de cinco años este porcentaje es del **9,1%**.

Figura 2. Calidad de vida general de las personas supervivientes de cáncer



La **Tabla 1** refleja el promedio de las puntuaciones para cada una de las 11 dimensiones que componen la escala del QLACS. Al observar los resultados, se aprecia que *Distrés por la familia*, que alcanza la puntuación más alta (4,6), seguido por *Miedo a la recurrencia* (4,2), son las áreas más problemáticas para las personas supervivientes. A continuación, los siguientes más frecuentes serían: *Problemas sexuales* (3,6), *Fatiga* (3,5) y *Afectividad negativa* (3,4). Por debajo de la puntuación media del total del QLACS (3,3) se encuentran *Problemas cognitivos* (3,1) y *Dolor* (3,1). Finalmente, *Problemas económicos* (2,2) y *Evitación social* (2,8) presentan las puntuaciones medias más bajas. Las puntuaciones de cada dimensión según las diferentes agrupaciones tumorales se pueden consultar en el **Anexo 1**.

Tabla 1. Puntuación media por dimensión de Calidad de Vida (1-7)*

Dimensión	Media	Desviación estándar	Mediana	Rango intercuartílico
Dolor	3,1	1,6	3,0	2,0
Fatiga	3,5	1,5	4,0	3,0
Problemas cognitivos	3,1	1,5	3,0	2,0
Afectividad negativa	3,4	1,3	3,0	1,0
Afectividad positiva (interpretación inversa)	5,0	1,4	5,0	2,0
Miedo a la recurrencia	4,2	1,7	4,0	3,0
Preocupación por la apariencia	2,8	1,7	2,0	3,0
Problemas sexuales	3,6	1,7	4,0	3,0
Evitación social	2,8	1,6	3,0	2,0
Distrés por la familia	4,6	1,9	5,0	3,0
Problemas económicos	2,2	1,6	1,0	2,0
Puntuación total QLACS	3,3	1,1	3,0	1,0

*Una mayor puntuación en el cuestionario indica una peor calidad de vida en esa dimensión

En la **Tabla 2**, se describe la puntuación media en la escala de calidad de vida de las personas supervivientes de cáncer en función de las diferentes variables sociodemográficas y de enfermedad analizadas. Es importante resaltar que, en estas tablas, los valores destacados con diferente color (**verde** y **rojo**) son valores con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las **puntuaciones en rojo reportan una menor calidad de vida con respecto a otros grupos** y los **valores en verde reportan una mejor calidad de vida con respecto a otros grupos**. En este sentido, se observa una peor puntuación media en la escala de calidad de vida en las personas más jóvenes, especialmente en el grupo de 44 años o menos. A medida que aumenta la edad, las puntuaciones disminuyen, siendo más favorable la calidad de vida en el grupo de 65 años o más.



En cuanto al género, las mujeres presentan una peor puntuación en la escala de calidad de vida en comparación con los hombres. También se aprecian diferencias en función del tipo de tumor: las personas con diagnóstico de cáncer de mama puntúan peor en la escala de calidad de vida frente a otros tipos como próstata, riñón o vejiga. En relación con el tiempo de supervivencia, las personas que llevan libres de enfermedad menos de 5 años muestran peores puntuaciones, lo que refleja un mayor impacto del cáncer en su calidad de vida. Asimismo, se detectan diferencias importantes según la situación laboral: las personas desempleadas, con incapacidad temporal o con incapacidad permanente presentan las peores puntuaciones. Por otro lado, quienes están jubilados/as o prejubilados/as muestran las puntuaciones más bajas, asociadas a una mejor calidad de vida. Por último, las personas que tienen el grado de discapacidad reconocida también tienen unas peores puntuaciones en la escala de calidad de vida.

Tabla 2. Puntuación media total QLACS. Perfil sociodemográfico*

Variable		Puntuación medias QLACS	Muestra
Género	Mujer	3,6	1.398
	Hombre	3,0	1.611
	Total	3,3	3.009
Edad	44 o menos años	4,0	298
	Entre 45 y 54	3,8	545
	Entre 55 y 64	3,4	1.042
	65 o más años	2,8	1.125
	Total	3,3	3.009
Tipo de tumor	Mama	3,8	612
	Colorrectal	3,2	401
	Próstata	2,8	523
	Cabeza y cuello	3,4	216
	Sistema hematológico	3,4	192
	Otros digestivos y gastrointestinales	3,4	100
	Sistema reproductor femenino	3,5	186
	Pulmón	3,3	141
	Riñón y vejiga	3,1	327
	Aparato genitourinario	3,6	80
	Melanoma	3,1	86
	Cerebro	3,4	39
	Otros	3,4	107
	Total	3,3	3.009
Supervivencia	Corta supervivencia	3,4	1.942
	Larga supervivencia	3,1	1.067
	Total	3,3	3.009
Nivel de estudios	Estudios primarios	3,3	370
	Estudios secundarios	3,4	930
	Estudios superiores	3,3	1.547
	Total	3,3	2.848
Situación laboral en la actualidad	Trabajo por cuenta ajena	3,3	771
	Autónomo/a	3,1	179
	Desempleado/a	4,0	184
	Jubilado/a o prejubilado/a	2,8	1.104
	Incapacidad temporal	4,1	251
	Incapacidad permanente	3,9	299
	Labores del hogar	3,4	76
	Total	3,3	2.864
Grado de discapacidad reconocida (+33%)	Sí	3,8	559
	No	3,2	2.289
	Total	3,3	2.848

*Los valores resaltados en color indican diferencias estadísticamente significativas entre columnas ($p < 0,05$), según la comparación de medias realizada

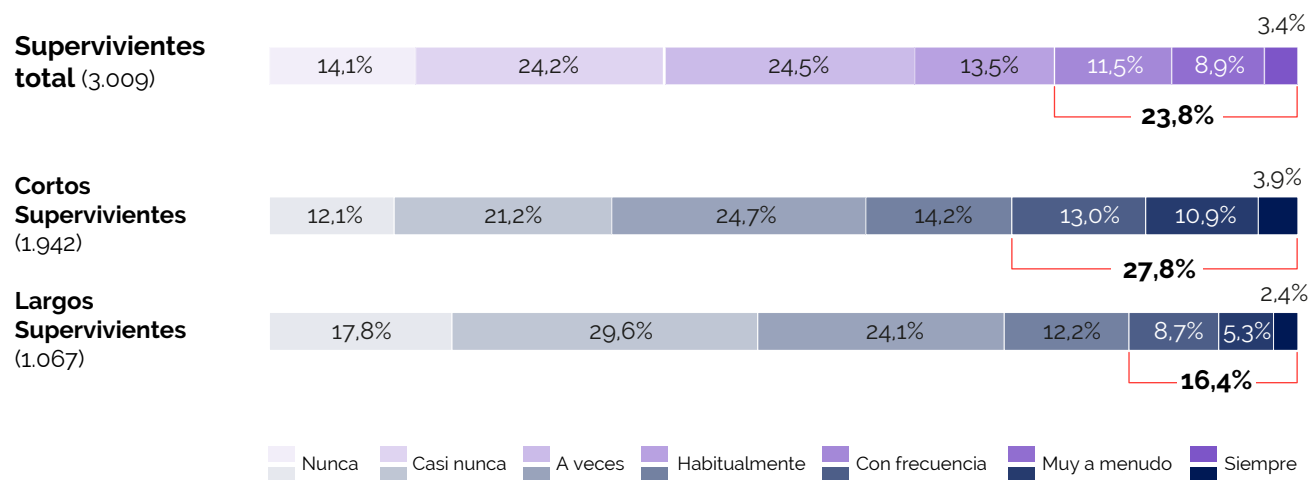
**Una mayor puntuación en el cuestionario indica una peor calidad de vida en esa dimensión

Malestar físico de las personas supervivientes de cáncer

El dolor físico es uno de los síntomas más frecuentes entre las personas supervivientes de cáncer. En torno al 24% de la muestra total estudiada indica experimentar dolor de forma habitual, muy a menudo o siempre. Este malestar es más acusado en las personas denominadas como corto superviviente (28%), que en las personas largas supervivientes de cáncer (el 16%) (Figura 3).

El 27,4% de los participantes ha experimentado dolor, al 27,0% señala que el dolor le impedía hacer las cosas que quería hacer, al 23,7% su humor se ha visto afectado por el dolor y al 24,4% el dolor les ha afectado a sus actividades sociales. Esta información puede ser consultada en el apartado **Anexo 2**.

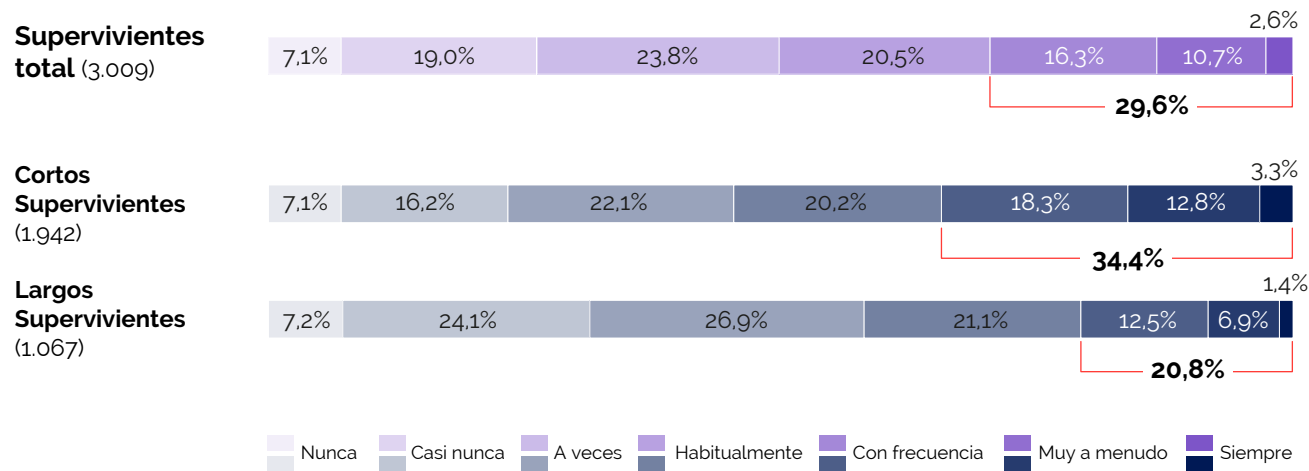
Figura 3. Malestar físico. Dimensión Dolor



La **fatiga** (sensación subjetiva de cansancio o agotamiento físico, emocional y / o cognitivo que no es proporcional a la actividad realizada) es otro de los efectos frecuentes tras el cáncer. Tal y como muestra la **Figura 4**, 3 de cada 10 de las personas supervivientes (29,6%) refieren sentirse fatigadas con frecuencia, muy a menudo o siempre. Esta sensación de agotamiento es más intensa en quienes se encuentran en los primeros años tras superar la enfermedad (34,4%), aunque también está presente en el 20,8% de las personas largo superviviente.

Un 23,9% de las personas supervivientes refieren *falta de energía para hacer las cosas que quería hacer* y el 33,7% *se ha sentido cansada a menudo* (ver **Anexo 2**).

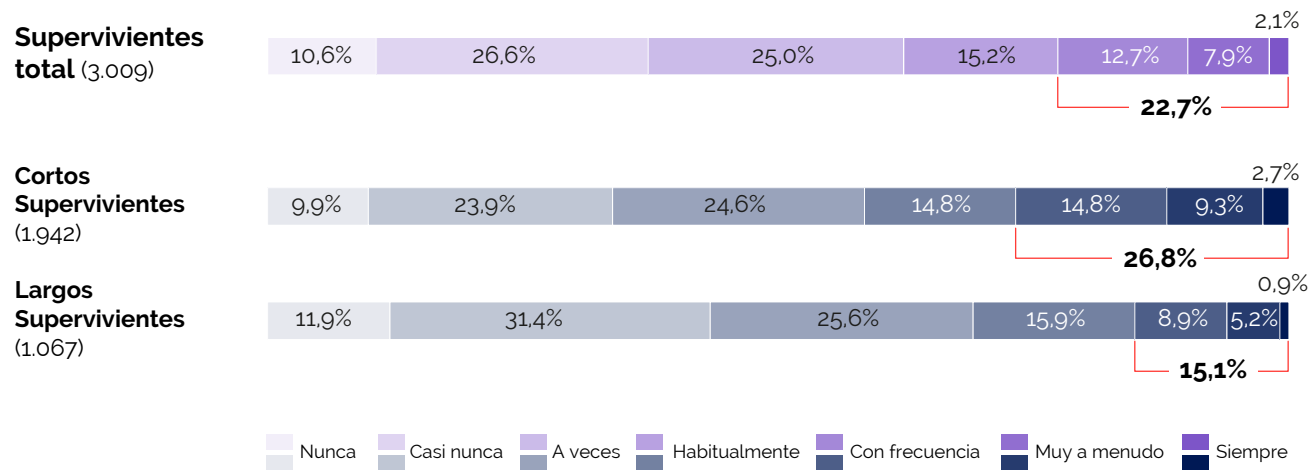
Figura 4. Malestar físico. Dimensión Fatiga



Los **problemas cognitivos** son síntomas frecuentes tras el cáncer. Dificultades para concentrarse, recordar cosas o mantener la atención son comunes, y en muchos casos están relacionados con los efectos del tratamiento, especialmente la quimioterapia. Más de 1 de cada 5 personas supervivientes (22,7%) afirma experimentar estos problemas con frecuencia. Aunque los porcentajes son más elevados en quienes llevan menos de 5 años desde el final del tratamiento (26,8%), un 15,1% de largos supervivientes sigue conviviendo con estas dificultades (Figura 5).

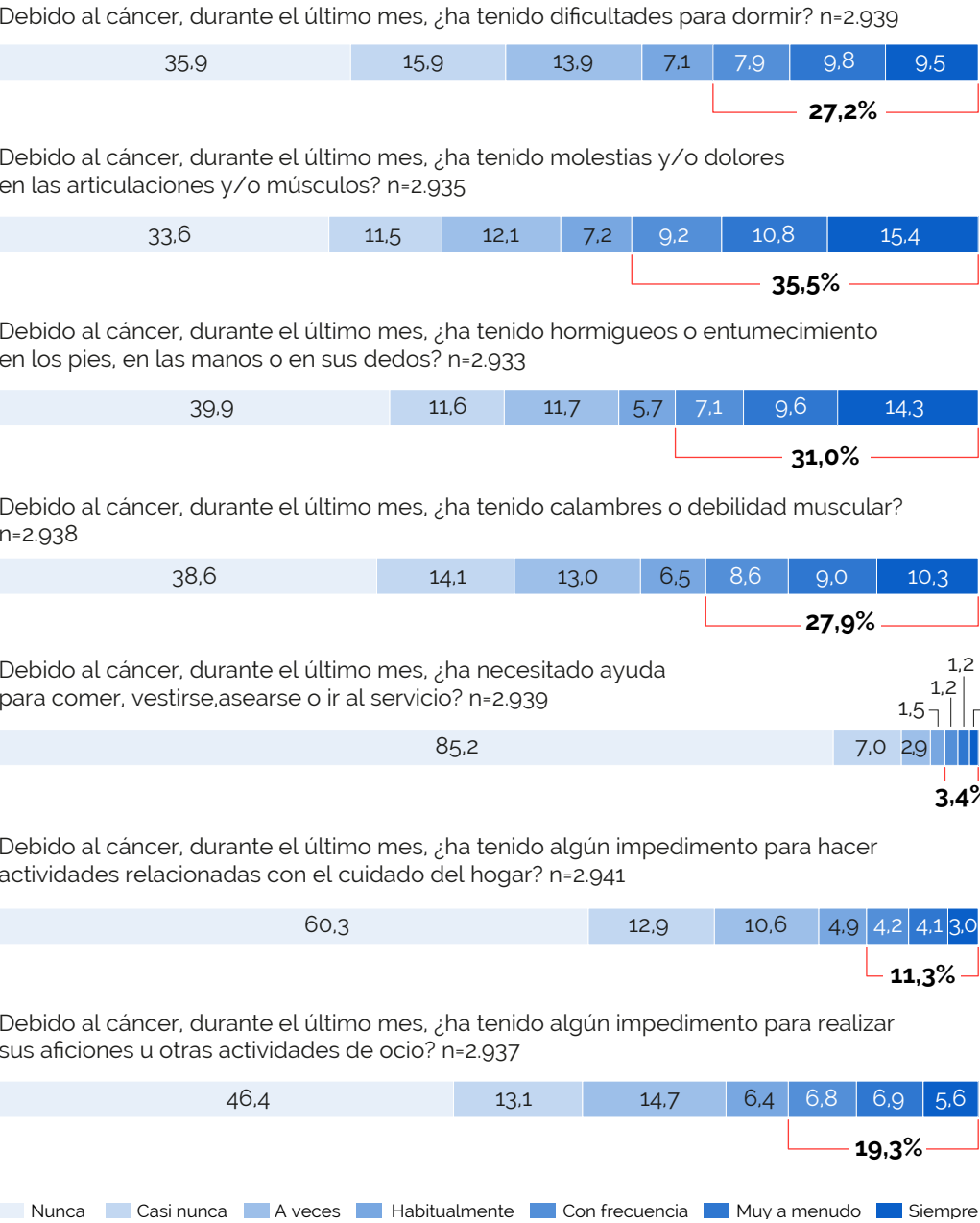
Centrándonos en las variables que componen la dimensión, tal como se muestra en el apartado de **Anexo 2**, observamos que el 25,3% ha tenido *dificultades para recordar cosas*, el 25,9% ha tenido *dificultades para hacer actividades que necesitan concentración* y al 24,3% le ha *molestado olvidar cosas que había empezado a hacer*.

Figura 5. Malestar físico. Dimensión Problemas cognitivos



Además de las dimensiones de calidad de vida ya comentadas, también se identificaron otros síntomas físicos presentes durante el último mes, percibidos por una parte importante de las personas supervivientes de cáncer (**Figura 6**). Entre los más frecuentes destacan las molestias en las articulaciones y/o músculos (35,5%), el hormigueo o entumecimiento en extremidades (31,0%) y los calambres o debilidad muscular (27,9%). Estos síntomas pueden afectar el bienestar físico y limitar ciertas actividades cotidianas. Por ejemplo, un 21,7% señala tener dificultades para dormir con frecuencia, y cerca de un 20% refiere impedimentos para realizar actividades de ocio o relacionadas con sus aficiones. Aunque en menor medida, también se observa que un 11,3% experimenta dificultades para encargarse de tareas del hogar y un 3,4% necesita ayuda para actividades básicas como comer, asearse o vestirse.

Figura 6. Síntomas físicos percibidos debido al cáncer en el último mes (%)



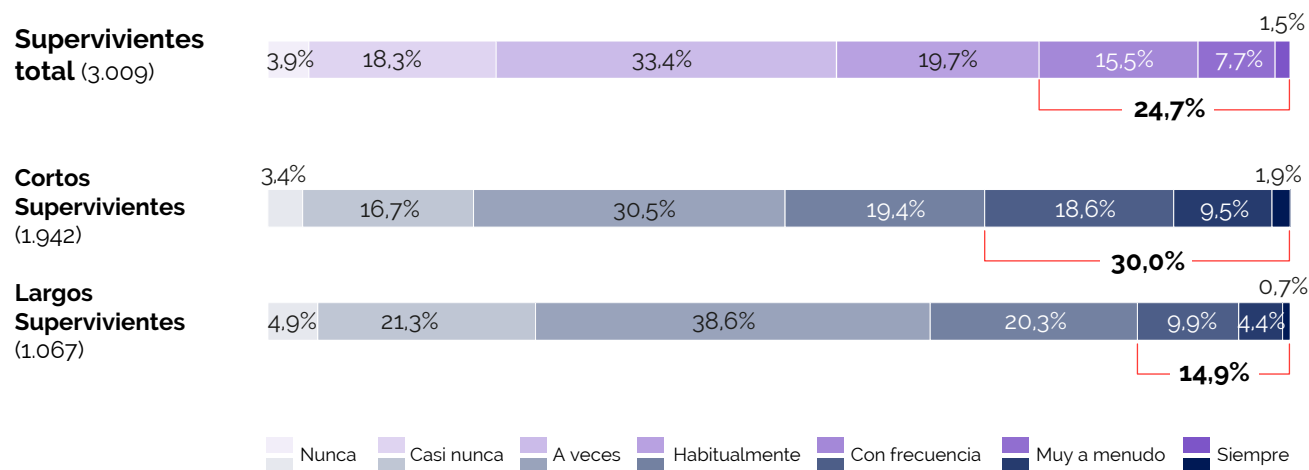
Malestar emocional de las personas supervivientes de cáncer

El malestar emocional o distrés representa uno de los desafíos más importantes tras haber superado un cáncer. **Aunque muchas personas logran recuperarse físicamente, las secuelas psicológicas pueden mantenerse en el tiempo** y seguir influyendo en su bienestar.

La **afectividad negativa** hace referencia a estados emocionales como la irritabilidad, la tristeza o el desánimo, que pueden estar presentes en la vida de las personas supervivientes. Estas emociones no siempre están vinculadas exclusivamente al cáncer o su tratamiento, sino que también pueden responder a otros factores personales o contextuales. El 24,7% de las personas supervivientes manifiesta experimentar afectividad negativa con frecuencia, a menudo o siempre. Este malestar emocional es más prevalente entre quienes han superado el cáncer hace menos de cinco años (30,0%) y mejora en los supervivientes en los que ha pasado más tiempo desde la finalización del tratamiento (14,9%) (**Figura 7**).

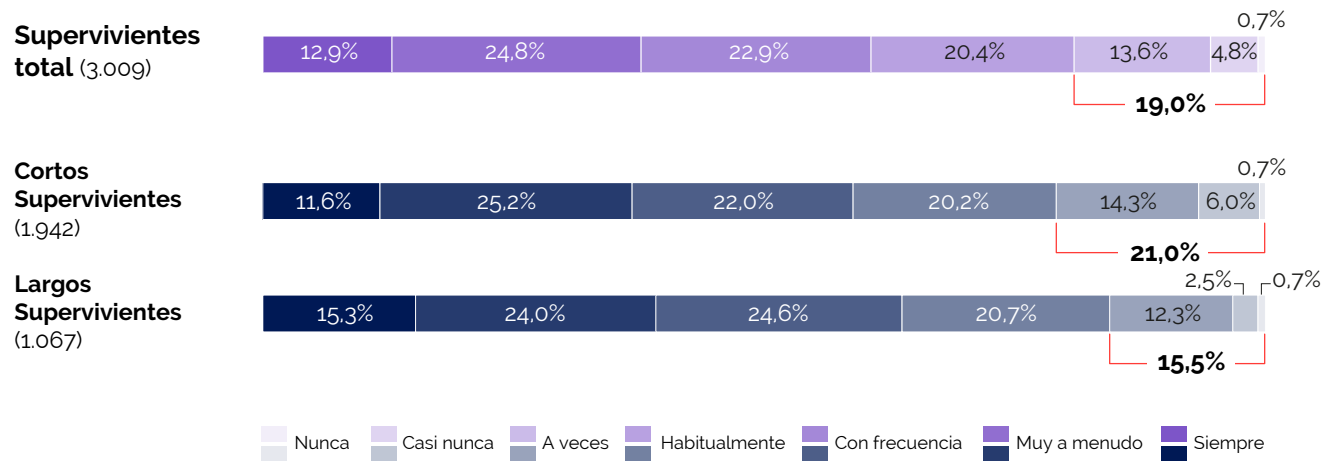
En el apartado 2 de Anexos se puede comprobar cómo el 25,1% de las personas supervivientes se *ha sentido triste o deprimida*, el 30,7% *inquieta*, el 27,8% *ha experimentado cambios de humor* y el 24,9% preocupado con frecuencia, muy a menudo o siempre.

Figura 7. Malestar emocional. Dimensión Afectividad negativa



También se han analizado las emociones y estados de ánimo positivos, como la alegría, el optimismo y la satisfacción. Este dominio es conocido como **afectividad positiva**. En la **Figura 8**, observamos que el 22,7% de las personas encuestadas reporta una baja frecuencia de estas emociones positivas. Esta vivencia positiva es más habitual entre quienes han superado el cáncer hace más tiempo (solo el 15,1% presenta niveles bajos de afectividad positiva), en comparación con quienes se encuentran en los primeros cinco años tras el tratamiento (26,8%).

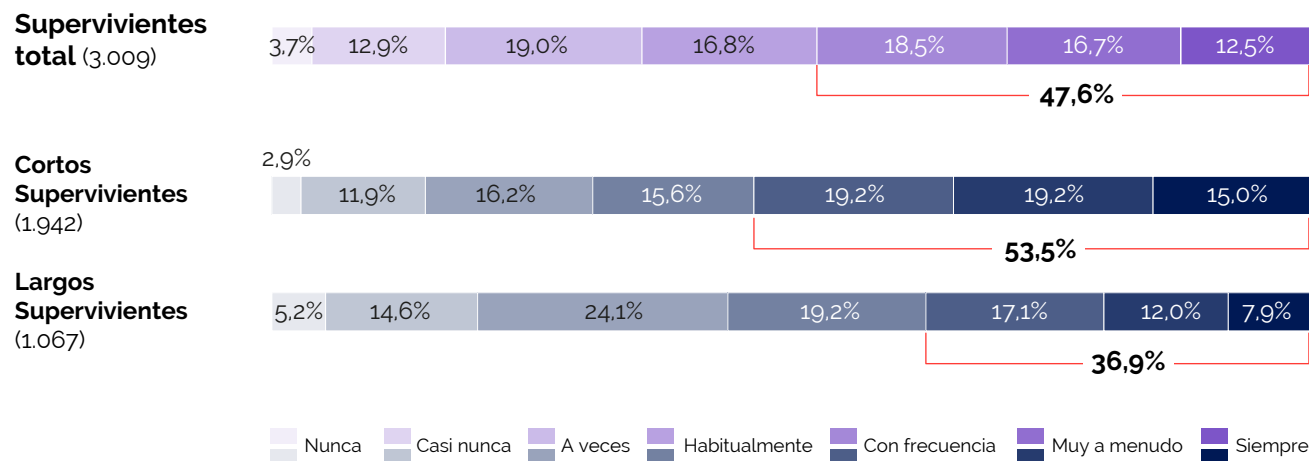
Figura 8. Malestar emocional. Dimensión Afectividad positiva (Interpretación inversa)



El **miedo a la recurrencia de la enfermedad** es una de las inquietudes emocionales más comunes entre las personas que han superado un cáncer. Tal como muestra la **Figura 9**, casi la mitad de las personas encuestadas (47,6%) señala experimentar este miedo con frecuencia, muy a menudo o siempre. Esta preocupación es más habitual entre quienes han finalizado el tratamiento hace menos de cinco años (53,5%), aunque también está presente en 1 de cada 3 personas largo superviviente (36,9%) con frecuencia, muy a menudo o siempre.

Este Miedo a la recurrencia se manifiesta en *preocupación por morir de cáncer* (52,6% de las personas supervivientes), *porque volviera a aparecer el cáncer* (65,8%) y *preocupación por asociar un dolor con un nuevo cáncer* (42,1%), tal y como se puede apreciar en el **Anexo 2**.

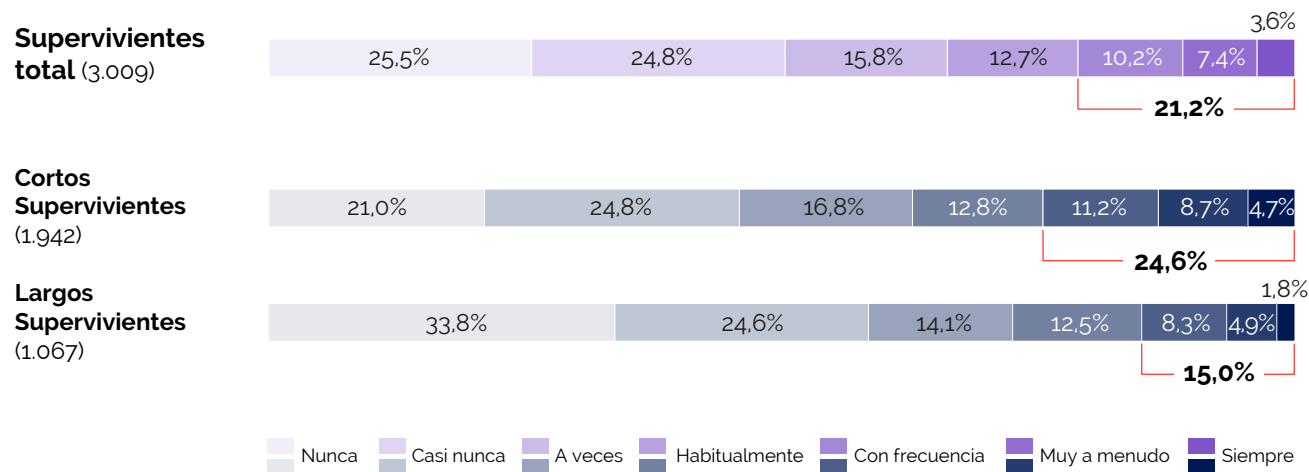
Figura 9. Malestar emocional. Dimensión Miedo a la recurrencia



La **preocupación por la imagen corporal** y la apariencia física afecta a una parte importante de las personas supervivientes. El 21,2% declara sentirse preocupado por su imagen corporal con frecuencia. Esta inquietud se da con más intensidad en quienes han pasado menos de cinco años desde el final del tratamiento inicial (24,6%), mientras que entre las personas con más de cinco años de supervivencia el porcentaje se reduce al 15,0% (**Figura 10**).

Analizando los indicadores que conforman esta dimensión y que figuran en el **apartado 2 del Anexo**, nos encontramos con que al 28,9% le *ha preocupado su aspecto físico debido al cáncer o su tratamiento*, el 29,0% *no se sentía atractivo/a debido al cáncer o su tratamiento*, al 20,3% le *ha molestado la pérdida del cabello* y el 22,8% ha sentido que le *trataban de forma diferente por los cambios de su aspecto físico* con frecuencia, muy a menudo o siempre.

Figura 10. Malestar emocional. Dimensión Preocupación por la apariencia



■ Relaciones sociales e interpersonales de las personas supervivientes de cáncer

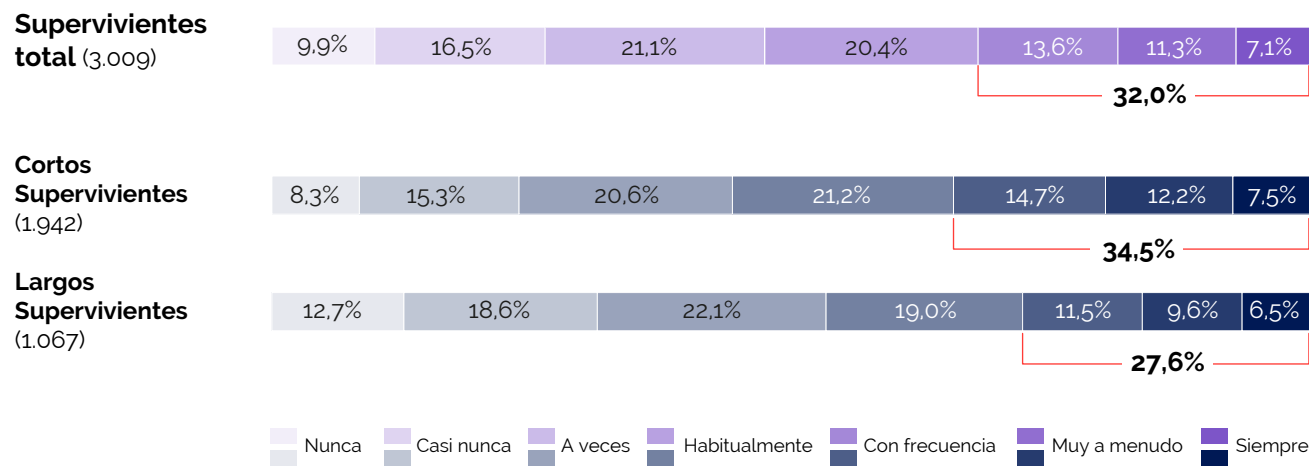
El cáncer y sus tratamientos afectan las relaciones sociales e interpersonales de las personas que han superado un cáncer. Entre los desafíos más comunes se encuentran la evitación de encuentros sociales, los problemas sexuales y las preocupaciones sobre el riesgo de cáncer en familiares.

El cáncer y su tratamiento pueden afectar significativamente la **sexualidad**. La pérdida de deseo, las dificultades para mantener relaciones sexuales, efectos físicos como la menopausia precoz, el dolor, la sequedad, disfunción eréctil o los cambios en la respuesta sexual son secuelas frecuentes que afectan a la actividad sexual.

El 32,0% de los supervivientes reportan **problemas sexuales**, siendo más frecuentes en los supervivientes con menos tiempo libre de enfermedad (34,5%). Aunque los problemas tienden a disminuir con el tiempo, un 27,6% de los supervivientes a largo plazo aún experimentan dificultades sexuales con regularidad (**Figura 11**).

El 34,0% de las personas se ha *sentido molesta por ser incapaz de mantener relaciones sexuales*, el 36,0% se ha *sentido insatisfecho con su vida sexual*, al 37,1% le *ha faltado interés por el sexo* y el 34,7% *ha evitado la actividad sexual con frecuencia*, muy a menudo o siempre. Estos datos pueden ser consultados en el **apartado 2 de Anexos**.

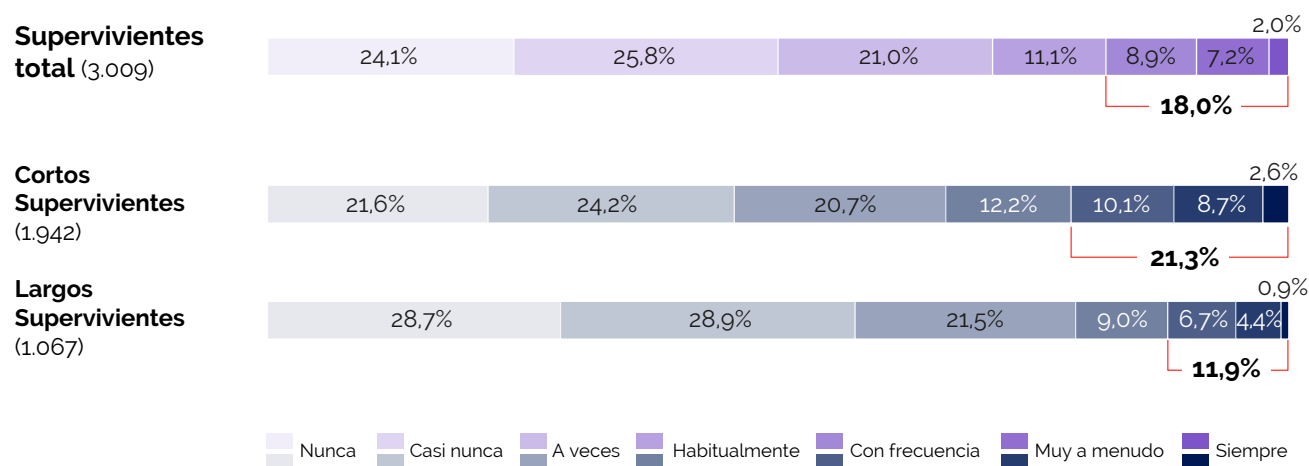
Figura 11. Problemas sociales e interpersonales. **Dimensión Problemas sexuales**



La **evitación social** o la dificultad para establecer nuevas relaciones son problemas que persisten, dificultando la reintegración plena al entorno social. En nuestro estudio (**Figura 12**), el 18,0% de los supervivientes afirman haber experimentado estos problemas, siendo más comunes en las personas que han finalizado el tratamiento hace menos de 5 años (21,3%) frente a las que llevan más de 5 años (11,9%).

Las distribuciones de los indicadores - que figuran en el **apartado 2 de Anexos** - muestran cómo el 22,8% se *ha mostrado reacia a comenzar nuevas relaciones sociales*, el 21,9% *ha evitado las reuniones sociales* y el 16,5% *ha evitado a sus amigos/as* con frecuencia, muy a menudo o siempre.

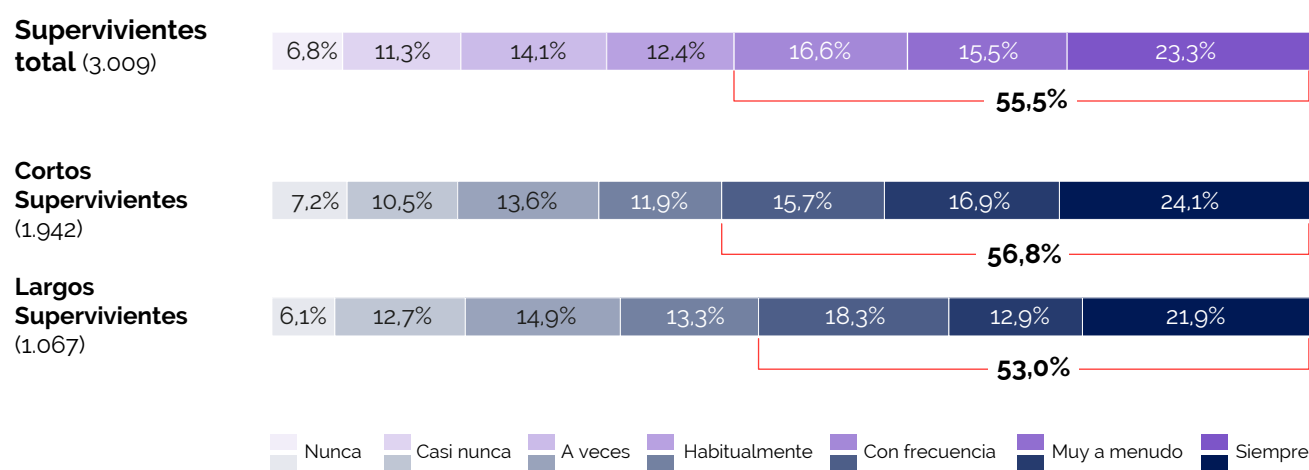
Figura 12. Problemas sociales e interpersonales. **Dimensión Evitación social**



La **angustia relacionada con la salud de sus seres queridos** también es una fuente importante de malestar. En este sentido, se ha analizado la preocupación por el posible diagnóstico de cáncer en un miembro de la familia (**distrés familiar**) encontrando que el 55,5% de los supervivientes reportan sentir esta preocupación con mucha frecuencia, siendo algo más común en quienes han finalizado el tratamiento hace menos de 5 años (56,8%) en comparación con los que llevan más de 5 años sin enfermedad (53,0%) (**Figura 13**).

Al 65,1% le ha preocupado que sus familiares tuvieran riesgo de padecer cáncer, al 60,5% que sus familiares pudieran tener genes relacionados con el cáncer y al 42,7% que sus familiares tuvieran que someterse a pruebas genéticas para detectar el cáncer. Es posible consultar esta información en el **Anexo 2** de este informe.

Figura 13. Problemas sociales e interpersonales. Dimensión Distrés familiar



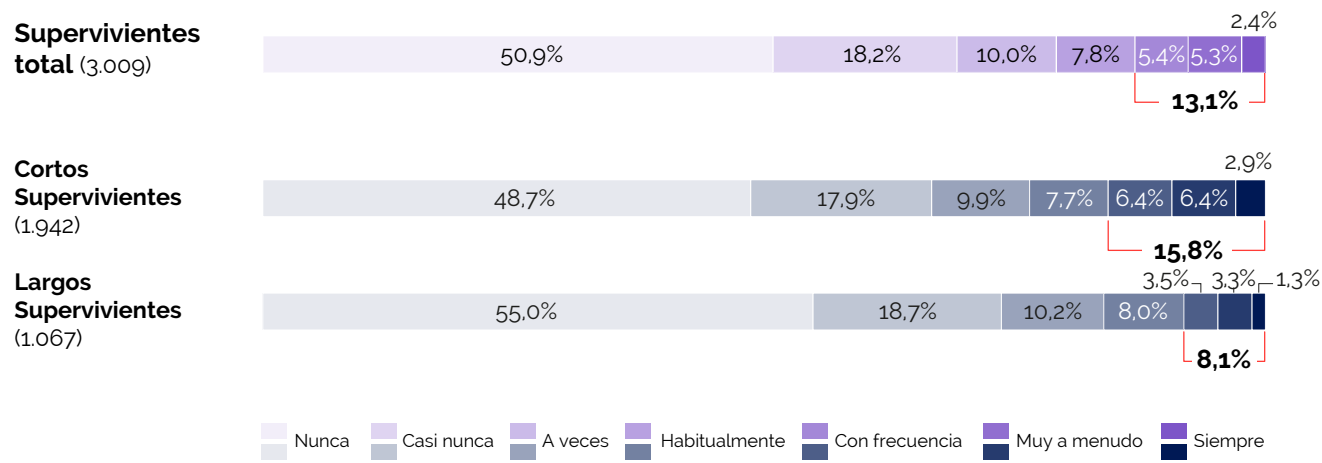
Situación económico-laboral de las personas supervivientes de cáncer

El cáncer puede tener **consecuencias importantes en la situación económica y laboral**. Tras superar la enfermedad, muchas personas enfrentan retos para reincorporarse al mercado laboral, con cambios en sus condiciones de empleo y potenciales dificultades financieras. Además, los posibles gastos derivados del tratamiento no incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y la posible pérdida de ingresos durante el periodo de enfermedad pueden generar problemas económicos tanto a corto como a largo plazo. Este apartado analiza cómo el cáncer impacta la situación económica y laboral de quienes lo han padecido.

Respecto a los **problemas económicos**, encontramos que un 13,1% afirman haber experimentado dificultades económicas. Esta proporción es más alta en los primeros años tras la finalización del tratamiento (15,8%) y disminuye con el paso del tiempo, hasta un 8,1% en los supervivientes a largo plazo (**Figura 14**).

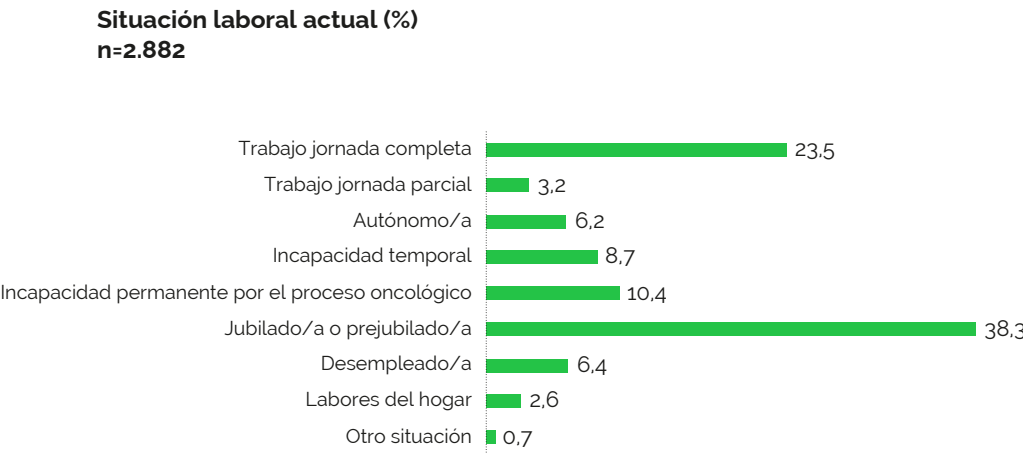
Además, el 18,9% ha tenido problemas debido a la pérdida de ingresos a consecuencia de la enfermedad y el 13,2% ha tenido problemas económicos debido al coste de los tratamientos con frecuencia, muy a menudo o siempre (**apartado 2 de Anexos**).

Figura 14. Problemas económicos de las personas supervivientes de cáncer



La situación laboral de las personas supervivientes en el momento actual muestra que el 32,9% es población ocupada, el 38,3% es población jubilada o prejubilada, mientras que el resto tiene otro tipo de situaciones como incapacidad permanente (10,4%), incapacidad temporal (8,7%) o desempleo (6,4%) (Figura 15)

Figura 15. Situación laboral actual % (n=2.882)

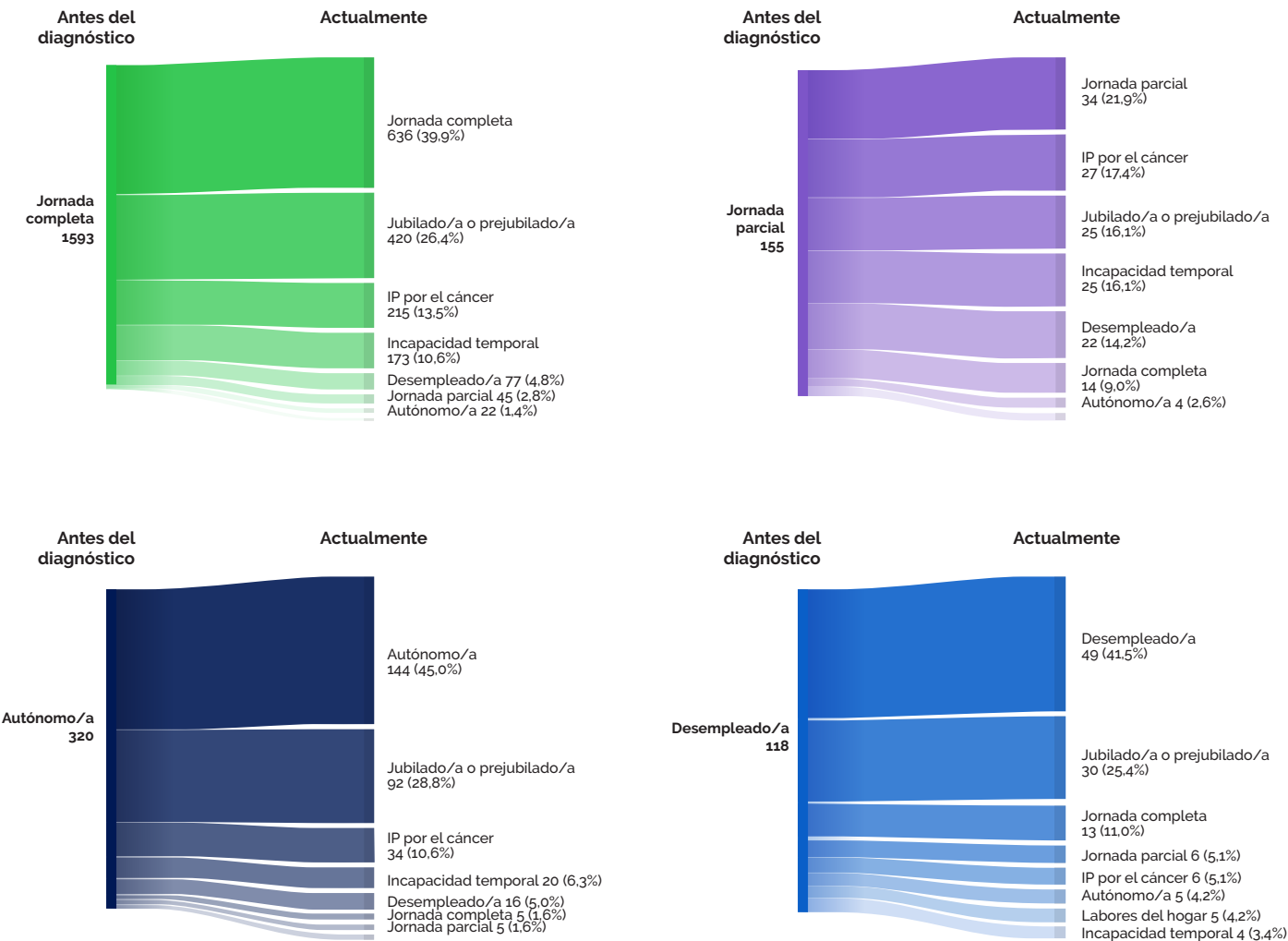


En la **Figura 16**, se analiza el impacto del cáncer en la situación laboral, comparando **su situación laboral antes del diagnóstico con su situación actual** una vez finalizado el tratamiento.

- Entre las personas que trabajaban a jornada completa antes del diagnóstico, el 39,9% han regresado a su situación anterior, mientras que un 26,4% se ha jubilado. Un 13,5% se encuentran con una incapacidad permanente debido al cáncer y un 10,9% están con una incapacidad temporal. Además, un 4,8% se encuentran desempleadas y un 2,8% trabajan a jornada parcial.

- En cuanto a las personas que trabajaban a jornada parcial antes del diagnóstico, el 21,9% ha vuelto a esta modalidad. Un 9,0% ha regresado a jornada completa, y un 14,2% se encuentra desempleada. Además, un 16,1% se ha jubilado o prejubilado, un 17,4% están con una incapacidad permanente por el cáncer y un 16,1% está con incapacidad temporal.
- El colectivo de personas que trabajaban por cuenta propia antes del diagnóstico, el 45% ha retomado su actividad como personas autónomas, mientras que un 28,8% se ha jubilado. Un 10,6% están con una incapacidad permanente debido al cáncer y un 6,3% están con una incapacidad temporal. Un 5,0% están en situación de desempleo.
- Finalmente, entre las personas desempleadas antes del diagnóstico, un 41,5% permanece en la misma situación. Un 25,4% se ha jubilado o prejubilado, mientras que un 11,0% se ha reincorporado al mercado laboral a jornada completa, un 5,1% a jornada parcial y un 4,2% como persona que trabaja por cuenta propia.

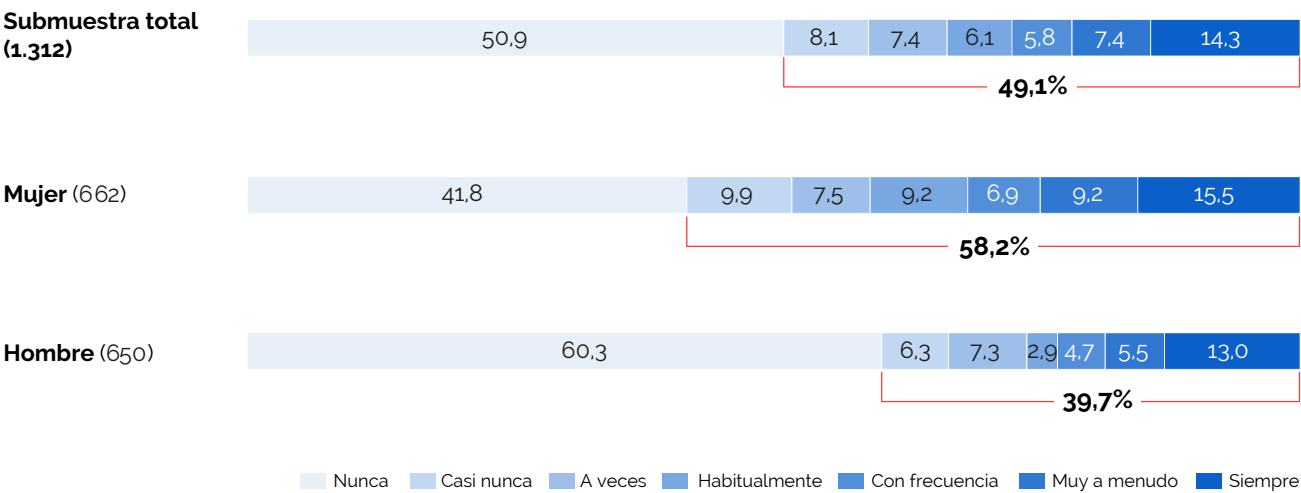
Figura 16. Situación laboral de las personas supervivientes antes y después de la enfermedad.



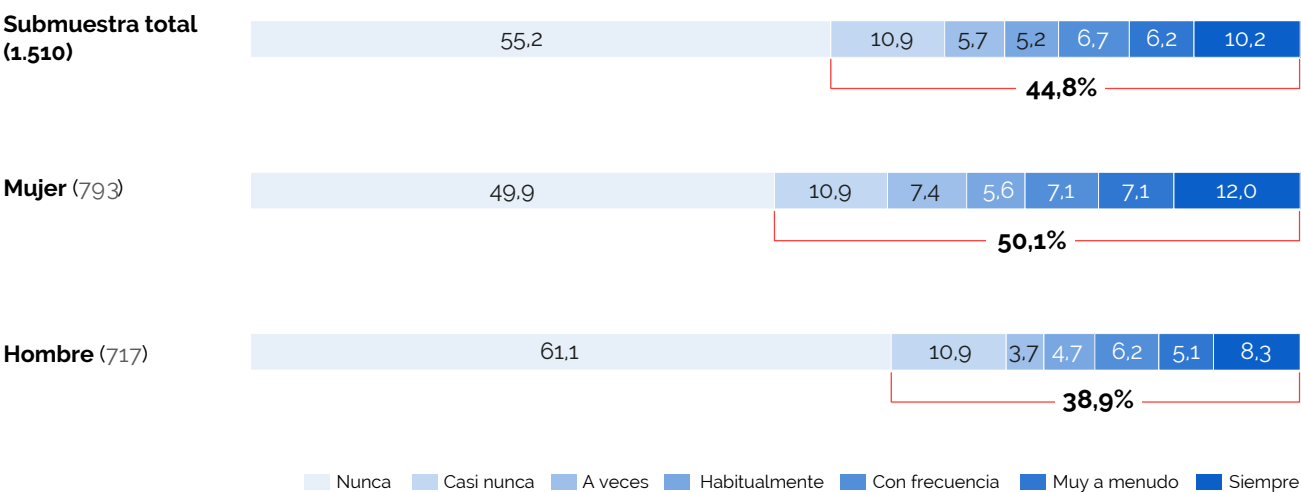
Además de las dimensiones previamente analizadas, se han identificado importantes desafíos relacionados con la situación laboral (**Figura 17**). No todas las personas respondieron a este bloque de preguntas, al no ser aplicable a su situación. Entre las personas que sí que lo hicieron, un 49,1% reporta haber tenido dificultades para desempeñar su trabajo. Este porcentaje es más elevado en mujeres (58,2 %) que en hombres (39,7 %). Además, un 44,8% indica haber experimentado falta de apoyo o comprensión por parte de compañeros o jefes respecto a su situación, siendo de nuevo más frecuente entre mujeres (50,1 %) que entre hombres (38,9 %). Finalmente, un 53,0% siente que la enfermedad ha limitado sus oportunidades laborales, con una diferencia de más de 16 puntos porcentuales entre mujeres y hombres (60,6 % y 44,6 % respectivamente).

Figura 17. Problemas laborales de los supervivientes de cáncer

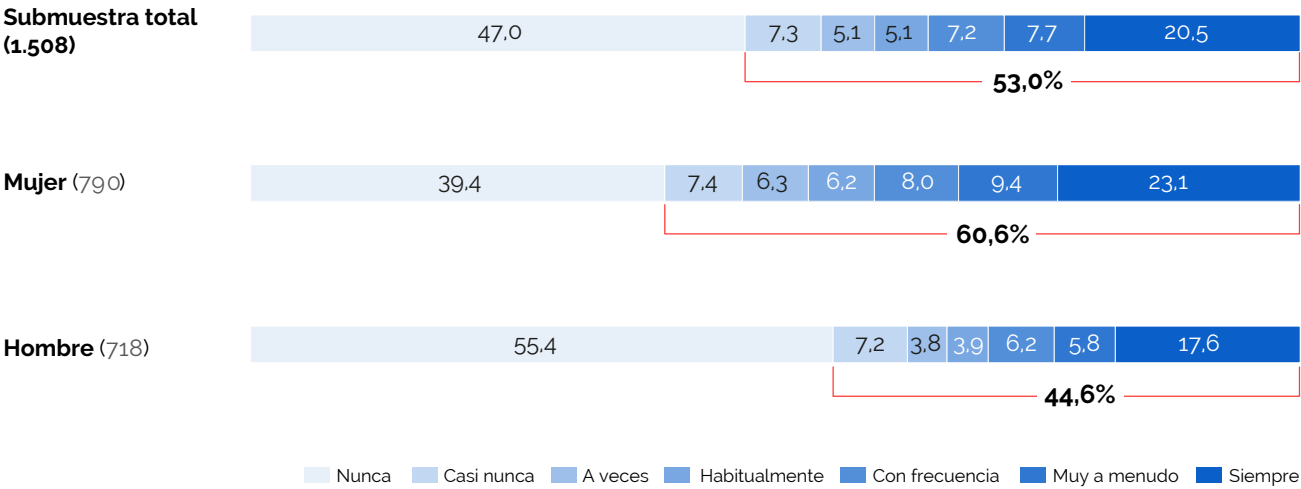
Ha experimentado algún impedimento para hacer su trabajo debido al cáncer



Ha sentido falta de apoyo o comprensión por parte de sus compañeros o sus jefes debido al cáncer

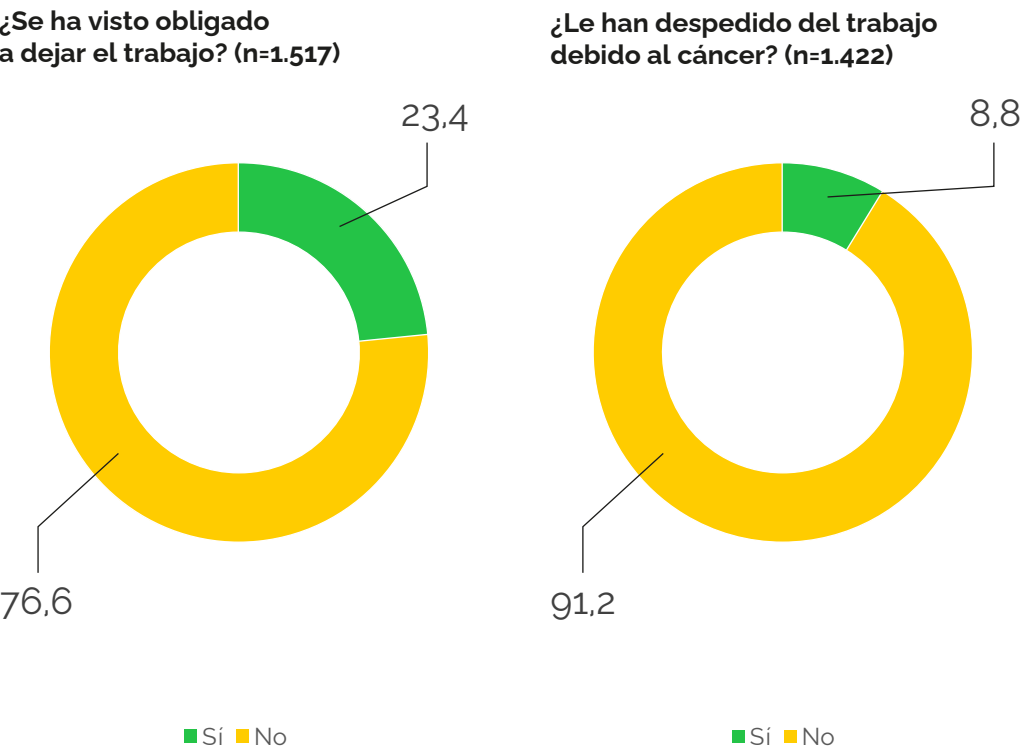


Considera que la enfermedad ha limitado sus oportunidades laborales o carrera profesional debido al cáncer



Cuando seguimos profundizando en el impacto del cáncer en el ámbito laboral, se encuentran que el 23,4% exponen que se han visto obligadas a dejar el trabajo como consecuencia de la enfermedad y que el 8,8% afirma haber sido despedida de su empleo como consecuencia directa del cáncer (**Figura 18**).

Figura 18. Preguntas sobre las posibles repercusiones laborales del cáncer (una vez finalizado el tratamiento y dado de alta médica...)



05

Conclusiones

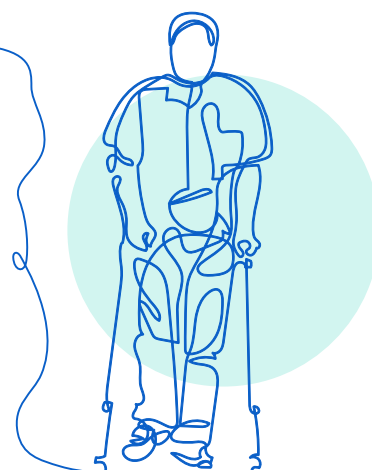


Las personas supervivientes de cáncer en España afrontan múltiples desafíos que afectan de manera persistente y multidimensional a su calidad de vida, incluso años después de finalizar los tratamientos.



Aunque una parte de las personas supervivientes logran retomar su vida con cierta normalidad, una parte significativa continúa enfrentando dificultades importantes. Un **16,3% presenta una calidad de vida afectada, cifra que asciende al 20,3% entre quienes han superado el cáncer más recientemente.**

La **persistencia de sintomatología física** afecta a un porcentaje considerable de supervivientes de cáncer, incluso en quienes finalizaron su tratamiento hace más de cinco años. Dentro de este grupo de personas supervivientes de larga duración, entre un **15% y un 20% declara tener síntomas físicos** que impactan negativamente en su vida diaria. Esto sugiere la necesidad de priorizar el seguimiento de las personas supervivientes a medio y largo plazo.



El **47,6% tiene miedo a la recurrencia** y el **55,5% distrés por la familia** siendo las preocupaciones más intensas y persistentes, sin mostrar diferencias con el tiempo de supervivencia. Esto consolida **la dimensión emocional como un área crítica** de intervención después del tratamiento.



Un **32%** reporta **problemas sexuales** y el **18%** **dificultades en las relaciones sociales** siendo estos porcentajes superiores en las personas más jóvenes.

El **13,1%** se enfrenta a **dificultades económicas**, el **23,4%** se ha visto **obligado a dejar su empleo** y un **8,8%** ha sido **despedido del trabajo** debido al cáncer, lo que subraya **impacto socioeconómico y laboral importante**. Además, los resultados revelan un patrón de vulnerabilidad consistente: las mujeres, las personas jóvenes (menores de 44 años) y quienes han finalizado el tratamiento hace menos de cinco años presentan sistemáticamente peores indicadores en todas las dimensiones analizadas. En el **ámbito laboral**, las **mujeres reportan con mayor frecuencia dificultades** para desempeñar su trabajo, menor apoyo en su entorno profesional y mayores limitaciones para su desarrollo. De esta manera, se afianza la existencia de un **perfil de vulnerabilidad multidimensional**.



Principales desafíos de los supervivientes de cáncer



■ Implicaciones y propuestas

Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de:

- 1/ ■ **Implementar una atención integral** multidisciplinar y de carácter longitudinal tras el tratamiento inicial orientada a intentar mejorar la calidad de vida, con base en Atención Primaria.
- 2/ ■ **Dirigir el foco** de la atención para detectar y tratar las secuelas persistentes como la fatiga o cansancio, dolor crónico y problemas cognitivos, así como en la salud emocional ante la presencia de distrés.
- 3/ ■ **Desarrollar programas** específicos de Atención psicológica especializada en abordar las secuelas de las personas supervivientes como el miedo a la recurrencia, el distrés familiar y los problemas sexuales. Así como la atención social y laboral.
- 4/ ■ **Impulsar medidas políticas** que favorezcan la implementación de adaptaciones en el entorno laboral, con el objetivo de promover la vuelta al empleo de más personas que han atravesado un proceso oncológico.
- 5/ ■ **Priorizar la atención** a los colectivos más vulnerables y garantizar la equidad en el acceso a recursos y apoyos.
- 6/ ■ **Mejorar los sistemas** de registro y la recogida de datos sobre supervivientes, para diseñar políticas basadas en evidencia y reducir la fragmentación de la atención.

En definitiva, la supervivencia al cáncer constituye una fase específica que requiere respuestas adaptadas y especializadas de múltiples actores para garantizar el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas.

06

Referencias bibliográficas



1. Ferro T, Borràs JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit.* 2011;25(3):240–5.
2. REDECAN. Supervivencia de Cáncer en España, 2002-2013 [Internet]. 2019 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://stage.redecan.org/storage/documents/3878edcf-11e6-43c8-93dd-157a5ada4fb2.pdf>
3. Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer. Informe dinámico - Dimensiones del cáncer: Incidencia, prevalencia y mortalidad [Internet]. Conjunto de datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer; 2025. Available from: <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>
4. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Bernaards C, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer.* 2006 Feb 15;106(4):751–8.
5. Bower JE, Lacchetti C, Alici Y, Barton DL, Bruner D, Canin BE, et al. Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO–Society for Integrative Oncology Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2024 Jul 10;42(20):2456–87.
6. Knobel H, Loge JH, Nordøy T, Kolstad AL, Espevik T, Kvaløy S, et al. High level of fatigue in lymphoma patients treated with high dose therapy. *J Pain Symptom Manage.* 2000 Jun;19(6):446–56.
7. Storey DJ, McLaren DB, Atkinson MA, Butcher I, Liggatt S, O'Dea R, et al. Clinically relevant fatigue in recurrence-free prostate cancer survivors. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2012 Jan;23(1):65–72.
8. Jones JM, Olson K, Catton P, Catton CN, Fleshner NE, Krzyzanowska MK, et al. Cancer-related fatigue and associated disability in post-treatment cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2016 Feb 1;10(1):51–61.
9. Yin M, Wang C, Gu K, Bao P, Shu XO. Chronic pain and its correlates among long-term breast cancer survivors. *J Cancer Surviv Res Pract.* 2023 Apr;17(2):460–7.
10. Leysen L, Beckwée D, Nijs J, Pas R, Bilterys T, Vermeir S, et al. Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2017 Dec;25(12):3607–43.
11. Glare PA, Davies PS, Finlay E, Gulati A, Lemanne D, Moryl N, et al. Pain in Cancer Survivors. *J Clin Oncol.* 2014 Jun 1;32(16):1739–47.
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):157–69.
13. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Skalla K, et al. Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2002 Jan 15;20(2):485–93.

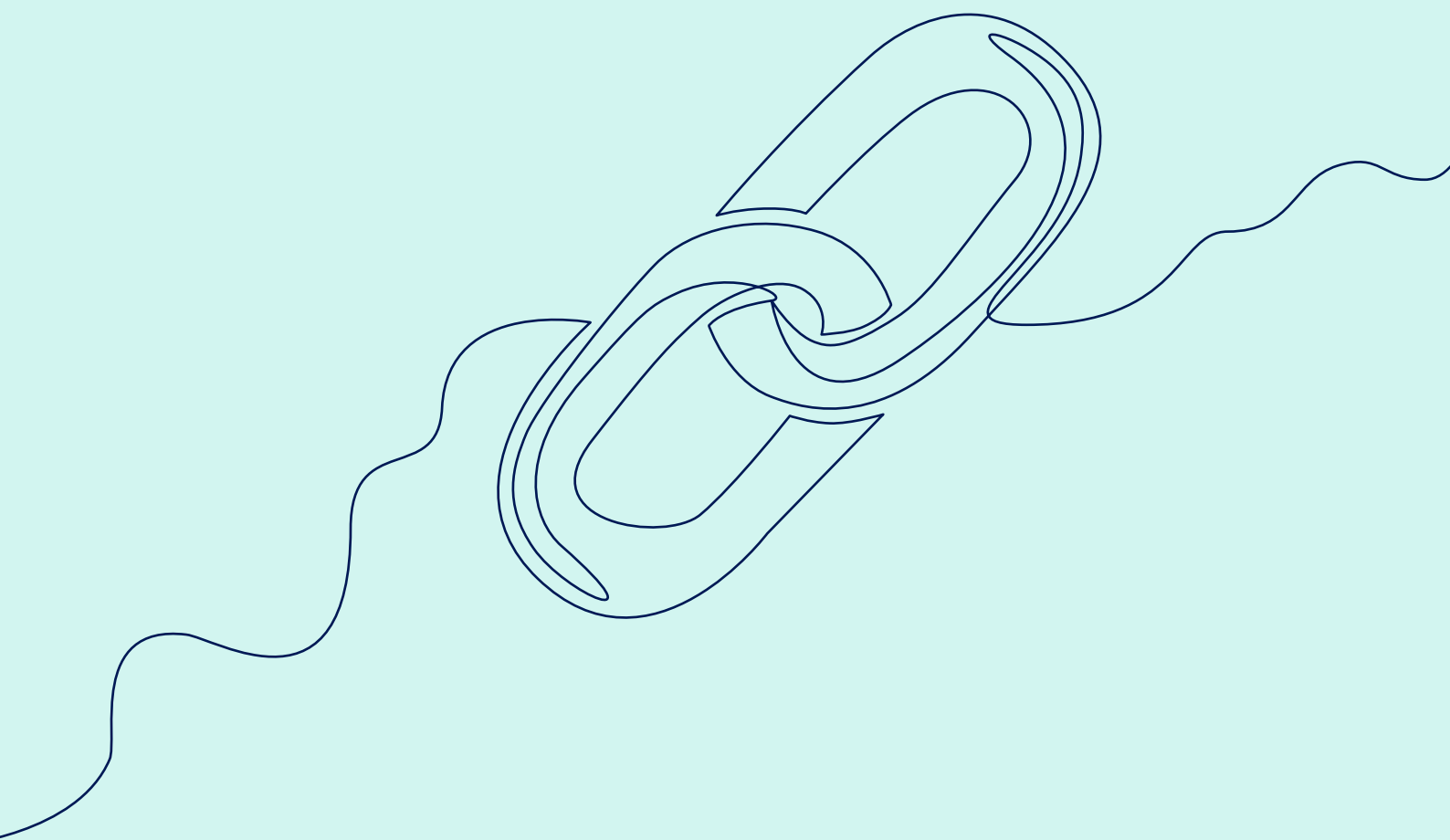
14. Collins B, MacKenzie J, Tasca GA, Scherling C, Smith A. Persistent Cognitive Changes in Breast Cancer Patients 1 Year Following Completion of Chemotherapy. *J Int Neuropsychol Soc.* 2014 Apr;20(4):370–9.
15. Hess LM, Huang HQ, Hanlon AL, Robinson WR, Johnson R, Chambers SK, et al. Cognitive function during and six months following chemotherapy for front-line treatment of ovarian, primary peritoneal or fallopian tube cancer: An NRG oncology/gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol.* 2015 Dec;139(3):541–5.
16. Wouters H, Baars JW, Schagen SB. Neurocognitive function of lymphoma patients after treatment with chemotherapy. *Acta Oncol.* 2016 Oct 2;55(9–10):1121–5.
17. Henneghan AM, Kesler SR. Subjective cancer-related cognitive impairments and salience network connectivity in breast cancer survivors. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2022 Dec 5 [cited 2023 Jun 6]; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11764-022-01307-8>
18. VanderWalde A, Hurria A. Aging and osteoporosis in breast and prostate cancer. *CA Cancer J Clin.* 2011 May;61(3):139–56.
19. Chen Z. Fracture Risk Among Breast Cancer Survivors: Results From the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Intern Med.* 2005 Mar 14;165(5):552.
20. Patnaik JL, Byers T, DiGuseppi C, Dabelea D, Denberg TD. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study. *Breast Cancer Res.* 2011 Jun;13(3):R64.
21. Schmitz KH, Prosnitz RG, Schwartz AL, Carver JR. Prospective surveillance and management of cardiac toxicity and health in breast cancer survivors. *Cancer.* 2012 Apr 15;118(S8):2270–6.
22. Shahrokni A, Wu A, Carter J, Lichtman SM. Long Term Toxicity of Cancer Treatment in Older Patients. *Clin Geriatr Med.* 2016 Feb;32(1):63–80.
23. O'Farrell S, Garmo H, Holmberg L, Adolfsson J, Stattin P, Van Hemelrijck M. Risk and Timing of Cardiovascular Disease After Androgen-Deprivation Therapy in Men With Prostate Cancer. *J Clin Oncol.* 2015 Apr 10;33(11):1243–51.
24. Lindau ST, Anderson D, Gavrilova N. Sexual Morbidity in Very long-term Survivors of Vaginal and Cervical Cancer: A Comparison to National Norms. *Gynecol Oncol.* 2007 Aug;106(2):413–8.
25. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N, et al. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psychooncology.* 2002;11(2):142–53.
26. Mayer S, Iborra S, Grimm D, Steinsiek L, Mahner S, Bossart M, et al. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Jan;299(1):191–201.

27. Chovanec M, Vasilkova L, Petrikova L, Obertova J, Palacka P, Rejlekova K, et al. Long-term sexual functioning in germ-cell tumor survivors. *BMC Cancer*. 2020 Aug 20;20(1):779.
28. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2008 Aug;24(3):193–201.
29. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2013 Jul;14(8):721–32.
30. Leano A, Korman MB, Goldberg L, Ellis J. Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Can Oncol Nurs J*. 2019 Apr 1;29(2):141–6.
31. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):330–8.
32. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. 2013 Sep;7(3):300–22.
33. López-Salas M, Yanes-Roldán A, Bernal-Bernal R, Melús-Palazón E, Álvarez-Rico F, Bartolomé-Moreno C. Factores determinantes en la calidad de vida de las mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Aten Primaria* [Internet]. 2025 Sep 1 [cited 2025 Apr 22];57(9). Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-determinantes-calidad-vida-mujeres-S0212656725000393>
34. Kent EE, Forsythe LP, Yabroff KR, Weaver KE, de Moor JS, Rodriguez JL, et al. Are Survivors Who Report Cancer-Related Financial Problems More Likely to Forgo or Delay Medical Care? *Cancer*. 2013 Oct 15;119(20):3710–7.
35. Yabroff KR, Dowling EC, Guy GP, Banegas MP, Davidoff A, Han X, et al. Financial Hardship Associated With Cancer in the United States: Findings From a Population-Based Sample of Adult Cancer Survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2016 Jan 20;34(3):259–67.
36. Jagsi R, Pottow JAE, Griffith KA, Bradley C, Hamilton AS, Graff J, et al. Long-Term Financial Burden of Breast Cancer: Experiences of a Diverse Cohort of Survivors Identified Through Population-Based Registries. *J Clin Oncol*. 2014 Apr 20;32(12):1269–76.
37. Fenn KM, Evans SB, McCorkle R, DiGiovanna MP, Puztai L, Sanft T, et al. Impact of financial burden of cancer on survivors' quality of life. *J Oncol Pract*. 2014 Sep;10(5):332–8.
38. de Boer AGEM, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJH, Verbeek JHAM. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA*. 2009 Feb 18;301(7):753–62.
39. van Muijen P, Weevers NLEC, Snels I a. K, Duijts SFA, Bruinvels DJ, Schellart AJM, et al. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013 Mar;22(2):144–60.

40. Swanberg JE, Nichols HM, Vanderpool RC, Rosenblatt P, Tracy JK. Working poor and working nonpoor cancer survivors: Work-related and employment disparities. *Cancer Rep.* 2018 Sep 19;1(4):e1134.
41. van Egmond MP, Duijts SFA, Jonker MA, van der Beek AJ, Anema JR. Effectiveness of a tailored return to work program for cancer survivors with job loss: results of a randomized controlled trial. *Acta Oncol Stockh Swed.* 2016;55(9–10):1210–9.
42. Musti MA, Collina N, Stivanello E, Bonfiglioli R, Giordani S, Morelli C, et al. Perceived work ability at return to work in women treated for breast cancer: a questionnaire-based study. *Med Lav.* 2018;109(6):407–19.
43. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía de práctica clínica: Largos supervivientes de cáncer hematológico [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: https://semfyc.es/storage/scientific_evidence/resources/GPC%20LARGOS%20SUPERVIVIENTES%20C%C3%81NCER%20HEMATOL%C3%93GICO.pdf
44. Gallego A, Beato C, Brozos E, De La Cruz S, García RV. Spanish Society of Medical Oncology recommendations for comprehensive assessment and care of cancer survivors' needs. *Clin Transl Oncol.* 2024 Jul 8;27(1):95–107.
45. Oliveira AF, Sosa-Napolskij M, Torres A, Queiroz DF, Bártolo A, Sousa H, et al. CanCOG®: Cultural Adaptation of the Evidence-Based UCLA Cognitive Rehabilitation Intervention Program for Cancer Survivors in Portugal. *Healthc Basel Switz.* 2023 Jan 2;11(1):141.
46. Vaz-Luis I, Masiero M, Cavaletti G, Cervantes A, Chlebowski RT, Curigliano G, et al. ESMO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship: promoting high-quality survivorship care and research in Europe. *Ann Oncol.* 2022 Nov 1;33(11):1119–33.
47. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para la mejora de la atención a pacientes largo/as supervivientes de cáncer en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2025 [cited 2025 May 22] p. 46. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/Recomendaciones_largo_superviviente._ACCESIBLE.pdf
48. Andreu Vaillo Y, Martínez P, Soto-Rubio A, Pérez-Marín M, Cervantes A, Arribas L. Quality of life in cancer survivorship: Sociodemographic and disease-related moderators. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2022 Nov;31(6):e13692.
49. Andreu Vaillo Y, Conchado Peiró A, Martinez Lopez P, Martinez Martinez 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 1;31(6):1871–81.
50. 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.* 2015 Nov 16;13(1):182.

07

Anexos



■ Anexo 1. Puntuaciones medias por dimensión según agrupación tumoral

En este anexo se aborda una de las preguntas específicas de investigación que se plantearon en el estudio: ¿cuál es la distribución de las diferentes dimensiones de calidad de vida según la localización tumoral de las personas supervivientes?

Esta cuestión es pertinente si consideramos que las personas con cáncer constituyen un grupo heterogéneo que abarca múltiples tipos de tumores asociados a planes de tratamiento diversos y a efectos secundarios distintos. Esta heterogeneidad implica, por lo tanto, que las personas con cáncer no tienen un mismo patrón de comportamiento y necesidades, ya que cada persona experimenta diferentes riesgos para la salud a corto y largo plazo y tienen necesidades específicas^{1,2,3} Estas necesidades son individuales, dependen de la patología y del tratamiento recibido (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y pueden cambiar de intensidad a medida que los supervivientes de cáncer atraviesan las fases de transición y extensión de la supervivencia⁴.



En este sentido, nuestros resultados muestran que la localización tumoral es un factor relevante a la hora de determinar la existencia de diferencias en las dimensiones de calidad de vida. A continuación, se muestran los datos desglosados por las diferentes localizaciones tumorales. En los gráficos, se detallan los resultados, la línea envolvente roja presenta las puntuaciones medias en las diferentes dimensiones de calidad de vida en la totalidad de las personas supervivientes que han participado en el estudio y se les compara con la envolvente azul que nos muestra las puntuaciones medias obtenidas por las personas supervivientes en cada agrupación tumoral.

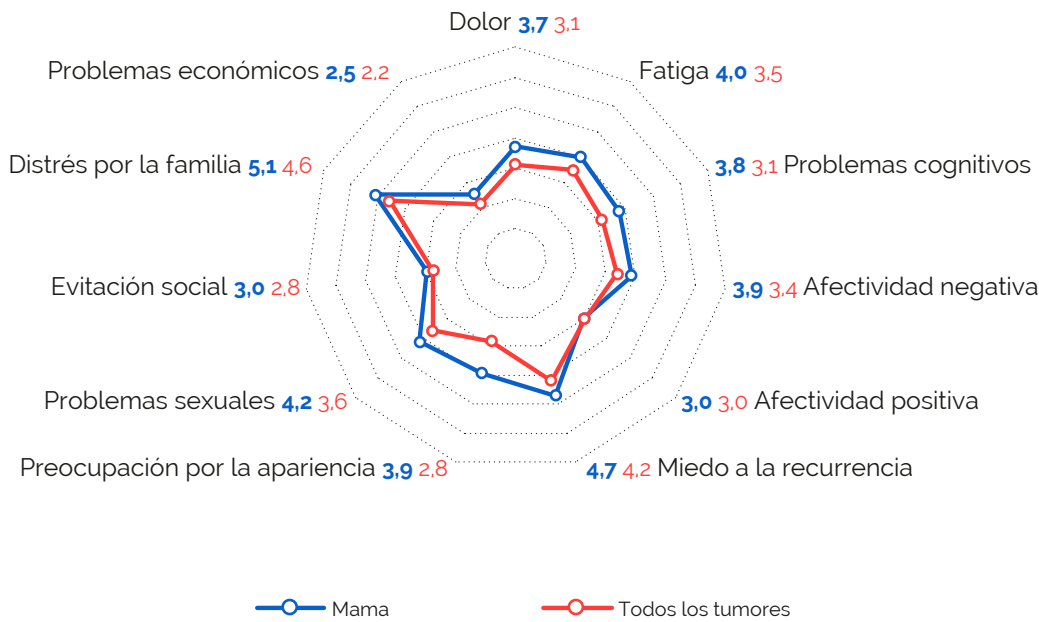
¹ Levit L, Balogh E, Nass S, et al. The evidence base for high-quality cancer care. 2013. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK202140/>. Accessed December 11, 2021. 24.

² Park ER, Peppercorn J, El-Jawahri A. Shades of survivorship. *J Natl Compr Cancer Netw*. 2018;16:1163-1165.

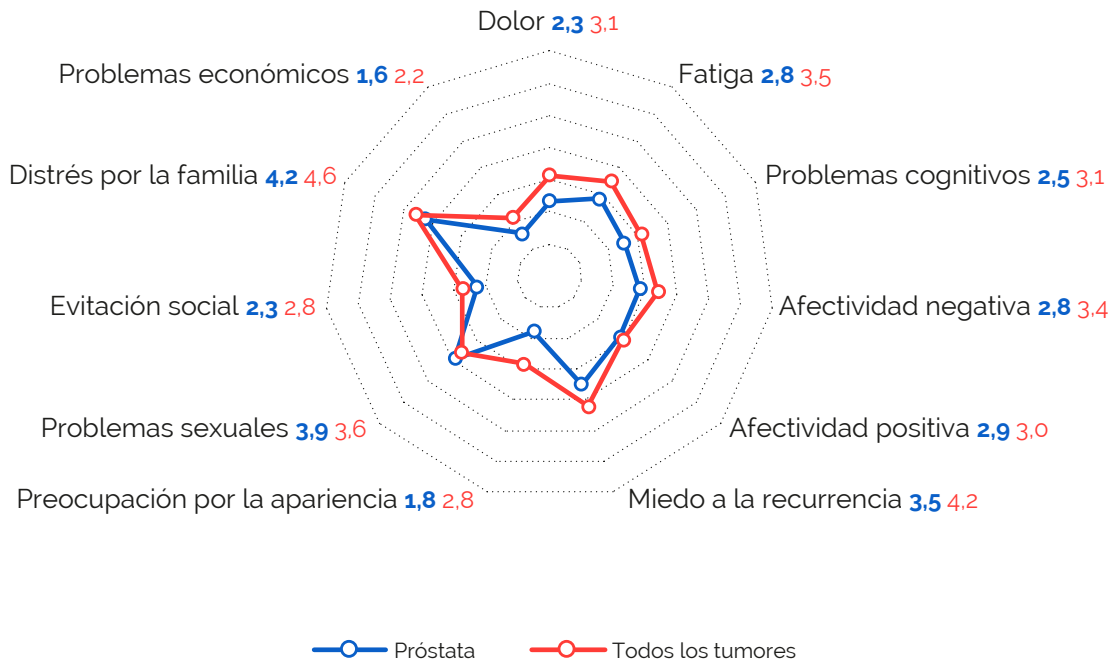
³ Vaz-Luis I, Masiero M, Cavaletti G, et al. ESMO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship: promoting high-quality survivorship care and research in Europe. *Ann Oncol* 33:1119-1133, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.07.1941>

⁴ Gallego, A., Beato, C., Brozos, E. et al. Spanish Society of Medical Oncology recommendations for comprehensive assessment and care of cancer survivors' needs. *Clin Transl Oncol* 27, 95-107 (2025). <https://doi.org/10.1007/s12094-024-03571-9>

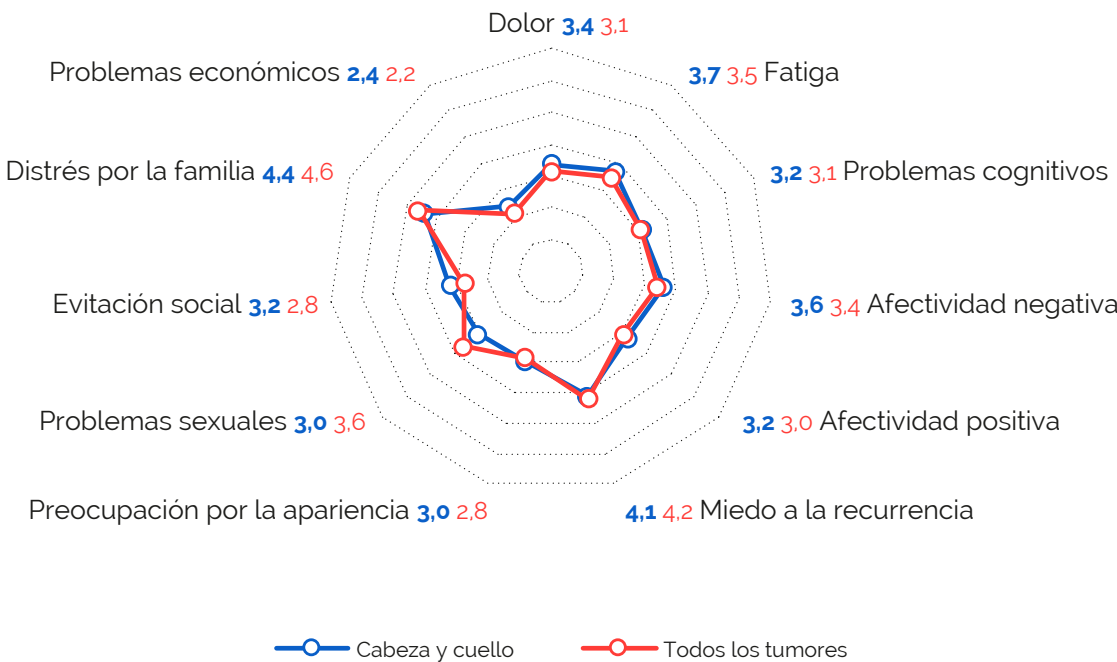
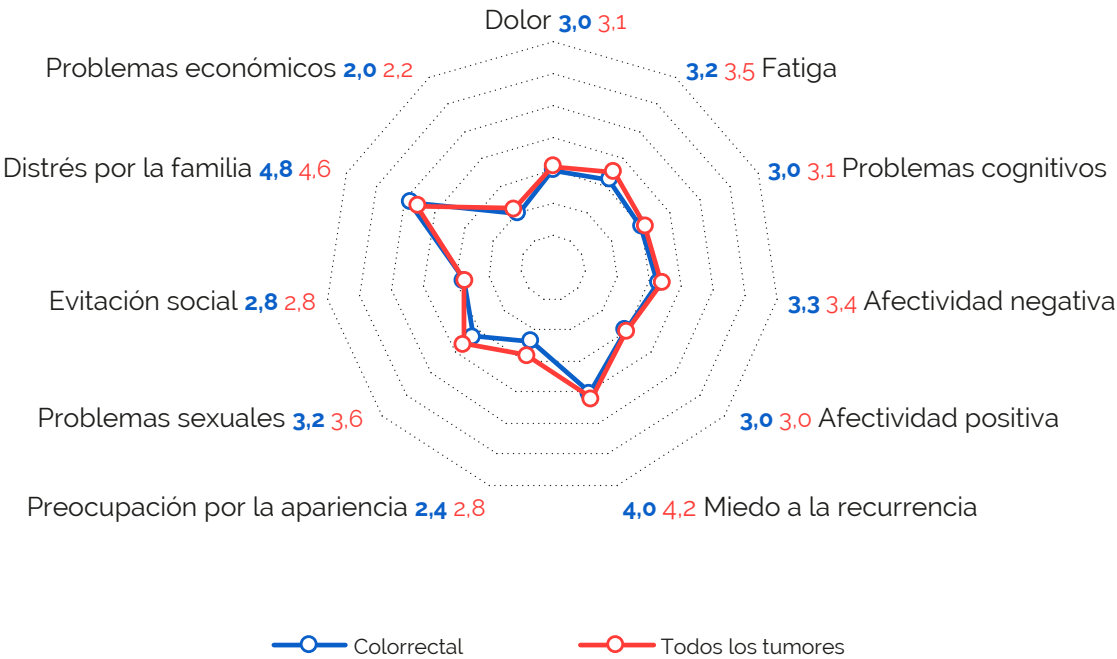
En el caso de las personas con diagnóstico de cáncer de mama observamos puntuaciones más altas en todas las dimensiones, a excepción de afectividad positiva, lo que significa que las mujeres supervivientes de cáncer de **mama** presentan peor calidad de vida y mayor frecuencia de necesidades y problemáticas que la media de los supervivientes de cáncer.

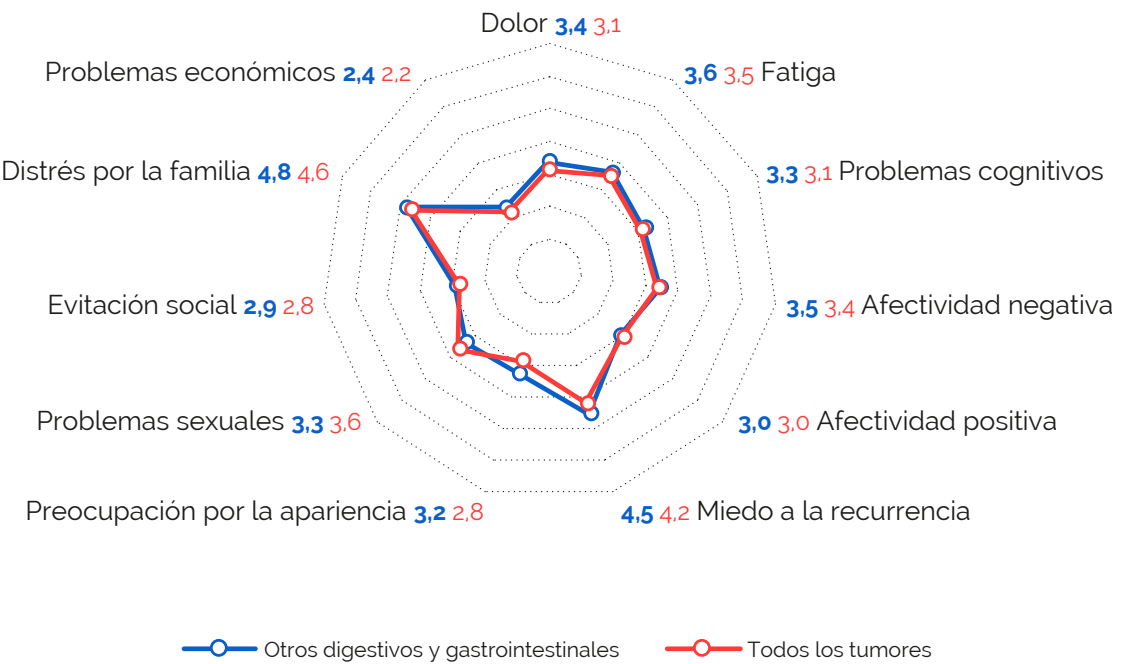
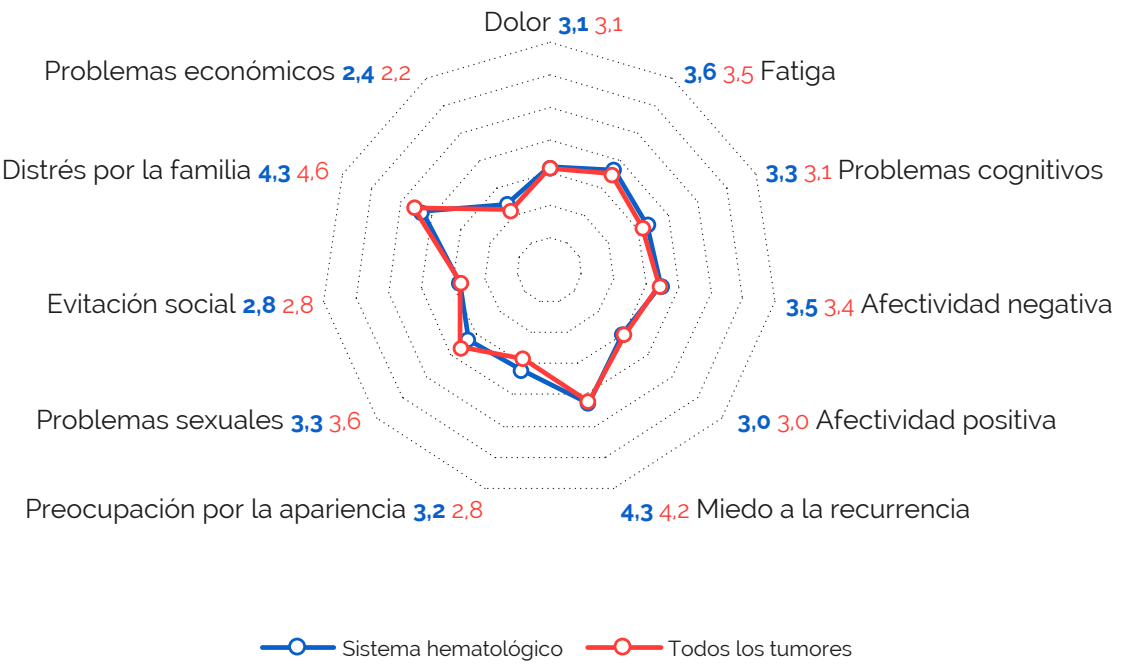


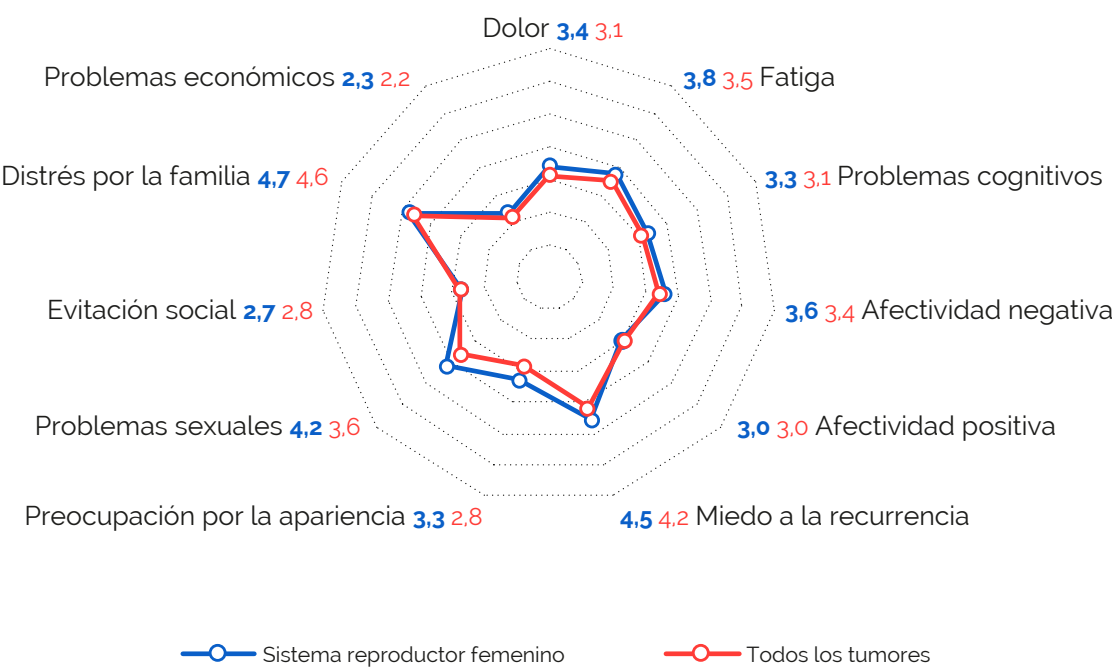
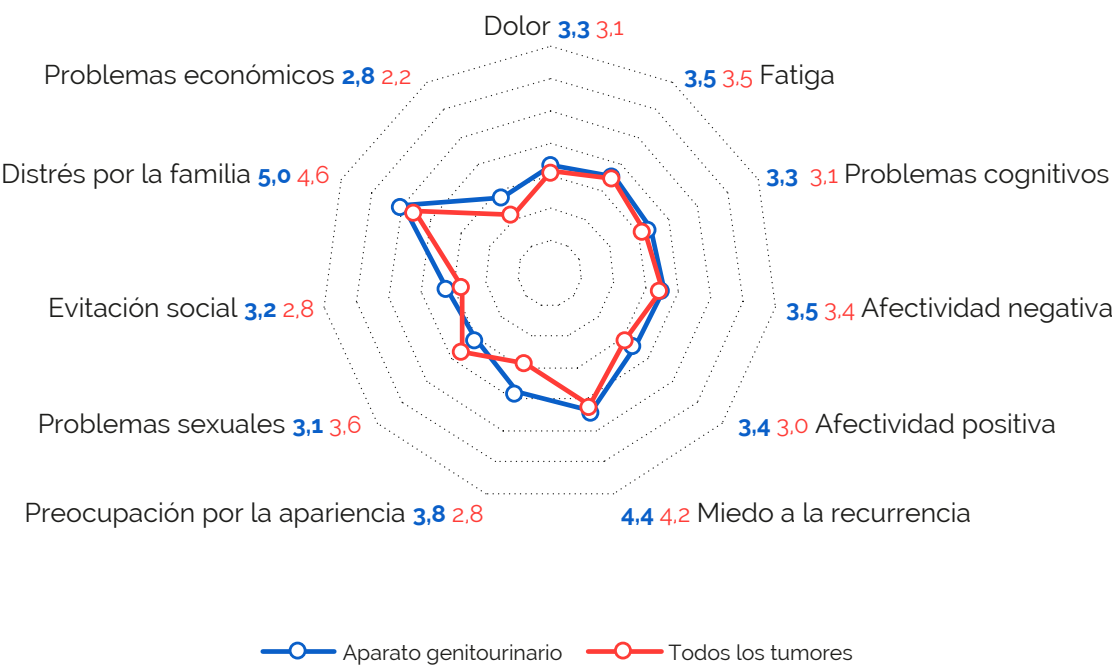
En el caso de los supervivientes de cáncer de **próstata** encontramos una mejor calidad de vida general en comparación con el resto de supervivientes. Esto se observa en que sus puntuaciones medias en la mayoría de las dimensiones son más bajas que las puntuaciones de la totalidad de los participantes. Solo en la dimensión "problemas sexuales" se muestran puntuaciones más elevadas, lo que se traduce en una mayor proporción de supervivientes que presentan esta problemática con bastante frecuencia.

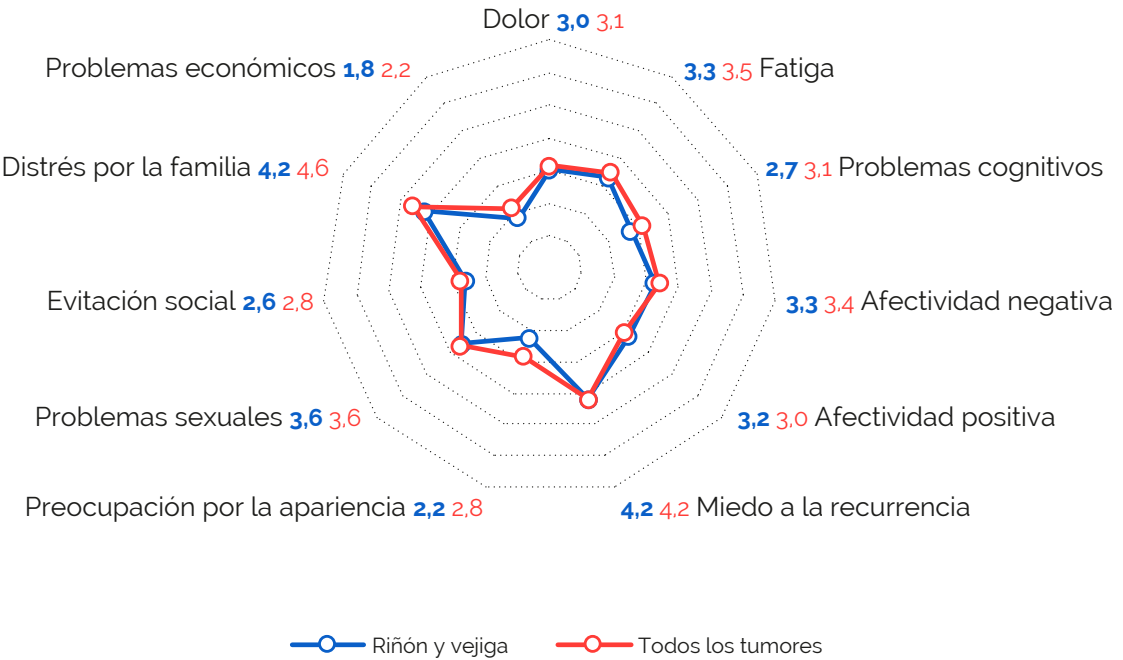
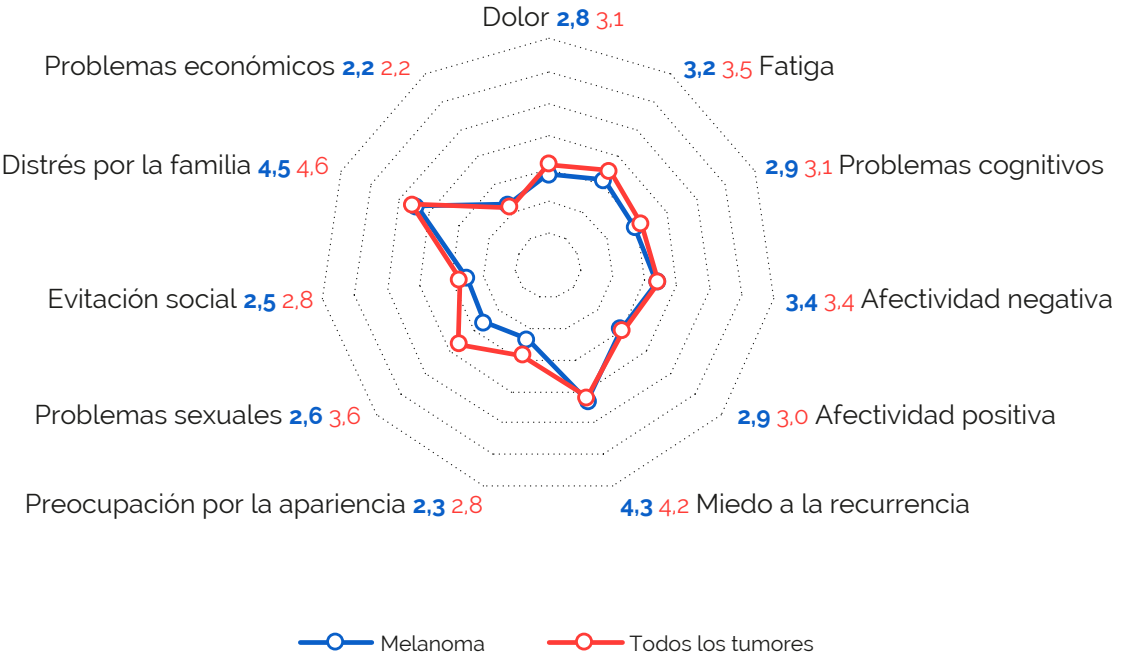


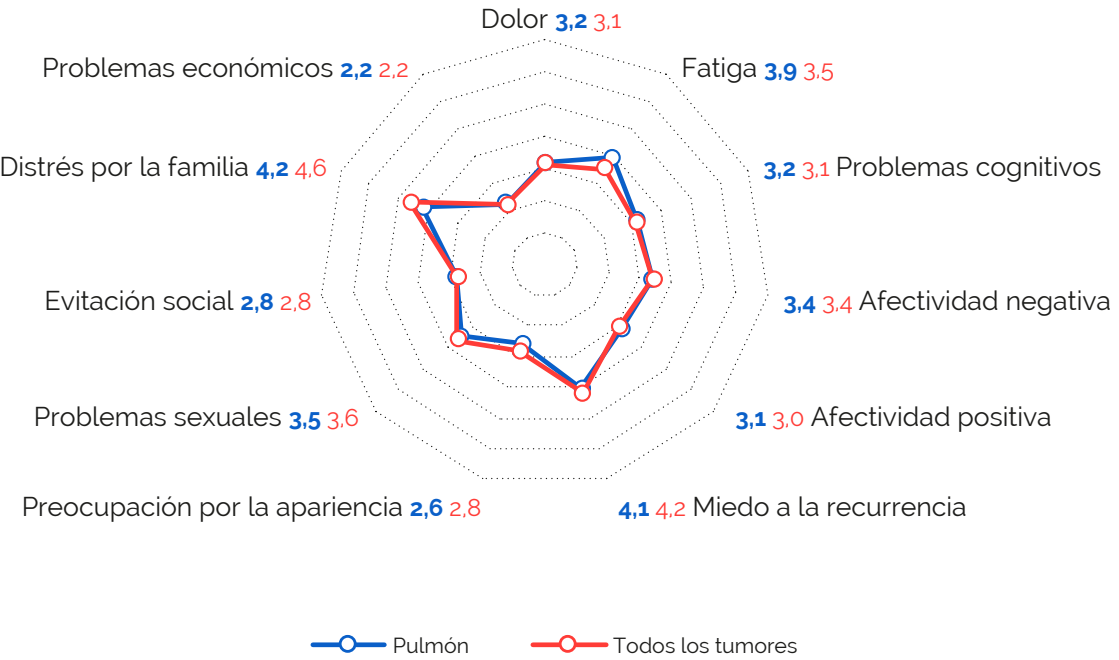
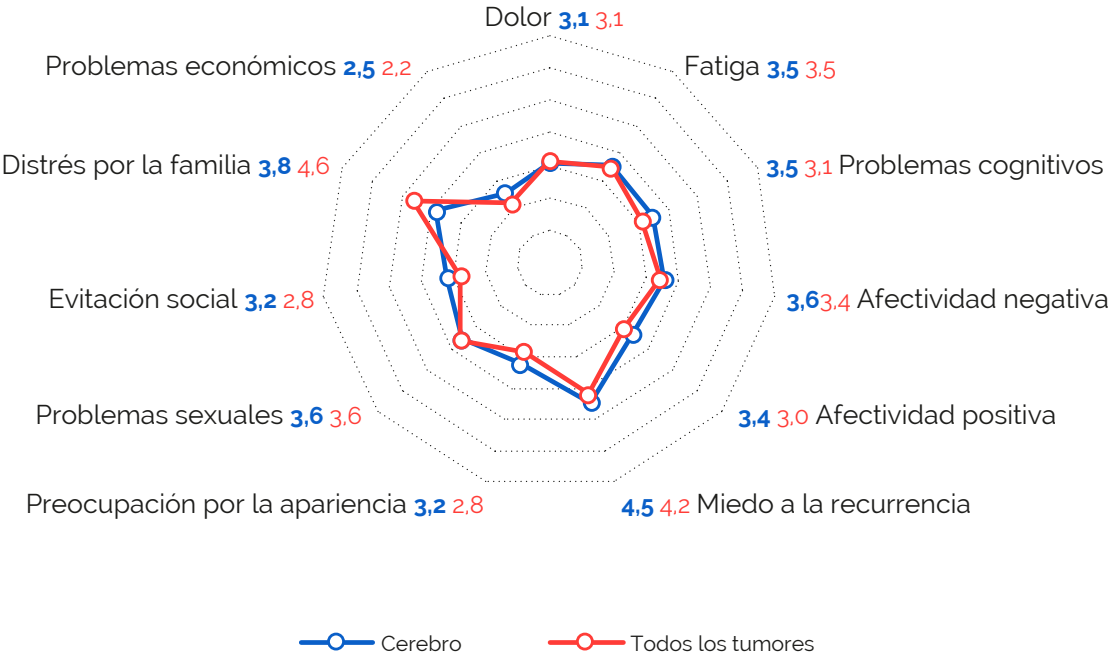
En el resto de las agrupaciones tumorales analizadas, las puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de calidad de vida son muy similares a las puntuaciones medias de la totalidad de los supervivientes (ver resto de gráficos). Solo se observan algunas excepciones en dimensiones concretas muy asociadas a efectos secundarios derivados del tipo de cáncer o de los tratamientos recibidos. Ejemplos de ello son las puntuaciones superiores en la dimensión de "preocupación por la apariencia" en las localizaciones referidas al aparato genitourinario y sistema reproductor femenino.









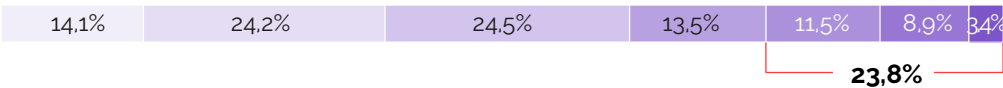


Anexo 2. Dimensiones y variables del QLACS

En este anexo podemos observar las puntuaciones de las diferentes dimensiones junto con las puntuaciones de las variables o preguntas que las componen.

Dolor

Total
supervivientes
(3.009)



Le ha molestado el dolor que le impedía hacer las cosas que quería hacer



Su humor se ha visto afectado por el dolor o su tratamiento



Ha tenido dolor



El dolor o su tratamiento han afectado a sus actividades sociales

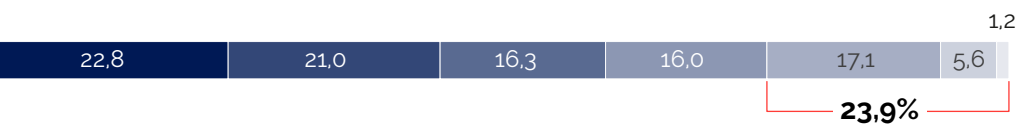


Fatiga

Total
supervivientes
(3.009)



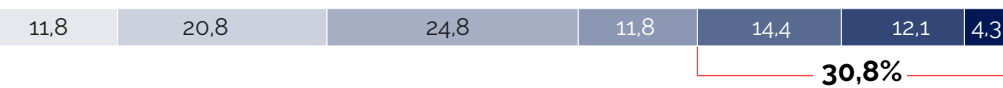
Ha tenido energía para hacer las cosas que quería hacer



Se ha sentido fatigado



Le ha faltado energía para hacer las cosas que quería hacer

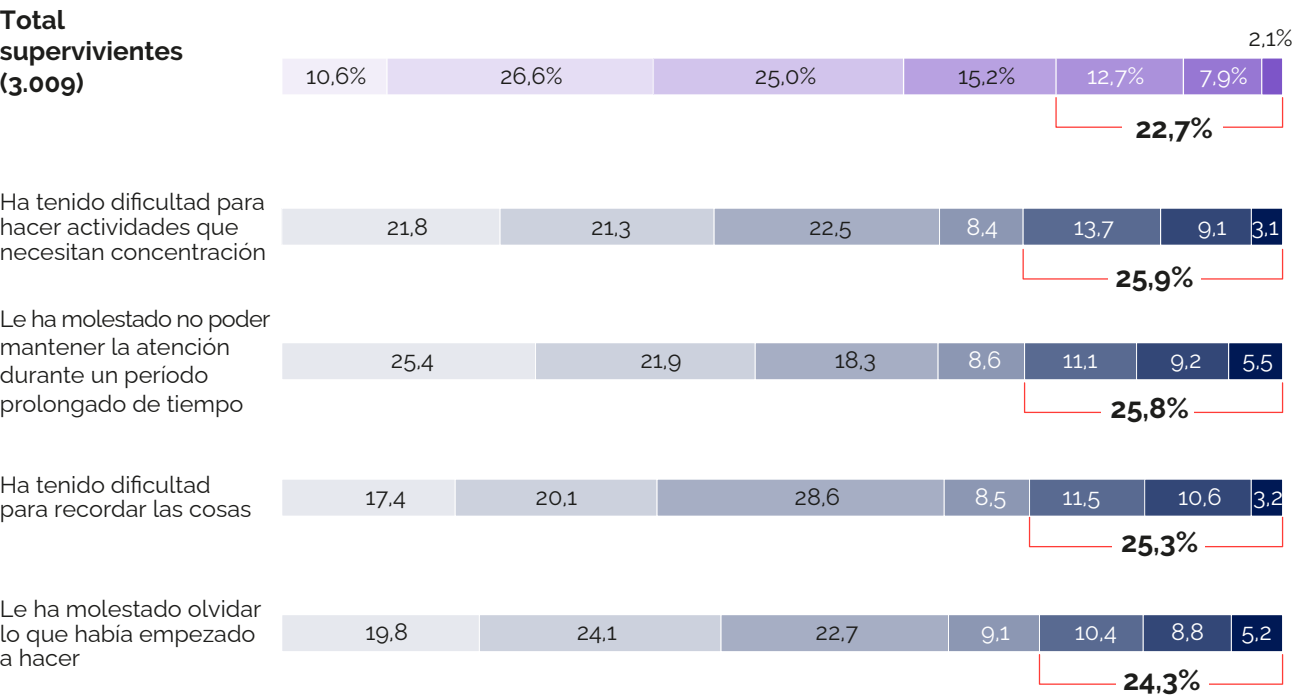


Se ha sentido cansado a menudo



Nunca Casi nunca A veces Habitualmente Con frecuencia Muy a menudo Siempre

Problemas cognitivos

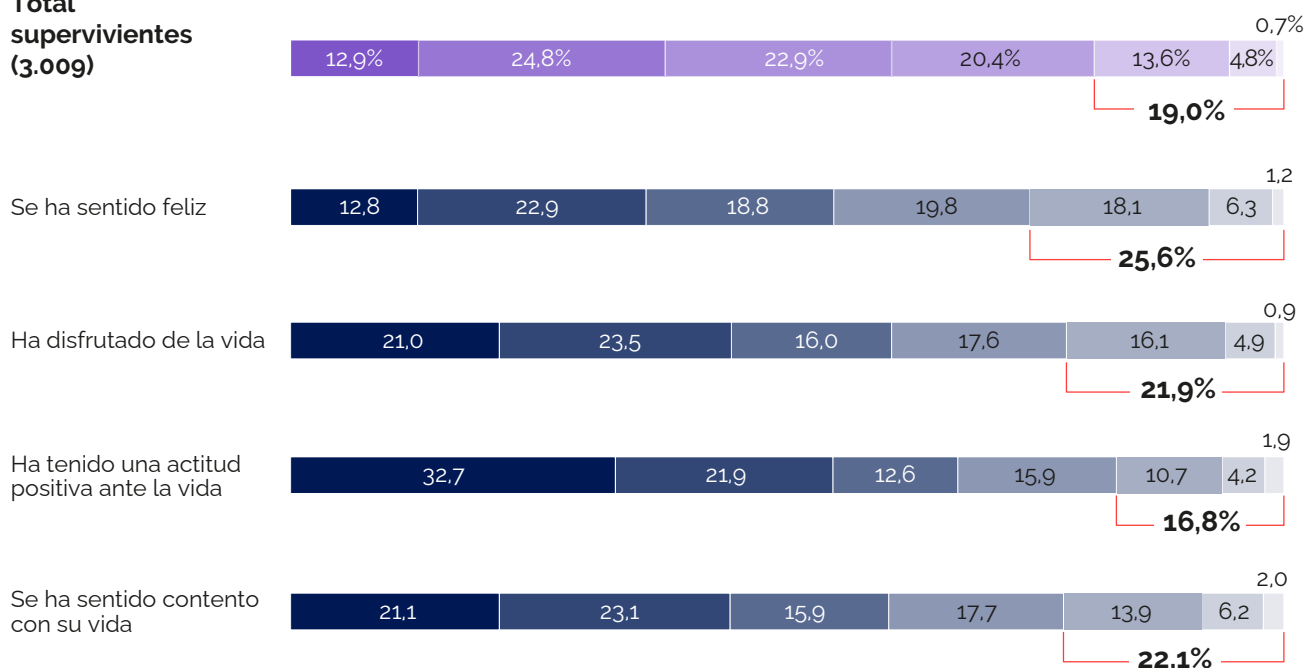


Afectividad negativa



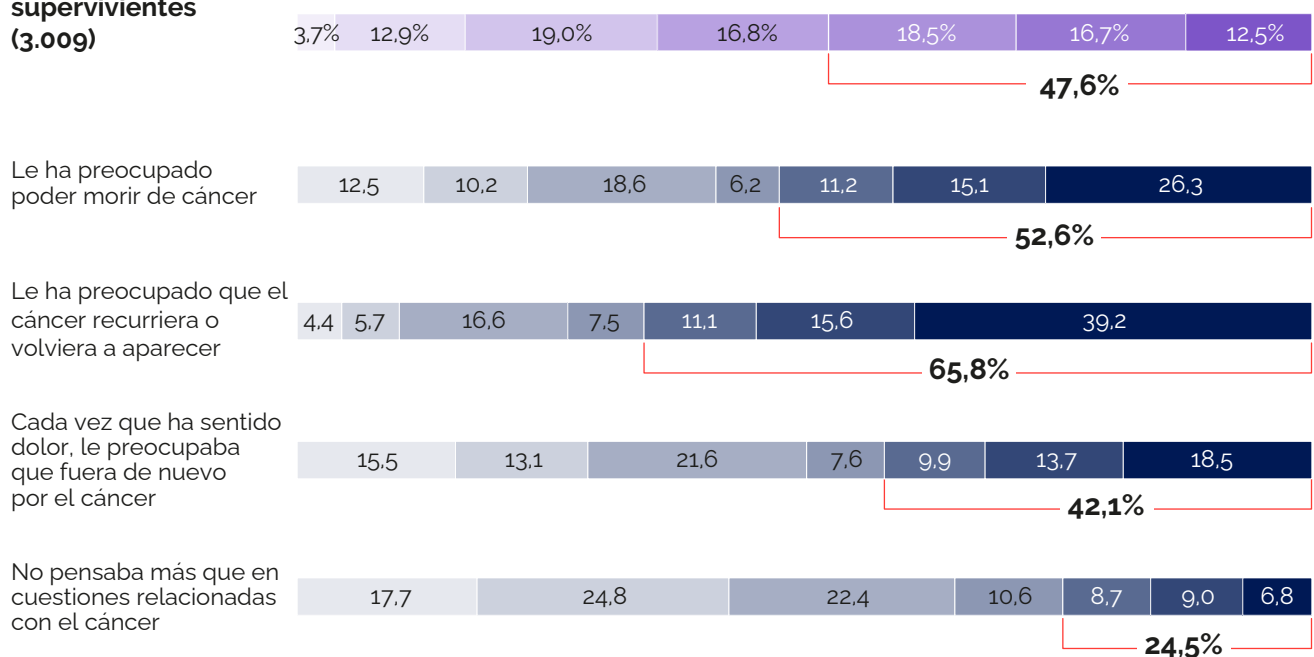
Afectividad positiva

Total supervivientes (3.009)



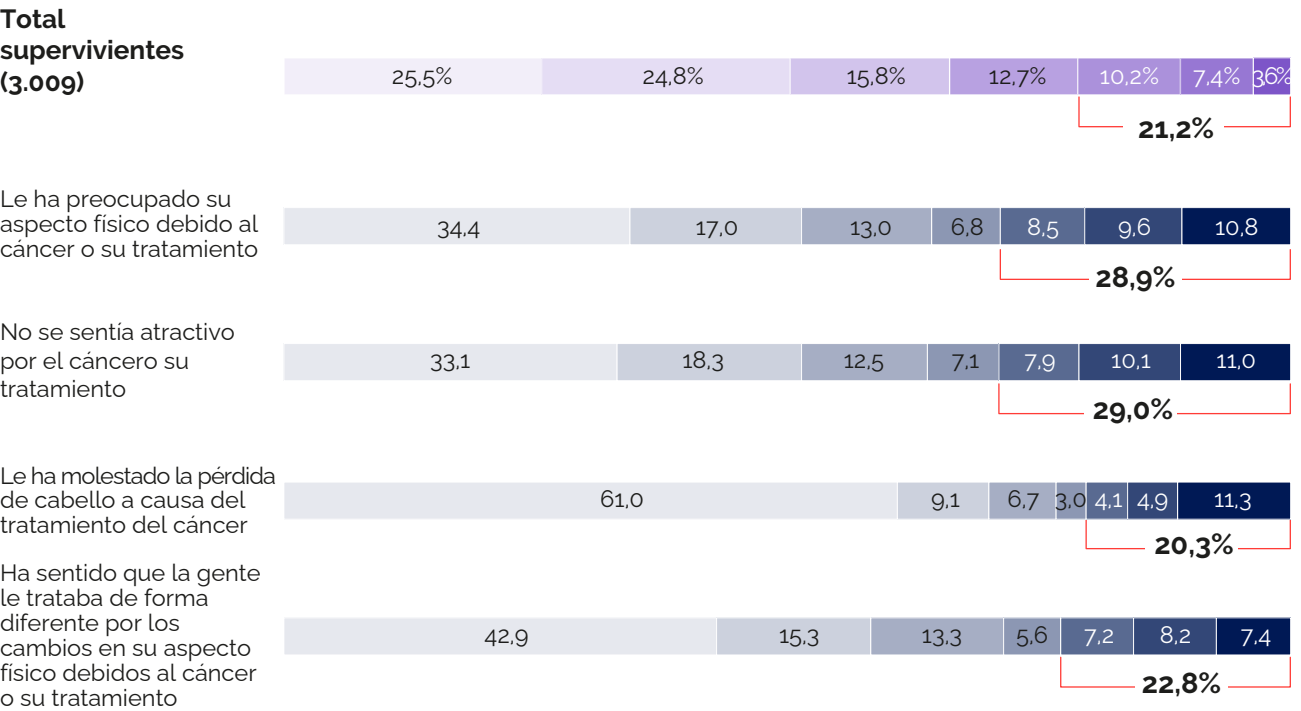
Miedo a la recurrencia

Total supervivientes (3.009)



Nunca
 Casi nunca
 A veces
 Habitualmente
 Con frecuencia
 Muy a menudo
 Siempre

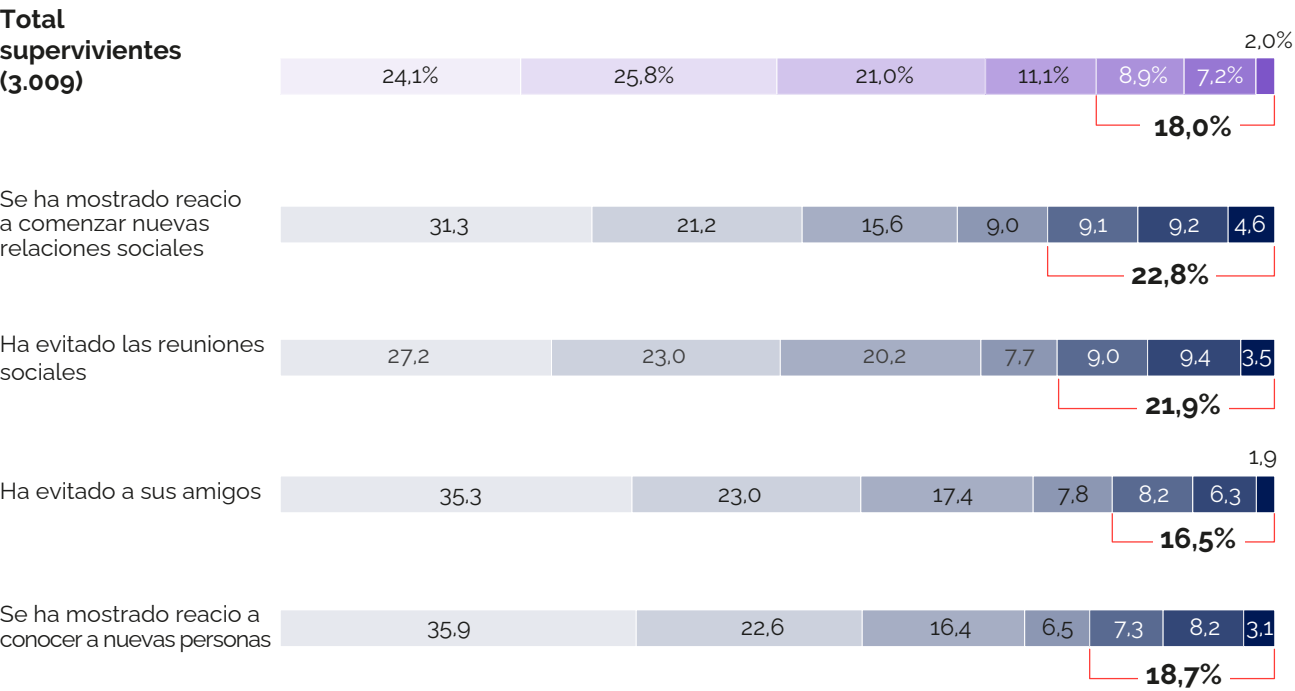
Preocupación por la apariencia



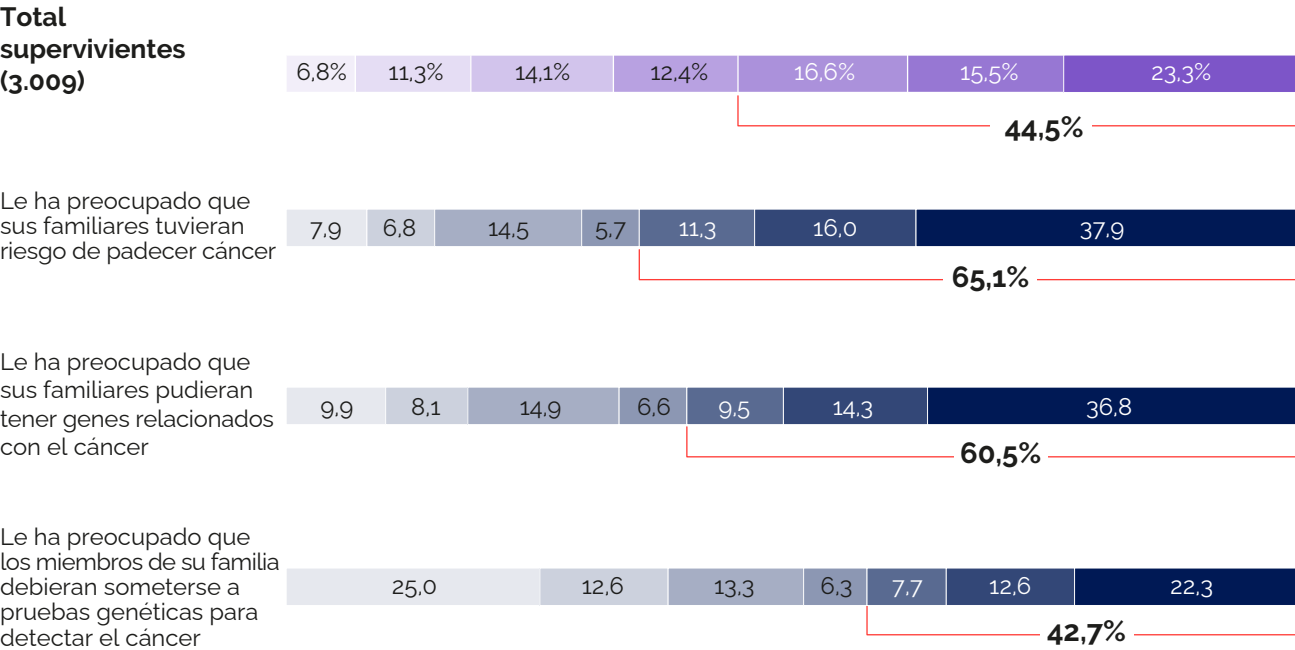
Problemas sexuales



Evitación social

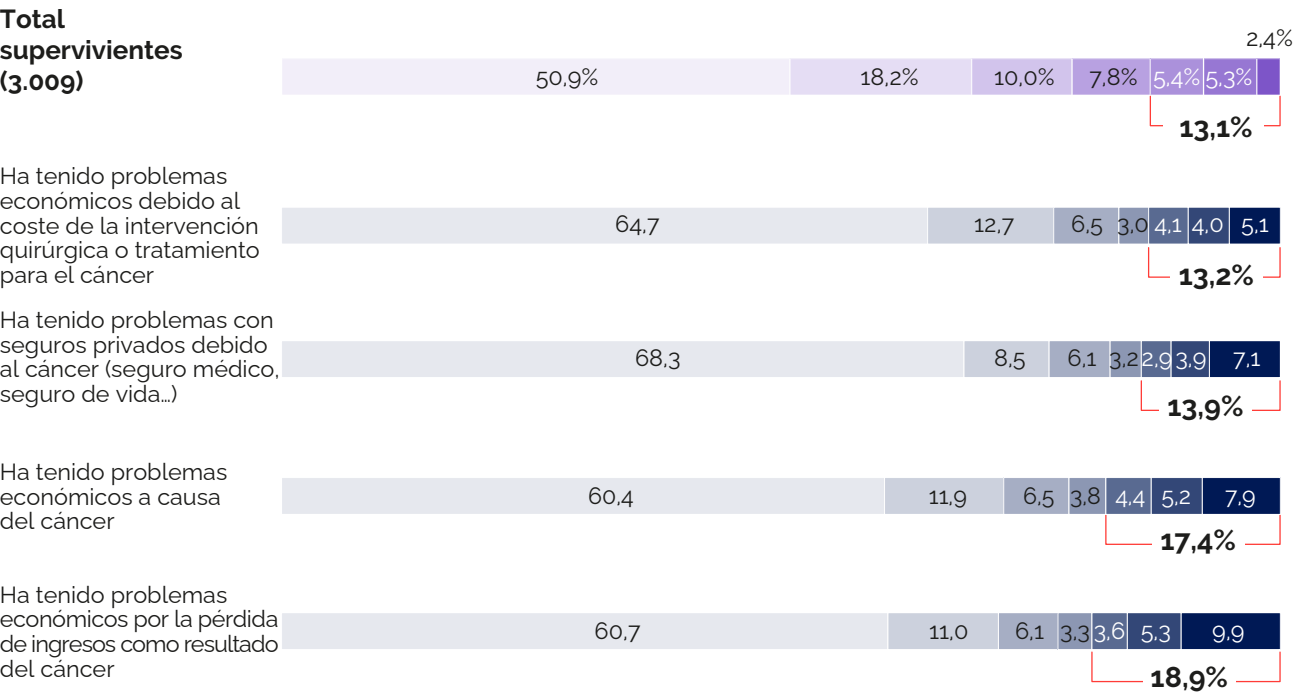


Distrés por la familia

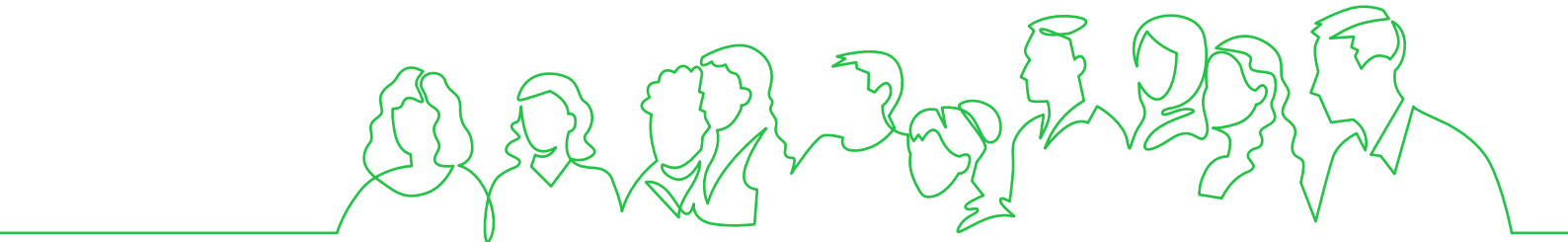


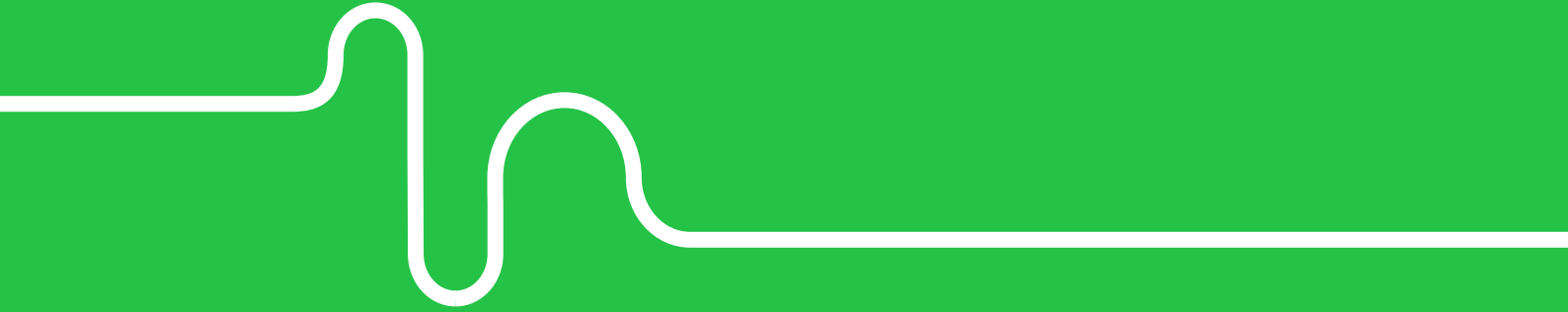
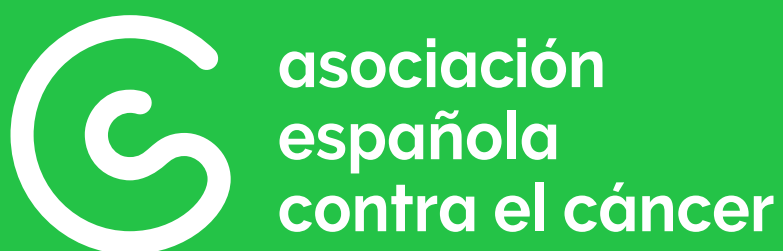
Nunca Casi nunca A veces Habitualmente Con frecuencia Muy a menudo Siempre

Problemas económicos



Nunca Casi nunca A veces Habitualmente Con frecuencia Muy a menudo Siempre





Disponibles 24h | 365 días
900 100 036
contraelcancer.es