

Calidad de Vida de Pacientes en Tratamiento de Quimioterapia Atendidos en un Hospital Oncológico de Referencia de la Región Norte

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5664ES>

Qualidade de Vida de Pacientes em Tratamento Quimioterápico Atendidos em um Hospital de Referência Oncológico da Região Norte

Quality of Life of Patients Undergoing Chemotherapy Treatment at a Leading Oncology Hospital in the Northern Region

Isabela Giordano do Couto¹; Artur Rocha Rosa²; João Paulo Monteiro Rodrigues³; Marina Vinagre Pires⁴; Victor de Araújo Gabriel⁵; Ana Cristina Vidigal Soeiro⁶

RESUMEN

Introducción: El cáncer es una neoplasia maligna que se encuentra entre las principales causas de morbilidad y mortalidad. Su tratamiento siempre ha sido una preocupación debido a sus consecuencias biopsicosociales e impactos en la calidad de vida. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida de pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia en una institución de referencia en la región Norte del Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, transversal con un enfoque cuantitativo, realizado en el sector de quimioterapia entre mayo y agosto de 2025. El instrumento utilizado fue un cuestionario administrado en persona, que contiene dos secciones: una destinada a obtener datos generales sobre los participantes y otra que contiene el *Medical Outcome Severity Short-Form 36 Health Survey* (SF-36). **Resultados:** Participaron en el estudio 52 pacientes oncológicos. Las puntuaciones de calidad de vida relacionadas con limitación física y limitación emocional presentaron los promedios más bajos (12,0 y 36,5, respectivamente). En cuanto a la edad, los pacientes de 60 a 77 años obtuvieron mejores puntuaciones promedio en limitación emocional y percepción del estado general de salud (51,9 y 67,5) en comparación con los pacientes de 20 a 39 años (16,7 y 52,0). Además, los pacientes en tratamiento durante más de 12 meses no presentaron puntuaciones de calidad de vida significativamente diferentes de aquellos con menor tiempo de tratamiento. **Conclusión:** La calidad de vida no mostró una correlación lineal con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer en la muestra estudiada, lo que refuerza la naturaleza multifactorial e individual de esta percepción. Además, los participantes de mayor edad presentaron mejores puntuaciones en lo que respecta a las percepciones subjetivas sobre su calidad de vida.

Palabras clave: Neoplasias; Calidad de vida; Quimioterapia.

RESUMO

Introdução: O câncer é uma neoplasia maligna que figura entre as principais causas de morbimortalidade. Seu tratamento sempre suscitou preocupação por causa dos seus desdobramentos biopsicossociais e dos impactos à qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em uma instituição de referência na Região Norte do Brasil. **Método:** Pesquisa de caráter descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizada junto ao Setor de Quimioterapia, entre maio e agosto de 2025. O instrumento utilizado foi um questionário aplicado de forma presencial, contendo duas seções, sendo uma delas direcionada a obter dados gerais sobre os participantes e outra contendo o *Medical Outcome Short-Form 36 Health Survey* (SF-36). **Resultados:** Participaram do estudo 52 pacientes oncológicos. Os escores de qualidade de vida de limitação física e limitação emocional apresentaram as menores médias (12,0 e 36,5). Quanto à idade, pacientes de 60 a 77 anos pontuaram melhor na média de limitação emocional e percepção de estado geral de saúde (51,9 e 67,5) em comparação aos de 20 a 39 anos (16,7 e 52,0). Além disso, pacientes em tratamento há mais de 12 meses não obtiveram escores de qualidade de vida significativamente diferentes de pacientes com menor tempo de tratamento. **Conclusão:** A qualidade de vida não apresentou correlação linear com o tempo de diagnóstico oncológico na amostra estudada, reforçando o caráter multifatorial e individual dessa percepção. Além disso, participantes idosos apresentaram melhores escores no que concerne às percepções subjetivas sobre a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Neoplasias; Qualidade de vida; Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a malignant neoplasm that is among the leading causes of morbidity and mortality. Its treatment has always been a concern due to its biopsychosocial consequences and impacts on quality of life. **Objective:** To analyze the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy treatment at a reference institution in the North region of Brazil. **Method:** Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in the Chemotherapy Sector between May and August 2025. The instrument used was a questionnaire administered in person, containing two sections: one aimed at obtaining general data about the participants and the other containing the *Medical Outcome Severity Short-Form 36 Health Survey* (SF-36). **Results:** Fifty-two cancer patients participated in the study. The quality-of-life scores for physical limitation and emotional limitation showed the lowest mean values (12.0 and 36.5, respectively). Regarding age, patients aged 60 to 77 years achieved better mean scores in emotional limitation and perception of general health status (51.9 and 67.5) compared with patients aged 20 to 39 years (16.7 and 52.0). In addition, patients undergoing treatment for more than 12 months did not present significantly different quality-of-life scores compared to those with a shorter treatment duration. **Conclusion:** Quality of life did not show a linear correlation with the time since cancer diagnosis in the studied sample, reinforcing the multifactorial and individual nature of this perception. Furthermore, older participants presented better scores regarding their subjective perceptions of quality of life.

Key words: Neoplasms; Quality of life; Drug Therapy.

¹Universidade do Estado do Pará (Uepa). Belém (PA), Brasil.

¹E-mail: isabelagiordanoc@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0009-7477-9866>

²E-mail: artur.r.rosa@aluno.uepa.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-7836-1796>

³E-mail: joaop.montr@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-4957-9313>

⁴E-mail: mvinagree@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-1706-1515>

⁵E-mail: vdag49@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-1164-5640>

⁶E-mail: acsoeiro1@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1669-3839>

Dirección para correspondencia: Isabela Giordano do Couto. Avenida Centenário, 2000, J16 – Manguirão. Belém (PA), Brasil. CEP 66640-658. E-mail: isabelagiordanoc@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El cáncer es una neoplasia maligna y representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población mundial¹. Las proyecciones indican un aumento significativo en los registros de la enfermedad, alcanzando potencialmente 35 millones de casos hasta 2050². Estimaciones más recientes indican la ocurrencia de 20 millones de nuevos casos y 9,7 millones de muertes por cáncer, solamente en 2022³. Ya en el Brasil, excluyendo los casos de cáncer de piel no melanoma, la estimación es de unos 518 000 nuevos casos por año en el trienio de 2026-2028⁴. Tales datos indican la magnitud de esta temática en el escenario nacional y mundial, y, consecuentemente, la importancia de investigación científica en lo tocante a las acciones terapéuticas⁵.

La definición del tratamiento oncológico depende del tipo de neoplasia, de la estadificación clínica y de las características individuales del paciente⁶. Entre las modalidades terapéuticas disponibles, la quimioterapia permanece ampliamente utilizada en el manejo de diferentes neoplasias malignas, sobre todo en tumores con elevado potencial proliferativo y metastásico⁶. No obstante, a pesar de su relevancia terapéutica, los agentes quimioterápicos presentan baja selectividad celular, actuando no solamente sobre células neoplásicas, sino también sobre tejidos saludables con alta tasa de renovación celular, lo que contribuye al desarrollo de toxicidades sistémicas durante el tratamiento⁷.

En este contexto, los eventos adversos relacionados con la quimioterapia derivan principalmente de los mecanismos citotóxicos e inmunosupresores de los agentes antineoplásicos, pudiendo variar según el protocolo terapéutico empleado, dosis administrada, tiempo de exposición y condiciones clínicas del paciente⁸. Estas toxicidades pueden manifestarse por medio de alteraciones gastrointestinales, hematológicas, cardiovasculares y hepáticas, comprometiendo significativamente aspectos físicos, emocionales y funcionales relacionados con la calidad de vida de pacientes oncológicos⁸.

Aunque investigaciones anteriores hayan traído importantes contribuciones a la comprensión de los efectos adversos de la quimioterapia, aún son escasos los análisis que integren la percepción subjetiva de bienestar de los pacientes en tratamiento quimioterápico en la literatura científica. Además, investigaciones que analicen las particularidades logísticas y socioeconómicas de poblaciones periféricas permanecen limitadas en el escenario nacional^{9,10}.

En el contexto de la región Norte, esta brecha es más acentuada aún, puesto que los estudios existentes frecuentemente no le dan importancia a cómo las barreras geográficas de acceso y los vacíos asistenciales impactan directamente en la calidad de vida durante la quimioterapia¹¹.

Tratándose de pacientes atendidos en la región Norte del país, la comprensión de los impactos del tratamiento en la calidad de vida presenta relevancia científica y social, en la medida en que puede dar bases a estrategias para perfeccionar el proceso de cuidado a tales pacientes.

Frente a este contexto, el objetivo del presente estudio es analizar la calidad de vida de pacientes en tratamiento quimioterápico en un hospital de referencia en tratamiento oncológico, localizado en la región Norte.

MÉTODO

Investigación de carácter descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. Los datos se obtuvieron en el período de mayo a agosto de 2025, incluyendo a pacientes mayores de 18 años, con al menos seis meses de tratamiento quimioterápico en el Centro de Alta Complejidad en Oncología Hospital Ophir Loyola (Cacon – HOL), localizado en Belém-PA. Esta institución se configura como el principal centro de referencia oncológica del estado de Pará y de la región Norte del Brasil, desempeñando un papel central en la red asistencial del Sistema Único de Salud (SUS) y actuando como centro de formación académica y de investigación en la Amazonia brasileña. El HOL concentra el mayor volumen de atenciones especializadas de media y alta complejidad de Pará, siendo el destino de un flujo continuo de pacientes provenientes de diversas regiones geográficas y contextos socioeconómicos, que procede, inclusive, de otros estados, como Amapá, lo que le confiere alta relevancia epidemiológica para el estudio de la calidad de vida en oncología en el escenario regional¹².

La delimitación de tiempo se justificó por la necesidad de evaluar la calidad de vida después del período de adaptación inicial al diagnóstico y a los efectos colaterales agudos de los primeros ciclos terapéuticos, considerando que la literatura apunta que, en los meses iniciales, la inestabilidad clínica y el estrés psicológico tienden a fluctuar acentuadamente^{9,13}.

Fueron excluidos los pacientes que presentasen impedimento físico (como incapacidad de habla o audición no corregida) o cuadro de sufrimiento psíquico agudo en el momento de la intervención (como crisis de llanto o agitación psicomotora) que inviabilizase la comprensión y el llenado autónomo del instrumento de encuesta, así como aquellos que llenaron el cuestionario de forma incompleta.

La obtención de datos fue realizada en el hospital, mediante invitación previa a la participación, cuando fueron suministradas informaciones sobre los objetivos, metodología y riesgos y beneficios del estudio. Después de la aceptación, los participantes fueron orientados a firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE).

Los datos fueron obtenidos mediante aplicación de un cuestionario estructurado en dos secciones: la primera dirigida hacia el perfil sociodemográfico y clínico de los participantes (variables independientes, tales como género, edad, estado civil, religión, tiempo de diagnóstico y tiempo de quimioterapia); la segunda conteniendo el *Medical Outcomes Short-Form 36 Health Survey* (SF-36)¹⁴, instrumento psicométrico traducido y validado para el idioma portugués, usado para evaluar la calidad de vida (variables independientes). El cuestionario está compuesto por 36 ítems, los cuales se separan en ocho categorías: capacidad funcional, aspectos físicos, dolor, estado general de salud, vitalidad, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental.

Los datos fueron obtenidos por los investigadores, previamente capacitados, buscando la estandarización de la intervención, lectura y aclaración de dudas operativas sobre los instrumentos, sin que fuese ejercida inducción alguna en las respuestas. La capacitación previa consistió en el alineamiento teórico sobre los dominios del cuestionario SF-36 y en la simulación previa de su aplicación para garantizar la uniformidad del lenguaje y minimizar el sesgo de medición.

El levantamiento de las respuestas ocurrió por medio de autocompletado presencial supervisado. Dada la sistematización, fueron utilizados los siguientes pasos: realización de la intervención inicial, explicación sobre los objetivos de la encuesta y suministro de instrucciones de llenado de los instrumentos de recolección. A continuación, se hizo la entrega del cuestionario impreso para que el propio participante lo respondiese de forma autónoma y reservada.

Durante el llenado, los investigadores se mantuvieron sin contacto visual o verbal directo, interviniendo estrictamente cuando fueron solicitados por los participantes para el esclarecimiento de dudas operativas. Para esto, se estableció una estandarización rigurosa para esta ayuda: ante eventuales dificultades de comprensión de algún ítem, el investigador realizaba solo la lectura literal y neutra del enunciado o de las alternativas en igual tono de voz, sin emitir explicaciones subjetivas, sinónimos informales o paráfrasis que pudiesen inducir la elección de una respuesta. Al término, los cuestionarios eran devueltos y verificados inmediatamente por el investigador para comprobar el llenado de todos los ítems y evitar datos omitidos (*missing data*).

Aunque la obtención de datos durante las sesiones de quimioterapia exponga a los pacientes a estresores físicos y emocionales agudos inherentes al ambiente hospitalario, que pueden influenciar puntualmente en las respuestas, esta estrategia metodológica permitió aprender la percepción de la calidad de vida en el momento exacto en que el impacto de la rutina terapéutica es más manifiesto. Además, la intervención en el sector de infusión hizo viable el acceso a una muestra clínicamente activa y minimizó

los rechazos comunes en intervenciones realizadas en salas de espera o después de la quimioterapia.

Para el cálculo de los puntajes y estandarización de las respuestas del SF-36, se usó el algoritmo estándar establecido por el instrumento *Raw Scale Score*, el cual puntúa cada pregunta en una escala de intensidad. Posteriormente, estos valores brutos fueron transformados matemáticamente por medio de fórmulas específicas para cada dominio, generando una escala estandarizada que varía de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). De este modo, puntajes más elevados reflejan una mejor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

Los datos fueron organizados en el programa *Microsoft Excel* 2010. Los gráficos y tablas fueron contruidos con las herramientas disponibles en los programas *Microsoft Word*, *Excel* y *GraphPad Prism* 9.0¹⁵, siendo usado este último también para todos los análisis estadísticos. Las variables cuantitativas (como edad, tiempo de diagnóstico, tiempo de quimioterapia y puntajes de los dominios del SF-36) fueron descritas mediante mínimo, máximo, media, mediana y desviación estándar. Las variables cualitativas (como género, estado civil, religión, otros tratamientos, percepción sobre el equipo de salud y grado de concordancia con afirmaciones) fueron expresadas mediante frecuencia y porcentaje.

La selección de las pruebas estadísticas de hipótesis fue guiada estrictamente mediante la verificación de los presupuestos de normalidad. La distribución de los datos numéricos fue evaluada respecto a su normalidad utilizando la prueba de Shapiro-Wilk¹⁶. Se adoptó el criterio de que los valores de $p > 0,05$ indicaban semejanza a la distribución normal, lo que justifica el uso de pruebas paramétricas, mientras que los valores de $p < 0,05$ indicaban distribución no normal, exigiendo el empleo de métodos no paramétricos.

Para la comparación de una variable numérica entre dos grupos independientes, se utilizó la prueba t de Student¹⁶ para datos con distribución normal, o su equivalente no paramétrico, la prueba de Mann-Whitney¹⁶, para datos con distribución no normal.

Para comparar una variable numérica entre tres o más grupos independientes, fue utilizado el Análisis de Varianza (ANVA) para datos paramétricos, seguido por la prueba post hoc de Tukey¹⁶ para identificar las diferencias específicas entre grupos, o la prueba de Kruskal-Wallis¹⁶ para datos no paramétricos, detallado por la prueba post hoc de Dunn para múltiples comparaciones par a par. En todos los análisis post hoc, se aplicó el ajuste del p para mitigar la ocurrencia de falsos positivos. Los resultados con $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y Pesquisa de la Universidad del Estado de Pará y del

Cacon – HOL, con el número de parecer 7.551.800 (CAAE: 86508925.5.0000.5174), en cumplimiento de las Resoluciones 466/2012¹⁷ y 510/2016¹⁸ del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Fueron incluidos 52 pacientes en el estudio. La Tabla 1 presenta el perfil sociodemográfico de los participantes. Además de los datos presentados, el 30,8% de los pacientes recibió terapias adicionales anteriores a la quimioterapia.

Tabla 1. Características sociodemográficas (género, edad, estado civil, religión) y clínicas (tiempo de diagnóstico y de quimioterapia) de los pacientes atendidos en el Cacon – HOL, Belém-Pará (mayo-agosto, 2025)

Variable	Frecuencia	% (n=52)
Género		
Femenino	39	75,0
Masculino	13	25,0
Edad		
20 a 39 años	10	19,2
40 a 59 años	24	46,2
60 a 77 años	18	34,6
Estado civil		
Soltero	22	42,3
Casado	15	28,8
Unión estable	10	19,2
Viudo	5	9,6
Religión		
Católica	25	48,1
Evangélica	22	42,3
Protestante	3	5,8
Adventista	2	3,8
Tiempo de diagnóstico (meses)		
Hasta 12 meses	24	46,2
13 a 24 meses	14	26,9
25 a 36 meses	6	11,5
Más de 36 meses	8	15,4
Tiempo de quimioterapia – ciclo actual (meses)		
Hasta 12 meses	32	61,5
13 a 24 meses	9	17,3
25 a 36 meses	4	7,7
Más de 36 meses	7	13,5
Otros tratamientos		
No	36	69,2
Sí	16	30,8

En la evaluación global de la calidad de vida, presentada en la Tabla 2, los menores puntajes medios fueron observados en los dominios limitación física ($12,0 \pm 24,0$) y limitación emocional ($36,5 \pm 39,2$), indicando mayor compromiso de esas dimensiones. En contrapartida, los mayores puntajes fueron observados en aspectos emocionales ($71,2 \pm 23,6$), dolor ($62,4 \pm 25,3$) y vitalidad ($58,6 \pm 23,6$).

La Tabla 3 muestra la relación entre grupos etarios y puntajes de calidad de vida mediante el SF-36. Se observó diferencia estadísticamente significativa en los dominios limitación emocional ($p=0,043$) y estado general de salud ($p=0,035$), con mayores medias entre participantes de 60 a 77 años. Las amplias desviaciones estándar indicaron heterogeneidad en la percepción de la calidad de vida entre los participantes.

En la Tabla 4 se presenta el análisis de la relación entre el tiempo de quimioterapia desde el inicio del ciclo actual y los puntajes de calidad de vida. No fueron observadas diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con 6-12 meses de quimioterapia (61,53%), 13-24 meses de quimioterapia (17,3%) y 25-72 meses de quimioterapia (21,16%) en ninguna de las dimensiones evaluadas ($p>0,05$). Se observó solo una tendencia a mayores puntajes de capacidad física en el grupo con hasta 12 meses de tratamiento ($57,3 \pm 27,6$), sin alcanzar significación estadística ($p=0,073$). Las demás dimensiones presentaron medias semejantes ($p=0,073$).

El análisis entre tiempo de diagnóstico y calidad de vida (SF-36), presentado en la Tabla 4, no reveló

Tabla 2. Puntajes de calidad de vida de los pacientes atendidos en el Cacon – HOL, Belém-Pará (mayo-agosto, 2025)

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Media $\pm$ Desviación estándar
Capacidad física	5,0	100,0	52,5	$51,0 \pm 26,9$
Limitación física	0,0	100,0	0,0	$12,0 \pm 24,0$
Limitación emocional	0,0	100,0	33,3	$36,5 \pm 39,2$
Vitalidad	10,0	100,0	60,0	$58,6 \pm 23,6$
Aspectos emocionales	12,0	100,0	76,0	$71,2 \pm 23,6$
Aspectos sociales	0,0	100,0	62,5	$59,9 \pm 28,4$
Dolor	20,0	100,0	63,8	$62,4 \pm 25,3$
Estado general de salud	25,0	95,0	60,0	$59,0 \pm 17,8$

Tabla 3. Relación entre edad (20-39 años; 40-59 años; 60-77 años) y puntajes de calidad de vida (SF-36) de los pacientes atendidos en el Cacon – HOL, Belém-Pará (mayo-agosto, 2025)

Variable	20 a 39 años (n=10)	40 a 59 años (n=24)	60 a 77 años (n=18)	p
Capacidad física	62,5 ± 32,3	46,3 ± 22,4	50,8 ± 28,9	0,282 ¹
Limitación física	22,5 ± 34,3	9,4 ± 16,2	9,7 ± 25,9	0,373 ²
Limitación emocional	16,7 ± 32,4	33,3 ± 39,3	51,9 ± 38,3	0,043 ^{2*}
Vitalidad	68,5 ± 25,7	53,1 ± 20,8	60,3 ± 25,1	0,210 ¹
Aspectos emocionales	70,4 ± 22,4	70,2 ± 23,7	72,9 ± 25,4	0,931 ¹
Aspectos sociales	62,5 ± 32,3	57,8 ± 29,	61,1 ± 26,7	0,814 ²
Dolor	70,5 ± 23,6	54,1 ± 27,4	68,9 ± 20,7	0,089 ²
Estado general de salud	52,0 ± 15,8	55,6 ± 18,5	67,5 ± 15,2	0,035 ^{1**}

Leyenda: * = Limitación emocional con múltiples comparaciones significativas: “De 20 a 39 años” versus “60 a 77 años” ($p=0,043$); ** = Estado general de salud con múltiples comparaciones significativas: “20 a 39 años” versus “60 a 77 años” ($p=0,046$); ¹ = Prueba de Análisis de Varianza (ANVA); ² = Prueba de Kruskal-Wallis.

Nota: Las variables numéricas están representadas como media ± desviación estándar.

diferencias estadísticamente significativas en ningún dominio ($p>0,05$). Se observó tendencia de puntajes superiores en los pacientes con diagnóstico hasta hace 12 meses, especialmente en capacidad física ($58,3 \pm 27,7$) y vitalidad ($62,5 \pm 25,4$), mientras que los aspectos emocionales fueron los mejores evaluados en los tres grupos y la limitación física consistentemente presentó los menores puntajes.

Además de los puntajes de los dominios del SF-36, el Cuadro 1 presenta la distribución de las respuestas referentes a la percepción global del estado de salud y a la evolución en el último año. Se observó que el 90,4% de los participantes clasificó su salud como buena, muy buena o excelente. En comparación al año anterior, el 63,5% informó mejora del estado de salud, el 11,5%, estabilidad y el 25,0%, empeoramiento.

Con relación a las actividades funcionales evaluadas por la Pregunta 3 del SF-36 (Cuadro 1), se observó mayor compromiso en actividades que exigían esfuerzo físico intenso. Más de la mitad de los participantes informó gran dificultad para realizar actividades vigorosas (55,77%), caminar más de un kilómetro (53,85%) y caminar varias cuadras (59,62%). Por otro lado, la mayoría no presentó dificultad para actividades básicas de autocuidado, como bañarse o vestirse (78,85%).

Tabla 4. Relación entre tiempo de diagnóstico y tiempo de quimioterapia (meses) y puntajes de calidad de vida (SF-36) de los pacientes atendidos en el Cacon – HOL, Belém-Pará (mayo-agosto, 2025)

Variable	Tiempo de diagnóstico (meses)			p	Tiempo de quimioterapia (meses)			p
	Hasta 12 (n=24)	13-24 (n=14)	>24 (n=14)		Hasta 12 (n=32)	13-24 (n=9)	25-72 (n=11)	
Capacidad física	58,3 ± 27,7	44,6 ± 28,0	44,6 ± 22,8	0,1901	57,3 ± 27,6	36,1 ± 20,6	44,5 ± 24,8	0,0731
Limitación física	10 ± 24,4	16,1 ± 28,8	10,7 ± 18,9	0,6652	14,1 ± 28,4	8,3 ± 12,5	9,1 ± 16,9	0,9882
Limitación emocional	33,3 ± 41,7	47,6 ± 38,6	30,9 ± 35,7	0,4192	37,5 ± 41,3	40,7 ± 36,4	30,3 ± 37,9	0,8142
Vitalidad	62,5 ± 25,4	57,5 ± 15,9	52,9 ± 26,9	0,4822	63,1 ± 24,4	50,0 ± 18,7	52,3 ± 23,1	0,2081
Aspectos emocionales	73,8 ± 22,3	67,7 ± 27,4	70,0 ± 22,9	0,8111	73,4 ± 23,1	63,6 ± 28,0	70,9 ± 22,1	0,6232
Aspectos sociales	63,5 ± 28,8	54,5 ± 28,4	58,9 ± 28,8	0,6162	60,9 ± 29,4	55,6 ± 32,5	60,2 ± 23,6	0,9512
Dolor	66,0 ± 25,2	56,3 ± 26,5	62,1 ± 25,0	0,5261	65,5 ± 25,8	57,5 ± 24,1	57,3 ± 25,9	0,5122
Estado general de salud	59,0 ± 18,4	54,3 ± 15,7	63,9 ± 18,5	0,3641	60,6 ± 18,2	53,3 ± 17,7	59,1 ± 17,3	0,5631
Cambios en el estilo de vida	58,3 ± 33,5	75,0 ± 31,0	71,4 ± 23,7	0,2482	65,6 ± 32,2	63,9 ± 39,7	70,5 ± 18,8	0,9952

Leyenda: ¹ = Prueba de Análisis de Varianza (ANVA); ² = Prueba de Kruskal-Wallis.

Nota: Las variables numéricas están representadas como media ± desviación estándar.



Cuadro 1. Preguntas 1, 2 y 3 del cuestionario *Medical Outcome Severity Short-Form 36 Health Survey (SF-36)* aplicado a los pacientes atendidos en el Cacon – HOL, Belém-Pará

"Los siguientes ítems tratan sobre actividades que usted puede hacer actualmente durante un día común. Debido a su salud, ¿tendría usted dificultad para realizar estas actividades? En este caso, ¿cuándo?"			
Pregunta 1. De modo general, usted dirá que su salud es:		n	%
Pregunta 1	Excelente	5	9,62
	Muy buena	15	28,85
	Buena	27	51,92
	Mala	5	9,62
	Muy mala	0	0,00
Pregunta 2. Comparado a un año atrás, ¿cómo clasificaría usted su salud en general ahora?		n	%
Pregunta 2	Mucho mejor ahora que hace un año	16	30,77
	Un poco mejor ahora que hace un año	17	32,69
	Casi la misma de un año atrás	6	11,54
	Un poco peor ahora que hace un año	11	21,15
	Mucho peor ahora que hace un año	2	3,85
Pregunta 3. Actividades	Sí, dificulta mucho	Sí, dificulta un poco	No, no me dificulta de modo alguno
a) Actividades rigurosas que exigen mucho esfuerzo, tales como correr, levantar objetos pesados, participar de deportes arduos	29 (55,77%)	16 (30,77%)	7 (13,46%)
b) Actividades moderadas, tales como mover una mesa, aspirar la casa, jugar a la pelota, barrer la casa	20 (38,46%)	18 (34,62%)	14 (26,92%)
c) Levantar o cargar víveres	12 (23,08%)	12 (23,08%)	28 (53,85%)
d) Subir varios peldaños de escalera	20 (38,46%)	18 (34,62%)	14 (26,92%)
e) Subir un peldaño de escalera	14 (26,92%)	10 (19,23%)	28 (53,85%)
f) Curvarse, arrodillarse o doblarse	15 (28,85%)	14 (26,92%)	10 (19,23%)
g) Andar más de un kilómetro	28 (53,85%)	14 (26,92%)	10 (19,23%)
h) Andar varias cuadras	31 (59,62%)	12 (23,08%)	9 (17,31%)
i) Andar una cuadra	11 (21,15%)	17 (32,69%)	24 (46,15%)
j) Bañarse o vestirse	5 (9,62%)	6 (11,54%)	41 (78,85%)

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados permitió identificar patrones sobre factores que influyen en la calidad de vida de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico, considerando variables clínicas, sociodemográficas y psicosociales. Al evaluar los dominios del SF-36 en asociación con características como tiempo de diagnóstico, tipo de neoplasia, género, edad, religiosidad y estado civil, fue posible observar tendencias que concuerdan con hallazgos previos de la literatura y revelan puntos importantes de la experiencia subjetiva de estos individuos.

Inicialmente, el estudio evidenció que la percepción de calidad de vida no parece depender de la cronicidad del diagnóstico, dado que los resultados muestran que ninguno de los dominios del SF-36 presentó diferencia significativa entre los pacientes con diferentes tiempos de diagnóstico. Esto sugiere que la calidad de vida puede no haber variado de forma relevante entre aquellos diagnosticados hasta hace 12 meses, 13 a 24 meses o más de 24 meses. Incluso en pacientes con mayor duración de la enfermedad, los puntajes de calidad de vida se mantuvieron relativamente estables entre los pacientes.

Un posible motivo para este patrón está en el hecho de que muchos pacientes, a lo largo del tratamiento, desarrollan mecanismos de enfrentamiento que ayudan a lidiar con la enfermedad y sus efectos¹³. Hecho que también explica la realidad de que gran parte de los participantes informa mejora de la salud con relación al año anterior, lo que puede reflejar no solo la respuesta clínica al tratamiento, sino también la adaptación progresiva al diagnóstico y al proceso terapéutico.

La literatura sugiere que estrategias emocionales, sociales y espirituales pueden reducir el impacto negativo del diagnóstico con el paso del tiempo¹⁹. Se presume que, después de los meses iniciales, generalmente más estresantes, muchos pacientes alcanzan una fase de mayor aceptación de la enfermedad y adaptación al tratamiento, lo que justificaría la estabilización observada en la percepción de calidad de vida con el tiempo, reduciendo diferencias entre los grupos.

Es posible que factores como intensidad de los síntomas, efectos adversos de la quimioterapia, tipo de protocolo utilizado y ayuda familiar influyan más en la calidad de vida que el período desde el diagnóstico¹⁵. Así, incluso pacientes con mayor tiempo de enfermedad pueden presentar niveles de calidad de vida semejantes a los recientemente diagnosticados²⁰.

Los resultados refuerzan que el acompañamiento clínico y psicosocial debe considerar factores colaterales que afectan el bienestar de estos pacientes, y no solo el tiempo desde el diagnóstico. La estabilidad de los puntajes sugiere que intervenciones específicas pueden ser útiles independientemente de la fase del diagnóstico. No obstante, pacientes que presentan un cuadro clínico más comprometido demandan la intensificación de acciones de ayuda psicológica y social, particularmente cuando se da el encaminamiento hacia los cuidados paliativos oncológicos²¹.

Adicionalmente, retrasos en el diagnóstico, limitaciones en el acceso a los servicios e inadecuaciones en el acompañamiento tienden a intensificar síntomas físicos y emocionales, lo que puede repercutir negativamente en el bienestar general. Estos factores refuerzan la necesidad de estrategias que amplíen la detección, mejoren la calidad de la atención y promuevan intervenciones capaces de preservar y mejorar la calidad de vida a lo largo del tratamiento y de la supervivencia a la enfermedad¹².

La asociación de los dominios a la edad de los pacientes demostró que los participantes de 60 – 77 años presentaron notas mayores en estado general de salud y limitación emocional que pacientes en grupos etarios más jóvenes, apuntando hacia una percepción de mayor calidad de vida y menor limitación ($p < 0,05$). Este hallazgo se aproxima de la llamada “paradoja del bienestar”, descrita

en la literatura, según la cual personas mayores tienden a informar mejor salud subjetiva incluso frente a una mayor carga de comorbilidades y de pronóstico dificultoso²².

Además, se infiere la posibilidad de que, para pacientes mayores, los factores psicológicos puedan relacionarse de forma más significativa con la salud autodeclarada, al contrario de los más jóvenes, cuya percepción parece sufrir mayor paralelo con las limitaciones físicas, como ya fue descrito en la literatura^{23,24}. El diferencial del presente estudio es demostrar este patrón paradójico en el contexto oncológico, entre pacientes en tratamiento quimioterápico, sugiriendo resiliencia emocional de los participantes mayores incluso ante los desafíos y efectos adversos inherentes al tratamiento.

En cuanto a la capacidad física de los participantes evaluados, actividades como cargar víveres, subir escaleras y arrodillarse, que dependen de fuerza muscular y capacidad cardiorrespiratoria, también presentaron limitaciones importantes. Investigaciones con pacientes en tratamiento activo demuestran patrones semejantes: dificultades en tareas cotidianas que exigen movilidad, sustentación de peso y movimientos repetidos están entre los daños más frecuentemente relatados, asociados tanto al impacto sistémico del cáncer como a los efectos adversos de los tratamientos, como fatiga, pérdida de masa y fuerza muscular²⁵⁻²⁷.

Además de los puntajes de los dominios del SF-36, la evaluación subjetiva del estado general de salud reveló resultados relevantes. Se observó que el 90,4% de los participantes clasificó su salud como buena, muy buena o excelente, mientras que el 63,5% informó que su condición de salud estaba mejor en comparación con el año anterior. Este hallazgo sugiere que la percepción global de salud no depende exclusivamente de la presencia de limitaciones físicas o de los efectos adversos del tratamiento, sino también de factores subjetivos relacionados con la adaptación a la enfermedad, expectativas terapéuticas y estrategias de enfrentamiento. Incluso ante las restricciones funcionales observadas en algunos dominios del SF-36, muchos pacientes pueden interpretar el tratamiento quimioterápico como un proceso de recuperación o control de la enfermedad, lo que contribuye a evaluaciones más positivas del propio estado de salud.

Este resultado es consistente con estudios que demuestran que pacientes oncológicos frecuentemente reevalúan sus parámetros de comparación a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, fenómeno conocido como *response shift*. En ese contexto, cambios en las expectativas, valores personales y mecanismos de adaptación psicológica pueden llevar a los individuos a percibir su calidad de vida de forma más favorable, aun ante la presencia de síntomas y limitaciones objetivas. Además, la esperanza asociada a

la continuidad del tratamiento y la percepción de soporte familiar y profesional pueden contribuir a evaluaciones positivas de la salud autodeclarada¹⁹.

En la caracterización general de la muestra, se percibió desviación estándar elevada, indicando heterogeneidad de los participantes, lo que refuerza la individualidad en la experiencia de la enfermedad y del tratamiento quimioterápico, sugiriendo que la salud autodeclarada depende de factores objetivos, orgánicos y biopsicosociales.

Finalmente, este estudio presenta limitaciones metodológicas que deben ser consideradas. El muestreo por conveniencia, el tamaño muestral reducido y la distribución desigual entre sexos disminuyen el poder estadístico para la comparación de subgrupos y limitan la generalización de los hallazgos, aunque este impacto haya sido mitigado por la recolección de información en diferentes días y turnos. Adicionalmente, la ausencia de variables clínicas detalladas, aliada a la no estratificación de la muestra por tipo de neoplasia y a la ausencia de control de factores de confusión en los análisis bivariados, resultó en una heterogeneidad que limitó la comparabilidad entre los participantes. Además, no se realizó la evaluación de la consistencia interna en la muestra estudiada, lo que se sustentó en el hecho de que el cuestionario usado ya está ampliamente validado en el escenario oncológico nacional.

La heterogeneidad del tiempo de tratamiento y el uso exclusivo del SF-36, instrumento genérico, también constituyen limitaciones. Además, el estudio no estratificó el impacto de terapias adicionales en comparación con la terapia solo quimioterápica, variable que puede influenciar en la calidad de vida de los pacientes y no fue analizada aisladamente.

Además, la toma de datos en el sector de infusión expuso a los participantes a estresores agudos del ambiente hospitalario, lo que puede influenciar puntualmente en las respuestas. No obstante, el método de llenado presencial individual supervisado minimizó el sesgo de discapacidad social al garantizar total privacidad. A pesar de que tales condicionantes exigen cautela en la extrapolación de los datos, este enfoque permitió trazar un diagnóstico situacional fidedigno sobre el impacto global de la rutina terapéutica en una muestra clínicamente activa en la realidad local, sirviendo de base para futuras investigaciones multivariadas.

CONCLUSIÓN

Este estudio investigó la calidad de vida de pacientes en tratamiento quimioterápico en un hospital de referencia oncológica, ubicado en la región Norte, indicando que la percepción de bienestar y salud de esos individuos parece caminar de forma independiente de la cronicidad del diagnóstico o del tiempo de exposición al tratamiento.

Los resultados indicaron que la calidad de vida no se correlaciona con el tiempo de diagnóstico oncológico, sugiriendo la activación de mecanismos adaptativos y de resiliencia emocional por parte de los pacientes a lo largo de la trayectoria terapéutica.

Además, participantes mayores presentaron mejores evaluaciones subjetivas de salud y menor limitación emocional cuando se comparan con los pacientes más jóvenes, alineándose a la llamada paradoja del bienestar descrito en la literatura, lo que puede sugerir una posible resiliencia ante los estresores de la quimioterapia. La elevada heterogeneidad de la muestra ratifica que la experiencia del cáncer es estrictamente individual.

En suma, se concluye que el manejo del paciente oncológico debe trascender el enfoque puramente clínico y cronológico. Se hace imperativo el fortalecimiento de redes de apoyo técnico y psicosocial continuas, personalizadas e interdisciplinarias, con especial atención a la rehabilitación física y al soporte en cuidados paliativos cuando son indicados.

Finalmente, a pesar de las limitaciones metodológicas y muestrales de este estudio, los resultados ofrecen un diagnóstico situacional valioso de la realidad local, resaltando la necesidad de futuras investigaciones longitudinales y multivariadas que puedan dar bases a políticas públicas y estrategias asistenciales más equitativas y humanizadas en la región.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad del Estado de Pará y al Módulo de Humanidades Médicas por el apoyo ofrecido durante la realización de este trabajo.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente a la concepción y a la planificación del estudio; a la obtención, análisis e interpretación de los datos; a la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos relevantes para los objetivos del estudio están contenidos en el manuscrito. Datos adicionales pueden ser proporcionados por los autores mediante solicitud.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. Bizuayehu HM, Ahmed KY, Kibret GD, et al. Global disparities of cancer and its projected burden in 2050. *JAMA Netw Open.* 2024;7(11):e2443198. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43198>
3. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services.; [2024]. [acceso 2025 dez 8]. Disponible em: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
4. Martins LFL, Chaves GV, Oliveira JFP, et al. Perfil epidemiológico da incidência de câncer no Brasil e regiões: estimativas para o triênio 2026-2028. *Rev Bras Cancerol.* 2026;72(2):e-025587 doi: <https://www.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5587>
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [acceso 2025 dez 11]. Disponible em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf
6. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [acceso 2026 maio 19]. Disponible em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
7. Rocha AJM, Alves PGJM, Souza EB. Atuação fisioterapêutica nos efeitos adversos da quimioterapia e radioterapia em pacientes oncológicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(3):e-183970. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3970>
8. Mehtre G, Hatte S, Gavhade P, Bagwan A, Fugate A. Chemotherapy-induced toxicities and their impact on quality of life in cancer patients: management and preventive strategies. *Int J Pharm Sci.* 2026;4(4):3043-3055. doi:10.5281/zenodo.19660855
9. Leppert W, Majkiewicz M, Forycka M, et al. Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. *Onco Targets Ther.* 2014;7:687-95. doi: <https://doi.org/10.2147/OTT.S57338>
10. Fonseca BP, Albuquerque PC, Saldanha RF, et al. Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: a network analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022;7:100153. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100153>
11. Sousa LVA, Maselli-Schoueri JH, Paiva LS, et al. Colorectal cancer in Brazil: regional disparities and temporal trends in diagnosis and treatment, 2013-2024. *Diseases.* 2026;14(2):40. doi: <https://doi.org/10.3390/diseases14020040>
12. Secretaria de Estado (PA) [Internet]. Belém (PA): SESPA; 2026. Hospital Ophir Loyola reduz fila de braquiterapia de 190 para 37 pacientes. [acceso 2026 maio 13]. Disponible em: <https://www.saude.pa.gov.br/hospital-ophir-loyola-reduz-fila-de-braquiterapia-de-190-para-37-pacientes/>
13. Omari M, Amaadour L, Asri AE, et al. Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: a systematic review. *Womens Health (Lond).* 2024;20:17455057241276232. doi: <https://doi.org/10.1177/17455057241276232>
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
15. Graph Pad: Prism [Internet]. Versão 9.0.0. Boston: GraphPad; 2020. [acceso 2025 dez 19]. Disponible em: <https://www.graphpad.com/updates/prism-900-release-notes>
16. Hazra A, Gogtay N. Biostatistics series module 3: comparing groups: numerical variables. *Indian J Dermatol.* 2016;61(3):251-60. doi: <https://www.doi.org/10.4103/0019-5154.182416>
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção 1:59. Disponible em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção 1:44. Disponible em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>
19. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, et al. Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *Plos One.* 2020;15(7):e0236572. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>



20. Custers PA, Van der Sandre ME, Grotenhuis BA, et al. Long-term quality of life and functional outcome of patients with rectal cancer following a watch-and-wait approach. *JAMA Surg.* 2023;158(5):e230146. doi: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.0146>
21. Mikkonen H, Hökkä M, Saarto T, et al. Psychosocial interventions and health-related quality of life in adults with incurable cancer: systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2025;15(5):572-85. doi: <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005043>
22. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, et al. Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(19):6938. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
23. Whitmore C, Markle-Reid M, McAiney C, et al. Self-reported health and the well-being paradox among community-dwelling older adults: a cross-sectional study using baseline data from the canadian longitudinal study on aging (CLSA). *BMC Geriatr.* 2022;22(112):1-16. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02807-z>
24. Thörnqvist K, Johansson L, Solevid M, et al. Age-related changes in factors associated with self-rated health in Swedish older adults: findings from the Gothenburg H70 study cohort born 1930. *BMC Geriatr.* 2025;25(275):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05923-8>
25. Leung J, Smith MD, McLaughlin D. Inequalities in long-term health-related quality of life between partnered and not partnered breast cancer survivors through the mediation effect of social support. *Psychooncology.* 2016;25(10):1222-8. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4131>
26. Lorca LA, Sacomori C, Vidal-Labra R, et al. Functional outcomes and oncological fatigue among older cancer patients: a cross-sectional study. *Motriz.* 2021;27:e102100720. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-65742021020720>
27. Dalise S, Tropea P, Galli L, et al. Muscle function impairment in cancer patients in pre-cachexia stage. *Eur J Transl Myol.* 2020;30(2):8931. doi: <https://doi.org/10.4081/ejtm.2019.8931>

Recebido em 2/3/2026

Aprovado em 2/6/2026

