

# IMPACTO DE LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DE UN AYUNTAMIENTO GALLEGO

## IMPACT OF ONCOLOGICAL PATHOLOGY ON QUALITY OF LIFE IN A GALICIAN POPULATION SAMPLE

### AUTORES

Fernández Tato Manuel<sup>1</sup>, Gude-Sampedro Francisco<sup>2</sup>, Fernández-Domínguez María José<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Estudiante. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

<sup>2</sup> Médico de familia C.S. Concepción Arenal en Santiago de Compostela, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Profesor titular de Medicina de Familia y Comunitaria de la Universidad de Santiago de Compostela

<sup>3</sup> Médica de Familia C.S. Leiro. Profesora asociada clínica de Ciencias de la Salud de la Universidad de Santiago de Compostela. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur

**Autor para correspondencia:** Manuel Fernández Tato. **Email:** manuel.fernandez.tato@rai.usc.es

### Resumen

**Introducción:** El cáncer es una enfermedad que conlleva consecuencias negativas en los pacientes oncológicos. Los cambios en el estilo de vida de los pacientes son un factor fundamental para el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de estos pacientes.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de la patología oncológica en la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) en una muestra general de una población gallega.

**Material y métodos:** Estudio observacional, muestra aleatoria de población  $\geq 18$  años del ayuntamiento de La Estrada. N=1512. Variables: cuaderno de recogida de datos con datos demográficos, padecimiento de cáncer, ejercicio físico, tabaco, alcohol y cuestionario de calidad de vida SF-36.

**Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin cáncer con la edad, índice de masa corporal, hábito tabáquico, estado civil, nivel de estudios, situación laboral actual, función física, rol físico, salud general y percepción de salud con respecto al año anterior.

**Conclusión:** Se ha encontrado un empeoramiento general de la CVRS de pacientes con cáncer en la mayor parte de los dominios estudiados con el SF-36 si comparamos los valores con la población sana.

**Palabras clave:** cáncer, calidad de vida relacionada con la salud, calidad de vida, SF36, factores psicosociales.

### Abstract

**Introduction:** Cancer is a disease that has negative consequences for oncology patients. Changes in patients' lifestyles are a key factor in the diagnosis, follow-up and treatment of these patients.

**Objective:** To assess the impact of oncological pathology on HRQoL (health-related quality of life) in a general sample of the Galician population.

**Material and methods:** Observational study, random sample of the population aged  $\geq 18$  years in the municipality of La Estrada. N=1512. Variables: structured questionnaire with demographic data, cancer status, physical exercise, tobacco, alcohol and SF-36 quality of life questionnaire.

**Results:** Statistically significant differences were found between the groups with and without cancer in terms of age, body mass index, smoking habits, marital status, level of education, current employment status, physical function, physical role, general health and perception of health compared to the previous year.

**Conclusion:** A general worsening of HRQoL was found in cancer patients in most of the domains studied with the SF-36 when comparing the values with the healthy population.

**Keywords:** cancer, health-related quality of life, quality of life, SF36, psychosocial factors.

## INTRODUCCIÓN

Según un informe de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) “El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2024 se estima que alcanzará los 286.664 casos según los cálculos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN)” (1). Se estima que en España la incidencia de cáncer llegue a los 341.000 casos. En nuestro medio, los factores más relevantes para el incremento de la incidencia son el envejecimiento de la población, el consumo de tóxicos y factores como el sedentarismo y la obesidad. Este mismo informe expone que “en España, se estima que la mortalidad por cáncer se incrementará de 113.000 casos en 2020 a más de 160.000 en 2040”.

La supervivencia del cáncer ha aumentado, pero es distinta en hombres y mujeres. Estas diferencias se deben principalmente al tipo tumoral y al estadio (1,2).

Un informe definitivo del Instituto Nacional de Estadística (INE) refleja que: “Los tumores se situaron como primera causa de muerte en el año 2023, con un 26,6% del total de las defunciones”. Área de prensa / Notas de prensa publicadas (ine.es) (3).

Bien sea por efecto físico directo de la masa tumoral (ocupación de espacio), por las alteraciones bioquímicas que propician las células cancerígenas, o por los efectos que conllevan los tratamientos, el cáncer implica una grave carga física, social y emocional para los pacientes desde el momento del diagnóstico. Su prevalencia y gravedad realza la importancia de considerar el impacto que tiene esta patología en la población y principalmente en nuestro medio.

Según el estudio realizado por Richard P. Moser hasta un 61.6% de los pacientes oncológicos percibe su diagnóstico como una sentencia de muerte, además 36% de los pacientes evitan citas con su especialista (4).

El cáncer es una enfermedad que conlleva consecuencias negativas en los pacientes oncológicos. Medir la calidad de vida relacionada con la salud nos permite afrontar correctamente los retos que implica el cáncer, conociendo los factores que afectan a los pacientes y mejorando la evolución de la enfermedad. En este contexto se ha realizado este estudio con el objetivo de evaluar el impacto de la patología oncológica en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una muestra general de una población gallega.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Los datos utilizados fueron tomados del Estudio de Glicación e Inflamación de A Estrada (AEGIS) (5), realizado desde Diciembre del 2012 hasta Marzo del 2015.

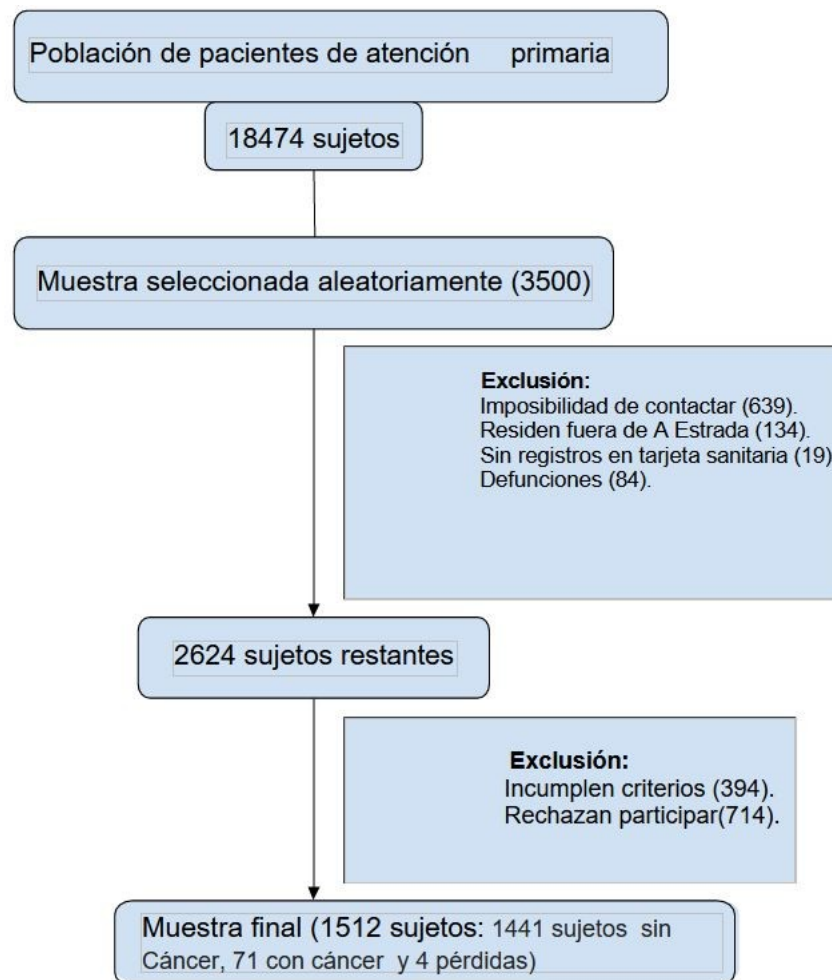
Partiendo del Registro del Sistema Nacional de Salud de España, que tiene una cobertura superior al 95% de la población, se seleccionó una muestra aleatoria de la población de A Estrada mayor de 18 años. Los datos que proporciona el registro son: nombre, fecha de nacimiento y dirección de toda persona atendida en atención primaria.

Criterios de inclusión: personas mayores de edad (> 18 años), pertenecientes al municipio de A Estrada, que hablan con fluidez el español o tienen capacidad para comunicarse y finalmente, otorgar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: personas ya fallecidas, que cambiaron de municipio y aquellos incapaces de dar su consentimiento informado por cualquier motivo (pacientes con demencia, cáncer terminal, discapacidad mental o incapacidad para comunicarse o desplazarse en el momento de realización del estudio). A aquellos sujetos con procesos agudos o fiebre se les permitió acudir a la entrevista 3 meses después. En el caso de las mujeres embarazadas, realizaron la entrevista 3 meses después del parto.

A partir de la población total (N=18474) se clasificó por grupos etarios a los sujetos en los siguientes rangos: 18 a 29 años, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 años y mayores. Mediante muestreo aleatorio estratificado se obtuvo una muestra inicial (n=3500) con un programa informático (función “sample” del programa cran-R.org). De estos 3500, sólo 1516 participantes firmaron el consentimiento informado, y tras perderse datos de 4 de ellos, fueron analizados 1512 sujetos (figura 1).

En la figura 1 se esquematiza el proceso de selección de participantes.



**Figura 1. Diagrama de participación en el estudio**

Estos 1516 individuos fueron citados en el centro de salud de A Estrada donde una enfermera recabó los datos.

Un entrevistador administró un cuaderno de recogida de datos que incluye: datos demográficos y sociales, consumo de tabaco, alcohol, realización de actividad física y padecimiento de cáncer. En el grupo de los participantes con cáncer se incluyeron todos aquellos que, dentro de la muestra, han tenido en algún momento de su vida un diagnóstico de cáncer, incluidos pacientes que se estaban tratando en el momento de la recogida de datos, en seguimiento o remisión. Para el estudio de la CVRS los participantes cumplimentaron el cuestionario SF-36.

Para medir el grado de actividad física se utilizó la versión corta del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), que consta de 7 preguntas para evaluar el nivel de actividad física de los participantes. El nivel de actividad física de los participantes se clasificó en: baja, media y alta (6).

Para la cuantificación del hábito tabáquico se clasificó a los pacientes en tres grupos: 1) Fumadores: Consumen al menos 1 cigarrillo semanal, o dejaron de fumar hace menos de 1 año; 2) Exfumadores: No fuman desde hace más de 1 año; 3) No fumadores: Consumen menos de 1 cigarrillo/semana o nunca han fumado.

Se preguntó a los participantes sobre su consumo de alcohol y se realizaron equivalencias con la unidad de bebida alcohólica estándar (UBE). 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol que es, aproximadamente, el contenido medio de un vaso de vino de 100 ml de 13 grados, 1 vaso de 300 ml de cerveza de 4 grados o 30 ml de licor de 40 grados. Se clasificó a los participantes en: 1) Abstemio: hace 6 meses que no bebe, o nunca ha bebido; 2) Bebedor ligero: consume menos de 1 gramo a la semana; 3) Bebedor moderado: consume entre 1 y 140 gramos a la semana de alcohol; 4) Gran bebedor: consume más de 140 gramos semanales de alcohol.

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud se empleó el cuestionario SF-36, diseñado para ser proveído por personal capacitado a personas mayores de 14 años, y utilizado para medir la calidad de vida por su sencillez para realizarlo e interpretarlo. Consta de 36 ítems dentro de 9 dominios: función física (PF), rol físico (RP), rol emocional (RE), vitalidad (VT), salud mental (MH), función social (SF), dolor corporal (BP), salud general (GH) y transición de la salud (SFX2). Este último dominio mide la diferencia percibida en la calidad de vida actual con respecto a la percibida el año anterior. Cuanto mayor es el valor en cada una de las escalas del cuestionario, mejor estado de salud, siendo 0 el mínimo y 100 el máximo (7).

### **Análisis estadístico:**

Como el muestreo es estratificado, hemos utilizado un análisis basado en el diseño, con ponderaciones que tuvieran en cuenta la selección no proporcional de la muestra y los abandonos.

Aplicamos un estudio descriptivo básico utilizando medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, DE), estimación de medias y proporciones expresadas con sus intervalos de confianza (IC) al 95%.

En el análisis bivalente, para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la T-student para datos apareados; en caso de no cumplir criterios de normalidad según el Test de Kolmogorov-Smirnov se utilizaron pruebas no paramétricas como la U de Mann Whitney. En la comparación de variables cualitativas dicotómicas se empleó la prueba de McNemar para datos apareados, cuando las variables no eran binarias, sino multinomiales, utilizamos la prueba de homogeneidad marginal que es una extensión de la prueba de McNemar para ese tipo de datos. En el análisis bivalente también utilizamos el modelo de regresión lineal simple para la comparación de variables continuas.

Construimos un modelo de regresión lineal múltiple. Como paso previo a la realización del análisis multivariante utilizamos el modelo de regresión lineal simple para hallar aquellas variables que resultaban más significativas.

Inicialmente se realizó un análisis de regresión logística univariante con aquellas variables que resultaron de interés clínico y seleccionando de éstas, aquellas cuya distribución muestral permitió dicho cálculo. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística multivariante introduciendo las variables estadísticamente significativas en el univariante y aquellas de interés clínico eliminando las variables con alta correlación o bien las que presentaban una dispersión elevada en los IC.

Los resultados analíticos se han expresado en función de sus intervalos de confianza al 95% y consideramos un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

El análisis estadístico se realizó con el programa (Software libre) R ([www.r-project.org/](http://www.r-project.org/)).

### **Consideraciones éticas:**

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, Santiago de Compostela, España, (CEIC, número de referencia 2012-025). Todos los participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado.

**RESULTADOS**

En la tabla Tabla 1 podemos ver el resumen de las variables demográficas, tanto en la muestra global como separando por individuos con o sin cáncer.

La población de este estudio está compuesta por 1512 sujetos. De estos, 839 fueron mujeres (55,5%) y 673 fueron hombres (44,5%) con una edad mediana de 52 años [39-67]. Se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la edad, el estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Los individuos con cáncer tienen una media de edad mayor, presenta una mayor proporción de casados y viudos y mucho menor de solteros, tienen una mayor proporción de nivel de estudios bajos y una mayor proporción de jubilados. También encontramos diferencias ( $p=0,041$ ) en relación al índice de masa corporal (IMC), la mediana es mayor en los individuos con cáncer.

Respecto a la actividad física o al consumo de alcohol entre los dos grupos no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Aunque sí las hemos encontrado ( $p=0,001$ ) en los hábitos de tabaquismo de los dos grupos, habiendo una mayor proporción de exfumadores en el grupo con cáncer (tabla 2).

**Tabla 1. Resumen de las variables sociodemográficas implicadas en el estudio SF36, tanto en la muestra general como separando en función de si el individuo tiene o no cáncer**

Variable	Muestra general (N = 1512)	Sin cáncer (N = 1441)	Con cáncer (N = 71)	P-valor
<b>sexo, Hombres</b>	673 (44,5%)	635 (44,1%)	38 (53,5%)	0,142
<b>edad, años</b>	52 [39-67]	51 [38-66]	71 [61-77,5]	<0,001
<b>Estado civil</b>				0,002
Casado	919 (60,8%)	865 (60%)	54 (76,1%)	
Unión libre	63 (4,2%)	62 (4,3%)	1 (1,4%)	
Viudo	131 (8,7%)	122 (8,5%)	9 (12,7%)	
Divorciado	56 (3,7%)	54 (3,7%)	2 (2,8%)	
Separado	33 (2,2%)	31 (2,2%)	2 (2,8%)	
Soltero	310 (20,5%)	307 (21,3%)	3 (4,2%)	
<b>Nivel de estudios</b>				0,002
Analfabeto	12 (0,8%)	11 (0,8%)	1 (1,4%)	
Sin EGB	325 (21,5%)	303 (21%)	22 (31%)	
Graduado escolar	525 (34,7%)	491 (34,1%)	34 (47,9%)	
ESO	124 (8,2%)	123 (8,5%)	1 (1,4%)	

Bachillerato	145 (9,6%)	141 (9,8%)	4 (5,6%)	
FP	206 (13,6%)	202 (14%)	4 (5,6%)	
Diplomado/Ingeniero Técnico	74 (4,9%)	71 (4,9%)	3 (4,2%)	
Licenciado/Ingeniero/Grado	99 (6,5%)	98 (6,8%)	1 (1,4%)	
Doctorado	2 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (1,4%)	
<b>Situación laboral</b>				<b>&lt;0,001</b>
Trabajador	573/1511 (37,9%)	563/1440 (39,1%)	10 (14,1%)	
Baja	28/1511 (1,9%)	25/1440 (1,7%)	3 (4,2%)	
Desempleo	238/1511 (15,8%)	234/1440 (16,2%)	4 (5,6%)	
Tareas del hogar	112/1511 (7,4%)	109/1440 (7,6%)	3 (4,2%)	
Jubilado	480/1511 (31,8%)	431/1440 (29,9%)	49 (69%)	
Estudiante	57/1511 (3,8%)	57/1440 (4%)	0 (0%)	
Otros	23/1511 (1,5%)	21/1440 (1,5%)	2 (2,8%)	
IMC	27,763 [24,61-31,361]	27,685 [24,503-31,356]	28,972 [26,117-31,549]	0,041

Los resultados de las variables cualitativas se expresan en frecuencias absolutas (porcentajes), y de las cuantitativas en medianas [percentil25, percentil75]. En la variable de situación laboral hay un dato faltante.

**Tabla 2. Variables referentes al estilo de vida, tanto en la muestra general como separando en función de si el individuo tiene o no cáncer**

Variable	Muestra general (N = 1512)	Sin cáncer (N = 1441)	Con cáncer (N = 71)	P-valor
<b>Actividad física</b>				0,252
Baja	594 (39,3%)	566 (39,3%)	28 (39,4%)	

Moderada	550 (36,4%)	519 (36%)	31 (43,7%)
Alta	368 (24,3%)	356 (24,7%)	12 (16,9%)
<b>Hábito tabáquico</b>			0,001
No-fumador	823 (54,4%)	784 (54,4%)	39 (54,9%)
Ex-fumador	393 (26%)	365 (25,3%)	28 (39,4%)
Fumador	296 (19,6%)	292 (20,3%)	4 (5,6%)
<b>Consumo de alcohol</b>			0,204
Abstemio	545 (36%)	513 (35,6%)	32 (45,1%)
Bebedor ligero	597 (39,5%)	574 (39,8%)	23 (32,4%)
Bebedor moderado	239 (15,8%)	226 (15,7%)	13 (18,3%)
Gran bebedor	131 (8,7%)	128 (8,9%)	3 (4,2%)

El cuestionario SF-36 recogió datos de los 9 dominios, con los correspondientes valores de la muestra general, el grupo sin cáncer y el grupo con cáncer, encontramos asociación entre la patología oncológica y el efecto que tiene en la percepción de la salud de los pacientes. En Tabla 3 se muestra el resumen de las escalas crudas, con una puntuación de 0-100, tanto de manera global como separando entre individuos con o sin cáncer. Como estas escalas no siguen una distribución normal o gaussiana, los datos se muestran mediante mediana y percentiles 25 y 75. En la figura 2 se muestra el Boxplot de las escalas del SF36, separando en función de si los individuos tienen cáncer o no.

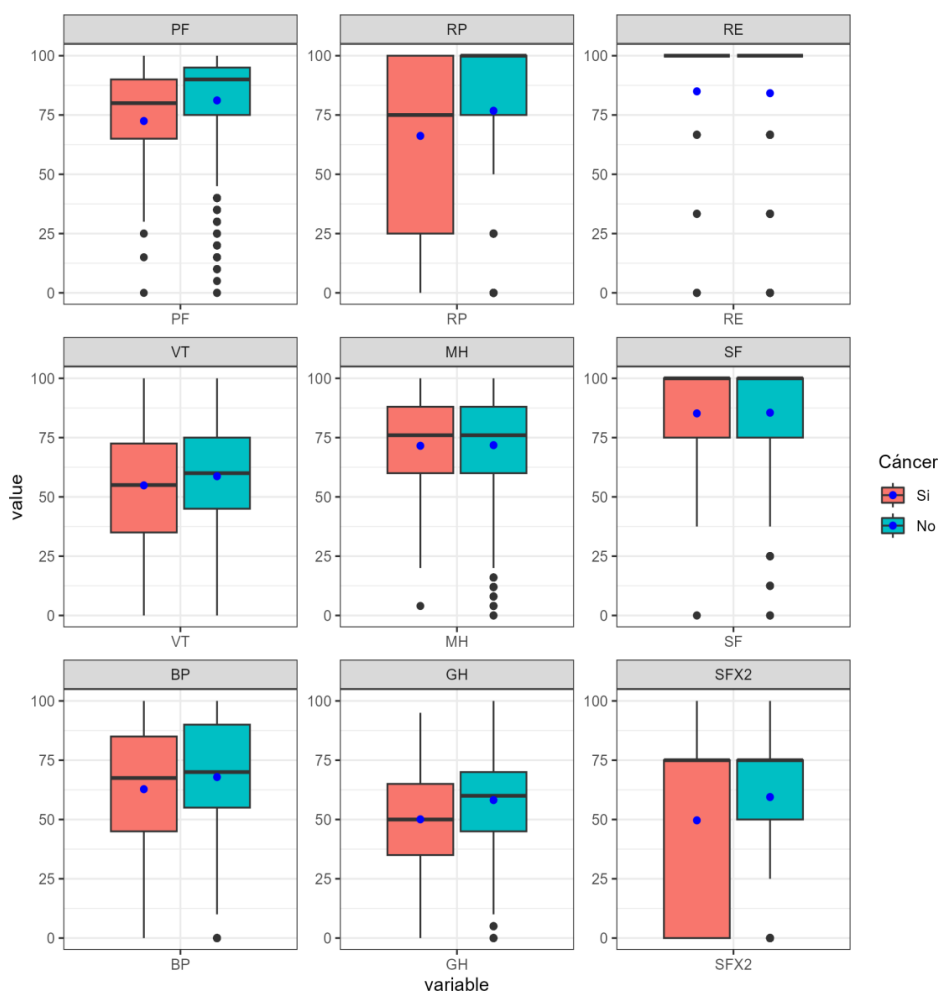
Se observan diferencias estadísticamente significativas en función física, rol físico, salud general y transición de la salud. Los pacientes con cáncer perciben una desmejora en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria o laborales, en la percepción de la salud general y un mayor empeoramiento de su salud con respecto al año anterior al comparar los resultados con el grupo sin cáncer.

**Tabla 3. Resultados SF-36 tanto en la muestra general como separando en función de si el individuo tiene o no cáncer**

Variable	Muestra general (N = 1512)	Sin cáncer (N = 1441)	Con cáncer (N = 71)	P-valor
<b>Función física</b>	90 [70, 95]	90 [75, 95]	80 [65, 90]	<0,001
<b>Rol físico</b>	100 [50, 100]	100 [75, 100]	75 [25, 100]	0,003
<b>Rol emocional</b>	100 [100, 100]	100 [100, 100]	100 [100, 100]	0,872

<b>Vitalidad</b>	60 [45, 75]	60 [45, 75]	55 [35, 72.5]	0,184
<b>Salud mental</b>	76 [60, 88]	76 [60, 88]	76 [60, 88]	0,838
<b>Función social</b>	100 [75, 100]	100 [75, 100]	100 [75, 100]	0,873
<b>Dolor corporal</b>	70 [47.5, 90]	70 [55, 90]	67.5 [45, 85]	0,099
<b>Salud general</b>	60 [45, 70]	60 [45, 70]	50 [35, 65]	<0,001
<b>Transición salud</b>	75 [50, 75]	75 [50, 75]	75 [0, 75]	0,013

Valores en mediana y percentiles [percentil25, percentil75]



PF: función física. RP: rol físico. RE: rol emocional. VT: vitalidad. MH: salud mental. SF: salud física. BP: dolor corporal. GH: salud general. SFX2: transición de salud.

**Figura 2. Boxplot de las escalas obtenidas en el estudio del SF36, separando en función de si los individuos tienen cáncer o no. El punto azul indica la media**

Ajustamos un modelo de regresión para ver cómo influye el hecho de tener o no cáncer en la CVRS medida con el SF-36, ajustando también por edad y por sexo en cada uno de los 9 dominios.

**Tabla 4. Resumen de los modelos de regresión sobre el efecto del diagnóstico oncológico en cada dominio del SF-36 ajustados por edad y sexo**

Dominio	Variable	Coefficientes	Desviación Estándar	P valor	Deviance explicada
<b>Función física</b>	Intercepto	78,505	0,645	< 0,001	28,153
	Hombres	4,881	0,960	< 0,001	
	Cáncer	1,464	2,301	0,525	
	Edad	NA	NA	< 0,001	
<b>Rol físico</b>	Intercepto	73,644	1,264	< 0,001	4,746
	Hombres	6,566	1,880	< 0,001	
	Cáncer	-5,773	4,509	0,201	
	Edad	NA	NA	< 0,001	
<b>Rol emocional</b>	Intercepto	80,529	1,142	< 0,001	2,313
	Hombres	8,374	1,699	< 0,001	
	Cáncer	-0,418	4,074	0,918	
	Edad	NA	NA	0,146	
<b>Vitalidad</b>	Intercepto	54,213	0,779	< 0,001	6,895
	Hombres	9,968	1,159	< 0,001	
	Cáncer	-2,661	2,778	0,338	
	Edad	NA	NA	< 0,001	
<b>Salud mental</b>	Intercepto	67,509	0,724	< 0,001	5,690
	Hombres	9,759	1,078	< 0,001	

	Cáncer	-1,088	2,585	0,674	
	Edad	NA	NA	0,369	
<b>Función social</b>	Intercepto	83,352	0,745	< 0,001	1,877
	Hombres	4,851	1,109	< 0,001	
	Cáncer	-0,601	2,660	0,821	
	Edad	NA	NA	0,143	
<b>Dolor corporal</b>	Intercepto	6,019	0,917	< 0,001	6,712
	Hombres	8,451	1,364	< 0,001	
	Cáncer	-2,711	3,270	0,407	
	Edad	NA	NA	< 0,001	
<b>Salud general</b>	Intercepto	56,921	0,659	< 0,001	9,003
	Hombres	2,469	0,979	0,012	
	Cáncer	-4,385	2,350	0,062	
	Edad	NA	NA	< 0,001	
<b>Transición salud</b>	Intercepto	58,252	1,049	< 0,001	2,003
	Hombres	2,511	1,561	0,108	
	Cáncer	-7,635	3,742	0,041	
	Edad	NA	NA	0,007	

*En rojo  $p < 0,05$*

Los hombres tienen valores más elevados en todos los dominios del SF-36 siendo esta diferencia estadísticamente significativa, excepto en transición de la salud. Los pacientes con cáncer tienen un peor valor, estadísticamente significativo, en el dominio transición de la salud.

En la figura 3 podemos ver el efecto de la edad, encontrando un empeoramiento de la función física, rol físico, vitalidad, dolor corporal y salud general al aumentar la edad. En relación a la transición de la salud la edad no tiene una variación lineal, y presenta una mejora entre los 20 y 40 años, un decrecimiento hasta los 60 con una pequeña meseta antes de decrecer nuevamente hasta los 80 años.

## DISCUSIÓN

El estudio arroja que un 4,7% de los individuos tienen diagnóstico de cáncer. Redecan estimó una prevalencia en España a 31 de diciembre de 2020 de 2.265.152 casos de cáncer, que equivale al 4,78% de la población española, una cifra similar a la reproducida en el estudio. De esos 2.265.152 casos 1.066.959 corresponden a hombres y 1.198.193 en mujeres, lo que equivale 47.10% y 52.90% respectivamente, mientras que en el presente estudio se halló un total de 53.5% de hombres en el grupo con cáncer. La prevalencia del cáncer se ve directamente condicionada por la incidencia y la supervivencia, que a su vez varía dependiendo del tipo tumoral (1).

La prevalencia del cáncer en la edad avanzada es compatible con los resultados obtenidos, el grupo con cáncer refleja una media de 71 años mientras que la muestra general tiene una media de 52 años. La relación entre el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades oncológicas está constatada en diversos estudios, en los que se explican factores como el fenotipo promotor de senescencia, el empeoramiento del sistema inmunológico, fenómenos epigenéticos, entre otros (8,9).

El incremento de la esperanza de vida gracias a los avances sanitarios implica necesariamente afrontar patologías relacionadas con el envejecimiento, y el cáncer no es una excepción. A su vez, los datos obtenidos en variables relacionadas con la edad son compatibles con este resultado, ya que el mayor porcentaje de jubilados se encuentra en el grupo con cáncer, así como un número menor de solteros y mayor de viudos.

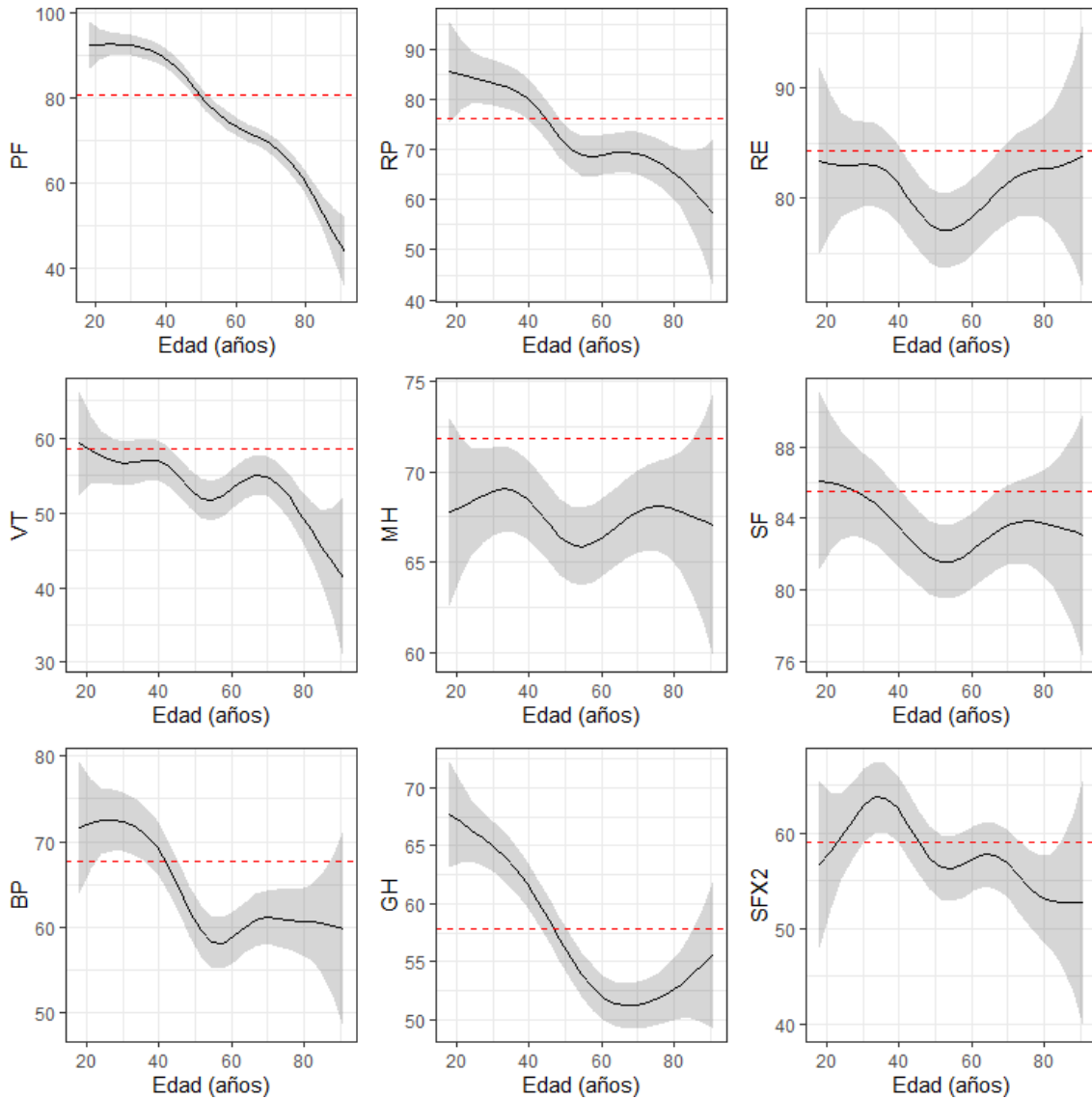
También hubo una diferencia significativa en el nivel de estudios. El grupo con cáncer presenta porcentajes más bajos en todas las categorías de formación académica. Se han hecho estudios evaluando el impacto de los factores socioeconómicos en la prevalencia de la patología oncológica. El nivel educativo influye negativamente sobre los factores de riesgo modificables en el cáncer (10). Además se ha vinculado el nivel socioeconómico con una percepción más grave del diagnóstico oncológico y la tendencia de los pacientes a evitar las citas médicas, pudiendo retrasar diagnósticos y tratamientos oportunos (4).

Es previsible que el consumo de tabaco se relacione con el desarrollo de cáncer, especialmente el cáncer de pulmón o laringe (11). Aunque los pacientes oncológicos tienen una representación inferior en fumadores activos, se evidencia un gran porcentaje de exfumadores al compararlos con la población sin cáncer.

Aunque el alcohol también es un tóxico de consumo frecuente que se vincula al desarrollo de cáncer (12), únicamente se mide el consumo actual de la droga. Este consumo en España es relevante. Según el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, el 77,2% de la población de 15-64 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 63% en el último año y el 50,6% en el último mes. Además, el consumo medio per cápita de alcohol puro en adultos (mayores de 15 años) fue de 10,0 litros anuales en 2021(13). De la misma manera que tras el diagnóstico es probable que los pacientes dejen de fumar, también dejan de beber. En este contexto, resulta comprensible que los pacientes sin un diagnóstico oncológico presenten menos reticencias a consumir alcohol de forma habitual.

La obesidad, el sobrepeso, y en general un elevado índice de masa corporal ha sido vinculado a ciertos tipos de cáncer, por ejemplo este estudio del 2023 en el que EPIC y UK Biobank realizaron un estudio de cohortes prospectivo en el que observaron que la obesidad se correlaciona con un aumento significativo del riesgo de cáncer de colon, recto, hígado y mama postmenopáusica (14). Se ha encontrado que diversos factores hormonales alterados en la obesidad, como los niveles de insulina o IGF-1, influyen en el desarrollo de diversos cánceres. (15). Esto explicaría un mayor IMC en el grupo oncológico.

Con respecto a la calidad de vida medida con el SF-36 se encontró afectación de la función física y el rol físico, tanto las actividades diarias como las laborales van a afectarse una vez que los efectos del cáncer y algunos tratamientos influyen en el estado general del paciente. En un estudio de UPBEAT se vinculó el tratamiento de pacientes de cáncer de mama con quimioterapia administrada durante 12 meses y el empeoramiento de su estado físico (16). Esto también explica que la media de IMC en el grupo oncológico sea superior.



PF: función física. RP: rol físico. RE: rol emocional. VT: vitalidad. MH: salud mental. SF: salud física. BP: dolor corporal. GH: salud general. SFX2: transición de salud.

**Figura 3. Efecto de la edad en las escalas del SF-36**

La capacidad de realizar funciones laborales, sociales y familiares impacta directamente sobre la auto percepción de los pacientes. Felipe Villalobos demuestra en un estudio que la autoestima de pacientes con enfermedades crónicas mejora luego de implementar un programa de actividad física. Esto realza la importancia de un enfoque multidisciplinar en el tratamiento del cáncer y la relación que hay entre la calidad de vida y las capacidades físicas de los pacientes (17).

Estudios realizados sobre la salud mental de pacientes oncológicos han encontrado evidencia de un riesgo elevado de los mismos a presentar ansiedad, depresión y pensamientos autolíticos. Esto contrasta con los resultados obtenidos en el presente trabajo, donde el dominio de salud mental no tuvo significancia estadística en el grupo con cáncer, esto quizás sea debido al tamaño de nuestra muestra (18).

La percepción de la salud comprende entre sus factores a las capacidades físicas, por ello tomando en cuenta los resultados en las variables anteriores, no es de extrañar que los valores de salud general y de percepción de salud comparada con el año anterior hayan sido peores en pacientes oncológicos. Esto a su vez se ve fuertemente condicionado por el estado emocional y la salud mental de los pacientes, en este sentido, los resultados han sido contradictorios, y han reflejado mejores puntajes en rol emocional y salud mental específicamente en el grupo masculino.

Siendo el cáncer una enfermedad crónica, tiene sentido que los pacientes oncológicos perciban una afectación mayor de su salud en general a lo largo del tiempo, aunado a que el riesgo de padecer cáncer aumenta con la edad, y las capacidades físicas así como el estado de salud se afectan naturalmente con el envejecimiento.

Con el envejecimiento se hacen más prevalentes enfermedades crónicas que también cursan con dolor, como la artrosis. El dominio de dolor corporal nos muestra un claro empeoramiento en los pacientes más añosos (19).

Entre las limitaciones del estudio destacamos que no es posible determinar si el consumo de alcohol tuvo influencia sobre el desarrollo de la enfermedad oncológica en el grupo de pacientes con cáncer, ya que la forma estandarizada de medir su consumo no contempla el consumo previo, como sí sucede con el tabaco.

La percepción de la salud y las capacidades físicas de los sujetos puede deberse a la degeneración orgánica consecuente al envejecimiento y no necesariamente a los efectos que tiene la patología oncológica o sus tratamientos sobre el cuerpo de los pacientes.

El concepto de salud general conlleva un enfoque multifactorial en el que aunque podemos establecer correlaciones, difícilmente es posible asignar causalidad a uno entre tantos factores.

## CONCLUSIONES

Los resultados nos permiten observar un empeoramiento general de la CVRS de pacientes con cáncer en la mayor parte de los dominios estudiados con el SF-36 si comparamos los valores con la población sana. Se puede establecer una correlación clara entre la patología oncológica y una repercusión orgánica integral que afecta el desenvolvimiento biopsicosocial de los pacientes.

El cáncer representa un problema de salud pública cuyo impacto va a incrementar en los próximos años debido a factores sociodemográficos, por ello es imperativo dirigir recursos para diagnosticar y tratarlo adecuadamente.

Este estudio evidencia que el tratamiento del cáncer debe incluir la actuación de un equipo multidisciplinar en el que se dirijan objetivos para cada aspecto de la calidad de vida del paciente oncológico, pudiendo integrarse funcionalmente.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Financiación:** Este trabajo ha recibido una ayuda del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) cofinanciada por la Unión Europea a través de la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (ISCIII/RD210016/0022).

**Contribución de los autores:** Todos los autores han contribuido de forma relevante a la realización del artículo de investigación.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). La prevalencia del cáncer en España a 31-12-2020 [Internet]. 2021 (citado el 10 de junio del 2024). Disponible en: <https://redecn.org/storage/documents/7e2ebf44-6440-4c69-b4e5-bff37d4f5420.pdf>
2. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2024 [Internet]. Madrid: SEOM; 2024 (citado el 10 de junio del 2024). Disponible en: [https://seom.org/images/Informe\\_Cifras\\_Cancer\\_2024.pdf](https://seom.org/images/Informe_Cifras_Cancer_2024.pdf)
3. Instituto Nacional de Estadística (INE), editor. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte Año 2023. Datos provisionales [Internet]. 2024 (citado el 10 de junio del 2024). Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
4. Moser RP, Arndt J, Han PK, Waters EA, Amsellem M, Hesse BW. Perceptions of cancer as a death sentence: prevalence and consequences. *Journal of health psychology* [Internet]. 2014 (citado el 10 de junio del 2024);19(12) . Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105313494924>
5. Gude, F., Díaz-Vidal, P., Rúa-Pérez, C., Alonso-Sampedro, M., Fernández-Merino, C., Rey-García, J., et al. (2017). Glycemic variability and its association with demographics and lifestyles in a general adult population. *Journal of diabetes science and technology*, 11(4), 780-790.
6. SC. Mantilla Toloza AG-C. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y* [Internet]. enero de 2007 (citado el 12 de junio de 2024);1:48–52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-el-cuestionario-internacional-actividad-fisica-un-instrumento-13107139>
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 (citado el 12 de junio de 2024);19(2):135–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13074369>.
8. Berben L, Floris G, Wildiers H, Hatse S. Cancer and Aging: Two Tightly Interconnected Biological Processes. *Cancers* 2021 [Internet]. 19 de marzo de 2021 (citado el 13 de junio del 2024);13(6). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/13/6/1400>
9. Montégut, L., López-Otín, C., & Kroemer, G. Aging and cancer. *Molecular cancer*. *Molecular cancer* [Internet]. 18 de mayo de 2024 (citado el 13 de junio de 2024);23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12943-024-02020-z>
10. Sauer AG. Current Prevalence of Major Cancer Risk Factors and Screening Test Use in the United States: Disparities by Education and Race/Ethnicity. *Cancer epidemiology, bio* [Internet]. el 3 de abril de 2019 (citado el 13 de junio del 2024);28(4):629–42. Disponible en: <https://aacrjournals.org/cebpa/article/28/4/629/71756/Current-Prevalence-of-Major-Cancer-Risk-Factors>
11. Tammemägi MC, Church TR, Hocking WG, Silvestri GA, Kvale PA, Riley TL, Commins J, Berg CD. Evaluation of the Lung Cancer Risks at Which to Screen Ever- and Never-Smokers: Screening Rules Applied to the PLCO and NLST Cohorts. *Plos Medicine* [Internet]. 2 de diciembre de 2014 (citado el 13 de junio del 2024);11(12). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001764>
12. National Cancer Institute. Alcohol and Cancer Risk [Internet]. 2021 (citado el 14 de junio de 2024). Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet>
13. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf>
14. Fontvieille, E., Viallon, V., Recalde, M. Body mass index and cancer risk among adults with and without cardiometabolic diseases: evidence from the EPIC and UK Biobank prospective cohort studies. *BMC Med* [Internet]. 23 de noviembre de 2023 (citado el 13 de junio de 2024);21, 418. Disponible en: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-023-03114-z>
15. National Cancer Institute. Obesity and Cancer. [Internet]. 2022 (citado el 10 de junio de 2024). Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet>
16. Shirley Bluethmann, Beverly Levine, Brianna Leitzelar, Katherine Ansley, Alexandra Thomas, Nancy Avis, Gregory Hundley, Heidi Klepin, Kathryn Weaver, Glenn Lesser. How do chemotherapy and age affect physical performance in breast cancer patients over 12 months of treatment? Results from the UPBEAT Study (UPBEAT WF-97415).

- Proceedings of the 2023 San Antonio Breast Cancer Symposium [Internet]. December 5-9 2023 (citado el 15 de junio del 2024);84(9) PO1-12-11. Disponible en: [https://aacrjournals.org/cancerres/article/84/9\\_Supplement/PO1-12-11/744278/Abstract-PO1-12-11-How-do-chemotherapy-and-age](https://aacrjournals.org/cancerres/article/84/9_Supplement/PO1-12-11/744278/Abstract-PO1-12-11-How-do-chemotherapy-and-age)
17. Villalobos F, Vinuesa A, Pedret R, Reche A, Domínguez E, Arijá V. Efecto de un Programa de actividad física sobre la autoestima en sujetos con enfermedades crónicas. Ensayo de intervención comunitaria «Pas a Pas». Atención primaria [Internet]. abril de 2019 (citado el 15 de junio del 2024);51(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.011>
18. Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. Journal of the National Cancer Institute [Internet]. 2018 (citado el 19 de junio del 2024);110(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30403799/>
19. Ja H-BMHK. Pain assessment and management in aging. Online Journal of Issu [Internet]. agosto de 2004 (citado el 19 de junio del 2024);9(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15482094/>

## PUNTOS CLAVE

### Lo conocido sobre el tema:

- *El cáncer es una enfermedad crónica que conlleva consecuencias importantes en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.*
- *El cáncer representa un problema de salud pública cuyo impacto va a incrementar en los próximos años debido a factores sociodemográficos.*
- *Medir la calidad de vida relacionada con la salud nos permite afrontar correctamente los retos que implica el cáncer, conociendo los factores que afectan a los pacientes y mejorando la evolución de la enfermedad.*

### Que aporta el estudio:

- *La prevalencia de cáncer en esta población es del 4,7%.*
- *La proporción de pacientes con cáncer es mayor en hombres, no siendo en éstos significativo, pero sí en casados y viúdos, jubilados y con menor nivel de estudios.*
- *La CVRS medida con el SF-36 demuestra peores resultados en los dominios función física, rol físico, salud general y transición de la salud en los pacientes con cáncer.*