

# Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2018

Quality of life perceived by cancer patients in stage III and IV, from the José Carrasco Arteaga Hospital. Cuenca 2018.

Rodas Mosquera María Lorena<sup>1</sup>

VOLUMEN 38 | N° 1 | ABRIL 2020

FECHA DE RECEPCIÓN: 09/03/2020

FECHA DE APROBACIÓN: 15/04/2020

FECHA PUBLICACIÓN: 29/05/2020

1. Libre Ejercicio

Artículo original | Original Article

DOI: <https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.05>

Correspondencia:  
lorirodas5476@hotmail.com

Dirección:  
Martínez Mera 5-13 y García Moreno

Código Postal:  
010107

Celular:  
0995376837

Cuenca - Ecuador

## RESUMEN

La calidad de vida en pacientes oncológicos es un constructo multidimensional que debe ser analizado con un enfoque integral.

**Objetivo:** determinar la calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2018.

**Metodología:** estudio cuantitativo descriptivo, realizado en 80 pacientes hospitalizados para recibir tratamiento oncológico que firmaron un consentimiento informado. Se aplicó un formulario en el que constan datos sociodemográficos, características del cáncer y un Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), la información fue analizada con el programa SPSS versión 25, se utilizaron como estadísticos frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** el 47.6% de los pacientes perciben tener una mala y muy mala calidad de vida, la patología más frecuente fue el cáncer de mama (30%), el 53.8% recibieron quimioterapia, el 61.3% tenían un tiempo de enfermedad menor de 1 año. En las áreas del InCaViSa presentaron puntuación baja en: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana; puntuación alta en: funciones cognitivas, familia y redes sociales.

**Conclusiones:** cerca de la mitad de los participantes percibieron su calidad de vida como mala y muy mala, en las áreas afectadas se encontró que tanto el apoyo familiar y social eran positivos, en contraste con la mala adherencia al tratamiento y una relación negativa entre médico-paciente.

**Palabras clave:** calidad de vida, pacientes internos, neoplasias, epidemiología descriptiva, factores socioeconómicos.

## ABSTRACT

The quality of life in cancer patients is a multidimensional construct that must be analyzed with a comprehensive approach.

**Objective:** to determine the quality of life perceived by cancer patients in stage III and IV from the José Carrasco Arteaga Hospital. Cuenca 2018.

**Methodology:** It is a descriptive quantitative study, carried out on 80 patients who were hospitalized to receive a cancer treatment and signed an informed consent. A form was applied in which sociodemographic data, characteristics of cancer and an Inventory of Quality of Life and Health (InCaViSa) are included, the information was analyzed with the SPSS version 25 program, frequencies and percentages were used as statistics.

**Results:** a total of 47.6% of the patients identify having a poor and very poor quality of life, the most frequent pathology was breast cancer (30%), 53.8% received chemotherapy, 61.3% had a disease time of less than 1 year. In the InCaViSa areas, they presented low scores in: concerns, physical performance, isolation, body perception, attitude towards treatment, free time and daily life; high score in: cognitive functions, family and social networks.

**Conclusions:** about half of the participants perceived their quality of life as poor and very poor, in the affected areas it was found that both family and social support were positive, in contrast to poor adherence to treatment and a negative relationship between the doctors and patients.

**Key words:** quality of life, inpatients, neoplasms, epidemiology descriptive, socio-demographic.

## INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar en su origen y desarrollo factores biológicos, químicos, nutricionales, sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales, por lo que requiere un abordaje holístico a través de una atención multidisciplinaria, en el cual la psicología de la salud y la psicooncología juegan un papel importante permitiendo comprender el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente oncológico.

Según datos epidemiológicos el cáncer se ha constituido en un grave problema de salud pública, ya que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, de acuerdo al informe de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad por cáncer aumentará un 45% en el período 2007 - 2030, teniendo como causas múltiples y diversos procesos peligrosos tales como: obesidad, tabaquismo, alcoholismo, inseguridad alimentaria (baja ingesta de frutas y verduras), falta de actividad física, envejecimiento poblacional y crecimiento demográfico [1, 2].

En Ecuador, de acuerdo a la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública y el INEC (2014), el cáncer provoca 15 de cada 100 muertes, siendo la segunda causa de mortalidad a nivel nacional [3]. En 2013, el Registro Nacional de Tumores de Ecuador encontró 134.9 casos de cáncer en mujeres y 125.9 en hombres por cada 100,000 habitantes. Según el tipo de cáncer en mujeres, el de mama es el de mayor frecuencia (34.7 casos por cada 100,000 mujeres), y en hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente, con una incidencia de 37.8 casos por cada 100,000 [4].

El Sexto Informe de Epidemiología de Cáncer de SOLCA sede Cuenca, manifiesta que entre el 2005 y el 2009 se registraron un total de 9,322 casos, de éstos a la provincia del Azuay le correspondió el 55.4% (5,170 casos); 3,830 residían en la ciudad de Cuenca; 60.3% de mujeres y 39.7% de hombres [5].

Por las cifras mencionadas, es necesario recalcar que el cáncer es una enfermedad crónica, considerada como un cuadro que amenaza la vida; siendo un problema para la medicina y la psicología de la salud, debido a que afecta al paciente, a los familiares y amigos, ocasionando dificultades económicas, sociales y emocionales [6], constituyéndose en una prioridad de salud que merece atención urgente y multidisciplinaria, más aún como patología catastrófica que se asocia generalmente a miedo, gravedad y muerte [7].

Los pacientes oncológicos no solo tienen que luchar con su propia enfermedad que suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas, entre las que se destacan: disforia, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse,

tomar decisiones e ideación suicida [8], sino también con los efectos del tratamiento y los perjuicios que ocasiona en la vida individual, familiar, laboral y social; alterando su calidad de vida y convirtiéndose en una preocupación global que provoca un costo sanitario económico y humano elevado.

La Organización Mundial de la Salud en 2008 define a la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Desde esta perspectiva, la calidad de vida tiene cuatro características que deben ser consideradas en la evaluación y análisis de la misma a) multidimensionalidad comprende: cuatro elementos, físico, funcional, emocional y social, b) subjetividad que supone que la valoración de este concepto la debe realizar el propio paciente en función de sus valores y expectativas, c) temporalidad la percepción fluctúa a lo largo de los diferentes momentos de la enfermedad y en función de los tratamientos y d) especificidad, ya que cada patología específica tendrá unos síntomas y consecuencias determinadas en cada área de la vida de un paciente [9, 10].

La medición de la calidad de vida en los pacientes oncológicos comenzó en centros de investigación en los que se realizaban estudios sobre un tumor específico, hoy en día los estudios de calidad de vida se llevan a cabo en campos, como la práctica clínica en todas las etapas: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, los análisis económicos, la valoración psicológica y social identificando el rol de la familia, redes de apoyo, papel de las instituciones de salud y la relación médico-paciente [9].

Con respecto a la calidad de vida y el estadio de cáncer, Aguirre-Loaiza y colaboradores describen que, en el estadio I se observan mejores promedios en calidad de vida, mientras que en un estadio IV se dan los más bajos en las áreas de bienestar físico, emocional y funcional. Por lo tanto, en estadios avanzados, los puntajes de calidad de vida son bajos en comparación a los iniciales, sin embargo, las diferencias no alcanzan la significancia estadística [11].

Por su parte Hidalgo-Troya, Pantoja-Córdoba, Sañudo-Vélez y Rocha-Buelvas en un estudio reali-

zado en el departamento de Nariño Colombia sobre "Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos", evidenciaron que la relación entre calidad de vida y afrontamiento se define en cada etapa del cáncer y que los pacientes con mayor calidad de vida lo afrontan de mejor manera. En general la calidad de vida para este grupo fue favorable [12].

## METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo descriptivo, la población de estudio estuvo conformada por 80 pacientes con diagnóstico de cáncer en estadios III y IV, hospitalizados para tratamiento oncológico en el mes de agosto del 2018 que decidieron participar en el estudio y firmaron un consentimiento informado. Se aplicó un formulario en el que constaban datos sociodemográficos, características de la enfermedad oncológica según: tipo, tiempo de enfermedad, tratamiento y el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) que consta de 57 reactivos divididos en 12 áreas, cada una con cuatro reactivos. Cabe destacar que se contó con la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el programa SPSS versión 25, utilizando estadísticos de frecuencia y porcentajes, obteniéndose las tablas correspondientes de acuerdo a los objetivos planteados.

## RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo conformado por 50 (62.5%) mujeres y 30 (37.5%) hombres; según la edad la mayoría 50 (62.5%) se encuentra entre los 40 y 64 años; el 58.8% expresaron ser católicos, el 40% de ellos vienen de la provincia del Azuay, el mayor número de participantes estaba ubicado en ingresos medio (60%); viven con sus familias nucleares (85%), el 32.5% tiene una formación de tercer nivel como se evidencia en la Tabla N°1.

**Tabla N° 1**

Variables socio demográficas

	<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	30	37.5
	Mujer	50	62.5
<b>Edad</b>	Adulto Joven (20 a 39 años)	17	21.3
	Adulto (40 a 64 años)	50	62.5
	Adulto Mayor (más de 65)	13	16.3
<b>Procedencia</b>	Azuay	32	40.0
	Cañar	13	16.3
	El oro	14	17.5
	Loja	7	8.8
	Otro	14	17.5
<b>Religión</b>	Católico	47	58.8
	Cristiano	13	16.3
	Evangelista	7	8.8
	Testigo de Jehová	6	7.5
	Otro	7	8.8
<b>Ingresos</b>	Medio	48	60.0
	Bajo	32	40.0
<b>Escolaridad</b>	Primaria Incompleta	5	6.3
	Primaria Completa	16	20.0
	Secundaria Incompleta	8	10.0
	Secundaria Completa	23	28.7
	Tercer Nivel	26	32.5
	Cuarto Nivel	2	2.5
<b>Familia</b>	Vive Solo	12	15.0
	No Vive Solo	68	85.0

**Elaborado por:** la autora

**Fuente:** base de datos

En la Tabla N° 2 en relación a las características de la enfermedad se observa que la patología con mayor porcentaje es el cáncer de mama (30%) seguida por diagnósticos de cáncer de colon, recto y ano

(18.8%), en cuanto al tratamiento más de la mitad (53.8%) reciben quimioterapia y en relación al tiempo de enfermedad llama la atención que el (61.3%) tienen un tiempo de enfermedad menor a 1 año.

Tabla N° 2

Características de la enfermedad oncológica según tipo, tiempo de enfermedad y tratamiento.

	<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de cancer</b>	Mama	24	30.0
	Colon, Recto y Ano	15	18.8
	Hematológicos	10	12.5
	Útero y anexos	9	11.3
	Estómago	8	10.0
	Pulmón	6	7.5
	Otros	8	10.0
<b>Tratamiento</b>	Quimioterapia	43	53.8
	Radioterapia	4	5.0
	Cirugía	5	6.3
	Quimio y Radioterapia	27	33.8
	Otro	1	1.3
<b>Tiempo de enfermedad</b>	Menos de 1 año	49	61.3
	1 a 5 años	23	28.7
	6 a 10 años	6	7.5
	11 o más	2	2.5

Elaborado por: la autora

Fuente: base de datos

En cuanto a la calidad de vida percibida se puede evidenciar en la Tabla N° 3 que cerca de la mitad de los participantes expresan tener una mala y muy

mala calidad de vida con el 31.3 %y el 16.3% respectivamente, destacándose que el 33.8% la ven como regular y solo el 3.8% la ve como muy buena.

Tabla N° 3

Calidad de vida percibida

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Muy Mala</b>	13	16.3
<b>Mala</b>	25	31.3
<b>Regular</b>	27	33.8
<b>Buena</b>	12	15.0
<b>Muy Buena</b>	3	3.8

Elaborado por: la autora

Fuente: base de datos

En la Figura N° 1 y en la Tabla N° 4 constan las doce áreas valoradas por el InCaViSa y las puntuaciones altas y bajas respectivamente.

Figura N° 1

Áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud

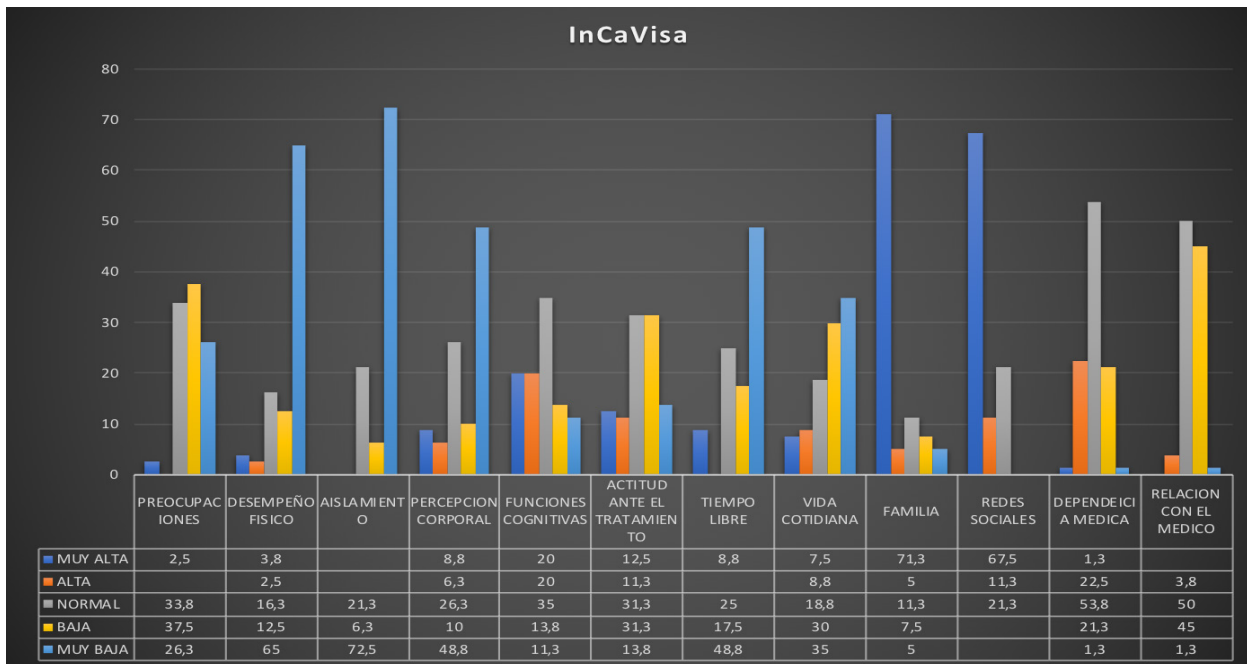


Tabla N° 4

InCaViSa por puntuaciones altas (incluidas las muy altas) y bajas (incluidas las muy bajas).

Área	Alta	Baja
<b>Preocupaciones</b>	2.5%	63.8%
<b>Desempeño físico</b>	6.3%	77.5%
<b>Aislamiento</b>	0.0%	78.8%
<b>Percepción corporal</b>	15.1%	52.8%
<b>Funciones cognitivas</b>	40.0%	25.1%
<b>Actitud ante el tratamiento</b>	23.8%	45.1%
<b>Tiempo libre</b>	8.8%	66.3%
<b>Vida cotidiana</b>	16.3%	65.0%
<b>Familia</b>	76.3%	12.5%
<b>Redes sociales</b>	78.8%	0.0%
<b>Dependencia médica</b>	23.8%	22.6%
<b>Relación con el médico</b>	3.8%	46.3%

Elaborado por: la autora

Fuente: base de datos

## DISCUSIÓN

En el estudio se evidenció que cerca de la mitad (47.6%) de los participantes perciben tener una mala y muy mala calidad de vida (31.3% y 16.3% respectivamente) y tan solo el 3.8% una calidad de vida muy buena, debiendo destacarse que la calidad de vida tiene mucha relación con el estadio de cáncer como lo describe Aguirre-Loaiza et al., quienes señalaron que, en estadios avanzados los puntajes de calidad de vida son bajos en comparación con los iniciales [11] y presentando datos cercanos al mencionado por Ocampo et al., que indican que el 22% tienen una calidad de vida baja, el 10% una calidad de vida muy baja y el 6% una calidad de vida muy alta [13], igualmente Lavieille-Sotomayor et al., que la calidad de vida y bienestar en los adultos se ven claramente afectados [14]. En contraste Pineda-Higueta y colaboradores, manifiestan que más de la mitad de mujeres encuestadas la califican como buena (52.4%) [15]. Al mismo tiempo, Encalada y Ortiz señalan que la calidad de vida fue buena en el 68.9% [16]. Todo esto parece confirmar que la calidad de vida percibida por los pacientes oncológicos se verá afectada por varios factores, por lo tanto, su manejo deberá ser con una perspectiva integral más aún en estadios avanzados.

En relación a las áreas afectadas en la calidad de vida de los pacientes oncológicos estadio III y IV. Se encontró puntuación baja en: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, tiempo libre y vida cotidiana; y puntuación alta en: funciones cognitivas, familia y redes sociales, actitud ante el tratamiento, dependencia médica, relación con el médico. Semejante a lo encontrado en los resultados de algunas áreas del estudio de la Universidad Cooperativa de Colombia en el que los participantes presentaron puntuación baja en: desempeño físico, aislamiento, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, vida cotidiana; puntuación alta en: preocupaciones, percepción corporal, tiempo libre, familia, redes sociales y una puntuación normal en dependencia médica y relación con el médico [17]. A su vez comparable con la investigación de Corpari et al., que encontraron que la mayoría de los pacientes presentan calidad de vida con valoración baja en relación a las siguientes áreas: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana

y dependencia médica y una valoración alta en relaciones con la familia, redes sociales y relación con el médico [18]. Por otra parte, Garduño y colaboradores reportaron que las pacientes tuvieron una mejoría importante en vida cotidiana, tiempo libre, preocupaciones, percepción corporal y aislamiento con ganancias modestas en la relación con el médico, redes sociales, familia y desempeño físico [19].

Cabe señalar que existen varias investigaciones sobre las áreas que afectan la calidad de vida de manera individual, es así como el estudio de Lavielle-Sotomayor y colaboradores evidenció alteraciones tanto en el área de funcionamiento físico como en el área de funciones cognitivas [14], así mismo Fonseca et al., encontraron influencia del bienestar físico, cognitivo y funcional en la calidad de vida [20], por otro lado Rodríguez y Roselló manifestaron en su estudio que las mujeres participantes ven afectada su autoestima por la forma en la que perciben su autoimagen coincidiendo [21], con Fleitas que explica que las mujeres se crean imaginarios de rechazo debido a sus atributos sexuales perdidos o deteriorados por la enfermedad [22].

A su vez en la valoración de calidad de vida y redes de apoyo social Baider y Wein expresan que es necesario e indispensable el apoyo de la familia, amigos e inclusive del equipo de salud [23], confirmado por Rengifo que manifiesta que los pacientes que reciben apoyo social afrontan mejor la enfermedad y su calidad de vida es buena en comparación con las que la viven solas [24], además Vinaccia et al., evidenció que la familia brinda mayor apoyo en situaciones de enfermedad [25], en contraste con Salas-Zapata y colaboradores que explican que algunos de sus pacientes han recibido mayor apoyo de los amigos que de su familia [26].

Del mismo modo, una de las áreas que afectan tanto la calidad de vida como el afrontamiento de la enfermedad es la relación médico-paciente debido a que es la persona con la que llega a mantener más contacto durante su enfermedad, así lo afirma Arrarás y colaboradores que explican que una buena comunicación entre el médico y el paciente tiene una influencia importante en la calidad de vida [9], así mismo Pérez y colaboradores argumentan que la relación médico-paciente es la base para una buena práctica médica [27],

contrastando con Rengifo que señaló que las participantes manifestaron ausencia de apoyo de médicos y enfermeras [24].

Advirtiéndose que, cada área de la calidad de vida debe ser valorada minuciosamente para poder conocer la percepción que tienen los pacientes, resaltando que el apoyo social y familiar juegan un papel importante en el proceso de la enfermedad debido a que la carga se vuelve compartida permitiendo afrontar las situaciones adversas con menor dificultad, por ello también se debe insistir en la humanización de los servicios de salud ya que una buena relación con el médico ayuda a disminuir la ansiedad por el desconocimiento de los procesos a los que serán sometidos y sumado a ello la relevancia de las acciones en la atención del equipo multidisciplinar en donde el psicólogo cumple un papel preponderante, por lo tanto, el acompañamiento a un paciente oncológico debe ser holístico.

## CONCLUSIONES

Cerca de la mitad de los participantes percibieron calidad de vida mala y muy mala, el cáncer de mama afectó a la mayoría, recibieron quimioterapia más de la mitad, el tiempo de enfermedad fue de menos de un año, en las áreas afectadas en relación a la calidad de vida se encontró puntuación baja en preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana, puntuación alta en funciones cognitivas, familia y redes sociales.

Según la combinación de áreas afectadas en la calidad de vida se estableció la problemática dominante según la interpretación del InCaViSa y se observó que, los pacientes conservan sus funciones cognitivas y habilidades sociales, aunque debido a la enfermedad se perciben físicamente desagradables; además los participantes presentan sentimientos negativos debido a la pérdida de su salud y no poder realizar actividades físicas ni disfrutar de su tiempo libre; así mismo llama la atención que la mayor parte del grupo de estudio posee apoyo tanto de la familia como de sus amistades y aunque la mayoría expresan una relación normal con el médico, los demás manifiestan una relación negativa, lo que ha conllevado una mala adherencia al tratamiento.

## INFORMACIÓN DE LA AUTORA

- Rodas Mosquera María Lorena. Magíster en Psicología de la Salud. Libre ejercicio. Cuenca-Azuay-Ecuador.

**e-mail:** lorirodas5476@hotmail.com

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9616-3100>

## CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener conflicto de intereses.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Fondos propios

## AGRADECIMIENTO

A los pacientes que colaboraron con la presente investigación

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. IARC. Cáncer en Latinoamérica, nuevo informe. Medscape. 2014.
2. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. IARC. Cáncer en Latinoamérica, nuevo informe. Medscape. 2016.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC. Estadística Demográfica en el Ecuador: Informe del cáncer en Ecuador. 2014.
4. Cueva P. Registro Nacional de Tumores, SOLCA Quito. El cáncer en Ecuador. *Salud total*. 2015.
5. Martínez F. Sexto Informe de Epidemiología de Cáncer de SOLCA Cuenca 2015. *Revista anual de SOLCA*, 15(4). 2016.
6. Brannon L. & Feist J. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo 2001
7. Vargas R. y Pulido S. Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Ciencia Y Cuidado*, 9(1), 65-78. 2012.
8. Mehnert A, y Koc U. Psychological comorbidity and healthrelated quality of life and its



- association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register based sample of longterm breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 864(4), 383-91. 2000.
9. Ararás J. I., Martínez M., Manterota A. y Laínez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98. 2004.
  10. Sanz A, y Olivares, M. Calidad de vida en pacientes con tumores cerebrales: importancia de las variables psicológicas. Fundación Grupo IMO. Unidad de Neuro oncología, España Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico San Carlos y Universidad Complutense de Madrid. 2015.
  11. Aguirre-Loaiza H, Núñez C, Navarro A, y Cortés S. Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el FACT-B Y SF-36. *Psychologia*, 11(1), 109-120. 2017.
  12. Hidalgo-Troya A, Pantoja-Córdoba A, Sañudo-Vélez P, y Rocha-Buelvas A. Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes oncológicos de Nariño, Colombia. *Rev. Fac. Medicina*, 64(2), 181-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v.52409>. 2016.
  13. Ocampo J, Valdez-Medina J, González-Arratia N, Andrade-Palos P, Oblitas-Guadalupe L. y García-Fabela R. Variables psicológicas predictoras de la Calidad de Vida en pacientes Con Cáncer de mama. *Revista argentina de clínica psicológica*. 20(3), 265–269. 2011.
  14. Lavielle-Sotomayor P, Rozen-Fuller E, Bustamante-Rojano J, y Martínez-Murillo C. Optimismo, cohesión familiar y tratamiento como predictores de calidad de vida en padecimientos oncohematológicos. Unidad de investigación en Epidemiología Clínica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del seguro Social. *RevMedInstMex Seguro Soc*. 55(4), 456-63. 2017.
  15. Pineda-Higueta S.E, Andrade-Mosquera S.M, y Montoya-Jaramillo Y.M. Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. *Rev Gerene Polít salud*, 16(32), 85-95 Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgs16-32.facv>. 2017.
  16. Encalada G. y Ortiz K. Calidad de vida relacionada con la salud y factores asociados en mujeres con cancer de mama del Instituto del Cáncer, SOLCA Cuenca-Ecuador. [Disertación no publicada]. Universidad de Cuenca, Ecuador. 2017.
  17. Universidad Cooperativa de Colombia. Evaluar las diferentes características de la Calidad de Vida que poseen las mujeres con cáncer de seno en edades entre los 29 y 65 años pertenecientes a una institución de salud del departamento de Santander. Recuperado de <http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/1806/1/MEMORIA%20ACADEMICA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20.pdf> 2012.
  18. Corpari N, Acosta B, Buzó J, Neri-Huerta P, y Ortiz V. Calidad de Vida y Afrontamiento en pacientes con cáncer y Sida de Paraguay. Universidad católica de Asunción, salud y Sociedad. 5(1), 82-96. ISSN 0718-7475. 2013.
  19. Garduño C, Riveros A, y Sánchez-Sosa JJ. Calidad de Vida y Cancer de Mama: Efectos de una intervención Cognitivo Conductual Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1(1), 69-80 .2010.
  20. Fonseca M, Schlack C, Mera E, Muñoz O, y Peña J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Rev Chil Cir*. 65(4),321-328. 2013.
  21. Rodríguez Y, y Rosselló J. Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 118-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233216359008.pdf>. 2007.
  22. Fleitas M. Cáncer de mama: mastectomía y sexualidad. Universidad de la República de Uruguay, Facultad de psicología. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4411/1/Melisa%20Fleitas.TFG.2014.pdf>. 2014.
  23. Baider L, y Wein S. Reality and fugues in physicians facing death: Confrontation, coping and adaptation at the bedside. *Critical Reviews in Oncology-Hematology*, 40, 97-103. 2001.

24. Rengifo-Hincapié M. Apoyo social percibido y recibido en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. Repositorio. Vitela Pontificia Universidad Javeriana de Cali. 2017.
25. Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, y Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y Apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*.15(2),207-220 Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/805>. 2005.
26. Salas-Zapata C, y Grisales-Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 28(1), 9-18. 2010.
27. Pérez B, Rodríguez M. y Girela E. La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio. *Cuadernos de Bioética*, 29(95), 59-67. 2018.