



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama en  
tratamiento adyuvante en el Hospital Obispo Polanco  
de Teruel

Autor

Raquel Ibáñez Molero

Director/es

Ana Castellote García

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2014

# ÍNDICE

---

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Objetivos	7
Material y Métodos	8
Resultados	11
Discusión	13
Conclusiones	15
Bibliografía	16
Anexos	20
Anexo 1. Encuesta Sociodemográfica	21
Anexo 2. EORTC QLQ BR-23	22
Anexo 3. Hoja Cálculo	24
Anexo 4. Hoja de Información a la paciente	25
Anexo 5. Tabla Resultados EORTC QLQ-BR23	26
Anexo 6. Variables Sociodemográficas	26
Anexo 7. Variables Clínicas	27

**Introducción:** La calidad de vida; definida como la suma de factores físicos, emocionales y sociales que contribuyen al bienestar de una persona, es una herramienta útil que puede permitir al personal sanitario establecer líneas de actuación preventivas e inmediatas e incluso conocer ventajas e inconvenientes frente a determinados tratamientos.

**Objetivo:** Analizar de forma descriptiva las variables clínicas y sociodemográficas y medir y analizar la calidad de vida a través del cuestionario específico para cáncer de mama EORT QLQ BR-23.

**Pacientes y Método:** Pacientes de sexo femenino diagnosticadas de cáncer de mama, en tratamiento adyuvante durante el año 2013. Se analizaron cuestionarios y variables de 15 pacientes de un total de 20, cuya edad comprendía entre los 32 y los 73 años. Para analizar la fiabilidad del cuestionario QLQ BR-23 se utilizó el cálculo del *alfa de Cronbach*. Para el análisis estadístico se utilizó el Programa SPSS versión 20.

**Resultados:** El 93.3% afirmaban estar casadas o en pareja y el mismo porcentaje afirmaba sentir apoyo familiar. BRHL (hair loss) 50%, BRST (systemic therapy side effects) 42.85% y BRFU (Future Perspective) 33.33% son los valores más destacables para poder establecer futuros planes de cuidados.

**Conclusión:** La medición de la calidad se ha convertido en una medida aceptada por gran parte del personal sanitario, formando parte en el manejo del paciente con cáncer cuyo uso podría generar futuras líneas de actuación y prevención, mejorando la experiencia del proceso de enfermedad del paciente; y en definitiva, la calidad de vida.

**Background:** Quality of life; defined by the union between physical, emotional and social factors that contribute to the well being of a person, is a useful tool that can enable health workers to establish lines of preventive and immediate action even know advantages and disadvantages of certain treatments.

**Aim:** Analyze clinical and sociodemographic variable, measure and analyze the quality of life through specific questionnaire for breast cancer :EORTC QLQ BR-23.

**Patients and Method:** Female patients diagnosed with breast cancer, in adjuvant treatment during 2013. Questionnaires and variables of 15 patients were analyzed from a total of 20, the age comprised between 32 and 73 years. To analyze the reliability of the questionnaire QLQ BR-23 the Cronbach's alpha was used and For statistical analysis the program SPSS version 20.

**Results:** 93.3% said they were married or with a partner and the same percentage said feel family support. BRHL (hair loss) 50% BRST (systemic therapy side effects) and 42.85% BRFU (Future Perspective) 33.33% are the most important values in order to establish future care plans.

**Conclusion:** Measurement of quality of life has become an accepted measure by most of health workers, forming part of cancer patient's management whose use could generate new lines of action and prevention, improving patient's disease experience: the quality of life.

## Introducción

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria <sup>(1)</sup>. Debido a la gran variedad de pruebas diagnósticas, se ha conseguido acotar esta enfermedad en un estadio clínico y afectación que permiten asentar las bases para el pronóstico y la ejecución del tratamiento adecuado.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres de todo el mundo: causante del 30% de todos los tumores de sexo femenino, y el principal de muerte por cáncer en mujeres <sup>(2)</sup>. Se calcula que en España afecta a entre 22.000 y 25.000 mujeres cada año <sup>(3)</sup>. La OMS indica que la mortalidad por cáncer de mama está en descenso; a pesar de ello, es la causa de muerte más frecuente entre las mujeres <sup>(4)</sup>. Por esto, debemos considerar esta patología como una enfermedad con una gran repercusión.

Las modalidades terapéuticas para el tratamiento del cáncer abarcan desde la terapia locorregional: cirugía y radioterapia, la terapia sistémica: quimioterapia, terapia hormonal e inmunoterapia, hasta la rehabilitación física o psicológica <sup>(5)</sup>. La quimioterapia actúa de forma sistemática en la célula; en aquellas que se dividen, interfiriendo en su crecimiento y división <sup>(5)</sup>. El avance en los tratamientos conlleva tasas de supervivencia mayores, y es en este contexto que la calidad de vida adquiere gran relevancia. <sup>(6)</sup>

El impacto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer provocará una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente, que variarán en grado e importancia, y que están en relación con determinadas variables personales y clínicas <sup>(6)</sup>. De ahí que a lo largo de los últimos 15 años se haya producido un auge en el estudio y análisis de la calidad de vida del paciente oncológico, utilizado como una herramienta para los profesionales sanitarios que añade la afectación personal en su enfoque.

La calidad de vida, definida como la suma de factores físicos, emocionales y sociales que contribuyen al bienestar de una persona <sup>(7)</sup>; es una herramienta útil que permite no sólo conocer si ésta se altera al recibir un tratamiento; sino que también podría utilizarse para establecer planes de cuidados preventivos, paliativos o conocer si determinados fármacos son útiles; ya que aunque no mejoren la supervivencia, sí pueden ayudar al paciente a reducir la sintomatología, e incluso establecer ventajas e inconvenientes sobre una línea de actuación frente a un determinado tipo de tumor; como por ejemplo, decidir si, en términos de calidad de vida, sería más conveniente un tratamiento de quimioterapia y radioterapia frente a una mastectomía total en el cáncer de mama.

Actualmente existen gran variedad de instrumentos que permiten medir la calidad de vida del paciente oncológico, son los llamados cuestionarios o escalas. Todos ellos deben tener una serie de requisitos previos que los hagan válidos como son: validación previa, sencillez y cuantitatividad <sup>(7)</sup>. Desde los generales a los específicos, la amplia variedad de cuestionarios permiten al personal sanitario conocer el estado del paciente a lo largo de todo el proceso de esta enfermedad. Para cáncer de mama destacan dos: La EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) con el módulo BR23; y el sistema de evaluación FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy) <sup>(8)</sup>.

A través de este trabajo se pretende conocer la afectación de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento adyuvante durante el año 2013, las cuales son atendidas en el Servicio de Oncología del Hospital Obispo Polanco en Teruel. Relacionar sus variables demográficas: edad, estado civil, profesión, situación laboral y sus variables clínicas: tipología, histología, estadio, fecha de diagnóstico con los resultados obtenidos con la encuesta de medición de calidad de vida EORTC cuyo módulo QLQ BR-23 es específico para cáncer de mama y está traducido y validado al español.

## Objetivos

### Generales

- ✓ Analizar de forma descriptiva las variables clínicas y sociodemográficas de las pacientes incluidas en el estudio.
- ✓ Medir y analizar la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama en tratamiento adyuvante durante 2013 que, o ha finalizado o continúa con el plan terapéutico establecido por el equipo médico del Servicio de Oncología del Hospital Obispo Polanco.

### Específicos

- ✓ Conocer si existe evidencia significativa que relacione las subescalas obtenidas de la medición de la calidad de vida con la EORTC QLQ BR-23 y las variables sociodemográficas y clínicas recogidas.

## Material y Métodos

Para la medición de la calidad de vida y el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal; con datos y pacientes recogidos en el Servicio de Oncología del Hospital Obispo Polanco Teruel.

La población escogida son todas aquellas pacientes de sexo femenino diagnosticadas de cáncer de mama, en tratamiento adyuvante durante el año 2013. El objetivo de la elección de esa población fue la posibilidad de analizar con detenimiento un paciente de tipo oncológico con similares características. El tiempo escogido permitía acceder fácilmente a pacientes que o bien habían acabado con el tratamiento y seguían en revisión, o bien a pacientes que aún continuaban en tratamiento tanto de tipo sistémico u otras modalidades como el radioterápico o el quirúrgico.

Los criterios de inclusión que se tienen en cuenta para este estudio son: mayoría de edad, diagnosticadas de cáncer de mama y que hayan seguido en 2013 un tratamiento de tipo adyuvante con finalización en 2013 o continuación en 2014, y aceptación y realización de la encuesta de calidad de vida.

Los criterios de exclusión incluyen a las pacientes que rechazaron bien de forma verbal o de forma telefónica participar en este estudio.

Para llevar a cabo el análisis nos pusimos en contacto con el citado Servicio de Oncología; el cual, a través de su programa informático Libro de Día, nos proporcionó la relación de pacientes que fueron o siguen siendo tratadas con un tratamiento adyuvante durante el año 2013 para cáncer de mama.

Se crearon 2 encuestas; una de ellas de uso personal en las que se anotaban variables de tipo sociodemográfico y clínico tales como nombre y apellidos, dirección y número de teléfono para uso exclusivo de contacto, fecha de nacimiento, diagnóstico clínico, grado histológico, fecha de diagnóstico, lado mama afectado, historia de cáncer –considerando si este era el primer cáncer padecido- o no y si existía metástasis a distancia, número de ciclos que recibió y si la paciente era candidata a recibir terapia hormonal, radioterapia y someterse a mastectomía.

La otra encuesta contenía una serie de variables sociodemográficas <sup>(anexo1)</sup> que no aparecían en la historia clínica y que consideramos que eran necesarias para el estudio. Estas se adjuntaban con la encuesta de calidad de vida y debían ser cumplimentadas por la paciente al mismo tiempo que la encuesta (dossier). Obteníamos así datos como estado civil, situación laboral, nivel de estudios, en qué situación hormonal se encontraban: pre menopausia, menopausia o post menopausia y si sentían apoyo familiar.

Para el análisis de la Calidad de Vida se utilizó la encuesta EORTC de la European Organization For Research and Treatment of Cancer; concretamente el módulo específico para cáncer de mama: QLQ-BR23 <sup>(anexo2)</sup>. Este módulo es una escala psicométrica que mide la calidad de vida relacionada con la salud percibida en pacientes con cáncer de mama. Se encuentra validado en múltiples idiomas, entre ellos el español. Se compone de 23 ítems, que se agrupan en dos dimensiones: área funcional y área sintomatológica. La dimensión funcional contiene varias subescalas que evalúan aspectos como la imagen corporal, la función y el placer sexual y la perspectiva de futuro. La dimensión sintomatológica se divide en efectos colaterales de las terapias sistémicas, síntomas en el pecho, síntomas en el brazo y preocupación por la caída de pelo. Cada uno de los ítems, consta de cuatro posibles respuestas, en una escala tipo Likert en función de la frecuencia en que se manifiestan los síntomas y problemas con una puntuación de 1 a 4 (1: En absoluto, 2: Un poco, 3: Bastante y 4: Mucho).

Los resultados finales son obtenidos, en forma de porcentajes a través del cálculo de las puntuaciones en función de cada tipo de subescala <sup>(anexo3)</sup>. Los porcentajes más altos en las escalas funcionales representan una mayor calidad de vida. Sin embargo, un porcentaje más alto en las escalas sintomatológicas representan mayor cantidad de problemas, y por tanto peor calidad de vida. El rango va de 0 a 100.

Se elaboró una hoja de información <sup>(anexo4)</sup>, en la que se explicaba el objetivo y la participación de la paciente en este estudio. Se adjuntó con la encuesta sociodemográfica y la de calidad de vida (dossier).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 20, destacando para ello las pruebas no paramétricas U de Man Whitney y Kruskal Wallys al poseer un número reducido de casos. La significación estadística tomada como referencia fue de  $p < 0.05$ .

El marco cronológico de este estudio abarca el periodo comprendido entre los meses de noviembre de 2013 a abril de 2014. En noviembre se contactó con el Servicio de Oncología para poder obtener la lista de pacientes y poder acceder a las historias clínicas para recoger datos. Entre los meses de diciembre y enero se contactó con la EORTC para conseguir el permiso y la encuesta QLQ BR-23 validada al español y sus dossiers de cálculo. En los meses de febrero y marzo de 2014, a través de dos vías de actuación, se inició la entrega del dossier de estudio que contenía la hoja informativa, la encuesta sociodemográfica y el cuestionario de calidad de vida. La primera vía utilizada fue acceder a las pacientes que acudían al Servicio de Oncología para recibir el tratamiento, allí se les explicaba en qué consistía el estudio y la implicación en él. Se les dejaba el dossier y si aceptaban realizarlo lo cumplimentaban. La otra vía fue contactar con ellas por teléfono y preguntarles si accedían a que se les enviara el dossier a su domicilio. Las pacientes que aceptaron recibieron el dossier a cumplimentar y un sobre franqueado para reenviarlo al Servicio. Durante el mes de abril se realizó el análisis estadístico.

## Resultados

De un total de 20 pacientes incluidas en el estudio, 5 mujeres no cumplieron los criterios de inclusión; 1 por negativa expresa y 4 no remitieron el dossier.

La mediana de edad es de 51 años cumplidos (IQ: 13). Los valores extremos se sitúan en 32 años y en 73 años de edad.

El estado civil más prevalente es el de mujeres casadas o en pareja 93.3%, mientras que un 6.7% eran viudas. Un 46.7% de mujeres estaban en activo mientras que un 26.7% estaban en paro, un 13.3% de las mujeres restantes afirmaban estar en situación de prejubilación y el otro 13.3% en incapacidad laboral. El nivel de estudios en este estudio es similar en las tres variables analizadas: primarios, secundarios y universitarios con un 33.3% cada uno. Un 93.3% de mujeres confirmaban sentir apoyo familiar en el curso de su enfermedad. Un 53.3% de las pacientes estaban en situación de menopausia, premenopausia era la segunda variable más prevalente con un 26.7%, y post menopausia contaba con un 20.0%.

Las fechas de diagnóstico son dispares; desde enero de 2012 a septiembre de 2013, incluyendo un caso en diciembre de 2007. Aunque sí existe coincidencia en 3 casos para junio de 2013.

El diagnóstico <sup>(9,10)</sup> clínico con mayor porcentaje es el de Carcinoma Ductal Infiltrante 93.3% frente a un 6.7% de Carcinoma Medular; los grados histológicos con mayor prevalencia son los de tipo IIa y IIIa, ambos con un 46.7%. Un 6.7% presentaba un grado IIb. Un 60% de las pacientes tenían afecta la mama izquierda, mientras que un 40% presentaban la mama derecha. Ningún caso se presentó en este estudio de afectación bilateral.

Un 86.7% de las pacientes no sufrían metástasis y un 13.3% de ellas sí. Para un 80% de ellas este tipo de cáncer era el primero padecido y para un 13.3% ya se había padecido otro con anterioridad.

En cuanto al plan terapéutico establecido, además del tratamiento adyuvante, hay que añadir a este la terapia hormonal 60%, radioterapia 73.3% y mastectomía 73.3%.

Al existir actualmente gran variedad de fármacos quimioterápicos, el número de ciclos difiere en cada caso a tratar; los datos recogidos en las historias clínicas así lo demuestran: desde un mínimo de 2 ciclos hasta un máximo de 20.

Con el análisis estadístico del cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ BR-23, y utilizando su análisis matemático <sup>(11,12)</sup>, se obtienen los siguientes datos <sup>(anexo5)</sup>:

Los resultados más elevados en las escalas funcionales: BRBI, BRSEF, BRSEE y BRFU indican una mayor calidad de vida; cabe destacar el 83.33% en la escala BRSEF (sexual functioning) y 66.66% de las escalas BRBI (body image) y el 66.6 % también para el BRSEE (sexual enjoyment). Para BRFU (Future Perspective) el valor ha sido de un 33.33%.

Para las escalas sintomáticas: BRST, BRBS, BRAS y BRHL unos porcentajes elevados indican mayor cantidad de problemas. Es importante destacar BRST (systemic therapy side effects) con un 42.85% y BRHL (upset by hair loss) que presenta un 50%. BRAS (Arm Symptoms) ha contado con un 22.22% y BRBS (Breast Symptoms) con un 16.66%.

Para analizar la fiabilidad del cuestionario QLQ BR-23 se utilizó el análisis estadístico mediante el cálculo del *alfa de Cronbach*; con el que se permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica <sup>(13)</sup>. El valor obtenido para los 23 ítems de los que se compone la encuesta es de 0.818 por lo que se extrae que la fiabilidad es buena.

El análisis estadístico no señaló ninguna coincidencia a destacar que relacionara las variables sociodemográficas <sup>(anexo 6)</sup> y clínicas <sup>(anexo7)</sup> con las subescalas de la EORTC QLQ BR-23.

## Discusión

A tenor de los datos obtenidos; cabe destacar la importancia de la recogida de las variables de tipo sociodemográfico; estas son cruciales para medir y determinar la calidad de vida, puesto que la enfermedad es un proceso que tiene dos vertientes: la de tipo clínico y la de tipo psicológico. Es en esta segunda en la que el personal sanitario debe hacer énfasis para poder generar unos cuidados de mayor calidad; actuando en los síntomas que se reflejen en la medición de la calidad de vida o generando estrategias para que no ocurran <sup>(14)</sup>.

El actual entorno de atención a pacientes con cáncer de mama no parece ser adecuado para identificar y dar respuesta a sus necesidades en todo aquello que se aleje del inmenso arsenal terapéutico del que disponemos <sup>(15)</sup>, además son muchas las discrepancias existentes a la hora de concluir en qué medida la enfermedad y su tratamiento afectan al estado físico, a las actividades laborales y al estado emocional de los enfermos. Igualmente son frecuentes los desacuerdos sobre cómo, cuáles y en qué medida estos ámbitos condicionan la calidad de vida; siendo insuficiente la evidencia científica de los resultados de los estudios de calidad de vida en el tratamiento o evolución de los pacientes <sup>(16)</sup>. Aún así, ésta se ha convertido en una medida aceptada, formando parte en el manejo del paciente con cáncer <sup>(17)</sup>.

Pese a que el tamaño muestral es pequeño –de las 20 pacientes se incluyeron en el estudio a 15–, los datos obtenidos permiten reflejar la situación de aquellas pacientes con cáncer de mama en tratamiento adyuvante durante 2013 en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Un 93.3% de las pacientes del estudio afirmaban estar casadas o en pareja y el mismo porcentaje afirmaba sentir apoyo familiar; datos que indican que una buena red de apoyo familiar podría ser importante para las pacientes a

la hora de afrontar la patología. Datos que se corroboran en otros estudios <sup>(18)</sup>.

En la escala sintomática BRHL (hair loss) con su valor de 50%, la BRST (systemic therapy side effects) con un 42.85% y la escala funcional BRFU (Future Perspective) cuyo valor ha sido de un 33.33% son resultados que deben destacarse, ya que son aspectos que quizás no se tienen en cuenta y que podrían reducirse estableciendo programas educativos y de apoyo con el objetivo de mejorar el conocimiento, desmontar mitos y aliviar los miedos que las pacientes puedan padecer <sup>(19,20)</sup>.

El marco ideal para un estudio más completo hubiera sido complementar este cuestionario EORTC QLQ BR-23 con otros de tipo más general; analizando la sintomatología derivada del propio cáncer o del tratamiento <sup>(8,14,17,19)</sup>, en este caso sistémico; o incluso complementarlo con alguno más específico –midiendo el grado de ansiedad <sup>(6)</sup> o de depresión, por ejemplo–.

Para estudios posteriores cabe también la posibilidad de poder realizar un análisis comparativo de la medición del grado de calidad de vida en dos o más etapas bien diferenciadas del curso de la enfermedad <sup>(6)</sup>, puesto que para una mejor valoración de la calidad de vida se exige, además de garantías de medida, estudios longitudinales que analicen su evolución desde el inicio de la enfermedad y a lo largo del tiempo <sup>(19)</sup>. Estudios como los realizados por la Facultad de Psicología de Barcelona <sup>(16)</sup> nos indican que independientemente del tipo de quimioterapia recibida, las mujeres experimentan más deterioro en su calidad de vida durante el tratamiento, pudiendo conocer si las teorías que indican que el diagnóstico es de por sí un factor que afecta negativamente la calidad de vida <sup>(15)</sup>, o que a mayor número de ciclos de quimioterapia peor calidad de vida reflejada <sup>(4)</sup>, e incluso que el estatus social influye en ésta <sup>(21)</sup>, si fueran ciertos para esta población.

## Conclusiones

Gracias a la realización de este proyecto he podido conocer cómo se realiza un trabajo de investigación de inicio a fin, y también he tenido la oportunidad de establecer un contacto más cercano con pacientes y profesionales sanitarios que me han inculcado su saber hacer así como sus conocimientos e inquietudes.

Considero que los cuidados que ofrecemos en el ámbito sanitario deben aunar nuestros conocimientos tanto en materia de salud como en la proyección de los cuidados ofrecidos, ya que ello influirá en la experiencia del proceso de enfermedad del paciente y, en definitiva, en la calidad de vida.

## Bibliografía

1. Asociación Española Contra el Cáncer [Sede Web]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; [actualizado 25 marzo 2014; acceso 22 Diciembre 2013]. <https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer>
2. Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV . Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. Eur J Cancer. 2005; 41: 2613-9.
3. Rebuyida M. Calidad de Vida en pacientes reconstruidas tras mastectomía por cáncer de mama [trabajo fin de máster]. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza; 2013.
4. Cantero P, Atienza P. Radioterapia intraoperatoria en el tratamiento del cáncer de mama. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avalación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia-Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2013. 680-13-115-1.
5. Andrade V, Sawada NO, Barichello E .Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47 (2):350-6.
6. Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Pastor MA, Mora M, Martín-Aragón M et al. Diferencias en la calidad de vida; un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. Anales de Psicología.2000; 16 (2): 111-2.

7. González-Barón M, Lacasta MA , Ordóñez A . Valoración Clínica en el paciente con Cáncer. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2006.
8. Irarrázaval ME, Rodríguez P, Fasce G, Silva F, Waintrub H, Torres C et al. Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. Rev Med Chile. 2013; 141: 723-734.
9. Instituto Nacional del Cáncer [Sede Web]. EEUU: Instituto Nacional del Cáncer; [Actualizado 18 Marzo 2014, acceso 5 Febrero 2014]. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>
10. Zepeda-Castilla EJ, Recinos-Money E, Cuéllar-Hubbe M, Robles-Vidal CD, Maafs-Molina E. Clasificación Molecular del cáncer de mama. Cir Ciruj. 2008; 76: 87-93.4
11. Fayers MP, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomey A. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.3<sup>rd</sup> Edition. Bruselas: 2001.
12. Aaronson NK, Ahmedai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-life instrument for use international clinical trials in oncology. Journal of the National Cancer Institute. 1993; 85:365-376.
13. Anónimo. Universitat de València [Sede Web]. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida [acceso Abril 2014]. <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>

14. Fatma S, Ozsaran Z, Eser E, Dermici S, Haydaroglu A, Aras A. Quality of life assesment in women with breast cancer: a prospective study including hormonal therapy. *J Breast Cancer*. 2013; 16(2):220-228.
15. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De La Villa-Santoveña M, Vegas-Pardavilla E, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato MT. Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enferm Clin*. 2012; 22 (2): 65-75.
16. Blasco T, Inglés N. Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario Psicología*. 1997; 72:81-90.
17. Glangkarn S, Promastayaprot V, Porock D, Edgley A. Measuring Quality of life in Thay women with breast cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2011; 12: 637-644.
18. Saltel P, Gauvain-Piquard A, Landry-Dattee N. L'Information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. *Bulletin du Cancer*. 2001; 88 (4): 399-405.
19. Espantoso R, Fernández C, Padierna C, Amigo I, Villoria E, Gracia JM et al. Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Psicooncología*. 2007; 4 (1): 43-57.
20. Ghuo Z, Hua-Ying T, Hao L, Sheng-kui T, Kai-hua F, Yin-Chun H et al. The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. *Health And Quality of Live Outcomes*. 2013; 11:1-12.

21. Arraras JI, Villafranca E, Arias F, Domínguez MA, Lainez N, Manterola A et al. The EORTC Quality of life questionnaire QLQ C30 (version 3.0) validation study for Spanish prostate cancer patients. Arch Esp Urol. 2008; 61 (8): 949-954.

## ANEXOS

---

[Anexo 1](#)

**(Por favor, marque con una cruz o rodee la respuesta escogida)**

**Estado Civil**

Soltera                      Casada-Pareja                      Separada-Divorciada                      Viuda

**¿Tiene Apoyo de su pareja-Familia?**

SI                      NO

**Situación Laboral**

Activa                      En Paro                      Pre-jubilación-Jubilación

Incapacidad Laboral                      Excedencia

**Nivel Estudios**

Primaria-Graduado Escolar                      Secundaria                      Universitarios                      Sin Estudios

**Estado Menopausia**

Premenopausia                      Menopausia                      Postmenopausia

Anexo 2



**EORTC QLQ - BR23**

Las pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

---

<b>Durante la semana pasada:</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
31. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
32. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
33. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
34. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
35. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada/o por la caída del pelo?	1	2	3	4
36. ¿Se sintió enferma/o o mal?	1	2	3	4
37. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
38. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se sintió menos atractiva/o físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Se sintió menos femenina/o a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Le resultó difícil verse desnuda/o?	1	2	3	4
42. ¿Se sintió desilusionada/o con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Estuvo preocupada/o por su salud en el futuro?	1	2	3	4
<b>Durante las últimas <u>cuatro</u> semanas:</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada/o en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
46. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento adyuvante  
en el Hospital Obispo Polanco de Teruel

---

SPANISH (SPAIN)

<b>Durante la semana pasada:</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
47. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
49. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
50. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	1	2	3	4
53. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p.e. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

Anexo 3



**Breast cancer module: QLQ-BR23**

**Scope**

The breast cancer module is meant for use among breast cancer patients varying in disease stage and treatment modality (i.e. surgery, chemotherapy, radiotherapy and hormonal treatment). It should always be complemented by the QLQ-C30.

**Scoring**

	Scale name	Number of items	Item range	QLQ-BR23 item numbers
<b>Functional scales</b>				
Body image	BRBI	4	3	9 – 12
Sexual functioning	BRSEF	2	3	14,15
Sexual enjoyment	BRSEE	1	3	16
Future perspective	BRFU	1	3	13
<b>Symptom scales / items</b>				
Systemic therapy side effects	BRST	7	3	1 – 4,6,7,8
Breast symptoms	BRBS	4	3	20 – 23
Arm symptoms	BRAS	3	3	17,18,19
Upset by hair loss	BRHL	1	3	5

**Remarks**

- Sexual enjoyment (BRSEE) is not applicable if item 15 is scored “not at all.”
- Upset by hair loss (BRHL) is not applicable if item 4 is “not at all.”
- In order for Sexual functioning (BRSEF) and Sexual enjoyment (BRSEE) to be interpreted as functional scales (ie. a higher score is better), they should be scored according to the symptom scale algorithm.

**Reference**

Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JI, et al.. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer: Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire Module: First results from a three-country field study. *J. Clin. Oncol* 14:2756-2768, 1996.

**Reference values**

Reference values: NA.  
Normative data: NA.

Anexo 4

## HOJA DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE

Ha sido usted seleccionada para participar en el estudio sobre calidad de vida que realiza la alumna de cuarto curso de Grado en Enfermería Raquel Ibáñez, junto con las enfermeras de la Unidad de Oncología del Hospital General Obispo Polanco.

### *¿En qué consistirá su participación?*

Su participación en este estudio consistirá en responder el siguiente cuestionario, que consta de preguntas cortas relacionadas con la salud y su percepción de ella y que nos permitirán conocer de primera mano su situación actual.

### *¿Es voluntario?*

Sí, se trata de un estudio en el que usted decide participar y formar parte de él. Al responder este cuestionario acepta su participación. Usted no tiene que formar parte de este estudio si así lo desea.

### *¿Obtengo algún beneficio al realizarlo?*

La participación en este estudio no supone ningún beneficio personal, así como tampoco se obtendrá ningún interés comercial o económico; no obstante, su colaboración nos permitirá aumentar el conocimiento sobre calidad de vida en todas aquellas pacientes que como usted, pasen o pasarán por una situación semejante.

### *Confidencialidad*

Este cuestionario es totalmente confidencial y se tratará de forma anónima. Únicamente la persona encargada de recoger y analizar los cuestionarios una vez realizados conocerá la identidad del paciente.

Los resultados serán publicados pero la identidad de las participantes será totalmente anónima y confidencial.

Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento adyuvante  
en el Hospital Obispo Polanco de Teruel

Anexo 5

		BRBI	BRSEF	BRSEE	BRFU	BRST	BRBS	BRAS	BRHL
N	Válidos	15	15	9	15	15	15	15	12
	Perdidos	0	0	6	0	0	0	0	3
Mediana		<b>66,6667</b>	<b>83,3333</b>	<b>66,6667</b>	<b>33,3333</b>	<b>42,8571</b>	<b>16,6667</b>	<b>22,2222</b>	<b>50</b>
Desv. típ.		37,06315	18,75771	23,57023	37,37413	23,7323	18,05708	20,51655	40,51437

Anexo 6

Variables Sociodemográficas	Frecuencia	%
<b>Estado Civil</b>		
Casada-En pareja	14	<b>93,3</b>
Viuda	1	<b>6,7</b>
<b>Situación Laboral</b>		
Activo	7	<b>46,7</b>
En paro	4	<b>26,7</b>
Pre-Jubilación	2	<b>13,3</b>
Incapacidad Laboral	2	<b>13,3</b>
<b>Nivel Estudios</b>		
Primarios	5	<b>33,3</b>
Secundarios	5	<b>33,3</b>
Universitarios	5	<b>33,3</b>
<b>Apoyo Familiar</b>		
Si	14	<b>93,3</b>
No	1	<b>6,7</b>

Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento adyuvante  
en el Hospital Obispo Polanco de Teruel

Anexo 7

<b>Variables Clínicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
CDI	14	<b>93,3</b>
CM	1	<b>6,7</b>
<b>Grado Histológico</b>		
IIa	7	<b>46,7</b>
IIb	1	<b>6,7</b>
IIIa	7	<b>46,7</b>
<b>Lado Mama en Tratamiento</b>		
Derecho	6	<b>40</b>
Izquierdo	9	<b>60</b>
<b>Estado Menopausia</b>		
Premenopausia	4	<b>26,7</b>
Postmenopausia	3	<b>20</b>
Menopausia	8	<b>53,3</b>
<b>Metástasis</b>		
Si	2	<b>13,3</b>
No	13	<b>86,7</b>
<b>Historia Cáncer</b>		
Primero	12	<b>80</b>
Otros	2	<b>13,3</b>
Perdidos	1	<b>6,7</b>
<b>Terapia Hormonal</b>		
Si	9	<b>60</b>
No	6	<b>40</b>
<b>Radioterapia</b>		
Si	11	<b>73,3</b>
No	4	<b>26,7</b>
<b>Mastectomía</b>		
Si	11	<b>73,3</b>
No	4	<b>26,7</b>
<b>Número de Ciclos</b>		
2	1	<b>6,7</b>
4	2	<b>13,3</b>
6	9	<b>60</b>
12	1	<b>6,7</b>
18	1	<b>6,7</b>
20	1	<b>6,7</b>