

David Álvarez Lander
Elia Mas Villalba

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE Y TRAS LA
QUIMIOTERAPIA: ESTUDIO MIXTO**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Eva de Mingo Fernández

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2026

AGRADECIMIENTOS

A las voluntarias, mujeres valientes, luchadoras y ejemplo de fortaleza por su sinceridad y generosidad.

A la Asociación "*La Liga contra el Cáncer*" por acercarnos a esta realidad.

A Eva, por guiarnos durante esta etapa, por su ayuda y su dedicación constante.

Y a nuestras familias y amigos, por su esfuerzo, confianza y cariño. Por ayudarnos y acompañarnos a completar este proyecto.

ÍNDICE

GLOSARIO.....	5
RESUMEN.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	10
4. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1 EL CÁNCER, CONCEPTUALIZACIÓN	11
4.2 TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, EFECTOS SECUNDARIOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS	13
4.3 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ONCOLÓGICAS	15
4.4 IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL DEL CÁNCER Y ROL DE LA ENFERMERÍA	19
4.5 MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY	22
4.6 JUSTIFICACIÓN DEL ENFOQUE HOLÍSTICO	23
5. METODOLOGÍA	25
5.1 DISEÑO.....	25
5.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	25
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
5.4 MUESTRA DEL ESTUDIO.....	28
5.5 RECOGIDA DE DATOS.....	29
5.6 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS	30
5.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
6. TEMPORALIZACIÓN.....	41
7. RESULTADOS.....	42
8. DISCUSIÓN.....	54
9. IMPLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO	57
9.1 IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA	57
9.2 FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO	58

10. LIMITACIONES	59
11. CONCLUSIONES	60
12. BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS.....	67
ANEXO 1. SOLICITUD DE LA DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ASPECTOS ÉTICOS.....	67
ANEXO 2. CUESTIONARIO PHQ-9	72
ANEXO 3. CUESTIONARIO QLQ-C30	73
ANEXO 4. PERMISO CUESTIONARIO QLQ-C30.....	75
ANEXO 5. CRONOGRAMA	76

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Diagrama de flujo	27
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados del cuestionario PHQ-9.	42
Tabla 2. Resultados del cuestionario QLQ-C30, calidad de vida global.	43
Tabla 3. Resultados del cuestionario QLQ-C30, funciones.....	43
Tabla 4. Resultados del cuestionario QLQ-C30, impacto económico.	43
Tabla 5. Características demográficas y clínicas de las voluntarias.	44

GLOSARIO

ASCO: American Society of Clinical Oncology.

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.

FSH: Hormona foliculoestimulante.

LH: Hormona luteinizante.

LOPDGDD: Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

NCI: National Cancer Institute.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

PHQ - 9: Patient Health Questionnaire.

QLQ - C30: Quality of Life Questionnaire versión de 30 preguntas.

RGPD: Reglamento General de Protección de Datos.

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.

RESUMEN

La calidad de vida es un aspecto clave en la atención del paciente oncológico y en especial durante y después del tratamiento quimioterapéutico, por el impacto que este tiene a nivel físico, psicológico, emocional y social. El objetivo de este trabajo es analizar la calidad de vida en pacientes oncológicos que han recibido tratamiento de quimioterapia, integrando así la evidencia científica ya existente con la experiencia vivida por supervivientes oncológicas voluntarias de *La Liga Contra el Cáncer*.

Se ha llevado a cabo un estudio con diseño mixto, combinando una revisión bibliográfica de la literatura científica con la realización de cinco entrevistas semiestructuradas a voluntarias y la aplicación de cuestionarios validados, con el objetivo de recoger su percepción y experiencia sobre el proceso de enfermedad y tratamiento.

Los resultados obtenidos reflejan la afectación que conlleva la quimioterapia en la calidad de vida, destacando los síntomas físicos y psicológicos, aunque también se observan repercusiones en el ámbito social, familiar, laboral, sexual, económico, religioso y espiritual. Gracias a las entrevistas fue posible una visión más cercana y humana de la experiencia oncológica, observando la importancia del apoyo emocional y acompañamiento durante el proceso.

Como conclusión, la calidad de vida se debe considerar un elemento imprescindible dentro de la atención integral del paciente oncológico, donde el cuidado y el acompañamiento resultan ser fundamentales para favorecer el bienestar, la adaptación y el afrontamiento de las personas con cáncer.

Palabras clave: calidad de vida, quimioterapia, paciente oncológico, repercusiones físicas, psicológicas, sociales, familiares, laborales, económicas y religiosas.

RESUM

La qualitat de vida és un aspecte clau en l'atenció del pacient oncològic i especialment durant i després del tractament quimioterapèutic, per l'impacte que aquest té a nivell físic, psicològic, emocional i social. L'objectiu d'aquest treball és analitzar la qualitat de vida en pacients oncològics que han rebut tractament de quimioteràpia, integrant així

l'evidència científica ja existent amb l'experiència viscuda per supervivents oncològiques voluntàries de *La Lliga Contra el Càncer*.

S'ha dut a terme un estudi amb disseny mixt, combinant una revisió bibliogràfica de la literatura científica amb la realització de cinc entrevistes semiestructurades a voluntàries i l'aplicació de qüestionaris validats, amb l'objectiu de recollir la seva percepció i experiència sobre el procés de malaltia i tractament.

Els resultats obtinguts reflecteixen l'afectació que comporta la quimioteràpia en la qualitat de vida, destacant els símptomes físics i psicològics, encara que també s'observen repercussions en l'àmbit social, familiar, laboral, sexual, econòmic, religiós i espiritual. Gràcies a les entrevistes va ser possible una visió més pròxima i humana de l'experiència oncològica, observant la importància del suport emocional i acompanyament durant el procés.

Com a conclusió, la qualitat de vida s'ha de considerar un element imprescindible dins de l'atenció integral del pacient oncològic, on la cura i l'acompanyament resulten ser fonamentals per a afavorir el benestar, l'adaptació i l'afrontament de les persones amb càncer.

Paraules clau: qualitat de vida, quimioteràpia, pacient oncològic, repercussions físiques, psicològiques, socials, familiars, laborals, econòmiques i religioses.

ABSTRACT

Quality of life is a key aspect of cancer patient care, particularly during and after chemotherapy treatment, due to the treatment's physical, psychological, emotional, and social impact. The aim of this study is to analyse the quality of life of cancer patients who have undergone chemotherapy by integrating existing scientific evidence with the lived experiences of volunteer cancer survivors from *La Lliga Contra el Càncer*.

A mixed-methods study was conducted, combining a review of the scientific literature with five semi-structured interviews with volunteers and the administration of validated questionnaires in order to collect their perceptions and experiences regarding the disease and treatment process.

The results reflect the impact of chemotherapy on quality of life, particularly regarding physical and psychological symptoms, although repercussions are also observed in the social, familial, occupational, sexual, economic, religious, and spiritual spheres. The interviews provided a closer, more human perspective on the cancer experience, highlighting the importance of emotional and psychosocial support throughout the process.

In conclusion, quality of life should be considered an essential element of comprehensive cancer care, in which emotional and psychosocial support are fundamental to promoting the well-being, adaptation, and coping of people with cancer.

Keywords: quality of life, chemotherapy, cancer patients, physical, psychological, social, familial, occupational, economic, and religious impacts.

1. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un aspecto clave en la atención integral del paciente y más especialmente en el contexto oncológico. (1) En los últimos años, los avances en el diagnóstico y tratamientos del cáncer han permitido aumentar la supervivencia, lo que ha provocado cambios en el modelo de atención y ahora también se busca mejorar y/o mantener el bienestar físico, psicológico, social y emocional del paciente durante el proceso oncológico y después de este. (2)

La quimioterapia continúa siendo uno de los tratamientos oncológicos principales ya sea con intención curativa, adyuvante o paliativa. Sin embargo, le acompañan gran cantidad de efectos adversos que repercuten de manera significativa en la calidad de vida de las personas que lo reciben. (3) Destacando los síntomas físicos y los síntomas psicológicos, que no afectan solamente a los pacientes de forma individual, sino que también se ve afectado su entorno familiar, laboral y social, pudiendo generar cambios importantes en la percepción de bienestar. (4)

Es cierto que la experiencia oncológica y de la quimioterapia es vivida de diferentes formas por cada persona, dependiendo de factores como la edad, el tipo de diagnóstico, el tipo de pronóstico, el apoyo social disponible, la situación económica o las estrategias de afrontamiento. (5) Por ello, es importante valorar de forma continua las necesidades de los pacientes para poder proporcionar así cuidados individualizados y desarrollar intervenciones orientadas en la prevención y el manejo de los efectos secundarios que se desencadenan debido al tratamiento. Del mismo modo, establecer un apoyo emocional y de acompañamiento durante todo el proceso es un aspecto fundamental que ayuda a mejorar la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes. (6)

A pesar de la importancia que se le da a la calidad de vida en el ámbito oncológico, gran parte de la investigación se sigue centrando únicamente en los resultados clínicos y en la eficacia y eficiencia de los tratamientos y se deja en segundo plano la experiencia subjetiva de los pacientes y supervivientes oncológicos y también de sus familiares, de lo que resulta necesario profundizar en cómo la quimioterapia repercute en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. En este contexto, con este trabajo se busca aportar una visión más amplia y humana sobre el impacto de la quimioterapia en la calidad de vida de los pacientes oncológicos. (7)

2. JUSTIFICACIÓN

Este Trabajo de Fin de Grado nace de la necesidad de profundizar en el estudio de la calidad de vida de los pacientes oncológicos durante y después de la quimioterapia, abordando el proceso desde una perspectiva integral y holística.

Actualmente el cáncer es una enfermedad con gran impacto social y sanitario por la elevada incidencia y por las repercusiones físicas, sociales, económicas, emocionales y psicológicas que esta enfermedad y tratamiento conllevan y repercuten tanto a los enfermos como a su entorno social y familiar. En mayor o menor medida la mayoría de las personas han vivido esta realidad de cerca, ya sea a través de familiares, amistades o incluso en primera persona, lo que hace que este tema tenga tanta relevancia.

La formación en enfermería insiste en la importancia de ofrecer los cuidados de forma integral y centrados en la persona. Los modelos de enfermería como el de Callista Roy defienden la valoración de las necesidades del individuo atendiendo a la persona como un todo en constante adaptación con el entorno y los cambios derivados de la enfermedad. Sin embargo, en la práctica clínica esta atención holística puede estar limitada principalmente a la carga de trabajo y a factores asistenciales y organizativos, y se priorizan los cuidados físicos y control de síntomas, mientras que las otras dimensiones pasan a estar en un segundo plano.

Además, la quimioterapia es uno de los principales tratamientos en oncología, pero produce efectos adversos que afectan de manera significativa a la calidad de vida, no solo durante el tratamiento, sino también después de este. Es importante analizar cómo viven las personas esta etapa y cuáles son las necesidades reales, por eso conviene aportar una visión más amplia del proceso oncológico, contemplando todas las dimensiones de la persona y no únicamente las manifestaciones físicas.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

¿Cómo perciben los pacientes oncológicos la quimioterapia en su calidad de vida desde una perspectiva holística?

Este proyecto tiene como objetivo principal explorar y comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados que las personas con enfermedad oncológica atribuyen a la vivencia de la quimioterapia desde el punto de vista holístico. Para ello se han planteado los siguientes subobjetivos:

- Explorar cómo las personas con enfermedad oncológica describen su experiencia con la quimioterapia.
- Identificar los cambios percibidos por las participantes en las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Analizar cómo la quimioterapia influye en la percepción subjetiva de calidad de vida y de identidad personal.
- Comprender las estrategias de afrontamiento desarrolladas por las participantes para adaptarse a los efectos del tratamiento.
- Evaluar la calidad de vida y el estado emocional mediante el uso de cuestionarios validados (Quality of Life Questionnaire QLQ-C30 y Patient Health Questionnaire - 9) y entrevistas semiestructuradas.
- Contrastar los hallazgos obtenidos con la literatura científica ya existente.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EL CÁNCER, CONCEPTUALIZACIÓN

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por la proliferación descontrolada de determinadas células del organismo, las cuales adquieren la capacidad de invadir tejidos adyacentes y propagarse hacia otras partes del cuerpo. Esta patología puede originarse en prácticamente cualquier tejido del organismo. (8)

En condiciones fisiológicas normales, las células crecen y se dividen mediante un proceso denominado división celular, con el fin de reemplazar las células envejecidas o dañadas. Sin embargo, en ocasiones este mecanismo se altera, provocando que las células anómalas continúen multiplicándose de forma descontrolada. Estas células pueden agruparse formando tumores, que pueden clasificarse en tumores benignos o

malignos. Los tumores benignos permanecen localizados y sin capacidad de diseminación, mientras que los tumores malignos o cancerosos poseen capacidad invasiva y metastásica. (8)

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto en nuestro país como a nivel mundial. Según establece la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), en 2025 se registraron 296.105 nuevos casos de cáncer en España, lo que supone un incremento del 3,3% respecto al año anterior. (1)

A pesar del aumento de la incidencia, también se han producido importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, desarrollándose terapias más eficaces, seguras e individualizadas. (9)

Según la estimación realizada, en 2025 los cánceres más diagnosticados fueron el cáncer colorrectal (44.573 nuevos casos), el cáncer de mama (37.682 nuevos casos), el cáncer de pulmón (34.506 nuevos casos), el cáncer de próstata (32.188 nuevos casos) y el cáncer de vejiga urinaria (22.435 nuevos casos). También destacan los linfomas no hodgkinianos, el cáncer de páncreas, de cavidad oral y faringe, de cuerpo uterino, de estómago e hígado. (9)

En cuanto a la distribución por sexo, los cánceres más frecuentes en hombres son próstata, colon y recto, pulmón y vejiga urinaria, mientras que en mujeres predominan mama, colon y recto. Cabe destacar el aumento del número de casos de cáncer de pulmón en mujeres, asociado principalmente al aumento consumo de tabaco en este colectivo. (9)

El incremento en la incidencia de cánceres en España se debe a diversos factores: el aumento de la población, el envejecimiento de esta, la exposición a factores de riesgo y el aumento de la detección precoz. De manera correlativa al aumento en la incidencia, se espera también un aumento en la mortalidad por esta enfermedad en los próximos años. Se calculan más de 18,3 millones de muertes por cáncer en 2050, siendo los mayores responsables el de pulmón, el colorrectal, el hepático, el de mama y el de estómago. (1)

Gracias a la invención de nuevas técnicas de diagnóstico y a la mejora de los tratamientos, se calcula que la prevalencia de cáncer a 5 años de diagnóstico sea superior a 49 millones de personas, a nivel mundial. (1)

4.2 TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS, EFECTOS SECUNDARIOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS

El abordaje terapéutico del cáncer abarca estrategias que pueden agruparse en cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapias dirigidas, inmunoterapia, o incluso una combinación de esas modalidades. La cirugía y la radioterapia se usan para tumores localizados, mientras que la quimioterapia es el tratamiento de elección en enfermedades diseminadas. (10) Las terapias dirigidas y la inmunología han supuesto un importante avance en oncología debido a su mayor especificidad, selectividad y menor toxicidad. No obstante, cada modalidad conlleva beneficios, limitaciones y efectos adversos diversos, por lo que la elección de tratamiento depende del tipo de cáncer, su estadio y de la salud del paciente, entre otros. (11)

Por otro lado, es importante conocer los efectos del cáncer en el paciente para poder brindarle los cuidados que necesita. Cada tipo de cáncer puede afectar de manera distinta a la persona que lo padece, pero la mayoría tienen un denominador común en cuanto a síntomas generales, y no están sólo los síntomas físicos, que se suelen dar más a conocer, sino que está comprobado también el impacto del cáncer en la salud psicológica y el ámbito espiritual y social de la persona.

La acción del tratamiento quimioterápico provoca gran cantidad de efectos secundarios, debido a que no solamente actúan sobre las células tumorales, sino que también realizan su acción sobre el tejido sano. (12)

Las células tumorales se multiplican a gran velocidad y la quimioterapia se encarga de eliminar las células que se multiplican a esas velocidades, por lo tanto, también hay células sanas que tienen este mecanismo de multiplicación, como las células de la médula ósea, las células de los folículos pilosos y las células de la boca, tubo digestivo y del aparato reproductor. (13)

Es importante saber que no todas las personas van a desarrollar todos los efectos secundarios y además la intensidad variará de unas personas a otras. Además, saber que muchos efectos secundarios son de corto plazo y desaparecerán tras el ciclo de quimioterapia o poco después, pero hay algunos efectos a largo plazo o crónicos. (13)

Los efectos adversos somáticos más comunes son las náuseas, vómitos, disminución o pérdida del apetito, cansancio, alopecia, alteraciones cutáneas, daño en las uñas y una mayor predisposición a infecciones. (3) No obstante, la toxicidad derivada de estos tratamientos puede producir afectación a diferentes órganos y sistemas y esto varía según el tipo de fármaco, la dosis que se administra y las características individuales de cada paciente. (12)

A nivel hematológico, la toxicidad más habitual es la mielosupresión, donde se produce una disminución de la actividad de la médula ósea y aumentando así el riesgo de infecciones bacterianas y fúngicas, además del mayor riesgo a sufrir neutropenia. (12) También pueden producirse alteraciones de la serie roja, ocasionando anemia, y trombocitopenia por el descenso del recuento plaquetario. En los casos en los que la concentración de plaquetas es inferior a 10.000 - 20.000 plaquetas en sangre se valorará la necesidad de transfusión sanguínea. Además, también pueden aparecer alteraciones de la coagulación, aumentando el riesgo de complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas. (12)

En relación con la toxicidad digestiva, son frecuentes la mucositis, las náuseas y vómitos y la alteración del ritmo intestinal que se manifiestan en forma de diarrea o estreñimiento. (6) Es cierto que en algunos casos pueden producirse complicaciones más graves, como la enteritis neutropénica que provoca distensión abdominal, dolor, fiebre, diarrea, neutropenia y trombopenia, o hemorragias digestivas. (12)

La quimioterapia también puede causar daños cardíacos y renales. En el ámbito cardiovascular se incluyen la insuficiencia cardíaca congestiva y las miocardiopatías y por el lado renal la toxicidad se puede expresar como nefrotoxicidad, con deterioro progresivo de la función renal pudiendo llegar a evolucionar a insuficiencia renal aguda. (6) Además pueden aparecer también alteraciones vesicales como la cistitis hemorrágica, o complicaciones pulmonares, entre las que se incluyen la disminución de la capacidad ventilatoria o la presencia de hemorragias pulmonares. (12)

A nivel neurológico, destaca la neuropatía periférica que se caracteriza por dolor, hormigueo o debilidad en manos y pies, además de alteraciones del sistema nervioso central, periférico y autonómico. (12) También son frecuentes las alteraciones dermatológicas, en especial la alopecia causada por la afectación de las células del folículo piloso. (12)

Por otra parte, la toxicidad gonadal puede generar alteraciones en la reproducción. En los hombres, se produce una alteración en la maduración de espermatoцитos y espermatozoides, se aumentan los niveles de la hormona foliculoestimulante (FSH) y de la hormona luteinizante (LH) y se producen daños en el material genético, en cambio en las mujeres puede aparecer amenorrea y se puede producir una disminución de estrógenos. (12) Y de forma excepcional, algunos tratamientos también pueden producir reacciones de hipersensibilidad. (12)

Otro punto a tratar, es el efecto a largo plazo que puede llegar a tener el cáncer en los pacientes que lo han sobrevivido. En ocasiones estas personas viven con un temor constante a que la enfermedad reaparezca, reviven recuerdos del proceso frente a ciertos olores o imágenes y hasta pueden sufrir síntomas compatibles con un diagnóstico de estrés postraumático. Este hecho refuerza todavía más la idea de que el cuerpo no es el único que sufre las consecuencias de recibir una terapia tan agresiva, la propia salud mental del paciente puede quedar marcada por esta experiencia. (14)

4.3 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ONCOLÓGICAS

En la década pasada se reconoció la necesidad de evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, convirtiendo la calidad de vida un indicador destacable dentro de la investigación oncológica. (15)

Según la OMS, la calidad de vida se define como *“la percepción individual de un individuo sobre su posición en la vida en un contexto cultural y los sistemas de valores en los que viven, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”*. Esta definición integra las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y culturales de la persona, dejando atrás el modelo anterior basado exclusivamente en la mortalidad y morbilidad. (16)

Un indicativo de este cambio en la perspectiva del cuidado y el enfoque sobre la enfermedad es la emergencia de ciertos modelos teóricos basados en la importancia de una visión holística del paciente y su entorno, como por ejemplo el modelo de adaptación de Callista Roy.

Con el fin de realizar un análisis multidimensional, que además de contemplar las características físicas, incluya los ahora relevantes aspectos psicológicos, sociales y funcionales, la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) desarrolló instrumentos como el Quality of Life Questionnaire (QLQ) versión 30, conocido generalmente por sus siglas, QLQ - C30. (15)

El concepto de supervivencia en cáncer no está limitado a la ausencia de enfermedad, sino que hace referencia al periodo comprendido desde el diagnóstico hasta el final de la vida del paciente. Tal y como se describe en la American Society of Clinical Oncology (ASCO), la supervivencia implica afrontar múltiples desafíos físicos, emocionales, sociales y económicos que se derivan de la enfermedad y de sus tratamientos. (2) Asimismo, el National Cancer Institute (NCI) destaca que esta etapa incluye la gestión de efectos secundarios, el riesgo de recaída, el seguimiento médico continuado y repercusiones familiares. (2)

A pesar de los avances científicos, la experiencia oncológica puede incluir hospitalizaciones prolongadas. (18) Además de visitas frecuentes a centros de salud, realización de procedimientos médicos invasivos, efectos secundarios a los tratamientos y, en algunos casos, la necesidad de aislamiento, lo que provoca una alteración en la autonomía, entorno social y estilo de vida de los pacientes. (19)

Aunque los tratamientos oncológicos son fundamentales para la supervivencia, también generan una gran cantidad de efectos secundarios físicos, como dolor, fatiga, debilidad, alteraciones gastrointestinales, neuropatías o disminución de la capacidad funcional, lo que limita las actividades básicas y afecta a la percepción de salud. (18)

Además de los efectos físicos mencionados, los pacientes pueden experimentar malestar psicológico debido a la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad, el miedo a los efectos secundarios, la hospitalización prolongada y el aislamiento. (18) Por

esto, la intervención psicológica se orienta a favorecer la adaptación de los pacientes a la enfermedad y a reducir la ansiedad, estrés y otros efectos emocionales que se ven asociados al tratamiento. (19)

Los programas de intervención psicológica están orientados a proporcionar a los pacientes recursos para afrontar el estrés, a través de técnicas como la relajación, imaginación guiada o entrenamiento en habilidades de afrontamiento. (19)

Desde el punto de vista psicosocial, la experiencia oncológica supone una transformación profunda en la vida de la persona. Los supervivientes no solo atraviesan un proceso clínico, sino también un proceso emocional, por donde pasan por diferentes fases que varían entre miedo, negación e incertidumbre hasta la aceptación. Este proceso pone a prueba la resiliencia, la capacidad de adaptación y los recursos internos de los individuos. (2) Ciertamente es que la calidad de vida puede variar a lo largo del tratamiento, durante las fases iniciales se suelen observar más repercusiones en el ámbito social y económico, mientras que en las fases más avanzadas se intensifican los síntomas físicos, las alteraciones funcionales y el impacto emocional. (20)

Emocionalmente, el diagnóstico de cáncer puede desencadenar ansiedad, depresión, estrés e incluso ideación suicida. Además, de alteración en el desarrollo psicosexual, deterioro en la relación de pareja y dificultades en el ámbito socioeconómico, derivadas de la disminución de oportunidades laborales y la dependencia generada tras el proceso patológico. Dichas repercusiones evidencian que la enfermedad no afecta únicamente al cuerpo, sino que tiene un impacto importante en la identidad, en los roles y la autonomía de las personas. (2) Otro estudio sugiere, que las alteraciones de la enfermedad oncológica afectan a múltiples dimensiones del individuo de las que se destacan la ansiedad, la depresión, la fatiga, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de aislamiento y soledad. Estas reacciones no se representan de forma similar, sino que varían dependiendo de las variables personales; edad, recursos de afrontamiento, apoyo social, y según la clínica; tipo de cáncer, estadio y tratamiento a recibir. (20)

Cabe destacar que en los últimos años se comenzaron a estudiar de forma sistemática los factores emocionales y psicológicos que se asocian al cáncer y en ese contexto surgió la Psicooncología, que se centra en la mejora de la adaptación emocional y social

de las personas que se enfrentan al proceso de enfermedad y tratamiento. Además, tiene como objetivos favorecer la adaptación emocional al diagnóstico y tratamiento, promover estrategias de afrontamiento activas y funcionales, reducir el impacto psicológico del tratamiento, mejorar el equilibrio emocional y las relaciones interpersonales y contribuir a un tratamiento médico más efectivo mediante una mayor implicación del paciente. (4)

La dimensión familiar también es uno de los aspectos más afectados a nivel psicosocial, ya que el diagnóstico puede actuar tanto como elemento cohesionador como factor de destrucción. Esto dependerá de los recursos y dinámicas familiares, ya que la calidad de vida afecta también a las familias y entorno cercano. (2)

Por ello, el impacto de la enfermedad y sus tratamientos no se limita al paciente, sino que también afecta a los familiares, los cuales suelen asumir el rol de cuidador y se enfrentan a nuevas responsabilidades. Estas tareas pueden generar sobrecarga física y emocional, que se intensifica conforme avanza la enfermedad. Además, se ha observado que la salud mental y la calidad de vida de los cuidadores se vincula de forma directa al bienestar físico y psicológico de los pacientes. (21)

Por otro lado, las limitaciones derivadas del dolor y de los tratamientos oncológicos han impulsado la incorporación de estrategias no farmacológicas orientadas a mejorar la funcionalidad y la calidad de vida. Intervenciones como el ejercicio terapéutico, el fortalecimiento muscular, el entrenamiento sensoriomotor, la electroterapia, el yoga o la acupuntura han mostrado beneficios en la reducción del dolor, la mejora del equilibrio, la movilidad y el bienestar emocional, favoreciendo la autonomía y funcionalidad, necesaria para mantener la independencia en las actividades de la vida diaria. (22)

Sin embargo, hay más repercusiones que las experimentadas en cuerpo, mente y entorno. Para algunos, la enfermedad representa una experiencia de transformación espiritual, que modifica su relación con la fe y el sentido de la vida. La conexión con creencias religiosas o espirituales puede construir una fuente de consuelo, esperanza y fortaleza ante la incertidumbre, favoreciendo así los mecanismos de afrontamiento positivos. (2)

A su vez, se ha evidenciado que factores como el sexo del paciente y la intensidad o duración de los tratamientos puede influir en la calidad de vida percibida. Un mayor

número de ciclos de tratamiento y el sexo femenino se asocian a un mayor riesgo de deterioro en varias dimensiones de la calidad de vida, además de afectación en aspectos físicos, funcionales y emocionales. A diferencia de la adaptación a la enfermedad, que está determinada por la historia personal, los recursos de afrontamiento y el apoyo social y familiar. (23)

En conjunto, la evidencia científica establece que la supervivencia al cáncer implica un proceso complejo de recuperación y de adaptación. Comprender las diferentes experiencias es fundamental para diseñar intervenciones que promuevan la atención integral y centrada en las personas, en especial desde el ámbito de la enfermería, donde el cuidado holístico constituye un pilar esencial. (2)

Para ello, estas evidencias resaltan la necesidad de un abordaje integral de la enfermedad oncológica, que considere los efectos físicos de los tratamientos, el impacto emocional y social. (18) Y la implementación de intervenciones multidisciplinarias que incluyan apoyo psicológico, seguimiento físico y estrategias de rehabilitación para mejorar la calidad de vida. (19)

4.4 IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL DEL CÁNCER Y ROL DE LA ENFERMERÍA

La enfermedad oncológica supone un importante impacto psicológico tanto para la persona que lo padece como para su entorno familiar y social. El diagnóstico de cáncer genera una situación de amenaza que puede alterar de forma significativa al equilibrio emocional, a las relaciones sociales y a la dinámica familiar. (5)

Las respuestas emocionales de las personas no son homogéneas, sino que depende de diversos factores, como la fase del proceso oncológico en la que se encuentra la persona, de las circunstancias personales y familiares en el momento del diagnóstico, de las experiencias previas relacionadas con la enfermedad, el apoyo disponible y los tratamientos a los que se sometan, entre otros. (5)

A consecuencia de esto, cada persona puede responder de forma muy diferente ante la enfermedad. Estas reacciones pueden actuar facilitando la adaptación a la situación, o por lo contrario provocar conductas desadaptativas. La diferencia entre una respuesta

adaptativa y una desadaptativa depende de la intensidad, la duración y la proporcionalidad de la respuesta emocional, y del grado que afecta al funcionamiento cotidiano de la persona y a su calidad de vida. (5)

El proceso oncológico se diferencian diversas etapas clínicas que ayudan a entender mejor las necesidades psicológicas y emocionales que varían según el momento evolutivo de la enfermedad. (5)

En la fase de prediagnóstico aparece la incertidumbre, generando sensación de pérdida de control, preocupación constante e incluso alteraciones del sueño. (5) Tras la confirmación diagnóstica, el impacto emocional se suele intensificar y aparece el miedo, la ansiedad, ira, negación, irritabilidad o culpa. Según el modelo de Kübler-Ross, el afrontamiento ante el diagnóstico puede implicar diferentes respuestas emocionales como negación, ira, negociación, depresión y aceptación, aunque estas no tienen que ir en un orden específico, ya que cada persona vive el proceso de forma individual y dinámica. (5)

Durante el tratamiento, las limitaciones físicas y los efectos secundarios pueden producir cambios importantes en la vida cotidiana, afectando a los roles familiares, sociales y laborales. En la fase de postratamiento, es frecuente el miedo a la recaída, lo que desencadena ansiedad o depresión. (5)

En los casos de recaída o progresión de la enfermedad, se suele intensificar el malestar psicológico, generando sentimiento de frustración o decepción. (5) En las fases avanzadas de la enfermedad o en estados terminales es frecuente el miedo al sufrimiento y al dolor, el miedo a la dependencia y a la muerte, donde adquiere importancia el apoyo emocional y la atención paliativa. (5)

Finalmente, la fase de supervivencia implica un proceso de adaptación física, emocional y social y pueden persistir las secuelas derivadas de la enfermedad y su tratamiento, donde los retos más frecuentes suelen ser la reincorporación al trabajo, la adaptación a las limitaciones físicas y la reconstrucción de una identidad personal. (5)

El papel de enfermería es muy importante en el cuidado de la persona oncológica. En oncología es crucial proporcionar una atención continuada y adaptada a la persona y a

las diferentes etapas, ya que pueden ir variando. La enfermería oncológica requiere una gran implicación tanto física como emocional, debido a que se debe atender de forma integral a las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales y además ofrecer apoyo al entorno familiar. (5)

Es cierto que las características y las necesidades de los pacientes oncológicos pueden ser muy dispares, debido a la diversidad en factores como la edad, sexo, comorbilidades, situación familiar, situación social, creencias... y también por factores oncológicos específicos como el tipo de tumor, el estadio, los tratamientos proporcionados, todo esto crea perfiles de pacientes completamente diferentes. (24)

Los profesionales de enfermería tienen múltiples responsabilidades, entre las cuales consta proporcionar orientaciones y herramientas tanto al paciente como a los familiares para hacer frente a las situaciones estresantes, frustración, deterioro y cambios surgidos durante el proceso. Tarea que necesita valoración individualizada, además de que deben contar con competencias de comunicación, principalmente comprensión y sensibilidad ante las vivencias tanto de pacientes como familiares. (25)

Uno de los aspectos prioritarios es el control y manejo del dolor, ya que tiene un impacto directo en la calidad de vida del paciente y es de los más influyentes. Este signo, a menudo descrito como la quinta constante vital, puede interferir con las relaciones interpersonales, el estado de ánimo y hasta el propio funcionamiento del organismo. Por ello su control es considerado uno de los principales objetivos en cualquier proceso de atención. (5) Además, otro aspecto importante a considerar es el aspecto emocional, ya que el sufrimiento es común en la mayoría de los pacientes y familiares, la enfermería tiene un papel importante en cuanto al afrontamiento adecuado, al equilibrio desencadenado por los cambios, logrando esto a través de unos cuidados comprensivos y personalizados. (25)

Para lograr un cuidado integral, la práctica enfermera se basa en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método de atención permite proporcionar cuidados de forma estructurada, lógica y sistemática, con el objetivo principal de planificar y aplicar intervenciones individualizadas que permitan satisfacer las necesidades de salud del paciente. (5) Y crear una atención continuada, proporcionando un plan de seguimiento coordinado con el resto de los profesionales. (24)

4.5 MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

El Modelo de Adaptación de Callista Roy concibe a la persona como un sistema adaptativo holístico, en el que diferentes dimensiones del ser humano funcionan de forma integrada con el objetivo de mantener la estabilidad y equilibrio frente a los cambios. Además, incluye también a familias, grupos, comunidades y sociedades. (6)

Las personas están constantemente sometidas a estímulos que provienen del entorno y responden a estos por procesos de adaptación que se adquieren a lo largo de la vida. Por ello se debe considerar a cada persona como un ser único, autónomo y digno y que forma parte de un contexto del que no puede separarse. (6)

Se destaca la importancia de valorar a la persona de forma integral, y en esta valoración se incluyen aspectos fisiológicos y psicosociales, esto permite conocer el estado de salud del paciente, su percepción de la situación que está viviendo, las estrategias de afrontamiento que emplea y las expectativas respecto al cuidado enfermero. De este modo, los profesionales de enfermería pueden diseñar intervenciones para favorecer la adaptación y el bienestar del paciente. (6)

Los modos adaptativos representan las diferentes áreas en las que se manifiestan las respuestas del individuo frente a los estímulos del entorno, lo que permite analizar las conductas de las personas y valorar su capacidad de adaptación ante situaciones que afectan al estado de salud. (26)

Roy describe cuatro modos adaptativos principales: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia. (26)

El modo fisiológico hace referencia a los procesos físicos y a las necesidades básicas del organismo que permiten mantener un equilibrio biológico, donde se incluyen los aspectos relacionados con la nutrición, oxigenación, eliminación, descanso, actividad, funcionamiento de los sentidos, función endocrina... evaluando así las respuestas fisiológicas del organismo ante los estímulos. (26)

El modo de autoconcepto está relacionado con las creencias, percepciones y sentimientos, se incluyen la percepción corporal, la identidad personal, la identidad

moral, etc. permite conocer, así como la persona percibe su situación y cómo esto afecta a su autoestima y bienestar. (26)

El modo de función de rol se refiere a los comportamientos que una persona adopta en función de su posición dentro de la sociedad y de las expectativas que se le asocian. Se hace una distinción de tres tipos de roles; el rol primario, relacionado con la edad o sexo; el rol secundario, asociado a funciones como ser padre, madre o cónyuge; y rol terciario, que se refiere a roles temporales o según circunstancias. (26)

El modo de interdependencia se centra en las relaciones que la persona establece con su entorno como la familia, amigos, sanitarios... Se basa en la búsqueda de apoyo, ayuda o afecto, satisfaciendo así necesidades fundamentales como el amor, afecto, educación y apoyo. (26)

Estos cuatros modos permiten a los profesionales de enfermería realizar una valoración integral de las respuestas de los pacientes ante los estímulos del entorno y elaborar así intervenciones dirigidas a favorecer la adaptación y bienestar. (26)

4.6 JUSTIFICACIÓN DEL ENFOQUE HOLÍSTICO

Se adopta un enfoque holístico para conseguir el objetivo de analizar de forma integral los cambios en la calidad de vida de las personas que reciben tratamiento de quimioterapia, este enfoque es especialmente adecuado en el contexto oncológico, ya que la experiencia de la enfermedad y del tratamiento no está limitada a los efectos físicos, sino que influye a todas las áreas de la vida de las personas. (27)

Además de los cambios físicos aparentes que se derivan del tratamiento, pueden aparecer también cambios a nivel emocional, modificaciones en la percepción de uno mismo o de su propio cuerpo, alteraciones relacionadas con la sexualidad, con las relaciones familiares y sociales, con la situación laboral o la estabilidad económica. (27) También en muchas personas esta vivencia lleva a procesos de reflexión personal o cambios en las creencias o valores.

Por todo ello, cabría esperar que todos los posibles efectos secundarios que el tratamiento quimioterapéutico puede provocar hubieran sido estudiados con igual rigor, pero no ha sido así. Durante mucho tiempo los estudios al respecto se han centrado

principalmente en el impacto de la quimioterapia en el organismo que la recibe, siguiendo un enfoque más biomédico.

En contraposición, este proyecto se presenta también como una exploración de las consecuencias que conlleva este tratamiento, pero a nivel holístico. Incluyendo una valoración de aspectos que varían desde la sexualidad hasta la espiritualidad de la persona, para investigar verdaderamente todos los ámbitos del paciente que puedan verse repercutidos. De esta manera, se puede ofrecer una visión completa y real de las implicaciones que conlleva la quimioterapia, con el fin de poder solucionar o aliviar en la medida de lo posible la mayor parte de ellos. Con este estudio como guía, se podría llegar a minimizar este impacto en la calidad de vida de los pacientes oncológicos y preservar en la medida de lo posible su estado biopsicosocial previo a la enfermedad.

La evidencia resalta la problemática en la experiencia humana de la atención oncológica, los sistemas están diseñados para proporcionar una atención que es insuficiente en cuanto al abordaje de las dimensiones emocionales, relacionales y existenciales del cáncer. Se pone el foco en otras acciones que priorizan el control de la enfermedad y dejan descuidadas las prácticas que se centran en el bienestar, dignidad y alivian el sufrimiento. (7)

La nueva visión en oncología busca la humanidad, la empatía, la equidad y la responsabilidad, este cambio necesitará reorientar las prioridades asistenciales, situando la experiencia vivida tanto de pacientes como de familiares como un elemento esencial para el progreso. Ya que no existe ninguna tecnología que pueda sustituir la comprensión, la presencia o la capacidad de ofrecer tranquilidad, igual que no puede existir ningún modelo sostenible de atención oncológica que ignore la compasión y conexión humana. (7) Por ello, la rehumanización de la atención oncológica se plantea como un paso hacia un futuro coherente, justo y sostenible. (7)

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO

Este proyecto se desarrolló bajo un diseño mixto con predominio cualitativo. La elección de este enfoque se debió a la necesidad de obtener una visión más amplia y profunda del fenómeno de estudio, combinando diferentes fuentes de información que aportaron riqueza al análisis.

El eje central del trabajo adoptó un enfoque fenomenológico, el cual estuvo orientado a comprender la experiencia vivida en el tratamiento de la quimioterapia desde la perspectiva de las personas con enfermedades oncológicas. Esto permitió explorar en profundidad la percepción subjetiva de las participantes, conociendo sus vivencias durante el proceso de tratamiento y tras este.

De forma complementaria, se emplearon cuestionarios estandarizados y validados con el fin de contextualizar y ampliar la comprensión del impacto del tratamiento en la calidad de vida. La revisión de la literatura científica permitió fundamentar de forma teórica el estudio y situar los resultados dentro de los conocimientos.

En todo momento se prestó especial atención a los cambios en la actividad de vida de las participantes a lo largo del proceso de tratamiento y a la evolución tanto de su estado físico como emocional, psicológico y espiritual.

El desarrollo del estudio se estructuró en varias fases, en noviembre de 2025 se inició la revisión de la bibliografía sobre la temática, lo que permitió establecer las bases teóricas, en febrero de 2026 se llevó a cabo la elaboración de las entrevistas semiestructuradas. A partir de ese momento se inició la recogida de datos mediante cuestionarios validados y entrevistas preparadas para su posterior análisis y estudio con la bibliografía existente.

5.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante el uso de diferentes bases de datos y bibliotecas científicas, entre las que se encontraron: PubMed, CINAHL, Google Scholar y Dimensions. Además, se emplearon palabras clave en lenguaje natural, relacionadas

directamente con la temática abordada como: “calidad de vida”, “quimioterapia”, “físico”, “psicológico”, “social”, “espiritual”, “sexual”, “laboral”, “económico” y “holístico”. Para optimizar la recuperación de la información se usaron operadores booleanos como AND y OR, haciendo combinaciones eficaces entre los distintos términos.

Posteriormente, los resultados de búsqueda obtenidos fueron cribados hasta que restaron únicamente documentos relacionados de forma directa con el objeto de estudio y que aportaban una evidencia fundada sobre la que basar este trabajo. Se seleccionaron, compararon y analizaron en profundidad estudios previos centrados en la experiencia de pacientes sometidos a tratamiento quimioterapéutico. Para ello, se establecieron como criterios de inclusión: artículos publicados en revistas científicas revisadas por pares, estudios con enfoque cualitativo o mixto, investigaciones relacionadas con la calidad de vida, el impacto físico y psicológico o percepciones de los pacientes durante la quimioterapia. El análisis de los artículos permitió contrastar diferentes enfoques, identificar coincidencias y detectar vacíos en la literatura científica.

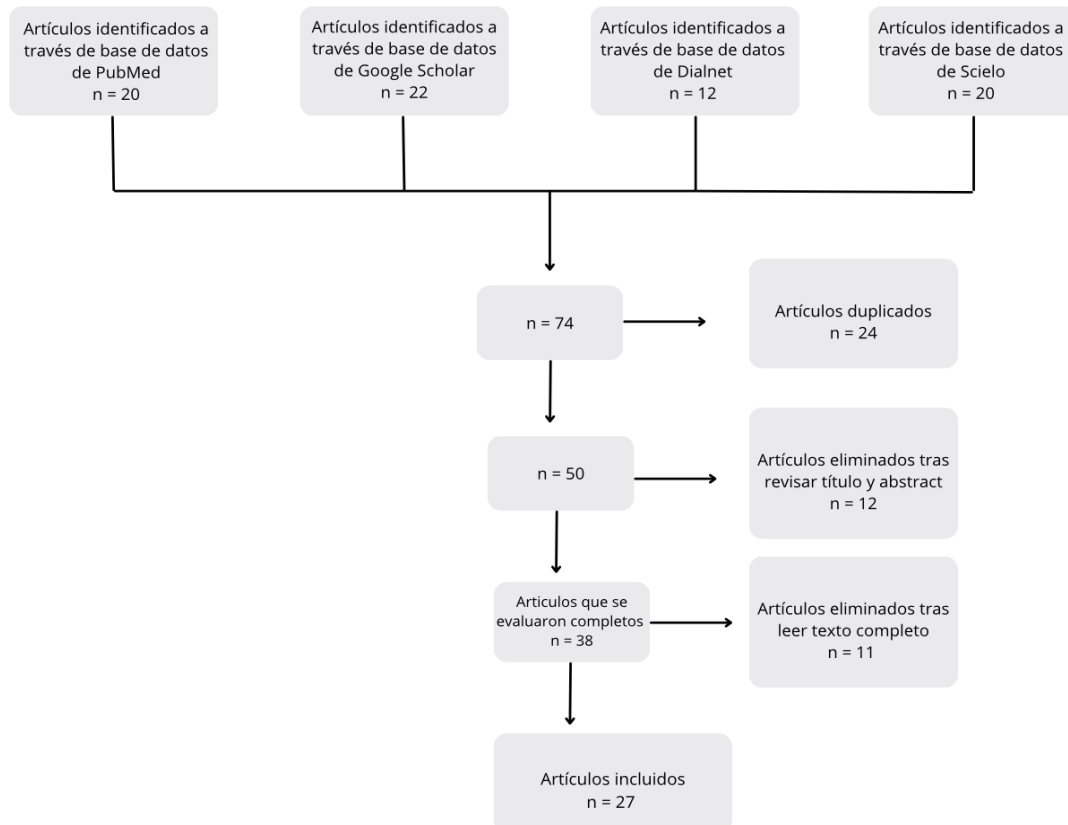
En cuanto a las fuentes web, se evaluó la veracidad y fiabilidad, priorizando aquellas procedentes de instituciones oficiales, organismos gubernamentales y entidades reconocidas. Asimismo, se compararon distintos sitios web para verificar la coherencia de datos y minimizar los posibles sesgos.

Además de las fuentes científicas consultadas, se incorporaron también testimonios recogidos de una publicación divulgativa dirigida a personas que han recibido tratamiento de quimioterapia. Si bien no se trata de una fuente científica validada, su inclusión se justifica como material complementario de carácter experiencial, que permite enriquecer la comprensión del impacto subjetivo del tratamiento en la calidad de vida. La fuente no se usó como evidencia científica, sino como apoyo y como material testimonial complementario para aportar riqueza narrativa.

La mayoría de la bibliografía empleada comprendió publicaciones entre los años 2010 - 2026, permitiendo disponer de evidencia científica actualizada. Es cierto que se incorporó una base histórica relevante, ya que se trata de un documento de Jane C. Wright oncóloga pionera que transformó la quimioterapia de un tratamiento experimental a un tratamiento de referencia, así convirtiéndolo en una de las principales bases terapéuticas en oncología. (10)

Los idiomas empleados en la revisión bibliográfica fueron español, inglés y portugués. Finalmente, el formato de citación empleado fue Vancouver, asegurando la adecuada correspondencia entre las citas incluidas en el texto y el apartado de referencias bibliográficas.

Ilustración 1. Diagrama de flujo



5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las participantes fueron personas voluntarias, integrantes de la asociación “*La Liga contra el Cáncer*”, a las cuales se les informó tanto de forma verbal como escrita acerca del propósito y objetivos de la entrevista y posterior estudio. Se les proporcionó información relativa a la confidencialidad y análisis de los datos personales, según la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que establecen un marco de derechos y obligaciones para la protección de datos personales, donde se exige que se trate la información de forma lícita, leal y transparente, obteniendo el consentimiento de las personas implicadas y garantizando el derecho a su acceso, rectificación y suspensión entre otros.

El estudio cuenta con la declaración responsable de aspectos éticos con código de referencia CEIPSA-2025-TFG-0180 (véase ANEXO 1)

El consentimiento informado de las participantes fue obtenido de manera verbal al inicio de cada grabación. Las entrevistas fueron grabadas únicamente en formato audio mediante un dispositivo móvil utilizado exclusivamente como herramienta de captación de sonido, los archivos fueron transferidos a un espacio de almacenamiento seguro bajo la supervisión de la tutora responsable del TFG y eliminados del dispositivo de origen.

Con el fin de preservar el anonimato y la confidencialidad de las participantes, cada entrevista fue codificada mediante una identificación numérica (“Entrevista 1”, “Entrevista 2”, etc.) eliminando cualquier dato que pudiera permitir la identificación personal de las participantes. El acceso a los audios y transcripciones estuvo restringido exclusivamente a los investigadores y a la tutora académica responsable del estudio.

Las grabaciones fueron utilizadas únicamente para la transcripción y análisis de datos, excluyéndose de forma exclusiva la información relevante para la investigación. Los audios y transcripciones fueron custodiados de forma segura y empleados solamente con fines académicos y de investigación. Finalmente, una vez presentado y evaluado el Trabajo de Fin de Grado, los archivos de audio serán eliminados de forma definitiva, conservándose únicamente, si fuese necesario, las transcripciones seudonimizadas imprescindibles para justificar el proceso de análisis realizado.

5.4 MUESTRA DEL ESTUDIO

La muestra del presente estudio estuvo formada por cinco mujeres voluntarias pertenecientes a la asociación *La Liga contra el Cáncer*. Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia, seleccionando a aquellas participantes que cumplieran los criterios establecidos y que aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación.

Las participantes tenían edades comprendidas entre los 53 y 68 años y presentaban diagnóstico de cáncer de mama o de colon. Todas habían recibido tratamiento quimioterapéutico.

Debido al carácter cualitativo del estudio, más que obtener una muestra representativa de la población general, se buscó profundizar en las experiencias y vivencias de las participantes en relación con el objetivo de estudio.

Los criterios de inclusión establecidos para participar en el estudio fueron los siguientes:

- Haber completado las fases principales del tratamiento de quimioterapia.
- Ser mayor de edad.
- Aceptar la participación voluntaria y dar el consentimiento informado.

Por otro lado, se establecieron como criterios de exclusión:

- Haber recibido menos de cinco sesiones de quimioterapia.
- Ser menor de edad.
- Presentar entrevistas incompletas o con respuestas limitadas a monosílabos, lo que dificultaba el análisis.

Para la captación de las participantes del estudio se contactó con Montserrat Querol, integrante de la asociación de *La Liga contra el Cáncer*, a quien se informó de forma escrita acerca de los objetivos y finalidad del estudio.

Antes del inicio de las entrevistas se informó a las participantes tanto de forma oral como escrita acerca del proyecto. Además, se explicó que los fines del estudio eran solamente académicos y de investigación y que se respetaría su anonimato en todo momento. Para poder participar en el estudio, todas las participantes debían otorgar su consentimiento informado, el cual se realizó de forma verbal al iniciar la grabación de la entrevista.

5.5 RECOGIDA DE DATOS

El método seleccionado para la obtención de datos fue una combinación de varias fuentes para garantizar un análisis completo y fundamentado. Por un lado, se llevaron a cabo entrevistas y por otro lado se realizó un análisis comparativo de una amplia selección de artículos científicos previamente publicados como fuente complementaria de información.

La búsqueda bibliográfica se efectuó de manera previa a las entrevistas para así poder establecer un contexto sólido y adquirir los conocimientos necesarios que favorecieran el desarrollo fluido de los diálogos venideros. Esta revisión permitió identificar antecedentes y enfoques relevantes que sirvieron de guía para la elaboración de los instrumentos de recogida de datos. En este punto se observó que muchos estudios no abordaban el tema de forma integral, donde se dejaban fuera dimensiones importantes de la calidad de vida. Esta limitación justificó la necesidad de complementar la revisión con entrevistas, con el objetivo de recoger información que abarcara de forma global todos los factores que afectan a la calidad de vida.

Por su parte, las entrevistas se realizaron en una ubicación específica acordada con cada individuo en caso de ser presenciales. De lo contrario, se acordó una cita online para posibilitar a todos los voluntarios que desearan participar el hecho de poder hacerlo.

Se intentó promover la primera opción mencionada a fin de establecer un entorno más cercano y seguro donde una conversación de estas condiciones pudiera resultar más cómoda y natural para el entrevistado.

Finalmente, la integración de los datos se realizó mediante un enfoque mixto. Los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica sirvieron como marco de referencia para interpretar la información cualitativa de las entrevistas, esta combinación permitió contrastar y relacionar diferentes fuentes de información, asegurando así la validez y confiabilidad de los resultados y ofreciendo una visión más amplia del objeto de estudio.

En conjunto, estas técnicas permitieron evaluar los factores que afectan a la calidad de vida combinando la evidencia documentada con la información directa de las participantes, abordando así todos los factores que influyen en la calidad de vida de manera integral y limitando así la posibilidad de que algún ámbito quedara inexplorado.

5.6 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos se emplearon tanto instrumentos cuantitativos como cualitativos con el fin de analizar de forma integral el impacto de la quimioterapia en la calidad de vida de las personas con diagnóstico oncológico.

En primer lugar, se incluyeron preguntas de datos sociodemográficos, basadas en el estudio *“Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia”* (29). Con estas preguntas se recogió información sobre la edad, sexo, estado civil, profesión y situación laboral de las personas participantes, lo que permitió realizar una contextualización de los resultados obtenidos. A su vez, se recopilaban ciertos datos estadísticos que podrían resultar de gran valor más adelante con su análisis.

Adaptado del mismo estudio, se añadieron también preguntas sobre la historia clínica, incluyendo datos sobre el diagnóstico oncológico, estadio de la enfermedad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tratamientos recibidos, situación clínica actual y pronóstico. Todo ello con la idea de poner de manifiesto las características de la enfermedad, su evolución y estado actual, para comprender las peculiaridades de cada caso.

Posteriormente, se realizó la entrevista semiestructurada. Se optó por este tipo de entrevista, ya que permitía poder preparar de antemano los temas a tratar y guiar el diálogo, posibilitando en todo momento la libertad de exponer las experiencias propias y de este modo enriquecer la entrevista. Además, mediante este método de recogida de datos se logró profundizar en la experiencia personal de las participantes respecto a sus cambios físicos, impacto psicológico y emocional, así como en la manera en que este tratamiento había repercutido en su vida cotidiana y actividades de la vida diaria.

A través de este instrumento se profundizó en aspectos relacionados con el conocimiento previo sobre la quimioterapia, los síntomas experimentados durante el tratamiento y las estrategias empleadas para su manejo, los cambios y secuelas físicas y psicológicas, el uso de terapias complementarias, los miedos experimentados, los cambios en la vida laboral y el proceso de reincorporación al trabajo, como también los cambios en el estilo de vida tras el proceso oncológico.

La entrevista fue elaborada con preguntas extraídas de diversos estudios previos relacionados con la experiencia del cáncer y la quimioterapia, entre ellos *“Un estudio cualitativo entre pacientes con cáncer de mama en quimioterapia: experiencias y efectos secundarios”* (31), *“Determinantes de la satisfacción del paciente en un Hospital*

de *Día de Oncología Español y su relación con la calidad de vida* (32), *“El impacto del tratamiento curativo del cáncer en la salud sexual”* (34), *“Impacto psicosocial de los pacientes con cáncer en sus familias”* (35) y una revista con testimonios de personas llamada *“Después del cáncer”* (36). Las preguntas fueron revisadas y adaptadas a los objetivos del trabajo.

Pese al empleo de instrumentos procedentes de estudios previos, se observó que algunos aspectos relevantes de la vivencia del tratamiento y de la calidad de vida no quedaban suficientemente abordados teniendo en cuenta la perspectiva holística, por ello, se añadieron preguntas elaboradas por los autores del estudio con el fin de profundizar en las dimensiones menos abordadas.

También se consideró importante profundizar en la repercusión de la enfermedad y tratamiento sobre la familia, pareja e hijos, así como la importancia del apoyo familiar durante el proceso, esto surgió tras observar que numerosos estudios mencionaban estos aspectos de forma superficial y se centraban únicamente en la experiencia de la persona enferma dejando en un segundo plano la vivencia de las personas cuidadoras o acompañantes. Se incorporaron, además, preguntas elaboradas por los investigadores que permitieron explorar ámbitos como la espiritualidad y creencias personales, la vida sexual y la autoestima.

Finalmente, con el objetivo de ampliar de forma más exhaustiva el impacto de la quimioterapia en la calidad de vida de las personas que la reciben, se decidió complementar las entrevistas semiestructuradas con una serie de cuestionarios validados. Esta estrategia permitió abordar de forma más rigurosa y sistemática las diversas dimensiones de la calidad de vida y del estado emocional de las participantes.

Concretamente se empleó el cuestionario Patient Health Questionnaire (*PHQ-9*) (véase ANEXO 2) para evaluar los síntomas emocionales. (30). Y además el cuestionario QLQ-C30 de la European Organisation For Research And Treatment of Cancer (*EORTC*) (véase ANEXO 3), empleado para analizar de forma multidimensional y estandarizada el estado de salud, funcionalidad y síntomas físicos y psicológicos asociados al cáncer y su tratamiento. (15)

En cuanto al cuestionario estandarizado, el EORTC QLQ-30, se solicitó la autorización correspondiente a la EORTC, la cual fue aprobada por lo que se procedió a su uso en este proyecto. (véase ANEXO 4)

En conjunto, la combinación de cuestionarios validados y la entrevista semiestructurada permitió obtener una visión más amplia, profunda y holística tanto de las peculiaridades clínicas de cada caso como de la vivencia de la enfermedad y del tratamiento por parte del paciente y sus familiares.

ENTREVISTA:

Datos sociodemográficos:

- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:
- Profesión:
- Situación laboral:

Historia clínica:

- Diagnóstico:
- Estadio:
- Tiempo desde el diagnóstico (cuanto hace que fue diagnosticado):
- Tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía...):
- Situación actual (en progresión, no valorable, respuesta completa, respuesta parcial):
- Pronóstico:

Depresión:

- Cuestionario PHQ-9

Calidad de vida:

- Cuestionario EORTC QLQ-C30

Las preguntas de la entrevista semiestructurada fueron elaboradas a partir de una revisión exhaustiva de estudios previos, artículos científicos y testimonios de personas que han vivido procesos de quimioterapia.

Una vez recopiladas, fueron revisadas con el fin de garantizar que se reflejaban los objetivos de la investigación, cada pregunta se vinculó a una dimensión de la calidad de vida posiblemente afectada por la quimioterapia, incluyendo aspectos físicos, emocionales, sociales, familiares, laborales, económicos, espirituales y sexuales.

Las preguntas se elaboraron con el fin de ser claras y comprensibles, se reguló el lenguaje empleado para que fueran fáciles de entender por personas de distintos niveles educativos y sin conocimientos técnicos en oncología.

Se identificaron posibles preguntas que exploraban la misma dimensión o daban información similar y se fusionaron para reducir la extensión de la entrevista y evitar repeticiones en las respuestas y así reducir la densidad del instrumento. Además, de esta manera se dinamiza la conversación y se minimiza la fatiga de las participantes.

Para facilitar la conversación y mejorar la experiencia del entrevistado, se estructuraron las preguntas por bloques temáticos:

- Conocimientos y expectativas previas sobre quimioterapia.
- Síntomas físicos y estrategias de afrontamiento.
- Impacto psicológico y emocional.
- Cambios en la autoestima, imagen corporal y vida sexual.
- Repercusiones familiares y sociales.
- Aspectos laborales y económicos.
- Espiritualidad y cambios en los valores y las prioridades de vida.
- Miedos, aprendizajes y percepción global de la etapa de vida.

Con este procedimiento se buscó que la entrevista semiestructurada fuese un instrumento válido, fiable y adecuado para estudiar de forma integral la experiencia de las personas que reciben (han recibido) quimioterapia, haciendo un abordaje tanto de las dimensiones ya documentadas en literatura previa como aquellas dimensiones menos estudiadas.

- Conocimientos y expectativas previas sobre quimioterapia:

¿Conocía usted en qué consistía el tratamiento quimioterapéutico antes de recibirlo, cree que esto ha repercutido en su experiencia?

Pregunta extraída del estudio *“Estudio cualitativo entre pacientes con cáncer de mama en quimioterapia: experiencias y efectos secundarios”*, que se decidió implementar debido a que permitía explorar el nivel de información previa del paciente, así como posibles creencias erróneas o expectativas. La literatura mostró que el grado de conocimiento previo influye en el miedo, la ansiedad y la vivencia del tratamiento. (31)

Esta pregunta se enmarcó en el modo de autoconcepto del Modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que permitía analizar cómo las expectativas influían en la adaptación emocional y en la vivencia personal. La información es un factor que puede afectar a la experiencia del tratamiento por parte de los pacientes. Por ello, con esta pregunta se pretendió averiguar si este impacto era positivo o negativo y cómo podía regularse y adaptarse la comunicación de esta información a las necesidades y características del usuario.

¿Qué le pareció la atención sanitaria a lo largo de la experiencia?

Pregunta vista en *“Determinantes de la satisfacción del paciente con la atención en un Hospital de Día oncológico español y su relación con la calidad de vida”*. En algunos estudios se menciona la relación profesional-paciente y se consideró relevante profundizar en la percepción de las personas en el sistema sanitario, ya que la calidad de la atención, la comunicación, la relación de ayuda y el acompañamiento terapéutico influyen de forma directa en la calidad de vida percibida. (32)

Esta pregunta se enmarcó en el modo de interdependencia del Modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que exploraba las relaciones del paciente con su entorno de cuidado y las redes de apoyo institucional. El concepto “tratamiento” no incluye únicamente al conjunto de fármacos empleados, sino que engloba el trato, la atención y los cuidados recibidos por parte de los profesionales. Este contacto puede tener un gran impacto en la vivencia del proceso de enfermedad y tratamiento por lo que resultó esencial evaluarlo.

- Síntomas físicos y estrategias de afrontamiento:

¿Qué síntomas físicos experimentó durante el tratamiento y cómo los gestionó?

Pregunta sacada del estudio *“Estudio cualitativo entre pacientes con cáncer de mama en quimioterapia: experiencias y efectos secundarios”* Es cierto que en el cuestionario EORTC ya se abordaban los síntomas físicos, pero con esta pregunta se podía tratar el significado subjetivo de dichos síntomas y se permitía al paciente ampliar la información a aportar en caso de que sintiera esa necesidad. Los síntomas físicos han sido los más estudiados a lo largo de los años y por ende se posee una gran cantidad de información al respecto, lo cual resultó de gran utilidad durante el proceso de análisis de los datos recopilados. (31)

Esta pregunta se enmarcó en el modo fisiológico del Modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que permitía valorar las respuestas físicas y los mecanismos de adaptación ante los efectos del tratamiento. Son bien conocidos ciertos efectos secundarios de la quimioterapia como la caída del cabello o la fatiga, pero podían existir otros muchos que no habían sido bien explorados. Con esta pregunta se permitió al paciente comentar todo aquello que este tratamiento le había provocado a nivel orgánico.

- Impacto psicológico y emocional:

¿Cómo le afectó a nivel psicológico este tratamiento?

Pregunta sacada del estudio *“Estudio cualitativo entre pacientes con cáncer de mama en quimioterapia: experiencias y efectos secundarios”*. Esta permitió ampliar la evaluación emocional más allá de la valoración obtenida en el cuestionario PHQ-9. (31)

Esta pregunta se enmarcó en el modo de autoconcepto del Modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que permitió conocer las respuestas emocionales y la adaptación psicológica ante este cambio. Tanto la enfermedad del cáncer en sí misma como la idea de tener que afrontar su tratamiento son noticias que el paciente debe gestionar y no siempre se es poseedor de las herramientas necesarias a nivel psicológico para hacerlo. Por ende, se comprobó que tanto esta enfermedad como la quimioterapia están asociadas a síntomas de ansiedad y depresión. Esta pregunta permitió indagar y conocer la profundidad de este efecto. (33)

- Cambios en la autoestima, imagen corporal y vida sexual

¿Sufrió usted algún cambio en su visión de sí mismo o en su autoestima?

Se elaboró esta pregunta debido a que la imagen corporal, la identidad y la autoestima no siempre se exploran en profundidad en los estudios cuantitativos, en especial tras los cambios físicos derivados de la quimioterapia y se consideró que este aspecto era esencial en la percepción de la calidad de vida de las personas.

Esta pregunta se enmarcó en el modo de autoconcepto del Modelo de Adaptación de Callista Roy, que permitió observar la percepción que tenía cada persona sobre sí mismo y sobre su identidad y cómo afecta este proceso en su autoestima. Los efectos que supone la quimioterapia a nivel corporal pueden afectar a su imagen, y los efectos psicológicos a su perspectiva de sí mismos. La intención fue averiguar hasta qué punto podía verse alterada su autoestima tras sufrir los efectos mencionados en las preguntas previas a esta.

¿Influyó esta terapia en su vida sexual?

Pregunta vista en *“El impacto del tratamiento curativo del cáncer en la salud sexual: resultados clínicos del estudio de validación EORTC QLQ-SH22”*. La sexualidad es un área normalmente invisible en la investigación, pese a que se ve afectada por los cambios hormonales, cambios físicos y alteraciones emocionales. Por ello se decidió incluirla para tener una visión integral más amplia sobre la calidad de vida, abordando así un aspecto íntimo que rara vez se explora de forma directa. (34)

Esta pregunta se enmarcó en el modo de autoconcepto e interdependencia del Modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que permitió analizar una visión más personal del paciente y sus relaciones íntimas. Aunque existe evidencia sobre el impacto del cáncer y la quimioterapia en la salud sexual de los pacientes, este aspecto continúa sin haberse abordado suficientemente, más aún desde un enfoque integral biopsicosocial. Por ende, se consideró conveniente la adición de esta pregunta a la entrevista, para visibilizar y analizar más en profundidad este tema.

- Repercusiones familiares y sociales:

¿Cómo afectó todo esto a sus familiares y su relación con ellos?

Pregunta vista en *“Impacto psicosocial de los pacientes con cáncer en sus familiares”*. Resultó importante profundizar en cómo la enfermedad influye y transforma la dinámica familiar, con esta pregunta se pretendió analizar los cambios en roles, sobrecarga del cuidador, impacto en la pareja e hijos y la calidad de las relaciones familiares. (35)

Esta pregunta se enmarcó en el modo de rol e interdependencia del Modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que se centra en las relaciones personales y el apoyo social que recibe el paciente, así como el rol que ocupa en la familia y si presenta cambios. Sufrir las alteraciones propias del cáncer y la quimioterapia, a todos los niveles explorados en este trabajo (físico, psicológico, sexual, laboral, económico y religioso), pueden repercutir directamente en las dinámicas interpersonales con el resto de los miembros del núcleo familiar. La familia resulta un pilar fundamental en muchas ocasiones a la hora de afrontar problemas, y como en este caso se puede ver afectada, resultó esencial evaluar las consecuencias que podían llegar a afrontar.

- Aspectos laborales y económicos:

¿Cómo fue su proceso de retorno al trabajo, hubo alguna diferencia tras el tratamiento?

Pregunta sacada de la revista *“Después del cáncer”*, esta permitió analizar el impacto funcional y social del tratamiento y las posibles dificultades en cuanto a la reinserción laboral. (36)

Esta pregunta se enmarcó en el modo de rol del Modelo de Adaptación de Callista Roy, donde se analizan los roles laborales. En numerosas ocasiones los pacientes no se encuentran en condiciones de trabajar a lo largo del proceso de tratamiento con fármacos quimioterapéuticos. Y tras el mismo, pueden no tener las mismas capacidades que antes. Por ello, resultó importante analizar el impacto que este tratamiento tiene en la reincorporación al mundo laboral y el afrontamiento de dicha experiencia.

¿Se vio perjudicada de alguna manera su estabilidad económica?

Pregunta sacada de la revista "*Después del cáncer*". Se consideró la dimensión económica como un componente relevante en la calidad de vida y dado que no siempre es evaluada de forma sistemática, con esta pregunta se pretendió evaluar posibles consecuencias indirectas del tratamiento. (36)

Esta pregunta se enmarcó en el modo de rol del Modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que se relaciona con la capacidad de mantener las responsabilidades y estabilidad dentro del rol social previamente establecido. Por suerte la sanidad, al ser pública, no conlleva tantos gastos como podría ocurrir en otros países. De todas maneras, la estabilidad económica puede verse perjudicada tras el impacto en el ámbito laboral y la posible aparición de nuevos gastos, como cremas tópicas, una peluca o la contratación de una persona para realizar un servicio que antes llevaba a cabo el propio paciente. Es por ello por lo que resultó conveniente analizar si la quimioterapia puede afectar a la capacidad adquisitiva de quien la recibe.

- Espiritualidad y cambios en los valores y las prioridades de vida:

¿A raíz del tratamiento, ha cambiado en algo su fe o religiosidad?

Se elaboró esta pregunta debido a que la espiritualidad puede actuar como un factor protector o como fuente de conflicto. En la mayoría de los estudios se aborda la fe como estrategia de afrontamiento, pero se quiso observar si podía existir alguna diferencia con respecto a la realidad.

Esta pregunta se enmarcó en el modo de autoconcepto del Modelo de Adaptación de Callista Roy, donde se aborda la dimensión espiritual y las creencias del individuo. No todas las personas profesan una religión específica, y es así como se intentó englobar en esta pregunta a cualquier tipo de creencia, fe o espiritualidad del paciente. La experiencia del cáncer y su tratamiento, como un gran compromiso a la salud y la vida de quien lo experimenta puede repercutir en las esferas más abstractas, y un análisis de esta situación resulta de gran valor.

¿Qué le diría a una persona que vaya a atravesar este proceso?

Se incluyó como pregunta de cierre, para favorecer la reflexión de la persona entrevistada, permitiendo así hacer hincapié en el aprendizaje tras la experiencia y el significado personal de esa etapa de la vida.

A su vez, el entrevistado pudo resaltar de su experiencia ciertas ideas clave, lo que en el momento del análisis resultó útil para conocer los efectos o vivencias a los que él mismo otorgaba mayor importancia.

5.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez transcritas las entrevistas, se realizó un análisis temático manual mediante triangulación de investigadores. Inicialmente cada autor llevó a cabo una lectura independiente de las transcripciones, identificando fragmentos relevantes, temas y subtemas relacionados con la experiencia del proceso oncológico y el impacto de la quimioterapia en la calidad de vida. Posteriormente, se compararon y consensuaron los hallazgos obtenidos, agrupando la información en categorías temáticas vinculadas a los modos adaptativos del modelo de Callista Roy, con el objetivo de interpretar las experiencias de las participantes desde una perspectiva holística.

Las discrepancias surgidas durante el proceso de análisis fueron resueltas mediante consenso entre los investigadores, con el fin de reducir posibles sesgos de interpretación y aumentar la credibilidad de los resultados. Además, los hallazgos obtenidos fueron contrastados con la evidencia científica recopilada previamente en la búsqueda bibliográfica.

Debido al tamaño reducido y específico de la muestra, no se pretendió alcanzar saturación teórica, sino explorar en profundidad las experiencias individuales de las participantes y comprender de manera detallada las vivencias subjetivas del tratamiento y su repercusión.

En relación con el análisis cuantitativo, los resultados del cuestionario EORTC QLQ-C30 fueron calculados siguiendo el manual de puntuación de la EORTC. (37) En primer lugar,

se calculó la puntuación media de los ítems correspondientes a cada escala (Raw Score, RS) y, después, las puntuaciones se transformaron a una escala de 0 a 100 mediante las fórmulas específicas, diferenciando entre escalas funcionales y escalas de síntomas. (37)

En las escalas funcionales (función física, rol, emocional, cognitiva y social), una mayor puntuación indica un mejor funcionamiento y mayor calidad de vida percibida. En cambio, en las escalas de síntomas (como en el caso del impacto económico), una mayor puntuación refleja mayor presencia o intensidad de estos, lo que indica un peor estado de salud.

La escala de la calidad de vida global, compuesta por las preguntas 29 y 30, también se transformó a una escala de 0 a 100 donde los valores más altos indican una mejor percepción de la calidad de vida global. (37)

Se prestó especial atención a las escalas funcionales, al impacto económico de la escala de síntomas y a la escala de calidad de vida global, ya que estas dimensiones son las más relacionadas con los objetivos del trabajo y con el impacto de la quimioterapia en la vida cotidiana, autonomía y bienestar general de los pacientes.

6. TEMPORALIZACIÓN

Este trabajo va a comprender cuatro etapas de trabajo:

- Primera etapa:

Fase de búsqueda de literatura existente. Se emprenderá una revisión de publicaciones previas que traten el tema de los efectos de la quimioterapia en la vida cotidiana y las actividades de la vida diaria de las personas que la reciben. Esta revisión de literatura se realizará a través de diferentes bases de datos, entre las que se encuentran: PubMed, CINAHL, Google Scholar o Dimensions. Preparación de las entrevistas semiestructuradas. Concreción de las preguntas a realizar, valoración de incluir preguntas preexistentes en otros proyectos o redacción de preguntas propias si las anteriores no coinciden con nuestros objetivos.

- Segunda etapa:

Fase de recogida de datos. Se seleccionarán las personas a la que se le aplicarán las entrevistas creadas en el apartado anterior. Esta selección se realizará a partir de los criterios de inclusión descritos anteriormente, a personas que voluntariamente decidan participar en este trabajo. La fuente de sus contactos será la asociación “Liga contra el cáncer”.

- Tercera etapa:

Fase de interpretación de resultados. Una vez se hayan transcrito las entrevistas se analizarán de manera triangular y se compararán los resultados obtenidos con la búsqueda bibliográfica anterior.

- Cuarta etapa:

Fase de elaboración del artículo científico. Junto con las conclusiones obtenidas y los artículos seleccionados previamente se procederá a la redacción formal del proyecto.

La organización temporal y distribución de las diferentes etapas y tareas del trabajo se reflejan en el cronograma elaborado (véase ANEXO 5)

7. RESULTADOS

Cuestionario PHQ-9:

Tabla 1. Resultados del cuestionario PHQ-9.

	Puntos	Nivel de depresión
Voluntaria 1	1	Mínimo
Voluntaria 2	5	Leve
Voluntaria 3	12	Moderado
Voluntaria 4	0	Mínimo
Voluntaria 5	24	Grave

Las puntuaciones oscilan entre 0 y 24, lo que muestran perfiles emocionales muy heterogéneos.

Cuestionario QLQ-C30:*Tabla 2. Resultados del cuestionario QLQ-C30, calidad de vida global.*

Calidad de vida global (0 - 100)	
Voluntaria 1	66,7
Voluntaria 2	75
Voluntaria 3	66,7
Voluntaria 4	100
Voluntaria 5	33,3

La puntuación de calidad de vida global osciló entre 33,3 y 100, mostrando una elevada variabilidad entre participantes.

Tabla 3. Resultados del cuestionario QLQ-C30, funciones.

	Física	Rol	Emocional	Cognitiva	Social
Voluntaria 1	77,8	66,7	83,3	83,3	75
Voluntaria 2	88,9	83,3	91,7	83,3	75
Voluntaria 3	88,9	75	83,3	83,3	75
Voluntaria 4	100	100	100	100	100
Voluntaria 5	61,1	50	33,3	66,7	50

Tabla 4. Resultados del cuestionario QLQ-C30, impacto económico.

Impacto económico	
Voluntaria 1	33,3
Voluntaria 2	33,3
Voluntaria 3	33,3
Voluntaria 4	0
Voluntaria 5	33,3

La puntuación adquirida en el impacto económico es bastante homogénea.

Datos obtenidos en las entrevistas:

Tabla 5. Características demográficas y clínicas de las voluntarias.

	Voluntaria 1	Voluntaria 2	Voluntaria 3	Voluntaria 4	Voluntaria 5
Edad	67 años	68 años	58 años	60 años	53 años
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Con pareja	Casada
Profesión	Dependiente	Auxiliar de clínica	Auxiliar de geriatría	Administrativa	Oficial de justicia
Situación laboral	Jubilada	No trabaja	No trabaja	Trabaja	No trabaja
Diagnóstico	Cáncer de colon	Cáncer de mama triple negativo	Cáncer bilateral de mama	Cáncer de mama HER2+	Cáncer de colon
Estadio	Desconocido	2	Desconocido	2	3C
Tiempo desde el diagnóstico	19 años	4 años	16 años	7 años	10 años
Tratamiento	Cirugía y quimioterapia	Quimioterapia, cirugía y radioterapia	Quimioterapia, cirugía y radioterapia	Anticuerpos monoclonales y quimioterapia	Cirugía y quimioterapia
Situación actual	Remisión completa	Remisión completa	Remisión completa	Remisión completa	Remisión completa
Pronóstico	Desconocido	Cáncer agresivo con ratio de cura alto	Desconocido	Tratable y curable	Desconocido

Acerca de los datos sociodemográficos de la muestra, las participantes de este estudio son cinco mujeres con edades comprendidas entre los 53 y los 68 años. Las cinco participantes se encuentran casadas o en una relación formal en el momento de la entrevista y están curadas de la enfermedad, aunque tres de ellas continúan en vigilancia mediante revisiones periódicas por parte del servicio de oncología. Tres de las entrevistadas padecieron algún tipo de cáncer de mama, las otras dos un cáncer de colon y todas ellas recibieron tratamiento quimioterapéutico.

Con respecto al cuestionario PHQ-9, los resultados fueron muy variados y mostraron un gran abanico de respuestas. Dos personas han obtenido un valor asociado a un índice

de depresión mínimo, una persona ha obtenido un índice de depresión leve, otra un índice moderado y la última uno grave. Sobre esta última, dado que el PHQ-9 puede identificar sintomatología depresiva relevante, ante puntuaciones elevadas se contempló la recomendación de consultar con profesionales sanitarios de referencia o servicios de apoyo psicológico.

En cuanto a los resultados obtenidos del cuestionario QLQ-30 se puede observar que, aunque por lo general los valores oscilan en torno a altos niveles de salud general y calidad de vida, ninguna voluntaria autopercibe un excelente estado de salud (5/7 - 6/7). Más aún, una de ellas presenta un estado de salud cercano al mínimo (2/7).

- Modo de autoconcepto

¿Conocía usted en qué consistía el tratamiento quimioterapéutico antes de recibirlo, cree que esto ha repercutido en su experiencia?

En esta, la primera pregunta, todas las voluntarias afirmaron conocer en menor o mayor medida el funcionamiento del tratamiento, aunque el impacto de dicha información fue variable según el caso. En dos casos el hecho de disponer de cierta información se considera que no afectó en la vivencia de esa experiencia: *“vaig considerar que no em servia de res tindre una sobreinformació”* (Entrevista 1), *“es que me daba prácticamente igual”* (Entrevista 2). De los otros tres, sin embargo, una persona cree que le impactó de manera negativa *“el miedo de saber, pues bueno, cómo me iba a encontrar, todo lo que iba a afrontar”* (Entrevista 5) y dos personas de manera positiva, *“a mi em va ajudar pel fet que el sabia i anaves una mica predisposat al que podia passar”* (Entrevista 3), *“tota la informació és bona”* (Entrevista 4).

En esta pregunta se hace referencia a varios conceptos paralelos. La voluntaria número uno habla sobre la importancia de dar la información *“d'una manera més dolça, que t'entri més, que ho puguis assimilar millor”*.

Por su parte, la voluntaria número tres hace hincapié en el hecho de que la información aportada no tiene por qué corresponderse con la realidad del paciente, dado que no todas las personas sufren los mismos efectos secundarios; *“Però sabia que hi havia gent [...] que tenia uns problemes i que jo, pues, tenia uns altres”*.

¿Cómo le afectó a nivel psicológico este tratamiento?

Esta es la siguiente pregunta que pertenece a este modelo. En este caso, cuatro de las participantes confirmaron cierto grado de afectación a su salud mental y tan solo una niega haber sufrido en este aspecto *“no vaig tindre molts trasbals”* (Entrevista 4).

De las cuatro voluntarias afectadas, una dice haber padecido poco *“em va afectar una mica”* (Entrevista 1) mientras que las otras tres sufrieron una mayor afectación, *“jo patia molt”* (Entrevista 3), *“es una montaña tan rusa, pero tan pronunciada”* (Entrevista 2), *“pateixes molt”* (Entrevista 1), *“Psicológicamente me influyó bastante”* (Entrevista 5).

Sin embargo, como tema secundario, dentro de este malestar mental se ha incluido la preocupación por los familiares como foco de malestar en dos entrevistas: *“psicològicament pateixes molt per la família [...] patia pels fills”* (Entrevista 1), *“jo patia molt pels crios”* (Entrevista 3).

¿Sufrió usted algún cambio en su visión de sí mismo o en su autoestima?

Hubo un total de tres entrevistas en las que se respondió que no a esta pregunta, pero por diferentes razones. La voluntaria número uno, por ejemplo, admite que la visión de los demás sobre uno mismo puede tener cierto impacto *“la gent et mira diferent, i tu ho notes”*, aunque en su caso no le afectó *“jo m'ho prenía amb bastant humor”*.

La tercera voluntaria, por su parte, tuvo una amiga a la que la caída del cabello le causó cierto pesar y se realizó un tratamiento conservador del cuero cabelludo, pero no fue ese su caso *“a mi allò del cabell no em va afectar”* porque lo afrontó de otra manera *“Jo, vull dir, ¿per a qué? Si te ha de caure et caurà igualment”*.

La voluntaria cuatro explica que partía de una autoestima base más elevada *“La meua autoestima, jo crec que sempre ha estat bastant amunt”*. Además, menciona a su pareja como un apoyo que le evitó sufrir algún problema de autoestima *“l'afortunadament tinc una parella [...] que sempre ha estat per mi i m'ha acompanyat”*.

En la entrevista número cinco se expone el punto de vista de quien sí ha sufrido alguna alteración en su autoestima *“no eres la misma persona”* o *“en el sentido de [...] que no sirves, de que [...] pierdes los papeles, que no llegas a nada porque vas cansado, porque no tienes el rendimiento que tenías antes”*, aunque todo ello bajo la influencia de ciertos factores ajenos a la enfermedad y el tratamiento en sí mismos: *“Si no hubiera pasado lo de mi madre, yo creo que a lo mejor lo hubiera llevado de otra manera”*.

La voluntaria dos coincide con la anterior en el impacto que llegó a tener la quimioterapia en su autoestima *“Porque somos tan frágiles”*, pero tuvo un cambio de mentalidad que se manifestó mediante un sueño *“hasta lo soñé, que no era tan malo”* y tras ese acontecimiento desarrolló una nueva estrategia de afrontamiento *“Vivo al día. Y es eso lo que cuenta para mí”*

¿Influyó esta terapia en su vida sexual?

Aunque las respuestas a esta pregunta fueron algo variadas, todas las voluntarias sufrieron algún tipo de efecto secundario que influyó en sus relaciones sexuales en diferente medida. Tres de las participantes del estudio afirmaron haber sufrido algún tipo de impacto en su salud sexual mientras que las otras dos negaron tal cosa, aunque dichas dos voluntarias afirmaron posteriormente haber notado alguna diferencia en este aspecto a lo largo del tratamiento.

Las voluntarias que sí sintieron las consecuencias del tratamiento en su vida sexual mencionan un cese de dicha actividad principalmente por la desaparición completa de su libido: *“en aquel momento a mí me desapareció totalmente”* (Entrevista 2), *“El desig sexual va desaparèixer”* (Entrevista 3) y *“no había vida sexual. O sea, nula”* (Entrevista 5).

En los otros dos casos, a pesar de negar que la quimioterapia en su caso influyese en este ámbito *“No es va veure afectada”* (Entrevista 1), *“la meva vida sexual va continuar doncs com està aleshores”* (Entrevista 4), refirieron diferencias con respecto a su situación anterior al tratamiento *“no es plat de bon gust pensar que cada rato que estàs malalt”* (Entrevista 1), *“vam utilitzar en aquells moments lubricant”* (Entrevista 4).

En esta última cita se ha mencionado el uso de algún tipo de medida que limitaba los efectos del tratamiento en la actividad sexual, pero no es el único caso: *“perquè cada vegada que vas a fer la quimioteràpia et posen molta cortisona, i això sembla que sigui com un revulsiu”* (Entrevista 1) y *“La ginecòloga em va donar una crema per a motivar, per a escalfar”* (Entrevista 3). De todas maneras, no siempre estas medidas eran suficiente *“algunes vegades funcionaven, però el cap no tenia ganes”* (Entrevista 3).

Un tema al que también hacen alusión varias voluntarias es la edad, *“jo tenia 48 anys”* (Entrevista 1), *“Si huriesse tenido 30 años menos, no sé cómo huriesse sido”* (Entrevista 2) y *“soc ja major”* (Entrevista 3).

Por otro lado, también se ha llegado a dar en esta cuestión cierta importancia a la gestión por parte de la pareja de esta situación, como en el caso de la entrevista uno al decir *“el meu home va tindre moltíssima delicadesa, moltíssima paciència”* o en el caso de la segunda entrevista, donde se comentó que la gestión fue mediar entre la voluntad de cada uno de los dos *“La parella té ganes de sexe, tu no en tens. T'adaptes una mica”*. La tercera voluntaria, por su parte, afirma que *“Era complicada la situació”*, dado que *“Tampoc ho comunicava gaire”*

Por último, existe cierta discrepancia en cuanto a la duración de dichos efectos, hay quien afirma que son temporales *“Se recupera con el tiempo”* (Entrevista 2) y quien dice que no solo ocurrieron a lo largo del tratamiento *“Durante y después”* (Entrevista 5).

¿A raíz del tratamiento, ha cambiado en algo su fe o religiosidad?

Es la última pregunta perteneciente al modo de autoconcepto de Calista Roy. En esta cuestión, tres de las entrevistadas comentaron no ser creyentes y las otras dos ser cristianas, pero no practicantes *“jo soc una persona creient [...] No soc massa d'anar a missa ni de coses”* (Entrevista 1), *“yo soy creyente, pero no practicante”* (Entrevista 5).

En el caso de las participantes creyentes, la primera no relacionó su enfermedad con su fe *“Ni Déu, ni res. Ni la sort, ni la desgràcia. Vull dir, te toca i s'ha acabat”* (Entrevista 1) y no tuvo dicha enfermedad ningún impacto en sus creencias *“Se mantuvieron como estaban”* (Entrevista 1). En el caso de la entrevista número cinco, a raíz de la enfermedad comenzó a profesar de manera más activa su religión *“me he vuelto más creyente”* y *“ahora es cuando más rezo”* (Entrevista 5), aunque admite que hubo una experiencia paralela simultánea, el fallecimiento de su madre, que pudo ser la verdadera razón de este cambio de parecer *“Más que el tratamiento, yo creo que ha sido por mi madre”* (Entrevista 5).

En ambas ocasiones, su fe les ayudó a lidiar con la noticia y el proceso *“li vaig dir vull que me confessis per si acaso no surto viva [...] vull tindre una pau d'espíritu”, “a mí me ayuda esto a seguir adelante, a pensar que esto no se acaba aquí”*.

La segunda voluntaria, por su parte, durante el tratamiento probó a realizar una práctica espiritual que también le ayudó en la gestión emocional *“unas cuantas sesiones de chamanismo durante el tratamiento y te digo que me fue súper bien”* y que acabó por hacerle replantearse su fe *“Al final voy a creer en algo”* (Entrevista 2).

Las otras dos personas no siguen ninguna religión en concreto, pero coinciden en la consideración de su confianza en otras personas como una forma de fe: *"no soc creient. La fe, doncs, la fe en les persones"* (Entrevista 3) y *"soc una persona d'ajudar amb el que puc a tothom [...] intento fer les coses bé i no, ara creient de resa i anar a missa [...] aquestes històries no"* (Entrevista 4).

Por último, en la tercera entrevista se hace mención a que a raíz de la experiencia adquirida acerca del cáncer ella ayudó a otra paciente, y le pidió que ayudase a su vez a quien se encuentre en esta situación: *"Ella a mí no pot ajudar perquè jo ja l'he passat. Però ella ajuda amb una altra persona. És com una xarxa que mos estem muntant a nivell personal"*

- Modo fisiológico

¿Qué síntomas físicos experimentó durante el tratamiento y cómo los gestionó?

A lo largo de las entrevistas, todas las voluntarias refirieron una amplia y variada sintomatología física derivada del tratamiento quimioterapéutico, donde se destaca el desarrollo de diferentes estrategias de afrontamiento y remedios tanto caseros como farmacológicos para paliar sus efectos.

Uno de los síntomas físicos con mayor impacto y más limitantes fue el cansancio o fatiga extrema, mencionado como un factor incapacitante. La voluntaria número 5 afirma que es como *"el más cruel"* y como un *"cansancio infinito"* que le provocaba un *"abandono de mi cuerpo total"*. Por su parte, la voluntaria número tres señala que al principio no lo notó, pero que en las últimas sesiones el agotamiento *"era brutal"*, mientras que la voluntaria cinco ha resaltado la frustración que le generaba este síntoma al compararse con su propio entorno: *"veía casos de gente que [...] acababan la quimio y se iban a trabajar, y yo era incapaz"*.

Para hacer frente a esta fatiga, como respuesta a esta pregunta se presentaron estrategias muy distintas entre sí. Mientras la voluntaria dos cuenta una lucha interna que finalizó con la aceptación mental para no gastar más energía, *"decidí que cuando me cogía el cansancio, pues estar ahí [...] si me tengo que ir, pues me voy tan tranquilamente"*, la voluntaria tres optó por la activación gradual, ya que se obligaba a salir a pasear teniendo en cuenta sus propios límites: *"m'obligava a sortir al carrer [...] i m'assentava [...] prenent-te ho tot en calma"* (Entrevista 3).

Otro gran bloque de alteraciones que han referido tres voluntarias corresponde al aspecto sensorial y neurológico. La voluntaria cuatro relata una *"sensació de suro a les puntes dels dits"*, síntoma que comparte con la voluntaria dos, a quien le ha quedado de forma crónica, *"ya forma parte de mí"*, y trata con *"pastillas de vitamina D"* recetadas a posteriori del proceso. Por su parte, la voluntaria uno experimentaba una extrema sensibilidad a cambios de temperatura: *"si obria la nevera i sortia el fred [...] se m'arrampaven les mans i els ulls"*.

En cuanto al sentido del gusto, dos voluntarias sufrieron importantes alteraciones. A la voluntaria uno le cambió el *"sabor de boca"*, y la voluntaria cuatro sufrió pérdida total del sentido del gusto, *"era com si m'ho fos plàstic"*, algo que intentó gestionar sin éxito modificando su forma de cocinar: *"hi ficaré més sal, hi ficaré més pebre [...] per trobar-li el gustet"*. A nivel cognitivo, destaca el caso expresado en la segunda entrevista, que experimentó episodios de *"niebla mental"*, donde olvidaba cómo estructurar tareas cotidianas básicas como hacer la cama o sin poder mantener la concentración para leer.

Hubo también alteraciones en cabello y uñas, fueron referidas por las voluntarias uno y cuatro, quienes observaron una degradación de estos tejidos durante el tratamiento. En cuanto al impacto en el pelo, la afectación varió desde una fragilidad mayor, *"se me va quedar bastant més dèbil"* (Entrevista 1), hasta la caída completa *"la caiguda del cabell"* (Entrevista 4). Respecto a las uñas, la voluntaria cuatro describe que se volvían blanquecinas y se separaban, mientras que la voluntaria uno hace referencia a la intervención de especialistas para su cuidado: *"sobretot quan era una podòloga, que quan m'etallaven les ungles dels peus"*.

Por último, aparecieron otros síntomas que requirieron adaptaciones concretas en el estilo de vida. La voluntaria número tres relata haber padecido un estreñimiento severo *"anava molt restreta, patia molt"*, razón por la cual instauró una modificación en su dieta: *"menjava una dieta d'espínacs, bledes"*. Finalmente, la voluntaria uno menciona la aparición de un *"olor corporal [...] que no pots dissimular en res"* y el desarrollo de una *"osteoporosi bastant important"* que requirió derivación y seguimiento por parte de traumatología.

- Modo de interdependencia

¿Qué le pareció la atención sanitaria a lo largo de la experiencia?

Todas las respuestas a esta pregunta han sido positivas de manera unánime. Las cinco participantes de este estudio han referido recibir un buen trato por parte de los profesionales del ámbito de salud a lo largo de su proceso de enfermedad: *“te tracten super bé”* (Entrevista 1), *“excelente”* (Entrevista 2), *“Brutal [...] em vaig sentir molt acollida”* (Entrevista 3), *“Jo no tinc res més que bones paraules”* (Entrevista 4) y *“Yo he tenido mucha suerte con la atención sanitaria”* (Entrevista 5).

Sin embargo, en dos ocasiones se ha mencionado una mala experiencia en este entorno, ya sea de manera general *“exceptuando algún caso excepcional que nos haya pasado en algún momento [...] hay bastante empatía”* (Entrevista 5) o más específica. Este es el caso de la cuarta voluntaria, a quien le informaron de su diagnóstico con la siguiente frase *“tranquil·la, avui en dia hi ha molts tractaments i moltes coses per aquest tipus de...”* y en una resonancia magnética se encontró con una trabajadora de quien dice *“va ser per mi desagradable en aquells moments”* (Entrevista 4).

En la primera entrevista se establece una comparación entre el trato que recibe un paciente con cáncer y otro con un problema de salud distinto, como una pierna rota, *“potser te trenques una cama que t'estàs morint de dolor i no lo tracten”*, lo que hizo sentirse a la usuaria incluso *“privilegiada”* (Entrevista 1).

Por último, en la conversación número tres surge la profesión de enfermería como mención honorífica del buen trato prestado *“tot el recolzament i la part d'infermeria... increïble”*, muy bien valorado por la paciente dado que *“són les persones que estan cada dia amb la malaltia”*.

¿Cómo afectó todo esto a sus familiares y su relación con ellos?

En esta cuestión, las cinco personas han coincidido en que el apoyo de la familia fue esencial y se presentó como un pilar fundamental en el proceso. Todas las participantes afirmaron tener una muy buena relación con su entorno cercano que, en ocasiones, llegó a verse fortalecida: *“va ser un alivio”* (Entrevista 1), *“nos unió más incluso con gente que no tenía tanta relación”* (Entrevista 2), *“l'home [...] estava per tot”* (Entrevista 3), *“em vaig sentir molt respectada”* (Entrevista 4) y *“el apoyo lo tuve incondicional”* (Entrevista 5).

En algunos casos se hace referencia de manera específica a la gestión por parte de los hijos de la enfermedad y el tratamiento. En la cuarta entrevista, la paciente destaca el respeto de sus hijos ante su malestar físico porque le permitían tener *“dies de sofà i manta [...] i de no fer soroll”*, mientras que la segunda voluntaria relata la dificultad de su hijo para comunicar sus sentimientos, donde él acabó enviándole una carta para reflejarlos porque *“ni se atrevió ni a decirlo”* en persona. Por su parte, la voluntaria número tres cuenta cómo adaptó la información para dársela a sus hijos pequeños *“vam procurar que no us hi afectés”* y llegó a usar peluca *“pels crios, no per mi”*.

La voluntaria cinco pudo cuidar de su madre hasta el final de su vida, algo que le *“llenó”* pero admite que *“te afecta porque te remueve continuamente lo tuyo”*. Paralelamente, en la tercera entrevista se describe la realización de un esfuerzo por proteger la salud de los padres mediante el ocultamiento de su propio malestar: *“vaig aprendre a fer teatre, perquè [...] no li podia demostrar”* para evitarle a su madre un brote de psoriasis, aunque encontró apoyo en la figura de su suegra *“A ma sogra, sí”*.

Por último, en cuanto a las relaciones externas al círculo familiar, surge una gestión selectiva de las amistades. Mientras la segunda voluntaria prefiere no juzgar a quien no estuvo a la altura porque *“cada uno lo hace como puede”*, la tercera voluntaria optó por apartar a quienes no le aportaban bienestar: *“sabia triar les persones. Que m'aportessin coses bones”*.

- Modo de rol

¿Cómo fue su proceso de retorno al trabajo, hubo alguna diferencia tras el tratamiento?

Las vivencias con respecto al retorno laboral son muy variables, oscilan desde el abandono de esta actividad hasta la continuidad sin incidencias. Mientras que tres de las participantes no pudieron retomar su puesto original o directamente perdieron su empleo; *“a l'hora de renovar el contracte no me'l van renovar”* (Entrevista 1), *“Vaig intentar que em requalifiquessin la feina [...] i em van dir que no”* (Entrevista 3) y *“al final me volví a incorporar, pero luego ya vi que no podía”* (Entrevista 5); una de las voluntarias no llegó a interrumpir su asistencia al trabajo *“no vaig deixar de treballar”* (Entrevista 4) y la última se encontraba sin trabajar por decisión personal *“yo ya no trabajaba”* (Entrevista 2).

Para las voluntarias que no regresaron, el proceso se describe como “*una mica dolorós*” (Entrevista 1). La primera participante calificó su situación de “*injust*” dado que, a pesar de su historial laboral previo, no le renovaron el contrato por la enfermedad. En los casos de las voluntarias tres y cinco, la situación derivó en una incapacidad permanente. La tercera voluntaria, por su parte, intentó sin éxito que la empresa adaptase su puesto a tareas menos físicas, “*vaig dir que em podien posar a recepció [...] em van dir que no*”. En el caso de la voluntaria cinco, su ritmo de su trabajo en el ámbito penal le pareció “*impossible*” de seguir tras las secuelas, “*físicament, jo ja no podia, no tiraba*”.

En contraste con las situaciones anteriores, en la cuarta entrevista se ve el uso del trabajo como una herramienta para normalizar su proceso, negándose incluso a tomar bajas prolongadas, “*jo el meu càncer l'he treballat tot [...] no volia quedar-me aquí a casa amb pijama*”. En su caso, el apoyo del entorno laboral y la flexibilidad de su puesto fueron claves y solo se ausentaba en días críticos, puesto que “*estava 3 o 4 o 5 dies estos xungos a casa i després agafava l'alta i tornava*”.

Para terminar, surge una crítica hacia la desprotección legal y económica del trabajador, tema que adquiere más profundidad en la siguiente pregunta. La primera voluntaria subraya que “*les persones malaltes s'hauria d'emparar la llei*”, y dicha vulnerabilidad desemboca también en una pérdida de su estabilidad financiera, como menciona la tercera voluntaria al referir una “*requallada del sou al 50%*” tras serle concedida la incapacidad.

¿Se vio perjudicada de alguna manera su estabilidad económica?

En este caso, aunque la mayoría de las participantes no percibió una inestabilidad económica directa, se muestra una realidad muy heterogénea inevitablemente condicionada por la situación laboral previa. Cuatro de las cinco voluntarias negaron haber sufrido un perjuicio financiero personal: “*En el meu cas, no*” (Entrevista 1), “*afortunadamente, pues no*” (Entrevista 2), “*tot va ser igual*” (Entrevista 4) y “*yo no tuve problema, porque era funcionaria*” (Entrevista 5).

En este contexto, la voluntaria número tres representa la excepción, ya que es la única en reportar una afectación económica muy grave tras la concesión de su incapacidad: “*Molt. [...] A mí me van quedar 600 euros*” (Entrevista 3). Esta reducción en sus ingresos, tras 21 años de cotización, la llevó a modificar su ideología de consumo: “*te adaptes, si tens 2.000 euros, te'ls gastes. Si en tens 1.000, te'ls gastes. Pues, llavors, ja està*” (Entrevista 3).

A pesar de la estabilidad referida por el resto, en una conversación surge la idea de otros gastos que conlleva el tratamiento. La segunda voluntaria destaca el coste de productos que no cubre la seguridad social, como cremas para piel tras la radioterapia o nutrición específica, además del gasto derivado de los desplazamientos: *“si no hubiese tenido la prima, pues es un gasto que te tienes que pagar [...] es un gasto considerable”* (Entrevista 2).

Cabe destacar además una reflexión compartida sobre la vulnerabilidad de ciertos colectivos, sobre todo los trabajadores autónomos. Tanto en la primera como en la quinta entrevistas, se señala la estabilidad económica como fruto de la *“suerte”* o de prestaciones temporales, pero se quejan de una falta de protección legal: *“moltes lleis però han perdut moltíssimes coses que havien guanyat els treballadors”* (Entrevista 1) y *“¿cómo lo hace una persona autónoma? [...] se tendría que tratar de otra manera”* (Entrevista 5).

8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este proyecto es investigar desde un punto de vista holístico el impacto que tiene la quimioterapia en los pacientes con cáncer, por lo que ha sido necesario emplear un conjunto de variadas preguntas y dos cuestionarios validados para abarcar en todo lo posible cada aspecto que pueda ser afectado por este tratamiento, los cuales se procederá a analizar a continuación.

- **Evaluar la calidad de vida y el estado emocional mediante el uso de cuestionarios validados (Quality of Life Questionnaire QLQ-C30 y Patient Health Questionnaire PHQ- 9):**

En primer lugar, los resultados del cuestionario PHQ-9 sugieren que el tratamiento no afecta a todos los pacientes de igual manera y, a su vez, pone de manifiesto que a pesar de que en la mayoría de los casos el perjuicio a la salud mental del paciente sea mínimo, existen ocasiones en las que el deterioro es notable. Además, la prolongación en el tiempo de este sufrimiento psicológico más allá del tratamiento, aunque ocasional, no hace más que resaltar el hecho de que el impacto de la quimioterapia podría cronificarse.

En cuanto al cuestionario QLQ-30, el hecho de que ninguna de las participantes considere que su estado de salud fuese ideal podría ser indicativo de las repercusiones negativas que el tratamiento puede llegar a generar sobre la calidad de vida de quienes lo reciben.

Por otro lado, existe cierta convergencia entre los resultados de ambos cuestionarios. Se puede llegar a pensar que quien obtuvo un nivel de depresión mayor en el PHQ-9 también era poseedor de un peor índice de calidad de vida según el QLQ-30. A excepción de una voluntaria, la número uno, quien a pesar de recibir un nivel de depresión mínimo en el primer cuestionario, sus resultados en cuanto a la calidad de vida estaban a la altura de las voluntarias dos y tres, quienes tienen a su vez un indicador de depresión leve y moderada respectivamente en el cuestionario PHQ-9.

De todas formas, en los otros cuatro casos se observa cierta tendencia hacia una correlación positiva en los resultados de ambos cuestionarios, con lo que se mostró que un impacto significativo en la salud mental del paciente puede llegar a ser en ocasiones un indicativo de deterioro en su calidad de vida.

- Explorar cómo las personas con enfermedad oncológica describen su experiencia con la quimioterapia:

La experiencia de recibir quimioterapia comienza mucho antes de la primera infusión, con la comunicación de la información previa y con las expectativas. En los resultados obtenidos, se observa que el conocimiento previo actúa como un arma de doble filo: mientras que para algunas voluntarias funcionó como un factor protector y de preparación “*anaves una mica predisposat*”, para otras generó una ansiedad anticipatoria negativa. Esto coincide con la literatura, que sugiere que la búsqueda de información es una estrategia común que presentan los pacientes para enfrentarse a su enfermedad, pero que el exceso de la misma o la falta de personalización puede convertir esta ayuda potencial en un inconveniente. (38) La petición de la Voluntaria 1 de recibir información “*d’una manera més dolça*” refuerza la necesidad de una comunicación terapéutica basada en la empatía y la escucha activa, más que en la mera transmisión de datos, cifras y prevalencias.

Asimismo, la descripción de la experiencia como una “*montaña rusa*” refleja la inestabilidad emocional intrínseca al proceso de duelo (39). La aceptación de la fatiga y el cansancio, descritos por las participantes como “*crueles*” o “*infinitos*”, indica que la experiencia a nivel cualitativo de la quimioterapia está dominada por este síntoma físico como eje central de su vida diaria (40). La transición de la resistencia a la aceptación mental descrita en la entrevista número dos representa un mecanismo de adaptación psicológica, necesario para la supervivencia emocional y un afrontamiento positivo durante el tratamiento.

- **Identificar los cambios percibidos por las participantes en las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales:**

En la dimensión física, la fatiga destaca como el síntoma más debilitante, lo cual es consistente con estudios que la sitúan como el efecto secundario más prevalente (41), incluso por encima de las náuseas. Sin embargo, resulta relevante la mención a síntomas menos "visibles" pero de gran impacto, como la neuropatía periférica y la "*niebla mental*" (denominada "Chemobrain" en estudios angloparlantes) (42), que alteran la capacidad de las voluntarias para realizar tareas cotidianas sencillas, impactando directamente en su autonomía y calidad de vida.

En la dimensión emocional y social, el foco de malestar se deriva a menudo de la propia paciente hacia la familia. La preocupación por los hijos y el "teatro emocional" (mencionado en la entrevista 3) realizado para proteger a los padres indica que el paciente oncológico no solo debe adaptarse a la nueva realidad que constituye el cáncer, sino que asume a menudo una doble carga de cuidado: gestionar su propia enfermedad mientras intenta mantener la estabilidad del sistema familiar, ocasionalmente en detrimento de su salud mental. Los resultados muestran que el apoyo familiar es el pilar fundamental, aunque existen barreras comunicativas, como el uso de cartas o el aislamiento para no "cargar" al entorno, lo que subraya la necesidad de incluir a la familia en el plan de cuidados de enfermería. (43)

En la dimensión espiritual, los resultados de este estudio revelan una transición significativa desde la religiosidad dogmática hacia una "espiritualidad laica" o humanista. El concepto de "*xarxa*" (red) descrito por la Voluntaria 3, donde el sentido de la vida se reubica en el apoyo mutua entre iguales, sugiere que la quimioterapia actúa como un catalizador de nuevas formas de altruismo. Este hallazgo ofrece un contrapunto interesante al estudio longitudinal de Martins et al. (2024), quienes asocian el bienestar espiritual y el afrontamiento principalmente a la "implicación religiosa" y observan que el estrés espiritual suele fluctuar a lo largo de los ciclos del tratamiento. (44)

Mientras que Martins et al. sugieren que las estructuras religiosas tradicionales son un recurso de apoyo común, las participantes de esta investigación parecen encontrar su anclaje espiritual en la trascendencia social y la solidaridad horizontal. (44) Esto indica que, a diferencia de lo planteado por la bibliografía que vincula la resiliencia a la práctica

religiosa, la adaptación espiritual en nuestro contexto se produce a través de la conexión humana, permitiendo a la paciente dotar de un nuevo significado a su experiencia, independientemente de sus creencias previas. (44)

- Analizar cómo la quimioterapia influye en la percepción subjetiva de calidad de vida y de identidad personal:

La quimioterapia puede impactar la identidad personal al alterar la imagen corporal y el rendimiento. Aunque algunas voluntarias refieren que su autoestima no cambió gracias al humor o al apoyo de la pareja, otras describen una ruptura identitaria clara: "*no eres la misma persona*". Esta pérdida de identidad se vincula a menudo con la pérdida de roles (laboral, social, familiar), donde la sensación de "*no servir*" o "*no llegar a nada*" debido al cansancio físico erosiona el autoconcepto de la persona como individuo productivo y capaz. (45)

La salud sexual aparece como una dimensión profundamente afectada, pero a menudo silenciada. La desaparición de la libido y la nulidad de la vida sexual mencionada por las participantes confirma que este es un aspecto de la calidad de vida que en ocasiones deteriora drásticamente. El hecho de que algunas voluntarias consideren el sexo como un "*regalo*" para la pareja o una "*tarea mental brutal*" pone de manifiesto el conflicto entre las expectativas del rol de pareja y la realidad biológica impuesta por el tratamiento. (46)

Finalmente, la calidad de vida se ve condicionada por la estabilidad económica. La percepción de "*suerte*" por tener protección laboral (funcionariado) frente a la vulnerabilidad de los autónomos o la precariedad de las pensiones de invalidez (600€) apunta que el cáncer también puede llegar a ser un factor de riesgo de exclusión socioeconómica. La calidad de vida, por tanto, no solo depende de la gestión de síntomas clínicos, sino de la seguridad financiera que permita al paciente centrarse en su recuperación sin la presión de la supervivencia económica. (47)

9. IMPLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO

9.1 IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

Los resultados obtenidos junto a la evidencia existente señalan que la quimioterapia tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas, afectando no solo de forma física, sino que también afecta en gran medida a las dimensiones psicológica, emocional, social, familiar, sexual, laboral, espiritual y económica. Esto resalta la

necesidad de adoptar una visión integral, que contemple todas las áreas afectadas por la enfermedad y por el tratamiento, a la hora de atender a personas en estas circunstancias.

Por ello, es importante reforzar la valoración holística del paciente, mediante una atención interdisciplinar, multidimensional y humanizada, para conseguir esto, sería recomendable incorporar una valoración de aspectos frecuentemente infradetectados como la fatiga, la sexualidad, la imagen corporal, el miedo a la recaída o la situación laboral. Además, también sería conveniente mejorar la educación sanitaria previa al inicio del tratamiento de quimioterapia, adaptando tanto la cantidad como la forma de la información proporcionada a las necesidades de cada persona.

También se considera importante favorecer la participación de la familia o la red de apoyo durante el proceso asistencial, siempre respetando los deseos del paciente. Además, también sería importante la detección precoz del malestar emocional mediante instrumentos breves de cribado y facilitar la derivación a otros profesionales como psicooncología, trabajo social, fisioterapia o sexología clínica.

9.2 FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO

Sería de interés ampliar la investigación con muestras más amplias y diversas, incluyendo participantes de ambos sexos y diferentes contextos sociodemográficos y clínicos, así como realizar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la calidad de vida durante y después de todo el tratamiento quimioterapéutico.

Además, sería relevante comparar las experiencias y el impacto en la calidad de vida según los distintos tipos de cáncer y tratamientos recibidos. Así como incorporar la perspectiva de los cuidadores y familiares, con el fin de obtener una visión más integral del proceso oncológico y de las necesidades biopsicosociales derivadas de este.

También sería de conveniencia investigar más a fondo en dimensiones poco estudiadas, como la sexualidad, la espiritualidad o el impacto socioeconómico del tratamiento, así como realizar una evaluación de las intervenciones dirigidas para mejorar el bienestar integral de los pacientes oncológicos.

10. LIMITACIONES

Una de las limitaciones del estudio es que todas las voluntarias eran mujeres, por lo que existe ausencia de representación masculina en la muestra. Además, otra de las limitaciones fue que la totalidad de las participantes pertenecen a una misma asociación, *La Liga contra el Cáncer*, esto puede influir en los resultados, ya que compartir un mismo entorno de apoyo y recursos puede hacer que las experiencias no reflejen la diversidad de vivencias de otras personas que reciben quimioterapia en contextos diferentes. Por lo cual, los hallazgos deben ser interpretados teniendo en cuenta esta particularidad de la muestra.

También se identificaron otras limitaciones relevantes, el rango de edad similar y la cercanía en la localización geográfica de las voluntarias reduce la variación de los datos. Además, también hay poca diferencia en cuanto al tipo de cáncer representado, lo que puede alterar la generalización de los resultados. Además, al tratarse de una investigación cualitativa con una muestra reducida y específica, los resultados no pueden generalizarse estadísticamente al conjunto de la población oncológica.

Por otra parte, la realización de las entrevistas de forma online mediante videollamadas y no en persona, puede ser una limitación en cuanto al nivel de cercanía y a la profundidad de las respuestas o a la interpretación de ciertos aspectos comunicativos a nivel no verbal. También, se tiene que considerar la probabilidad de presenciar sesgo de recuerdo, ya que las participantes pudieron no recordar con exactitud determinadas experiencias vividas durante el tratamiento, y del mismo modo, puede existir sesgo de deseabilidad social, debido a que algunas respuestas podrían verse influenciadas por la intención de ofrecer una imagen socialmente aceptada o positiva.

Además, existe dificultad para diferenciar de forma exacta qué cambios de la calidad de vida están derivados del tratamiento quimioterapéutico y cuáles están relacionados con la propia enfermedad oncológica, aunque ambos procesos se encuentran estrechamente vinculados y forman parte de una misma experiencia vital para el paciente.

En relación con el cuestionario PHQ-9, este instrumento se encarga de evaluar el estado emocional actual de las participantes en el momento de la recogida de datos, por lo que

puede no reflejar con precisión el estado emocional experimentado durante el periodo de tratamiento quimioterapéutico.

Finalmente, se debe tener en consideración la inexperiencia por parte de los autores en la realización de un trabajo de estas magnitudes.

11. CONCLUSIONES

En última instancia, teniendo en cuenta el análisis de las entrevistas y cuestionarios y su comparación con los resultados de la búsqueda bibliográfica plasmados en el marco teórico, los hallazgos sugieren que existe una gran correlación entre la información obtenida mediante ambas fuentes.

La revisión pone en evidencia la amplia bibliografía existente en relación con la quimioterapia, pero también refleja la complejidad de este proceso. Esta complejidad viene dada por la individualización que implica el proceso, ya que cada persona que se somete a quimioterapia se ve afectada de diferentes formas por los síntomas físicos, las repercusiones psicológicas y las afectaciones familiares, sociales, laborales, económicas y religiosas. Esto significa que la calidad de vida se ve alterada en distinto grado según el individuo, aunque las consecuencias psicológicas están presentes en la mayoría de los casos, relacionadas principalmente con el miedo, la ansiedad y la incertidumbre que conlleva la enfermedad.

El apoyo, la educación sanitaria y el acompañamiento continuo son elementos de gran importancia, ya que influyen directamente en la manera en que se vive esta experiencia, no solo para las personas afectadas, sino también para sus familiares. Disponer de una red de apoyo sólida representa un factor protector esencial.

Finalmente, cabe destacar que se trata de una realidad cada vez más presente en la sociedad, por lo que surge la necesidad de abordar el tema de forma más integral, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la calidad de vida de las personas. No obstante, se trata de un ámbito especialmente sensible, ya que resulta complicado realizar generalizaciones debido a que cada persona presenta unas necesidades, limitaciones y mecanismos de afrontamiento distintos.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. SEOM. Las Cifras del Cáncer en España [Internet]. 2025. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DMC2025.pdf
2. Kerguelen Soto JF, Herrera Herrera JL, Pacheco Herrera P, Llorente Pérez YJ, Romero Guzmán IR. La vida después de un cáncer, experiencias de un grupo de sobrevivientes. Cult Cuid Rev Enferm Humanid [Internet]. 2025 [citado el 20 de febrero de 2026];(71):7–17. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/download/27874/24890>
3. Alexandra A, Morales M, Dra P, Ángela M. Propuesta de implementación de una guía: efectos adversos de la quimioterapia e intervenciones enfermeras [Internet]. ULL [citado el 2 de enero de 2026]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20281/Propuesta%20de%20Implementacion%20de%20una%20Guia%20Efectos%20Adversos%20de%20la%20Quimioterapia%20e%20Intervenciones%20Enfermeras.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Ottati F, Souza Campos MP. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. Acta Colomb Psicol [Internet]. 2014 [citado el 2 de marzo de 2026];17(2):103–11. Disponible en: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/download/169/209>
5. González AN. Impacto psicológico del paciente con cáncer. NPunto [Internet]. 2022 [citado el 7 de marzo de 2026];5(56):30–51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8949595>
6. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2002 [citado el 7 de marzo de 2026];2(1):19–23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-59972002000100004&script=sci_arttext
7. Rodin G, Feldman A, Trapani D, Skelton M, Unger-Saldaña K, Essue B, et al. The human crisis in cancer: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol [Internet]. 2025;26(12):e628–70. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(25\)00530-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(25)00530-3)
8. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Cancer.gov.[citado el 13 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

9. SEOM. SEOM advierte del incremento de casos y de muertes por cáncer de pulmón en la mujer [Internet]. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. 2025 [cited 2025 Nov 17]. Disponible en: <https://www.seom.org/otros-servicios/noticias/210993-seom-advierte-del-incremento-de-casos-y-de-muertes-por-cancer-de-pulmon-en-la-mujer>
10. Wright JC. Chemotherapy of Cancer. JAMA. 1946;130(17):1124-5 [citado el 13 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/357833>
11. Inmunoterapia para el cáncer [Internet]. Cancer.gov. 2015 [citado el 24 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/inmunoterapia>
12. Ferreiro J, García JL, Barceló R, Rubio I. Quimioterapia: efectos secundarios [Internet]. [citado el 2 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/download/524/532>
13. Efectos secundarios de la quimioterapia [Internet]. Cancer.org. [citado el 2 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia.html>
14. Estrés postraumático relacionado con el cáncer [Internet]. Cancer.gov. 2026 [citado el 2 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/nueva-normalidad/ptsd-pdq>
15. EORTC quality of life website [Internet]. EORTC - Quality of Life. 2017 [citado el 14 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://qol.eortc.org>
16. ¿Qué calidad de vida? [Internet] Organización Mundial de la Salud [citado el 2 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c9b6ae1c-107e-4b41-b4c7-cdf76afb1451/content>

17. Arrarás U Rdániz JI, Dlarramendi Mañas JJ, José J, Alerdi Alvarez V. El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudios estadísticos de validación con una muestra española [Internet]. Rua.ua.es. [citado el 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/6ee34e51-2f26-407a-b436-5a9851a3fe44/content>
18. Blasco T, Rodríguez E. Calidad de vida y bienestar en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia a altas dosis: Un estudio preliminar. Clin Salud [Internet]. 1995;6(3):331–40. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2478600168?parentSessionId=940Y4ITcVVJiMNZghdb0030yFI8PDbulcjySkxsgNk%3D&pq-origsite=primo&sourcetype=Scholarly%20Journals>
19. Méndez F, Ortigosa JM, Riquelme A. Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. Psicooncología (Pozuelo De Alarcon) [Internet]. 2009 [citado el 2 de marzo de 2026];6:413–28. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220413A>
20. Terol M, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Pastor M, Mora M, Martín-Aragón M, et al. Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. An Psicol [Internet]. 2000 [citado el 2 de marzo de 2026];16(2):111. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1288768578?parentSessionId=IM1e%2Fp6ZmzSGvBv8tWOWQGN%2BGr1lxbFrDybUZoxAEJk%3D&pq-origsite=primo&sourcetype=Scholarly%20Journals>
21. Ladeira T, Grincenkov F. Relación entre la salud mental de pacientes con cáncer avanzado en quimioterapia paliativa y sus cuidadores familiares [Internet]. Unirioja.es. [citado el 2 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8051027>
22. Catota C, Lizbeth T, Vallejo C, Fernando P. Efectividad de las intervenciones fisioterapéuticas en el manejo de la neuropatía periférica inducida por quimioterapia en pacientes oncológicos [Internet]. Unirioja.es. [citado el 2 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10355161>

23. Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia [Internet]. Revistes.ub.edu. [citado el 2 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9044/11504>
24. Sanz MM. Papel de la enfermería oncológica en el manejo del paciente oncológico. Revisiones en cáncer [Internet]. 2020 [citado el 9 de mayo de 2026];34(5):289–92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8648263>
25. Hermosilla-Ávila A, Sanhueza-Alvarado O. La vivencia de los pacientes con cáncer y el cuidado de enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2020 [citado el 9 de mayo de 2026];11(1). Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/download/782/1412>
26. Orta González MA, Vázquez Hachero G, Ponce Domínguez J, Ponce Domínguez MC, Neto Barrera CP, Palanco González EM. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Temas de Hoy [Internet]. 2001; Disponible en: https://www.academia.edu/40754658/OCTUBRE_2001_495_Proceso_de_Atención_de_Enfermería_Modelo_de_Sor_Callista_Roy
27. Mijangos-Fuentes KI. El Paradigma Holístico de la Enfermería [Internet]. Edu.mx. [citado el 9 de mayo de 2026]. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf
28. Shah MH. Dr Jane C Wright (1919-2013): The architect of modern chemotherapy and Clinical Oncology. Cureus [Internet]. 2025;17(7):e88511. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.88511>
29. Terol MC, López S, Rodríguez J, Pastor MA, Mora M, Martín M, Leyda JI, Neipp MC, Lizón J. Diferencias en la calidad de vida. www.um.es. [citado el 2 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v16/v16_2/01-16_2.pdf
30. Campo-Arias A, Pedrozo-Pupo JC, Cogollo-Milanés Z. PHQ-9 in screening of major depressive episode among COVID-19 survivors. Rev Colomb Psiquiatr (Engl) [Internet]. 2021;52(3):173–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.004>
31. Nies YH, Ali AM, Abdullah N, Islahudin F, Shah NM. A qualitative study among breast cancer patients on chemotherapy: experiences and side-effects. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2018;12:1955–64. Disponible en: <https://www.dovepress.com/article/download/40970>

32. Arraras JI, Illarramendi JJ, Viudez A, Ibáñez B, Lecumberri MJ, de la Cruz S, et al. Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology day hospital and its relationship with quality of life: Satisfaction determinants in a day hospital and its relation with quality of life. *Psychooncology* [Internet]. 2013;22(11):2454–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3307>
33. Pal B, Chaudhary V, Sharma B, Kumari S, Meenakshi S, Murti K, et al. Prevalence and associated factors of anxiety and depression among cancer patients in India: A systematic review and meta-analysis. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2026;33(1):100884. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2025.100884>
34. Oberguggenberger AS, Engele VI, Schmalz C, Nordin A, Bjelic-Radisic V, Lanceley A, et al. The impact of curative cancer treatment on sexual health - clinical results from the EORTC QLQ-SH22 validation study. *BMC Cancer* [Internet]. 2024;24(1):1374. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-024-13123-7>
35. Lim SM, Kim HC, Lee S. Psychosocial impact of cancer patients on their family members. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2013;45(3):226–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4143/crt.2013.45.3.226>
36. Federació Catalana d'Entitats contra el Càncer (FECEC). Entrevista [Internet]. Después del Càncer. 2026. Disponible en: <https://despresdelcancer.cat/index.php/tag/entrevista-es/?lang=es>
37. EORTC. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual [Internet]. Disponible en: <https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>
38. Leydon, G. M., et al. (2000). Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ*, 320(7239), 909-913. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7239.909>
39. Thompson J, Topping A, Thomas RE. A Theoretically Informed Critical Review of Research Applying the Concept of Liminality to Understand Experiences with Cancer. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(7):5982. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20075982>
40. National Comprehensive Cancer Network. Cancer-related fatigue. Clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2003;1(3):308–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2003.0029>
41. Bower JE. Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol* [Internet]. 2014;11(10):597–609. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>

42. Ahles TA, Root JC. Cognitive effects of cancer and cancer treatments. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018;14(1):425–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084903>
43. Dang S, Looijmans A, Ferraris G, Lamura G, Hagedoorn M. Exploring the needs of spousal, adult child, and adult sibling informal caregivers: A mixed-method systematic review. *Front Psychol* [Internet]. 2022; 13:832974. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832974>
44. Martins H, Domingues TD, Caldeira S. Spiritual distress and religious involvement among cancer patients receiving chemotherapy: A longitudinal study. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2024;35(3):272–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12442>
45. Zebrack BJ. Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Pract* [Internet]. 2000;8(5):238–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-5394.2000.85004.x>
46. Hummel SB, van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Sexual functioning and relationship satisfaction of partners of breast cancer survivors who receive Internet-based sex therapy. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2019;45(2):91–102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2018.1488325>
47. Altice CK, Banegas MP, Tucker-Seeley RD, Yabroff KR. Financial hardships experienced by cancer survivors: A systematic review. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2017;109(2):. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djw205>

ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD DE LA DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ASPECTOS ÉTICOS



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Declaració responsable sobre els aspectes ètics del Treball de Fi de Màster (TFM) / Treball de Fi de Grau (TFG) proposat

Els aspectes ètics són fonamentals per a la Universitat Rovira i Virgili. Per això, cal que realitzeu la següent avaluació ètica sobre el vostre treball de fi de màster (TFM) / treball de fi de grau (TFG), segons correspongui. Responeu **SÍ** / **NO** a les preguntes que es detallen a continuació. Si totes les vostres respostes són **NO**, no es necessiten més detalls que la vostra signatura. Si, en canvi, responeu **SÍ** a alguna de les preguntes següents, es requereix, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent:

- CEIm-IIISPV:..... Informe favorable
- CEEA: Informe favorable
- CEIPSA: Declaració responsable i compromís formal del professorat i alumnat implicat pel que fa al seguiment de la normativa aplicable, segons consta al final del document.

Nom del professor/a responsable de la URV:

Eva María de Mingo

Nom de l'alumne/a:

David Álvarez Lander y Elia Mas Villalba

Ensenyament:

Títol del ☐ TFM / ☒ TFG (marqueu la casella que correspongui)

Evaluación del estado funcional y la calidad de vida en pacientes oncológicos tras la quimioterapia

Breu descripció del TFM / TFG (màx. 1000 caràcters, espais inclosos):

El estudio tiene como finalidad analizar el impacto de la quimioterapia más allá de sus efectos físicos, explorando también las consecuencias psicológicas, sociales y espirituales que experimentan las personas en tratamiento. Aunque estos efectos somáticos están bien descritos, otros ámbitos del bienestar suelen quedar desatendidos. Comprender estas vivencias es esencial para mejorar la atención integral y anticipar necesidades del cuidado futuras.

La investigación se llevará a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, centradas únicamente en las percepciones y experiencias personales de quienes reciben quimioterapia. El estudio no interfiere en los tratamientos ni incorpora ninguna intervención, y no se tiene acceso a la historia clínica. La captación de participantes se realizará a través de la asociación comunitaria "Liga contra el Cáncer", sin implicar centros sanitarios ni procedimientos clínicos.

El TFM / TFG s'empara en un projecte d'R+D+I que ha estat informat favorablement per un comitè ètic d'investigació i segueix el protocol d'actuació aprovat: ☐ Sí / ☒ No.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

En cas afirmatiu, feu constar:

- Títol del projecte d'R+D+I:
- Investigador/a principal:.....
- Comitè ètic d'investigació (CEI):
- Entitat del CEI:
- Data d'emissió del CEI:.....
- Codi d'autorització del CEI:

Presenteu una còpia de l'informe favorable del projecte d'R+D+I emès pel comitè ètic d'investigació implicat.

En cas negatiu, indiqueu si el TFM / TFG que voleu portar a terme inclou algun d'aquests aspectes. Per a més informació sobre el contingut de cada pregunta, podeu consultar el document "[Guia de l'investigador/a](#)".

Apartat	Sí	No
1. Embrions/fetus humans		
Implica cèl·lules mare embrionàries humanes (CMEH)?	☐	☒
Implica l'ús d'embrions humans?	☐	☒
Implica l'ús de teixits / cèl·lules fetals humanes?	☐	☒
2. Éssers humans		
Implica la participació d'éssers humans?	☒	☐
• Són voluntaris en l'àmbit de les ciències socials o les humanitats?	☐	☒
• Són persones incapacitades per donar el seu consentiment informat?	☐	☒
• Són individus o grups vulnerables?	☐	☒
• Són menors d'edat?	☐	☒
• Són pacients?	☐	☒
• Són voluntaris sans per a estudis mèdics?	☐	☒
Implica intervencions físiques en els participants?	☐	☒
3. Cèl·lules/teixits humans		
Implica cèl·lules o teixits humans (diferents dels embrions/fetus humans de la secció 1)?	☐	☒
• Estan disponibles comercialment?	☐	☐
• S'obtenen dins d'aquest projecte?	☐	☐
• S'obtenen d'un altre projecte, laboratori o institució?	☐	☐
• S'obtenen d'un biobanc?	☐	☐



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

4. Dades de caràcter personal i privacitat		
Implica la recollida i/o tractament de dades personals?	☒	☐
• Implica la recollida i/o tractament de dades personals sensibles, com ara, salut, vida sexual, raça, opinió política, conviccions religioses o filosòfiques?	☒	☐
• Implica el tractament d'informació genètica?	☐	☒
• Implica el seguiment o observació tecnològica dels participants (com ara dades de vigilància o localització, i dades WAN, com ara adreça IP, MAC, cookies, etc.)?	☐	☒
Implica un tractament de dades personals recopilades prèviament a aquest TFG/TFM (ús secundari)?	☐	☒
5. Animals		
Implica la manipulació d'animals per al seu estudi o per a l'obtenció de mostres, òrgans o teixits?	☐	☒
6. Països tercers		
Cas que es desenvolupi, de manera total o parcial, en països que no pertanyen a la Unió Europea, el projecte d'R+D+I planteja problemes potencials d'ètica?	☐	☒
Teniu previst utilitzar recursos locals (per exemple, mostres de teixits animals o animals, material genètic, animals vius, restes humanes, materials de valor històric, mostres de fauna o flora en perill d'extinció, etc.)?	☐	☒
Teniu previst importar material (incloses les dades personals) de països que no pertanyen a la Unió Europea a la Unió Europea?	☐	☒
Teniu previst exportar material (incloses les dades personals) des de la Unió Europea a països que no pertanyen a la Unió Europea?	☐	☒
Cas que el projecte generi beneficis i impliqui països de baixos ingressos i/o baixos ingressos mitjans, teniu previst les accions de repartiment de beneficis?	☐	☒
Podria la situació al país posar en risc els participants?	☐	☒
7. Medi Ambient/Salut i protecció		
Implica l'ús d'elements que poden causar danys al medi ambient, animals o plantes?	☐	☒
Tracta sobre la fauna i/o flora en perill d'extinció i/o àrees protegides?	☐	☒
Implica l'ús d'elements que poden causar danys als humans, inclòs el personal investigador?	☐	☒
8. Ús dual		
Implica productes de doble ús en el sentit del Reglament 428/2009 ¹ o altres articles per als quals es requereix autorització?	☐	☒

¹ Productes de doble ús són aquells productes, inclòs el suport lògic (software), i la tecnologia que puguin destinar-se a usos tant civils com militars i que inclouen tots els productes que puguin ser utilitzats tant per a usos no explosius com per ajudar a la fabricació d'armes nuclears o altres dispositius nuclears explosius. Veure [Reglament CE 428/2009 del Consell de 5 de maig de 2009](#).



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

9. Focus exclusiu sobre aplicacions civils		
Podria necessitar aclariments en relació amb un enfocament exclusiu sobre aplicacions civils?	☐	☒
10. Ús malintencionat dels resultats		
Té potencial perquè els seus resultats siguin utilitzats malament?	☐	☒
11. Altres aspectes ètics		
Hi ha algun altre aspecte ètic que hauria de ser pres en consideració? Especifiquen, si us plau:	☐	☒

Confirmem que hem valorat tots els aspectes ètics descrits més amunt i que, en cas afirmatiu, els signataris ens comprometem formalment, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent, a:

- CEIm-IISPV:.... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de l'investigador/a".
- CEEA: Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de l'investigador/a".
- CEIPSA: Actuar d'acord amb la normativa aplicable en cas que el treball en qüestió tingui implicacions ètiques i respectar les recomanacions ètiques que emanin d'aquest Comitè.

Seguir les directrius establertes a la "Guia de l'investigador/a" i la "Guia sobre protecció de dades personals en els Treballs de Fi de Grau i Màster de la Universitat Rovira i Virgili".

Respectar la confidencialitat de les dades personals que es puguin obtenir en l'activitat d'R+D+I, tant pel que fa a l'ús acadèmic com a la difusió pública de les mateixes. Si considerem que algun resultat de l'activitat d'R+D+I pogués arribar a afectar o pogués ser d'interès per a les persones o col·lectius participants, ho comunicarem amb antelació.

No utilitzar les dades personals obtingudes en el projecte per a altres estudis diferents. En aquest darrer supòsit, sol·licitarem abans el corresponent permís d'aquest Comitè.

Escolliu una localitat , Tarragona



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Signatura del professor/a responsable URV

DE MINGO
FERNANDEZ EVA
MARIA -
52219490Z

Firmado digitalmente
por DE MINGO
FERNANDEZ EVA MARIA
- 52219490Z
Fecha: 2025.12.02
19:14:49 +01'00'

Signatura de l'alumne/a

MAS VILLALBA
ELIA - 73439366K
ALVAREZ LANDER
DAVID -
73483155H

Firmado digitalmente por MAS
VILLALBA ELIA - 73439366K
Fecha: 2025.12.02 15:26:03
-03'00'

Digitally signed by ALVAREZ
LANDER DAVID - 73483155H
Date: 2025.12.03 10:58:24
+01'00'

**Signatura de l'investigador/a responsable del
projecte d'R+D+I en què s'empara (si escau)**

Nota: Una vegada emplenat, convertir el document a format PDF, signar digitalment i
enviar a l'adreça de correu electrònic carlos.garcia@urv.cat

ANEXO 2. CUESTIONARIO PHQ-9

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad	Algunas dificultades	Muchas dificultades	Muchísimas dificultades
☐	☐	☐	☐

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. No se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.

ANEXO 3. CUESTIONARIO QLQ-C30

SPANISH (SPAIN)



Paciente: ES-□□□-□□□

EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Fecha de hoy (día, mes, año): 31

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

SPANISH (SPAIN)

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

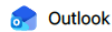
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

ANEXO 4. PERMISO CUESTIONARIO QLQ-C30



Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 123409

De no-reply@eortc.org <no-reply@eortc.org>
Data Dc. 4/2/2026 15:34
Fins a Elia Mas Villalba <elia.mas@estudiants.urv.cat>

Dear Elia Mas ,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Spanish \(Spain\)](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg



[Disclaimer](#)



ANEXO 5. CRONOGRAMA

Actividades	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Revisión bibliográfica	X	X					
Lectura			X				
Elaboración entrevista				X			
Recogida de datos				X	X	X	
Elaboración de resultados y conclusiones						X	X
Redacción del estudio							X