



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Tema:

**CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL SOLCA AMBATO**

Proyecto de titulación previo a la obtención del título de Psicología Clínica

Línea de Investigación:

Salud y grupos vulnerables

Autor:

Lisette Estefanía Palacios Mazón

Director:

Dayamy Lima Rojas, Msc.

Ambato – Ecuador

Noviembre 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO
APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL SOLCA AMBATO**

Línea de Investigación:


Salud y grupos vulnerables

Autora:

Lisette Estefanía Palacios Mazón

Dayamy Lima Rojas, Mg.

CALIFICADOR

f. 

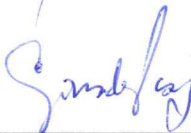
Eleonor Virginia Pardo Paredes, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Segundo Gonzalo Pazmay Ramos, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, Mg, PhD

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
**SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA**

Ambato – Ecuador

Noviembre 2022

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo; **LISSETTE ESTEFANIA PALACIOS MAZÓN**, con CC. 180439397-1, autor del proyecto de titulación cuyo tema es “**CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL SOLCA AMBATO**”, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, noviembre 2022

A handwritten signature in blue ink that reads "Lissette Palacios. M." The signature is enclosed within a blue oval scribble.

LISSETTE ESTEFANIA PALACIOS MAZÓN

CC. 180439397-1

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por bendecir mi camino y ser el refugio en cada oración. Agradezco a mis padres y hermanos por su guía y apoyo incondicional ante la adversidad, pero de forma especial agradezco a mi madre Betty por ser el mejor ejemplo de amor. Agradezco a la Universidad por sus conocimientos transmitidos y a las personas que fueron parte indispensable de esta bonita etapa.

DEDICATORIA

A mi madre quien es mi pilar fundamental y la persona por la que todo esto es posible.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar las características de la calidad de vida en relación a la salud de pacientes oncológicos del Hospital Solca Ambato. Se realizó con paradigma positivista, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y alcance descriptivo. Se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 a 145 pacientes, seleccionados con un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión. La media de salud física fue 48,79%, inferior a la de salud mental con un 58,84%; y una media total de CVRS de 53,82%. Los varones presentan una salud mental (70,12%) más fuerte que las mujeres (65,41%); los jóvenes adultos tienen mejores indicadores en la mayoría de las dimensiones; los convivientes tuvieron índices altos, mientras que los divorciados fueron los más bajos; los pacientes de cuarto nivel tienen mejores resultados en todas las dimensiones; los pacientes con situación económica buena, tuvieron índices más altos; los pacientes que dependen de sus padres son los que tiene resultados más favorables; los que no tienen hijos tienen mejores percepciones de sus dimensiones de calidad de vida; aquellos pacientes que sí tienen convenio con SOLCA lograron mejorar su expectativa de calidad de vida; el cáncer con mejor CVRS es el de cérvix; el grupo de Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Tratamiento Hormonal tuvo puntuaciones altas en la mayoría de las dimensiones; los que sí recibieron tratamiento psicológico mostraron mejores indicadores en su salud; los pacientes presentaron buenos indicadores en etapa III y IV, mientras que los de estadio I, son los más afectados.

Palabras clave: Salud; Pacientes oncológicos; Intervención psicológica

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the characteristics of the quality of life in relation to the health of oncology patients at Solca Ambato Hospital. It was carried out with a positivist paradigm, quantitative approach, non-experimental design, cross-section, and descriptive scope. The SF-36 Health Questionnaire was applied to 145 patients, selected with a non-probabilistic sampling for convenience with inclusion criteria. The average of physical health was 48.79%, lower than mental health with 58.84%; and a total average of CVRS of 53.82%. Men have stronger mental health (70.12%) than women (65.41%); young adults have better indicators in most dimensions; cohabitants had high rates, while the divorced had the lowest; fourth-level patients have better results in all dimensions; patients with a good economic situation had higher rates; patients who depend on their parents are the ones who have the most favorable results; those who do not have children had better perceptions of their quality of life dimensions; those patients who did have an agreement with SOLCA improved their quality of life expectancy; cancer with the best HRQCOL is that of the cervix; the Surgery, Chemotherapy, Radiation Therapy, Hormonal Treatment group had high scores in most dimensions; those who did receive psychological treatment showed health better indicators; patients presented good indicators in stage III and IV, while those in stage I, are the most affected.

Keywords: Health, cancer patients, psychological intervention

ÍNDICE

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	7
1.1. Calidad de Vida	7
1.2. Dimensiones de la Calidad de Vida	10
1.3. Las Enfermedades Oncológicas	17
1.4. Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos	26
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	28
2.1. Tipo de investigación	28
2.2. Caracterización de la población y muestra	29
2.3. Instrumentos	35
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.1. Análisis general de resultados por dimensiones	45
3.2. Análisis de los resultados de las Subescalas de Salud SF-36 – Salud Física	46
3.3. Análisis de los resultados de las subescalas de salud SF-36 – Salud mental	49
3.4. Análisis de dimensiones	53
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS	66
ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto, de la línea de investigación salud y grupos vulnerables, tiene como fin determinar el nivel de calidad de vida en relación a la salud (CVRS) en pacientes oncológicos del Hospital Solca Ambato. Se entiende por Calidad de Vida aquel bienestar general, por lo cual, su importancia de estudio en personas con una enfermedad como el cáncer, la cual, es considerada como muy agresiva, misma que tiene efectos a nivel biopsicosocial del ser humano.

La salud comprende el bienestar físico, psicológico y social de una persona, al no contar con uno de estos crea un efecto colateral en cualquiera de los otros dos estados que afecta así a la percepción de su calidad de vida. Existen estudios previos, tanto en ámbito internacional como nacional, que se han considerado para el desarrollo de la investigación sobre la calidad de vida en relación a la salud en pacientes oncológicos.

Se han dado investigaciones que promueven la calidad de vida, cuyo objetivo ha sido diseñar estrategias participativas o programas de educación para la salud dirigidas a los pacientes y familiares con el fin de mejorar la atención, perfeccionar el cuidado al paciente oncológico de manera holística, contribuir a su bienestar y pronta recuperación.

En la ciudad de Lima-Perú realizó un estudio de Calidad de Vida en pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria por Martínez (2016), el estudio fue cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se aplicó la escala de Likert validada por Arteaga en el 2009 basado en EORTC a 248 pacientes, donde el 66% tiene una CV regular porque el nivel de actividad física y estado emocional ha disminuido significativamente y su condición ha repercutido en sus familias.; además, el 18% presentó un nivel de CV alta y, por último, el 16% restante presentó un nivel de calidad de vida bajo por la incapacidad de realizar esfuerzos físicos por lo que también afecta su propia impresión ante los demás.

Otro estudio similar realizado en Lima-Perú sobre Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas por el autor Cabrera (2021). El estudio fue de tipo descriptivo-comparativo, donde se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida EOTC QLQ-C30 y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicas (CAEPO)

a 62 personas, se obtuvo como resultado una diferencia estadística significativa en cuanto a las dimensiones de función física, emocional y cognitiva de la calidad de vida con el estilo de afrontamiento predominantemente positivo.

Una investigación netamente bibliográfica realizada en Ecuador por Moreno (2016), trata sobre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Se encontró dos grupos de estrategias de afrontamiento, las cuales son activas o positivas, y pasivas o negativas; tiene relación directa con la percepción de CV, pues al contar con un afrontamiento positivo hay mejor calidad de vida, y un afrontamiento negativo se asocia con una peor calidad de vida. La investigación concluyó que el afrontar el cáncer no es tarea fácil, depende del grado de amenaza y de los recursos que tiene para sobrellevar la situación de enfermedad y todo lo que la compone.

Otro estudio fue los Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA en la ciudad de Cuenca-Ecuador realizada por Rodas (2016). La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y relacional, se aplicó un cuestionario para recolectar datos demográficos, el inventario CRI y la escala de Karnofsky para CV. Se concluyó que existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento y la CV, más de la mitad presentó una CV buena (54.3%), la mayoría cuenta con un estilo de afrontamiento superior (60%) y los recursos de afrontamiento más utilizados fueron los emocionales (38,6%) y los espirituales (34.2%).

Una investigación titulada “La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador”, realizado por Gordillo, Fierro, Cevallos y Cervantes (2017), contó con una muestra de 237 pacientes quienes fueron valorados con la escala de Estado funcional PPS, escala de HADS y SF-36v2 para lo que se aplicó una ecuación de regresión lineal. Se obtuvo como conclusión que al existir comorbilidad psiquiátrica es importante incluir en el plan de atención integral un apartado de diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado para los pacientes con dolor neuropático.

Se llevo a cabo una investigación de tipo correlacional, bibliográfica y documental en el hospital de Solca Tungurahua en la ciudad de Ambato por Gonzáles (2017) sobre estrategias de afrontamiento al estrés y calidad de vida en pacientes oncológicos para determinar si

existe relación entre las variables. Se trabajó con 100 participantes a los cuales se les aplicó la Escala de Afrontamiento de Lazarus y el Cuestionario SF-36. Tras un análisis estadístico de las variables por medio del programa SPSS.22 se verificó la hipótesis y se comprueba la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida.

Un estudio observacional titulado “Evaluación de la Calidad de Vida utilizando el test EORTC QLQ C15-PAL en pacientes en tratamiento del dolor con Morfina Intratecal” realizado en la ciudad de Guayaquil por Tomalá, Vallejo y Lino (2018) contó con 15 pacientes con una edad media de 50 ± 15 en el que concluyó que este procedimiento mejora la calidad de vida de un 27.6% inicial a un 88.2% en un periodo de 3 meses con permanencia hasta 90 días.

Una investigación indica que los varones perciben una mejor salud que las mujeres, el nivel de instrucción y socioeconómico tiene un efecto en cuanto a la dimensión comportamiento mental y dolor corporal, por último, la puntuación media en grupos de educación secundario y superiores fueron mayores al grupo de educación primaria. Los autores López, Quesada y López (2019) realizaron dicho estudio en la ciudad de Cuenca- Ecuador con el objetivo de evaluar la relación entre calidad de vida y determinantes sociodemográficos. El estudio fue de tipo descriptivo transversal donde se aplicó el cuestionario sociodemográfico y el Cuestionario de Salud SF-36 a 280 participantes. Se observaron diferencias en cuanto a datos sociodemográficos.

Otro estudio que concluyó que el tipo de cáncer más común es el de mama (30%), el 47.6% dio una calidad de vida mala y muy mala; las áreas con una puntuación alta fueron funciones cognitivas, apoyo familiar y redes sociales; mientras que, las demás puntuaciones fueron bajas, resaltó la falta de adherencia al tratamiento y la mala relación médico-paciente. Estos fueron los resultados de la investigación que realizó Rodas (2020) quien buscaba estudiar la percepción de CV de pacientes oncológicos en estadio III y IV del Hospital José Carrasco de la ciudad de Cuenca, su metodología es de tipo cuantitativa descriptiva en una muestra de 80 pacientes, se recolecta datos sociodemográficos, propiedades del cáncer, además, se aplicó el Inventario InCaViSa.

A partir de la observación preliminar no sistematizada en pacientes del Hospital Solca Ambato, se aprecia que el pasar por una enfermedad oncológica tiene alto impacto en la calidad de vida del paciente. El diagnóstico de cáncer afecta significativamente la percepción de CV en relación con la salud en el paciente, como en sus cuidadores. Esta enfermedad es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), anualmente se registraron 10 millones defunciones entre las cuales una de cada seis fue por cáncer, por lo tanto, el detectar el cáncer en estadíos tempranos permite y alienta a mejores resultados a los diferentes tratamientos.

Cuando se recibe un diagnóstico de cáncer, el paciente cambia drásticamente su percepción sobre su vida, tiene pensamientos relacionados a la muerte y se genera gran preocupación cuando existen cargas familiares. Estos pacientes manifiestan ansiedad y depresión, se complican más cuando carecen medios económicos para costear los tratamientos.

Es un panorama diferente para cada paciente en dependencia de si recibe o no atención psicológica, así como el estadio de la enfermedad al momento de ser detectada. Cuando existe la posibilidad de un tratamiento que cure la enfermedad, percepción de la calidad de vida en relación a la salud es diferente con respecto a los pacientes a los que no se les da esta esperanza de vida, esto depende del estadio de la enfermedad y también del tipo de cáncer.

Otro aspecto que se ha observado es que las personas de bajo nivel de instrucción tienden a optar por tratamientos alternativos, muchas veces sin fundamento científico, y esto muchas veces complica la evolución de la enfermedad. Por otra parte, la edad en la cual se recibe el diagnóstico también marca una diferencia porque en esta etapa, existen otras enfermedades asociadas que complican los tratamientos e incluso, hacerlos imposibles de efectuar; en cambio, en edades más jóvenes es probable que un diagnóstico oportuno tenga un mejor pronóstico.

Frente a esta situación se delimita el problema científico siguiente: ¿Cómo es la calidad de vida en relación a la salud de pacientes oncológicos del hospital Solca Ambato? La hipótesis es que la calidad de vida en relación a la salud de los pacientes oncológicos del hospital Solca Ambato es predominantemente media y baja.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar las características de la calidad de vida en relación a la salud de pacientes oncológicos del Hospital Solca Ambato.

Objetivos Específicos

1. Fundamentar teóricamente la calidad de vida en relación a la salud en pacientes oncológicos.
2. Diagnosticar el nivel de calidad de vida en relación a la salud de pacientes oncológicos del Hospital Solca Ambato.
3. Analizar la calidad de vida en relación a la salud en pacientes oncológicos del Hospital Solca Ambato según los datos sociodemográficos: género, rango de edad, estado civil, nivel de instrucción, situación económica, sustento económico, si tiene o no hijos, si vive solo o acompañado, convenio con SOLCA, intervención psicológica, tipo de cáncer, estadio, tratamiento, tiempo de la enfermedad.

El estudio se realizó bajo el paradigma positivista, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y alcance descriptivo. Se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 v.2 a 145 pacientes. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con los criterios de inclusión siguientes: ser mayor de edad, contar con un diagnóstico oncológico estadificado, encontrarse en tratamiento en el Hospital Solca Ambato y acceder voluntariamente a la participación en el estudio.

Justificación

Esta investigación se centra en describir el nivel de calidad de vida en relación a la salud en pacientes oncológicos del Hospital Solca Ambato, basados en datos sociodemográficos y características del cáncer. Es un aporte al estado del arte sobre la percepción de calidad de vida frente al cáncer (enfermedad considerada como una de las principales causas de muerte en el mundo), dar una mejor comprensión del padecimiento de cáncer desde la perspectiva

del paciente y cómo esto favorece a investigaciones a futuro, tanto para el tratamiento de la enfermedad como para un tratamiento psicológico oportuno que promueva una Calidad de vida positiva.

En la investigación se describe la calidad de vida en relación a la salud en función de datos sociodemográficos de los pacientes como: edad, género, estado civil, nivel de instrucción, situación económica, sustento económico, si tiene o no hijos, si vive solo o acompañado; también se tomó en cuenta datos sobre la enfermedad como: tipo de cáncer, estadio, tiempo de la enfermedad, tipo de tratamiento y intervención psicológica. Por lo tanto, el contar con una descripción amplia que toma en cuenta variedad de pacientes, permite comprender qué características sociodemográficas influyen en la percepción de calidad de vida en relación a la salud sea de forma positiva o negativa.

El diagnóstico de esta enfermedad por varias razones crea un impacto a nivel psicológico, pero al contar con aspectos como: conocimiento de la enfermedad, un nivel de educación adecuado, orientación de educación para la salud, madurez emocional, tipo de comunicación asertiva del médico, y incluso un acompañamiento oportuno de un profesional de salud mental tiende a disminuir el riesgo de presentar una alteración psicopatológica en los pacientes.

Esta investigación proporciona información valiosa a todo público, ya sea a profesionales de la salud, investigadores interesados en el tema, pacientes que buscan informarse e incluso a familiares de paciente que quieren comprender sobre la temática; así mismo se desea aportar a la literatura sobre la variable planteada. La temática cuenta con escasas investigaciones con varios caracteres de la enfermedad poco detallados, por lo que resulta oportuno investigaciones más delimitadas que tomen en cuenta aspectos generales y particulares como se pretende brindar en la presente investigación.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Calidad de Vida

La vida cotidiana es compleja, cuando existe un cuestionamiento sobre la calidad de vida, cada individuo se da formas de simplificar sus pensamientos para proporcionar respuestas. Se hace esto mediante el uso de varias suposiciones preestablecidas (expectativas o experiencias) para informar su punto de vista sobre lo que es calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud es la brecha entre las expectativas de salud y la experiencia de ella. La percepción de la calidad de vida varía entre los individuos y es dinámica.

La calidad de vida se define como aquellos factores que al interrelacionarse otorgan una sensación de bienestar a un individuo. Palomba (2002) define a la calidad de vida como un término multidimensional de las políticas sociales que permiten al individuo experimentar buenas condiciones de vida a nivel objetivo, así como la sensación de un grado de bienestar a nivel subjetivo. Además, se incluye una satisfacción a nivel colectivo de las necesidades referentes a las políticas sociales, en las que incluyen factores materiales y no materiales que permite alcanzar un nivel de satisfacción a través del goce de los recursos disponibles.

El factor calidad de vida, se ve alterado por diversos sucesos que causen insatisfacción al individuo. La Organización Mundial de la Salud (citado en Solís y Calvopiña, 2018) define a la calidad de vida como aquella percepción personal de un individuo acerca de la situación de vida que atraviese en ese momento. Esta se ve influenciada por el contexto cultural, valores, relación con los bienes materiales, expectativas e intereses. Se menciona que la CVRS es una dimensión global que abarca elementos utilizados con frecuencia para lograr identificar la efectividad de tratamientos médicos, así como la valorar el tratamiento y la evolución de algunas enfermedades.

Frecuentemente, el término calidad de vida es relacionado con bienestar, felicidad y salud. Por esta razón, Ostroot, Shin, y Snyder (1982) manifiesta que este concepto tiene una estrecha relación con una evaluación global del bienestar, el cual, generalmente está asociado con la felicidad. En este concepto, entre los postulados más aceptados, se encuentran aquellos que lo identifican de carácter multidimensional, enfocado en abarcar

todas las esferas del desarrollo del ser humano, de forma objetiva y subjetiva. Perea (2018) menciona que:

La racionalidad humana permite la generación de la cultura, la integración de los conocimientos, los modos de relación y formas de vida, el lenguaje, el trabajo, la autonomía y la libertad. La transmisión de esta cultura, la mejora de la sociedad y de los hombres se hace a partir de la educación. (p.2)

La importancia de la educación sobre salud integral reestructura la percepción de su estado actual y la interpretación de su calidad de vida, el aprendizaje sobre la evolución de la enfermedad permite brinda mejores estrategias para afrontar su situación actual.

La salud global es el equilibrio adecuado del bienestar físico, mental y social; por lo tanto, este se encuentra relacionado con el criterio de calidad de vida. León (2013) manifiesta que la calidad de vida está bastante influenciada por la salud del individuo, además, de ser complementarios. De este modo, se determina que la perspectiva de la calidad de vida se distorsiona en aquellos casos donde el sujeto presente una alteración a nivel de su salud.

Como se manifestó anteriormente, el término calidad de vida cuenta con una complejidad que no permite determinar un concepto específico, debido a que el bienestar del ser humano considera varios factores determinantes, tanto objetivos como subjetivos. Según Moreno y Gómez (1996) el término calidad de vida no aparece como tal en las primeras investigaciones, puesto que es un término moderno que determina el bienestar tanto individual como grupal del ser humano. El interés sobre el estudio del bienestar humano ha sido desde el inicio de los tiempos de la humanidad, pero se acudía a términos más coloquiales como felicidad, bienestar o desarrollo.

El término CV se utilizó para referir varios aspectos de la vida. Fernández, Fernández y Cieza (2010) menciona algunos como “La salud, función física, bienestar físico, síntomas, adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida, y felicidad” (p. 170). Por lo tanto, estas dos investigaciones son referentes al desarrollo histórico sobre la calidad de vida en relación al sujeto en dependencia de su desenvolvimiento, sintiéndose útil, independiente y servicial.

El uso de este término en el inicio de los tiempos se visualizaba como un concepto general aplicado a la comunidad y no al individuo como tal. Verdugo y Schalock (2013), definen a la calidad de vida individual como aquel bienestar determinado por factores tanto personales como ambientales, pero en dependencia de la perspectiva tomada por el individuo sobre estos. La calidad de vida, por lo tanto, pasó a ser objeto de estudio personal que busca definir los elementos influyentes en una buena vida y cómo estos factores son percibidos de manera diferente por cada individuo, a pesar de encontrarse con características contextuales similares.

La calidad de vida multidimensional es la percepción que tiene el sujeto a ser independiente desde varios aspectos de la vida cotidiana hasta el desenvolvimiento del mismo al servicio de la sociedad. Pérez, Ramos y Falcón (2016) mencionan que, el concepto como tal suscitó por primera vez a finales de los años 60 en un estudio científico sobre la asistencia social benéfica con los trabajadores del grupo de Wolgan Zapf, en donde se identificó que existe una correlación entre un determinado nivel de vida objetivo de un grupo y su correspondiente valoración subjetiva, la cual, abarcaba la satisfacción y el bienestar.

Uno de los autores claves, cuyos postulados permitieron que se diera inicio al desarrollo de este término, fue Abraham Maslow (citado en McLeod, 2018), quien creó una pirámide en la que se jerarquizan las necesidades, donde la primera escala son aquellas necesidades fisiológicas básicas, seguidas de la necesidad de seguridad, la necesidad de sentido de pertenencia, la necesidad de reconocimiento, y por último, la cúspide que representa el sentido de autorrealización. Lo que Maslow buscaba explicar con esta pirámide, es que el ser humano está lleno de necesidades que requieren ser cubiertas en orden, mismas que, llevan a una autorrealización del ser o crea un bienestar. También se le considera un buen desarrollo de autoestima y por ende tiene relación con las dimensiones que determinan una buena calidad de vida.

Actualmente, el concepto de calidad de vida no se ha delimitado debido a que se cataloga como relativo, porque varía según el grupo social en el que se encuentre, así como del ideal que se tenga acerca del bienestar en base al acceso a bienes y servicios del contexto. Perea (2018) menciona que se involucra el ejercicio de los derechos y respeto de los valores. Esto significa, que tiene una gran influencia la concepción de cada individuo acerca del mundo,

su interpretación y valoración de lo que posee y anhela. Por lo tanto, no se delimita un criterio único sobre la calidad de vida, se llega a tener incluso un riesgo ideológico.

1.2. Dimensiones de la Calidad de Vida

La calidad de vida tiene ciertas variaciones que dependen del modelo teórico del que sea tomado. Angermeyer y Killian en el año 2000 (citado en Perea, 2018) manifiestan que aquellos modelos teóricos sobre necesidades humanas generalmente incluyen las categorías correspondientes a necesidades fisiológicas, dentro de las que se considera su alimentación, aire, agua, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, necesidad de relación emocional con otras personas, necesidad de aceptación social y el sentido de su existencia.

La mayoría de las definiciones sobre la calidad de vida, postulan la existencia de dos dimensiones. Según Perea (2018):

La dimensión objetiva, que acoge una serie de indicadores de carácter existencial y de oportunidades donde se desenvuelve la persona, y una dimensión subjetiva, referida a cómo la persona percibe que se cumplen sus deseos, expectativas y preferencias y el grado de satisfacción de sus necesidades. (p.17)

Esto se refiere a que para alcanzar una adecuada percepción de calidad de vida es necesario un bienestar tanto a nivel objetivo como subjetivo.

Al definir la calidad de vida como aquel bienestar global del individuo en dependencia de su perspectiva, el modelo multidimensional valora aspectos objetivos y subjetivos. Verdugo, Martínez, Gómez y Shalock (2009) determinaron ocho dimensiones o dominios, cuyo conjunto constituyen el concepto de calidad de vida, las cuales se explican a continuación en el cuadro 1:

Cuadro 1. Dimensiones de la Calidad de Vida según un Modelo Multidimensional

Dimensión	Descripción
Bienestar Emocional (BE)	Refiere la sensación de tranquilidad, seguridad, sin experimentar agobio o nerviosismo. Estos, son evaluados en base a la satisfacción, autoconcepto, y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Relaciones Interpersonales (RI)	Refiere la relación con las otras personas, la capacidad de tener amigos, mostrarse agradable para vecinos, compañeros, familia, entre otros. Esa dimensión es evaluada según los indicadores de relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja, y sexualidad.
Bienestar Material (BM)	Refiere la posesión de dinero suficiente para adquirir aquellas cosas consideradas como necesarias, o que son un lujo deseado. Así mismo, el poseer una vivienda y lugar laboral adecuado. Es evaluado según la vivienda, lugar de trabajo, salario, posesiones materiales, y ahorros.
Desarrollo Personal (DP)	Refiere la posibilidad que tiene un individuo para aprender, adquirir conocimientos, y realizarse personalmente. Se evalúa según las limitaciones y capacidades, el acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo u otras actividades, y habilidades funcionales; tales como la competencia personal, adaptación de la conducta, y la comunicación.
Bienestar Físico (BF)	Refiere el buen estado de salud, el sentirse en buena forma física, poseer hábitos saludables de alimentación y práctica de deporte. Es evaluado en indicadores como la atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades rutinarias, acceso a ayudas técnicas, y alimentación.
Autodeterminación (AU)	Refiere la capacidad de decidir por sí mismo, así como tener la oportunidad de tomar decisiones acerca de lo que desea y cómo quiere que sea su vida, trabajo, tiempo de ocio, lugar de vivienda, personas con las que se relaciona. Los indicadores con los que se evalúa son metas, preferencias personales, daciones, autonomía, y elecciones.
Inclusión Social (IS)	Refiere aquellos lugares al que asisten otras personas, y al que el individuo asiste para participar como un miembro más. Con la finalidad de sentirse como parte de la sociedad, integrado, y percibir el apoyo de las otras personas. Estos son evaluados en base a la integración, participación, accesibilidad, y apoyo.
Derechos (DE)	Refiere ser considerado igual que el resto de las personas de la sociedad, en donde existe igualdad en oportunidades, se respete la forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, y derechos. Es evaluada en base a la intimidad, respeto, conocimiento, y ejercicio de derechos.

Fuente: Tomado de Verdugo, Martínez, Gómez, y Shallock, (2009)

Calidad de Vida en relación a la Salud

El estudio de la calidad de vida en relación a la salud en la actualidad se ha potenciado con la finalidad de evaluar la afectación de enfermedades crónicas, así como la efectividad de los tratamientos médicos empleados para su control. Estudios realizados por Lopera (2020), manifiestan que aquellas enfermedades crónicas o que se proyecten en una discapacidad tienden a afectar la calidad de vida del implicado. Por tanto, la calidad de vida relacionada con la salud enfoca su atención en aquellas dimensiones de la vida que se vean afectadas por estas condiciones, así como tienden a mejorar en aquellos casos, en los que el personal médico ofrece mayor seguridad y esperanza en la recuperación del paciente.

La calidad de vida incluye todas las áreas de la vida y la experiencia y tener en cuenta el impacto de la enfermedad y el tratamiento (Teijlingen y Humphris, 2020). Estos autores enmarcan cuatro dimensiones importantes que son consideradas por quince culturas del mundo, incluido lo estimado por la Organización Mundial de la Salud y como se observa en el cuadro 2:

Cuadro 2. Calidad de vida en relación a la salud

CV física	CV psicológica	CV social	CV ambiental
Dolor y malestar	Sentimientos positivos	Relaciones personales	Inocuidad y seguridad ambiental
Vigor y cansancio	Aprendizaje, concentración y memoria	Apoyo social	Ambiente doméstico
Sueño y descanso	Autoestima	Vida sexual	Recursos económicos
Movilidad	Atracción e imagen corporal		Acceso a asistencial social y de salud
Actividades diarias	Sentimientos negativos		Oportunidades de información y habilidades
Dependencia a medicación	Creencia religiosa, espiritual o personal		Ocio
Capacidad laboral			Entorno físico Transporte

Fuente: Tomado de Teijlingen, y Humphris (2020).

La calidad de vida relacionada con relación a la salud refiere al impacto que tiene el estado de la salud de un individuo, en cómo repercute en el sentir a nivel físico, mental y emocional. Uzurú (2010) considera que:

La calidad de vida se diferencia de la calidad de vida relacionada con la salud, debido a que esta se utiliza específicamente en el campo de la medicina, en su interés por evaluar la calidad de vida como resultado de ciertas intervenciones médicas. (p.385)

Por lo que se limita a la experiencia del paciente en relación con aspectos sobre el cuidado médico, el tratamiento empleado y el impacto de la enfermedad en la vida del sujeto.

La calidad de vida global no sólo se encuentra influenciada por factores objetivos y subjetivos a partir de las experiencias del sujeto. Cáceres, Parra y Pico (2018), considera que la calidad de vida relacionada con la salud se centra más bien en la percepción que tiene un sujeto acerca de su salud y capacidad de desenvolvimiento. Sin embargo, la autopercepción

del individuo se define a partir del criterio del profesional de salud, puesto que, si el pronóstico y las recomendaciones del mismo son positiva, la percepción del paciente mejora.

La percepción positiva ante cualquier tipo de intervención en la salud influye en la percepción positiva de su CV. Tuesca (2005) aclara que esto permite al personal valorar el nivel de efectividad de las intervenciones, guiar la creación de nuevas terapias, redireccionar o modificar el enfoque de atención para ofrecer a la comunidad una visión más amplia sobre la percepción de calidad de vida, orientar las políticas públicas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Este permite mejorar la autopercepción subjetiva del sujeto y la predisposición de optar por conocer programas encaminados en la prevención de enfermedades.

Significa que la calidad de vida en relación a la salud se centra en el impacto de la enfermedad sobre las capacidades de una persona para vivir una vida plena. Además, representa un amplio concepto de funcionamiento y bienestar físico, psicológico y social que incluye aspectos tanto positivos como negativos. Para las personas con condiciones médicas crónicas como cáncer, artritis y enfermedades reumáticas, también incluye cómo su enfermedad y el tratamiento afectan la discapacidad y el funcionamiento diario.

El concepto de salud ha evolucionado por lo que existe otra definición más precisa sobre que refiere la salud. En el 2011, Alejandro Jadad (citado en Fernández, 2018) habla que la salud es “la capacidad de adaptarse y manejar los desafíos físicos, emocionales y sociales que se presentan durante la vida” (párr. 10), se entiende que la salud está determinada por las herramientas que el sujeto posee para mejorar o sobrellevar las dificultades que se presenten a nivel físico, mental y ambiental.

Se entiende que la salud se afecta por diversos aspectos ya sean más comunes como el astigmatismo o la miopía, o afectaciones más graves como el cáncer. Carrazana (2003) menciona que:

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que

permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social. (p.1)

Por lo tanto, existen muchos factores que afectan de manera significativa la salud mental, en otras palabras, este repercute en la salud física y por ende en la interacción en la sociedad, así que cuidar de ella depende mucho de cómo se manejen aspectos estresantes desde la cotidianidad.

Factores sociodemográficos que influyen en la CVRS

- **Género**

Se refiere a género a la anatomía sexual de la persona como es masculino y femenino, según la implicación de la enfermedad en las personas crea cambios en su cotidianidad. Vilallonga (2018) plantea que el cáncer requiere de perspectiva de género para analizar situaciones que, vistas de forma general, tienen un elemento en común: asignan a las mujeres un rol distinto al de los hombres. Esto, estadísticamente, demuestra que, de los pacientes ingresados por cáncer en los institutos de salud, el 65% son mujeres, y el 35% son varones. Sin embargo, una vez lograda la recuperación, el rol de hombres y mujeres varía notablemente, aquellas mujeres que sobrepasan los 40 años y son pacientes en tratamiento de recuperación de cáncer, tienen pocas posibilidades de encontrar un empleo, pensar en este aspecto también afecta el proceso de la enfermedad y la parte psicológica de la paciente.

- **Edad**

Otro aspecto importante es, conocer el nivel de CVRS según la edad del paciente. Voogt en el 2004 menciona que “Los pacientes más jóvenes también experimentan sentimientos más negativos, que además se asocian a niveles elevados de dolor o fatiga, menores niveles de funcionamiento físico y cognitivo” (citado en Rodríguez, 2007). La relación de edad y la enfermedad, prevé una incidencia más fuerte en los pacientes de edades jóvenes que adultos, por el sentimiento de incapacidad que les crea. Esta afectación asimila un juego de dominó, donde el sentimiento de incapacidad aparece al ausentarse del trabajo, impedimento de

actividades que requieren esfuerzo o incluso la falta de tiempo para sus actividades de ocio, esto lleva al sujeto a tener sentimientos negativos y por ende afecta su percepción de CVRS.

- **Estado civil**

El efecto del estado civil genera malestar o bienestar que depende de la compañía marital del paciente. Un estudio de Maffuz, Sherwell y Ruvalcaba (2016) indican que en los últimos años, se han investigado los factores relacionados con el estado en el momento del diagnóstico y la supervivencia en pacientes con cáncer femenino. Se entiende que algunos factores sociodemográficos como el estado civil tiene un papel predictivo en la supervivencia de pacientes con cáncer generalmente las feminas debido a los aspectos culturales o religiosos.

- **Nivel de estudios y situación socioeconómica**

El nivel de educación es muy importante en la percepción de CVRS, puesto que durante el proceso de educación se adquiere conocimientos generales de enfermedades como es el cáncer y que existen avances científicos que han dado un tratamiento a esta enfermedad. Cajina (2020) menciona que:

Así como la Educación es un derecho constituido en la constitución de la República, al igual la Educación para la salud debe legislarse e incluirse en los diferentes niveles de Educación, para preparar a la población y a los grupos sociales para favorecer hábitos, estilos de vida saludable y reducir los factores de riesgo y asignar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla y evitar altos costos económicos innecesarios al sistema de salud. (p. 179)

Por lo tanto, es importante implementar la psicoeducación oncológica en las instituciones con el fin de crear efectos positivos y de control sobre su enfermedad a los pacientes, esto brinda seguridad y bienestar.

Así mismo, la situación económica es un punto determinante al momento de decidir ir a un médico. En el trabajo de Pérez, González, Mielez y Uribe (2017), el nivel socioeconómico

más bajo se asocia con una supervivencia inferior al cáncer en países de ingresos altos, pero no se describe bien si esto se aplica a los países de ingresos bajos y medianos. En varios pacientes con un nivel socioeconómico bajo la posibilidad de un tratamiento oncológico solo se da por servicios de salud públicos mismo que tiene falla en el sistema de salud, por lo que, sí se requiere de gastos médicos adicionales, como medicamento, o gastos altos para una oportuna atención, entre otros; esto crea sentimientos de culpa y deciden optar por tratamientos caseros que no represente un costo alto.

- **Apoyo familiar**

A esto se suma el apoyo familiar; el cáncer es una enfermedad que genera cambios en la vida del paciente, estas variaciones en ciertos casos son graves, que llegan a afectar negativamente la vida familiar del individuo por lo que, según FEDER (2010) el sistema familiar es de vital importancia, considerado un auxilio ante situaciones críticas, además, plantea que “La resiliencia familiar puede entenderse como el proceso de adaptación y ajuste de la familia a las exigencias de la enfermedad y fortalecen al individuo y a la familia en el transcurso del tiempo”. Por lo que el proceso de comunicación asertivo ayuda a un mejor entendimiento y eficaz proceso de la enfermedad.

- **Apoyo psicológico**

Dentro del proceso de tratamiento de cáncer, es muy importante el apoyo psicológico, donde se ponen en marcha actividades para evaluación de la parte emocional y mental del paciente. según lo mencionado por el Observatorio del cáncer AECC (2019), esto implica un proceso de prevención, valoración, abordaje de los trastornos psicológicos que se dan. Además, de apoyar la adaptación del paciente a la enfermedad, además, de precautelar el apoyo desde la familia y la institución. De esta manera se mejora la adaptación a los tratamientos oncológicos, con una comunicación adecuada entre paciente, familia y profesionales de la salud.

Este observatorio menciona la necesidad de un área de psicología en la institución tratante, para atender a pacientes y familiares que tienen dificultades para afrontar sus problemas personales, sociales, psicológicos y asistenciales derivados de enfermedades. Cuando se

diagnostica cáncer por primera vez, la mayoría de los pacientes experimentan miedo, ira, angustia e impotencia. Es importante que se den cuenta de que no están solos y que los grupos de apoyo para el cáncer desempeñan un papel vital para sobrellevar la situación.

1.3. Las Enfermedades Oncológicas

Una enfermedad, refiere un cambio que afecta el funcionamiento del organismo, ya sea a nivel interno o externo. Según la Organización Mundial de la Salud, citado en Herrero (2016) esta enfermedad es una “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (p.2). Por tanto, el contraer cualquier enfermedad, sea crónica o no, llegaría a deteriorar la salud del organismo humano, sin embargo, el impacto de la enfermedad dependería del grado e intensidad de esta.

Las enfermedades catastróficas, son aquellas que suponen un riesgo para la persona y generan un gran impacto en diferentes áreas como personal, familiar, social, laboral o económico, entre otros. Tobar, Bürgin, Hamilton, Lifschitz y Yjilioff (2014) mencionan que las enfermedades catastróficas son aquellas de carácter incurable con un gran riesgo de vida que cuenta o no con un tratamiento, pero la mayoría tiende a deteriorar de forma rápida y agresiva la salud dado que implica varios intentos. El cáncer, es una de las enfermedades con mayor incidencia en la población a nivel mundial.

El cáncer se refiere a aquella enfermedad genética que se desarrolla en cualquier zona del cuerpo. La Organización Mundial de la Salud (2022), manifiesta que el cáncer forma parte de un grupo de enfermedades que se desarrollan a causa de la multiplicación de células anormales. Las células cancerígenas se extienden con irregularidad, donde alcanza en ocasiones otras partes del cuerpo, e incluso llegan a afectar a otros órganos. La misma institución manifiesta que la enfermedad, tienen como causa la interacción entre factores genéticos y agentes externos como:

- Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes;
- Carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida), y

- Carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos (Organización Mundial de la Salud, 2022).

La interacción de diversos factores disminuye la posibilidad de que el organismo defienda al cuerpo ante la malformación celular, o se contrarreste de una forma no agresiva.

Existen investigaciones que sustentan la presencia de tipos de cáncer más comunes en hombres y otros en mujeres. La Sociedad Americana de Cáncer (2020) menciona que los tipos de cáncer más comunes en hombres son: el cáncer de próstata, cáncer colorrectal, cáncer de pulmón y cáncer de piel. Es decir, que la anatomía del individuo influye en la presencia de cierto tipo de cáncer en específico.

Así mismo existen tipos de cáncer que predominan en las mujeres. Según La Sociedad Americana de Cáncer (2020) “los tipos de cáncer que afectan a las mujeres con más frecuencia son los cánceres de seno, colon y recto, endometrio, pulmón, cuello uterino, piel y ovario” (párr. 1). Por lo tanto, es importante prestar atención a algunas indicaciones brindadas por los médicos como es el control general anual o cada seis meses, esto marcar un oportuno diagnóstico y tratamiento.

Los factores de riesgo que influyen en la aparición de cáncer varían por el tipo, edad y zona a la que afecta. En cuanto al cáncer de mama, Bernal, et al. mencionan (2017):

Entre los factores de riesgo modificables necesarios de tener en cuenta para la aparición de los dos subtipos de cáncer de seno, están el consumo de alcohol y grasas, la obesidad, el número de hijos que tiene la mujer, el no practicar la lactancia materna y los tratamientos hormonales no justificados (2,5) y el valor mayor que tiene la autodetección de cualquier masa mamaria para la prevención secundaria pues entre menor sea el tamaño del bulto detectado por palpación, se mejorará la mortalidad de una paciente. (p. 5)

La aparición de ciertos tipos de cáncer es evitada con buenos hábitos y la eliminación consumo de sustancias alcohólicas u otro tipo de estupefacientes.

El cáncer gástrico, es uno de los tipos de cáncer que mayor prevalencia tiene en la muerte de individuos. Morales et al. (2018), mencionan que:

Este tipo de cáncer es más frecuente en el sexo masculino, que se encuentran entre los 60 y 89 años de edad. Además, estudios identifican que hay una mayor prevalencia en la población ubicada en Japón, China, Europa, América Central y América del Sur. Con respecto a los hábitos de cada individuo, se puede identificar que es muy común en quienes cuentan un tipo de alimentación con grandes cantidades de alimentos ahumados, pescado, carne salada y vegetales conservados en vinagre; así mismo, el consumo de tabaco, sobrepeso, cirugía estomacal previa, anemia perniciosa, padecer gastropatía hipertrófica, ser de un grupo de sangre tipo A, y antecedentes familiares de cáncer de estómago. (p. 438)

El cáncer gástrico al ser uno de los más frecuentes en adultos mayores es un factor determinante el tipo de alimentación, se recomienda eliminar los malos hábitos y llevar controles médicos al padecer enfermedades preexistentes congénitas.

- **Incidencia del Cáncer en el Ecuador**

El cáncer es una enfermedad que más ataca a la población a nivel mundial, de acuerdo a datos del INEC (2017), el cáncer de mama es catalogado como una de las principales razones de muerte en la población de sexo femenino, la institución registró que hay 3.430 defunciones suscitadas entre 2012 y 2017, al menos 99,3% de los fallecidos por esta enfermedad fueron mujeres. El Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios (2016) plantea que en Ecuador se registraron al menos 3,741 egresos a causa del cáncer. En hombres, se identificó mayor prevalencia de tumores en el estómago, próstata, bronquios, pulmón, hígado, vías biliares y colon, mientras que, en mujeres se presenció más el cáncer de mama.

Por otro parte, el cáncer cervical afecta a gran parte de la población femenina. García, Quinde, Bucaram y Sánchez (2022) menciona que este tipo de cáncer toma el segundo lugar en causas de muertes femeninas en el Ecuador, con 1600 casos cada año entre mujeres de 20 a 69 años de edad; por otro lado, Leone (2021) manifiesta que en el país cada año se registran 1200 casos relacionados con este tipo de cáncer, así como de registros publicados por los

hospitales de SOLCA. Este tipo de cáncer generalmente se ha detectado a partir de los 25 años, afecta de forma significativa la calidad de vida de quien lo padezca debido a la etapa de desarrollo que se encuentra y su madurez emocional.

El cáncer de piel es provocado por causas de exposición excesiva rayos ultravioletas del sol, a más de otros factores. Lam, Espinoza, Santos y García (2018), detallan en una investigación sobre la incidencia de cáncer de piel en la población de Machala, Ecuador, que “de 1262 pacientes atendidos en un centro médico privado, el 58% corresponden al sexo masculino, mientras que el 42% al sexo femenino, de los cuales, aproximadamente el 99% corresponden a tumores de piel no melanoma carcinoma basocelular y espinocelular” (p. 85); al no ser maligno, su agresividad no tiende a terminar con la vida del paciente, siempre y cuando sea tratada médicamente a tiempo.

- **Tipologías del Cáncer**

El cáncer es un término muy amplio, que llega a abarcar más de 200 tipos. Sin embargo, a continuación, en la tabla 3, se detalla los tipos de cáncer más comunes planteados por la División de Prevención y Control del Cáncer (2021) en el cuadro 3:

Cuadro 3. Tipos de Cáncer más Comunes a Nivel Mundial

Tipo de Cáncer	Alcance
Cánceres de cabeza y cuello	Aquellos que inician en la cabeza y garganta, se descarta así el cáncer de cerebro y ojo.
Cáncer colorrectal	Aquel que se origina en el colon o en el recto del individuo.
Cáncer de cuello uterino	Cáncer causado por el virus del papiloma humano en la parte inferior del útero.
Cánceres ginecológicos	Aquellos que afectan los órganos reproductores de la mujer: ovario, útero, vagina y vulva.
Cáncer de hígado	Tipo de cáncer generalmente benigno que se desarrolla a partir de los hepatocitos.
Linfoma	Aquellos que se originan en el sistema linfático
Cáncer de mama	Aquellas células que se originan en los conductos que transportan la leche materna.
Mieloma	Cáncer que afecta a las células plasmáticas ubicadas en la médula ósea.
Cáncer de piel	Tipo de cáncer más común que afecta a la dermis del individuo.
Cáncer de próstata	Cáncer que afecta al género masculino.
Cáncer de pulmón	Tipo de cáncer con alto riesgo de muerte.
Cáncer de tiroides	La causa más común es la exposición a la radiación.

Fuente: Tomado de División de Prevención y Control del Cáncer (2021).

- **Tipos de cáncer más incidentes en Ecuador**

El cáncer representa una alta tasa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, por lo que representa un problema importante en el sistema de salud de países en vías de desarrollo, Ecuador no es la excepción, en datos presentados en la tabla 4, por el Observatorio Global del Cáncer (2021) se presentó los tipos de cáncer más incidentes en Ecuador:

Tabla 1. Tipos de cáncer más comunes

ECUADOR 2020	Casos diagnosticados	Fallecimientos al año
Mama	3.563	1.056
Próstata	3.249	1.272
Colorrectal	2.481	1.283
Estómago	2.472	2.007
Tiroides	1.685	232
Cérvico uterino	1.534	813
Linfoma no Hodgkin	1.477	731
Leucemia	1.199	897
Pulmón	1.185	1.069
Cáncer de piel no melanoma	1.038	214
Hígado	915	880
Útero	790	184

Fuente: Tomado de Observatorio Global del Cáncer (2021).

En el Ecuador, el cáncer tiene una incidencia creciente, por lo que ocupa la segunda causa de mortalidad general después de las enfermedades cardiovasculares. Se establece que los tipos de cáncer más influyentes en mujeres son el de mama, cuello uterino y estómago; mientras que, en hombres, los que más incidencia tienen en la mortalidad por cáncer son el de próstata, estómago y colorrectal.

En los últimos años, se ha dado una vigilancia más enfocada en la mejora de la atención a los pacientes de cáncer. Acorde con el Ministerio de Salud (2022) también se han establecido normativas que promuevan la mejor del estilo de vida desde la salud individual, familiar y de la comunidad mediante hábitos alimentarios saludables, incremento de actividad física, salud sexual y reproductiva. Una de las estrategias que se han utilizado es el tamizaje, la detección y el diagnóstico especializado para mejorar el pronóstico y sobrevida de las personas con cáncer; además, garantiza el tratamiento oncológico mediante la provisión de medicamentos y dispositivos médicos.

- **Etapas del Cáncer**

El cáncer explicado de una forma sencilla refiere a una división celular irregular e inusual, que afecta a una zona en específico o se dispersa por el cuerpo del individuo. Yan, Agreda, Loayza, Núñez y Chu (2021), manifiestan que las etapas o estadíos del cáncer presentan ciertas diferencias, según las características clínico-patológicas del paciente. Por lo tanto, su estadificación es variable por la naturaleza del tipo de cáncer.

Existe un método para la identificación del estadio que se encuentra el cáncer. El método TNM es el más utilizado en la identificación de etapas según la International Agency of Research on cancer (2019) que presentan los siguientes elementos:

M: presencia o ausencia de metástasis distantes

N: presencia o ausencia de ganglios (nodos) regionales/ compromiso regional

T: extensión de la invasión y/o tamaño del tumor (2019).

Este método sigue una secuencia lógica que documenta la mayor extensión de la enfermedad en cada paciente con cáncer y se utiliza información disponible de tipo clínico, quirúrgico y patológico.

De esta manera se reconocen las etapas que se muestran en el cuadro 4:

Estadío	Características
Estadío I	En esta etapa, el tumor primario no es evaluado, debido a que no existe evidencia de este, así como se presenta de un tamaño de aproximadamente 1 cm; además, no se ha extendido a tejidos vecinos, ausencia de metástasis y que habitualmente es curable.
Estadío II	Durante esta etapa, el tumor es de más de 2 cm. de tamaño. Se evidencia una afectación metastásica moderada. Sin embargo, no existe la presencia de adenopatías, sin afectar a los ganglios linfáticos.
Estadío III	En esta etapa se identifica tumores de un tamaño considerable mayor a 4 cm. No se muestra metástasis a distancia, mientras que la adenopatía podría o no aparecer.
Estadío IV	Durante esta etapa, ya se ha de evidenciar una metástasis a distancia, por lo que el tumor se ha diseminado a diversas partes distantes del cuerpo. Se evidencia además adenopatías metastásica, ipsilateral, contralateral o bilateral o mediastínica. En la mayoría de los casos, es inoperable.

Fuente: Tomado de Afonso (2017), García y Díaz (2000), International Agency of Research on cancer (2019), Puerto, Torres y Cabanes (2018).

Consecuencias del Cáncer

El padecer una enfermedad oncológica, produce cambios significativos tanto en la dinámica como en la vida del individuo. Estos afectan los niveles físico, psicológico y social del sujeto. Por tanto, el desarrollo de los procesos adaptativos durante la enfermedad es indispensable para lograr enfrentar las diferentes crisis (Puello, Herrera y German, 2020). El contar con estrategias adaptativas a situaciones estresantes, ayudara a mantener la calma en el proceso de la enfermedad.

El cáncer tiene consecuencias físicas que son parte de los efectos secundarios. Esto es manifestado por Puello et al. (2020), quien dice que el paciente sufre una serie de cambios de gran impacto por esta enfermedad, tiene efectos como pérdida de cabello, vómito, cambios en la piel, diarrea, pérdida de peso y constante dolor, relacionado también con altos niveles de tensión y carga psicológica. Estos efectos son a corto plazo cuando se dan durante el tratamiento, o a largo plazo, cuando persisten a pesar de haber culminado el proceso y retardados cuando aparecen una vez terminado el procedimiento.

Lipowski (1969) menciona que una persona tiene reacciones psicológicas según algunos aspectos ante una afectación significativa en su salud como:

- Sus antecedentes históricos, personalidad, experiencias vividas generan pensamientos, emociones y conductas ya condicionadas ante eventos estresantes.
- Factores socioeconómicos y el apoyo familiar y la perspectiva cultural sobre la enfermedad.
- El ambiente que lo rodea
- Las características de la enfermedad, como procesa el paciente y cuál es la idea que tiene sobre ella.

La reacción ante una situación de crisis es variable según el individuo y sus experiencias vivenciales.

El cáncer al ser una enfermedad crónica, genera impacto psicológico en el paciente y depende de algunos factores como: tipo de cáncer, pronóstico, tratamiento que reciba y fase de la enfermedad en la que se encuentre. Rodríguez, Román, Aguilar y Gallego (2017), tomaron como referencia la pirámide de Maslow, para mencionar que el paciente va a requerir de seguridad y confianza en los médicos, familia y cuidadores; aceptación para reconocer sus posibilidades de vida, sentirse comprendido; amor hacia sí mismo y hacia los demás; pertenencia hacia su familia; autoestima que le permita sentirse importante y útil; y autorrealización, para hallar un sentido de vida, a la enfermedad, sufrimiento y muerte.

Estudios sugieren que, durante la etapa terminal, es cuando los pacientes padecen un mayor sufrimiento emocional. Rodríguez et al. (2017), mencionan que, en aquellos pacientes oncológicos, con frecuencia se identifica:

[...] una elevada presencia de trastornos psicopatológicos, síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional. Algunos factores como la hospitalización influyen negativamente en el estado del paciente, deteriora el funcionamiento físico, así como la aparición de la sensación de ser una carga para los familiares. (párr. 13)

Con esto se deduce, que estos malestares en general llegan a influir tanto en el desarrollo de la personalidad a nivel biológico como conductual.

El paciente en etapa terminal afronta su propia muerte, así como cambios en su aspecto físico. Jaimes, Ramírez, y Romero (2020) revelan que es común la aparición de ansiedad y depresión en estos pacientes. Frente a esto, se considera que padecer estas alteraciones a nivel emocional dificulta el tratamiento, complica el proceso médico y produce cambios a nivel cognitivo, lo que lleva al paciente a tomar decisiones como negarse a operaciones quirúrgicas o sesiones de quimioterapia y/o radioterapia. Y por este nuevo diagnóstico tienden a abandonar hábitos saludables, aumentan su consumo de alcohol, tabaco, o sustancias psicoactivas, lo que genera problemas a nivel familiar y social.

En base a sensaciones experimentadas durante la enfermedad, el individuo muestra varias respuestas a nivel psicológico. Chang (2019) dice que sentimientos como angustia y desesperación, ocasionadas por la incertidumbre de su futuro, junto con la probabilidad de

perder la vida, los pacientes presentan algunas respuestas psicológicas como negación, hostilidad, tristeza, y aceptación. Aun así, estos elementos no necesariamente se presentan en todos los sujetos y con la misma secuencia, también dependen de la capacidad de resiliencia del paciente. Por otro lado, los cambios físicos alteran la percepción de autoimagen, lo cual, influye en la percepción de estar peor en lugar de mejorar.

También existe el otro lado de la percepción de la enfermedad. Rodríguez (2006) plantea que “el enfermo puede tratar de compensar la situación atendiendo a los posibles aspectos positivos o ventajas que se sigan del evento traumático, como ver en la situación la posibilidad de una experiencia de aprendizaje que sirva de cara a posibles problemas futuros, reordenación de prioridades, etc” (p.31). Es decir, tiene mucho que ver la percepción del paciente sobre la enfermedad, el estado de la enfermedad y como se ve afectado.

Los cambios cognitivos son problemas con el pensamiento, incluida la memoria, la concentración y el comportamiento que en algunos casos son provocados por el cáncer y sus tratamientos, así como por otros medicamentos o problemas de salud (Casavilca, Custodio, y Cancino, 2017). Las dificultades cognitivas afectan la capacidad para trabajar o completar las tareas cotidianas. Es molesto darse cuenta que el cáncer ha sido tratado con éxito, pero que debido a los tratamientos que lo trataron ahora tiene problemas con su pensamiento, memoria o concentración. No todas las personas que reciben quimioterapia, radiación o cirugía desarrollan dificultades cognitivas.

Uno de los términos acuñados es quimio-cerebro, que ha sido mencionado por varios sobrevivientes de cáncer que recibieron quimioterapia para describir los cambios en su capacidad para recordar o concentrarse (American Cancer Society, 2019). Los síntomas de este padecimiento incluyen:

- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para recordar cosas que ocurrieron recientemente
- Dificultad para completar tareas
- Confusión
- Incapacidad para pensar con claridad.

Bajo estas afecciones, existen cambios que dependen de efectos del tratamiento oncológico, entre ellas se menciona:

- Los cambios cognitivos agudos (delirio) que ocurren debido a ciertos medicamentos a menudo mejoran cuando deja de tomar el medicamento.
- Los cambios crónicos (demencia) a menudo no son reversibles, pero mejoran si se corrige la causa de los problemas.

Cuando se nota cambios en la forma de pensar, memoria o comportamiento, es necesario llevar un registro de los problemas observados y posibles efectos adicionales.

1.4. Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos

La calidad de vida es un aspecto preocupante de la salud mental más sobre aquellos pacientes oncológicos. Toma en cuenta aspectos multidimensional que abarca las actividades sociales, financieras, psicosociales y físicas de los pacientes, entre otros. Debido a la mejora en la ciencia médica y el avance continuo en la detección y el tratamiento oncológico, el tiempo de supervivencia esperado de los pacientes con cáncer se ha vuelto más largo. Esto ha resultado en un mayor interés en explorar la calidad de vida relacionada con la salud de los sobrevivientes de cáncer, se busca satisfacer los requisitos de los pacientes con cáncer que les permitan vivir una vida plena y saludable en lo que cabe.

La calidad de vida en pacientes oncológicos se refiere a la valoración que este individuo tiene en base a su temperamento, personalidad y su entorno. Ros (2017), manifiesta que el paciente realiza una valoración a nivel subjetivo de los diferentes aspectos de su vida, y cómo estos se han llevado a cabo en relación con su estado de salud. Entre los aspectos de vida, que se toman en cuenta son: el funcionamiento físico, psicológico, social, los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento que se lleve a cabo. Por tanto, es importante que exista un equilibrio entre la adaptación a la enfermedad y el bienestar emocional.

La calidad de vida y el cáncer tienen una estrecha relación debido al impacto que crea como es la pérdida de capacidad para realizar diferentes actividades en su vida diaria. Mayorga y

Peñaherrera (2019), manifiestan que cuando un individuo padece de una enfermedad crónica, esta afecta la funcionalidad del sujeto, altera el autoconcepto, el sentido de la vida y provoca estados depresivos. Sin embargo, se suelen evidenciar expectativas relacionadas con recobrar la salud, recuperar la autonomía, aceptar su autoimagen, mejorar la cohesión familiar y el mantenimiento de la calidad de vida, sin importar la etapa del cáncer; perciben como una segunda oportunidad de vivir.

De la misma manera, al evaluar la calidad de vida en base al estado de salud, el individuo determina su grado de bienestar o satisfacción de la enfermedad y cómo implica diversos dominios físicos y mentales de su vida. Cardoso y Massone (2018), manifiestan que la calidad de vida del paciente oncológico se ve reflejada en base a la interacción del tipo de cáncer como tal y su evolución, la personalidad, cómo ha influido en su vida, el soporte social percibido, y el periodo etario en el que se diagnosticó la enfermedad. De esta manera, se mide la percepción de bienestar físico, psíquico, social, y una evaluación general de su vida. Sin embargo, se ve influenciada por sistemas de valores, creencias, expectativas, entre otros.

Desde esta perspectiva, cuantificar la calidad de vida de un paciente de cáncer es subjetivo debido a que no existen elementos medibles, por lo que es necesario determinar qué factores se asocian con índices que señalen resultados positivos mediante una comprobación de como los pacientes perciben sus actividades diarias y su nivel de satisfacción ideal. Con una valoración apegada a parámetros como certeza, confiabilidad y validez se determina cómo es la calidad de vida del paciente en relación a la enfermedad que atraviesa, para fines de esta investigación son afectaciones oncológicas.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

En este apartado se describen aspectos metodológicos como es el paradigma, el enfoque, el diseño, corte y el alcance de la investigación. Además, se describen aspectos sobre la población, muestra y muestreo. De la misma forma, se presentan las herramientas e instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos, y para el análisis de la validez y confiabilidad del instrumento. En el último apartado de este capítulo se caracteriza la institución donde se realizó el estudio y se detalla el proceso metodológico sistemático elegido para la presente investigación.

2.1. Tipo de investigación

- **Paradigma**

La investigación cuenta con un paradigma positivista. Bisquerra (2009) menciona que este paradigma tiene como fin “explicar, predecir y controlar los fenómenos, verificar leyes y teorías” (p. 71). Esto significa que se busca comprobar una hipótesis planteada, se considera a la realidad objetiva y se la comprende por medio de la observación y la exploración.

- **Enfoque**

Cuenta con un enfoque cuantitativo pues se recolectaron datos numéricos a los cuales se les realizó un análisis estadístico descriptivo sobre la variable de estudio. Hernández y Mendoza (2018) mencionan que el método cuantitativo “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4). Este tipo de estudios toma en cuenta instrumentos de medición que dan un valor numérico a un fenómeno en específico los cuales son analizados con la finalidad de comprobar o denegar teóricos anteriores o hipótesis planteadas.

- **Diseño y corte**

El diseño es no experimental de corte transversal, porque no se ejerce manipulación o cambios en las variables de forma directa o indirecta. Se toman aspectos de la realidad que viven los participantes de forma directa y por ningún motivo el investigador manipula la situación o crea influencia al momento de la recolección de datos, por lo que se limita simplemente a la observación del fenómeno a investigar y sus condiciones actuales.

El corte transversal de la investigación se refiere a que se “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único” (Hernández y Mendoza, 2018, p.144). Es representación de un fenómeno que sucede en ese determinado momento.

- **Alcance**

El alcance de la investigación es descriptivo, porque se describe el fenómeno investigado por medio de la medición y el análisis estadístico de los resultados obtenidos con el cuestionario que mide la variable CV en relación a la salud. Se describen las características que componen este fenómeno y le da una puntuación a la misma.

2.2. Caracterización de la población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por pacientes oncológicos del Hospital Solca Ambato. El tipo de muestreo empleado para la selección de los participantes es de tipo no probabilístico por conveniencia. “Estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso” (Battaglia, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 390).

Se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Ser paciente del Hospital Oncológico Solca Ambato
- Ser mayor de edad
- Tener un diagnóstico oncológico estadificado
- Encontrarse en tratamiento para el cáncer

- Acceder a ser partícipe de la investigación de forma voluntaria.

Como criterios de exclusión se consideraron los siguientes:

- No completar los datos sociodemográficos
- No completar la encuesta en su totalidad

Tabla 2. Descripción de la población

	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Género		
Femenino	111	76,6%
Masculino	34	23,4%
Edad		
Joven adulto (18 – 30)	4	2,7%
Adulto intermedio (31 – 60)	91	62,8%
Edad avanzada (61+)	50	34,5%
Estado civil		
Casado/a	85	58,6%
Soltero/a	25	17,2%
Divorciado/a	14	9,7%
Viudo/a	13	9,0%
Conviviente	8	5,5%
Nivel de instrucción		
Primaria	63	43,4%
Tercer Nivel	39	26,9%
Secundaria	25	17,2%
Bachiller	15	10,3%
Ninguno	2	1,4%
Cuarto Nivel	1	0,7%
Situación económica		
Regular	87	60,0%
Buena	38	26,2%
Mala	20	13,8%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Como se observa en la tabla 2, en cuanto al género, 111 pacientes son de género femenino, que es el 76,6%, lo cual, indicaría porque en Ecuador el cáncer de mama es el de mayor incidencia y a su vez, sucede con más frecuencia en mujeres. En lo dicho por la Sociedad Americana Contra el Cáncer (2018) las mujeres presentan más factores de riesgo potencialmente modificables que los hombres, un punto determinante para que el cáncer afecte más al sexo femenino. Basado en las etapas de la adultez según Erikson (1985) se definieron tres grupos de edad en los pacientes encuestados de SOLCA Ambato, la etapa predominante es la adultez intermedia (31 – 60 años) con un 62,8%, frente al 2,7% de jóvenes adultos (18 – 30 años), la mayoría de tipos de cáncer requieren varios años para desarrollarse (Sociedad Americana contra el cáncer, 2018).

El Hospital Solca atiende a pacientes de toda edad, género y estado civil, en lo que se refiere al último dato; la mayoría de encuestados (85) que representan el 58,6% tienen estado civil casado mientras que la minoría, representada por 8 personas, que es el 5,5% tienen un conviviente o viven en unión libre. En orden al grado de instrucción, la mayoría de la población representada por 63 personas, que son el 43,4%, tienen nivel de primaria; mientras que la minoría, que es una persona (0,7%) tiene título de cuarto nivel; y dos personas que son el 1,4% no tuvieron ningún tipo de instrucción educativa.

Sobre la situación económica se valoró la percepción que al respecto tienen los encuestados, obteniéndose como resultado que la mayoría, representada por 87 personas que son el 60%, consideran que tienen una economía regular; y la minoría representada por 20 personas que son el 13,8%, consideran que poseen una situación económica mala, se observa a continuación en la tabla 2. Cuando existe una situación económica mala, el paciente tiende a crear una perspectiva negativa sobre la enfermedad, sus posibilidades de recuperación y, por lo tanto, el desarrollo de su vida.

Tabla 3. Sustento económico

Sustento económico	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Esposo/a	50	34,5%
Yo mismo/a	28	19,3%
Hijos	26	17,9%
Yo mismo/a, Esposo/a	23	15,9%
Otros	5	3,4%
Esposo/a, Hijos	4	2,8%
Yo mismo/a, Padres	3	2,1%
Padres	2	1,4%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la tabla 3 los porcentajes más representativos en este apartado son: cuando una persona sufre de cáncer su primera ayuda económica viene de parte de su pareja (34,5%), la mayoría de pacientes continúan con su vida conyugal lo que es un gran motivante para tener estabilidad emocional durante el periodo de tratamiento. También están los que se auto sustentan (19,3%), quienes generan su fuente de ingreso y solo cuentan con la ayuda de la organización. Mientras que en el extremo de la minoría está un 1,4% cuyo sustento económico son los padres.

Tabla 4. Acompañamiento familiar

Tiene hijos		
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
SÍ	130	89,7%
NO	15	10,3%
Vive solo o acompañado		
Solo	8	5,51%
Acompañado	137	94,49%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En relación a la familia del paciente como se observa en la tabla 4, la mayoría de encuestados (89,7%) tienen hijos; mientras que el 10,3% no los tienen. Esto significa que la mayoría de pacientes tiene acompañamiento familiar, esto basado también en las personas que viven solos o con miembros familiares donde 8 personas, que son el 5,51%, indicaron vivir solos; mientras que 137 personas que representan el 94,49% tienen compañía familiar en sus hogares. Se determina que al enterarse que son portadores de cáncer, los individuos buscan tener el apoyo de las personas de su entorno:

[...] el apoyo emocional está ligado al afecto, empatía, respeto y amor; el apoyo de refuerzo puede ser realizado a través de la demostración de reconocimiento al cuidador y/o familiar; el apoyo informativo está relacionado a informaciones, consejos, opiniones, enseñanzas y el apoyo instrumental es aquel que hace disponible recursos, bienes y servicios. (Rezende, Santos, y Martins, 2010, p.47)

Tabla 5. Convenio con Solca – e intervención psicológica

Convenio		Intervención psicológica		
Sí	141 (97,2%)	42	Int. Interna	27
			Int. Externa	8
			Int. Combinada	7
No	4 (2,8%)	103		

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la tabla 5, sobre los pacientes que tienen convenio con SOLCA, 141 personas (97,2%), respondieron que sí; y 4 personas (2,8%) indicaron que no. De estos valores, 103 pacientes no han recibido intervención psicológica, incluidas las 4 personas que no cuentan con convenio, mientras que 42 personas sí recibieron intervención psicológica, ya sea de manera interna, externa o combinada. En SOLCA se da intervención psicológica siempre y cuando el médico tratante considere necesario en dependencia del convenio.

Cabe mencionar que SOLCA tiene un plan para la humanización del servicio al paciente donde se establece los factores para una atención centrada en el paciente y para ello, se inicia

el reconocimiento de la ruta de atención de pacientes con cáncer en sus diferentes etapas (SOLCA, 2018).

Tabla 6. Tipos de Cáncer

Tipos de cáncer	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
CA de mama	42	28,97%
CA de cérvix	14	9,66%
CA de ovario	14	9,66%
Linfoma No Hodgkin	13	8,97%
CA de colon	9	6,21%
CA de recto	9	6,21%
CA gástrico	9	6,21%
CA de próstata	8	5,52%
CA de endometrio	5	3,45%
CA de hígado	4	2,76%
Melanoma	3	2,07%
CA cuello de útero	2	1,38%
CA de sigma con metástasis	1	0,69%
CA de duodeno	1	0,69%
CA de estómago	1	0,69%
CA de retroperitoneo con metástasis	1	0,69%
CA de mola hidatiforme completa	1	0,69%
CA de útero con metástasis	1	0,69%
CA de vagina	1	0,69%
Cistoadenocarcinoma de ovario	1	0,69%
Tumor de Krukenberg de ovario	1	0,69%
CA de pabellón auricular	1	0,69%
CA de piel	1	0,69%
Sarcoma retroperitoneal irresecable	1	0,69%
Tumor neuro endocrino con metástasis	1	0,69%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Sobre el tipo de cáncer, se muestran datos en la tabla 6 donde hay 42 personas (28.97%) que predominan pacientes con cáncer de mama; sigue con 14 pacientes (9.66%) con cáncer de cérvix; otras 14 pacientes (9.66%) tienen cáncer de ovario; y 13 personas (8.97%) padecen de Linfoma No Hodgkin, con los datos más relevantes en este aspecto.

En menores cantidades: 9 pacientes (6.21%) padecen de CA de colon, CA de recto, CA gástrico respectivamente; 8 personas (5.52%) tienen CA de próstata; de endometrio 5 personas (3.45%); 4 personas (2.76%) tiene cáncer de hígado; la proporción restante se divide 1 paciente por tipo de cáncer. Al tomar en cuenta los tipos de cáncer más comunes en el Ecuador, según el Observatorio Global del Cáncer (2021), el cáncer de mama y de próstata son los que tienen más casos diagnosticados y fallecimientos al año.

Tabla 7. Estadío de la enfermedad

Estadío	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Estadío I	8	5,52%
Estadío II	30	20,69%
Estadío III	50	34,48%
Estadío IV	56	38,62%
Caso especial (Estadíos III y III vs. IV)	1	0,69%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Sobre los estadíos o etapas de cáncer de los pacientes encuestados, se detallan los datos en la tabla 7, la mayor parte de los pacientes se encuentran en estadio IV del cáncer que son 56 personas (38,62%), mientras que la minoría se encuentra en estadio I del cáncer, son 8 personas (5,52 %). A estos datos se añade, un caso especial, que presenta dos tipos de cáncer distintos y que no tienen origen el uno en el otro, esto es, el 0,69% del total de encuestados. Según la información de SuportaMed (2021) la determinación de la etapa del cáncer se la realiza con el grado identificado (1 al 4) y la etapa (TNM) en la que se encuentra la enfermedad. Es así que:

- T0, significa que no hay evidencia de tumor.
- T, del 1 al 4 significa que el tamaño y afectación del tumor va en aumento.

Y los estadíos indican lo siguiente:

- Estadío 0: el cáncer está in situ o limitado a células superficiales.
- Estadío I: el cáncer está limitado al tejido de origen.
- Estadío II: el cáncer está diseminado de forma local limitada.
- Estadío III: el cáncer está diseminado de forma local y regional extensa.
- Estadío IV: el cáncer avanzado que está diseminado a distancia y metástasis.

Tabla 8. Tipo de tratamiento

Tipo de tratamiento	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Cirugía, Quimioterapia, Fármacos	62	42,76%
Quimioterapia, Fármacos	54	37,24%
Quimioterapia	13	8,97%
Quimioterapia, Radioterapia, Fármacos	6	4,14%
Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Fármacos	6	4,14%
Cirugía, Radioterapia, Fármacos	2	1,38%
Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Tratamiento Hormonal	1	0,69%
Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Fármacos, Braquiterapia	1	0,69%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En los datos sobre el tipo de tratamiento, tabla 8, se destaca que el 42,76% ha recibido tratamiento de cirugía, quimioterapia y fármacos; mientras que 2 personas (0,69%) ha recibido cirugía, quimioterapia, radioterapia, tratamiento hormonal; y otro 0,69% han tenido tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia, fármacos, braquiterapia. Esto se sustenta en los datos presentados por Ordóñez, Navas y Buitrón (2021) que indican que el protocolo de tratamiento representa altas posibilidades de supervivencia, lo que significa que el paciente genera un sentimiento de esperanza para mejorar su estilo de vida y no verse afectado emocionalmente en el transcurso de la enfermedad.

Tabla 9. Tiempo de enfermedad

Tiempo	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
0-3 meses	33	22,76%
4-6 meses	41	28,28%
7-11 meses	35	24,14%
1 – 5 años	28	19,31%
6 – 10 años	8	5,52%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Sobre el tiempo de enfermedad, en la tabla 9, del total de encuestados, se denota que el 28,28% de pacientes estaban entre 4 a 6 meses de tratamiento. Y se destacan en este grupo, 1 paciente con 9 años de enfermedad y 3 pacientes con 10 años. De acuerdo a Oberreuter, Oliva, Contreras, y Cardemil (2017) el tiempo que transcurre entre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad varía de 17 semanas a 20 semanas, de aquí en adelante depende del tratamiento.

2.3. Instrumentos

Para respetar la confidencialidad del paciente y el proceso ético de la institución, se aplica los siguientes documentos:

- Carta de consentimiento informado (Ver Anexo 1)
- Ficha sociodemográfica (Ver Anexo 2)
- Cuestionario de Salud SF-36 V. 2 (Ver Anexo 3)

Instrumentos que sirvieron para la recolección de información sobre la variable a estudiar que es Calidad de Vida en relación a las Salud.

- **Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)**

El cuestionario original se llama SF-36 Health Survey y fue creado en Estados Unidos por McHorney, Ware, Lu y Sherbourne, 1994 y McHorney, Ware y Raczek, 1993 (Lugo, García y Gómez, 2006).

Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo. (Lugo et al., 2006, p.38)

El cuestionario en su versión original en inglés demostró una validez y confiabilidad muy buena, y se destaca en aspectos como validez y confiabilidad de forma, de contenido, de criterio y de constructo (Lugo et al., 2006).

El Cuestionario de Salud SF-36 v.2 es una versión adaptada al español por Alonso, Prieto y Antó en 1995 que toma en cuenta el contexto cultural de algunos países latinoamericanos como Colombia, Chile, México, Ecuador, Perú, incluso España, pero con inmigrantes latinoamericanos, entre otros (Cerda, Rodríguez, Leveke, Reyes y Olivares, 2015; Gabela, 2013; Lugo et al., 2006; Reyna, Contreras y Vega, 2021; Vilagut et al., 2005).

Este cuestionario mide Calidad de Vida relacionada con la salud, generalmente se aplica en población que se encuentre con alguna enfermedad o que su salud se encuentre afectada, sin embargo, también se utiliza en población en general. Lo que significa que busca determinar la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana de forma independiente y cómo el hecho de hacerlo o no, repercute en su estado emocional.

El cuestionario SF-36 v.2 consta de 36 ítems y tiene como objetivo identificar aspectos, tanto positivos como negativos, de la calidad de vida relacionada con la salud. Araya, Barrantes, Fernández, Rodríguez y García (2017) realizan una descripción sintética de las 8 escalas las cuales son:

Cuadro 5. Escalas del SF-36

Escalas		Ítems	Alternativa de respuestas	Puntuación
Función física	Es el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.	10	Mucho=1 Poco=2 Nada=3	Rango entre 10 a 30 puntos
Rol físico	Es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado.	4	Sí=1 No=2	Rango entre 4 a 8 puntos
Dolor corporal	Es el grado de intensidad del dolor y su efecto.	2	Mucho=1 bastante=2 Regular=3 Un poco= 4 Nada=5	Rango entre 2 a 10 puntos
Salud general	Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar	5	Todo verdadero=1 Bastante cierto= 2 No lo sé= 3 Bastante falsa= 4 Totalmente Falso= 5	Rango entre 5 a 25 puntos
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	4	En extremo=5 Mucho=4 Normal=3 Algo=2 Nada=1	Rango entre 4 a 20 puntos
Función Social	Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social.	2	Siempre =1 Casi siempre=2 Algunas veces=3 Sólo alguna vez=4 Nunca=5	Rango entre 2 a 10 puntos
Rol Emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, que incluyen reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo.	3	Sí=1 No=2	Rango entre 3 a 6 puntos
Salud Mental	Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar	5	Siempre=1 Casi siempre=2 Algunas veces=3 Sólo alguna vez=4 Nunca=5	Rango entre 5 a 25 puntos

Fuente: Araya et al. (2017).

Como se observa en el cuadro 5, las opciones de respuesta varían por ítems mismas que dan una puntuación de entre 0 que es lo mínimo y 100 que es lo máximo. Por tanto, a mayor puntuación mejor calidad de vida relacionada a la salud, y viceversa. El Cuestionario SF-36

v.2 incluye 8 dimensiones que según Vigil et al. (2011) es posible agrupar en dos categorías: salud física y salud mental con las dimensiones siguientes:

Salud física:

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general

Salud mental:

- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental

A modo de referencia, se toma en cuenta la siguiente tabla para la interpretación de resultados del cuestionario SF-36, donde se muestra cada dimensión con comentario de peor puntuación y mejor puntuación, esto se detalla en el cuadro 6.

Cuadro 6. Interpretación SF-36

Dimensión	Nº ítems	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actitudes físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debidas a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales, normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquila y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año.

Fuente: Tomado de Vilagut et al. (2005).

Para una mejor clasificación de los resultados se realizó una división de forma homogénea, como se observa en la tabla 10:

Tabla 10. Indicadores de rango del cuestionario SF-36

Alto	Mayor a 66,67%
Medio	Entre 33,34% -66,66%
Bajo	menor o igual a 33,33%
Elaborado por: Palacios (2022)	

Esto permite un análisis más diversificado que ayude a determinar la calidad de vida en relación a la salud de los pacientes encuestados, donde las respuestas oscilaban entre el rango de 0% al 100%, en las dimensiones los pacientes presentaron valores intermedios, por lo que fue necesario determinar una media de dichos valores.

Este diseño permite identificar estados de salud tanto positivos como negativos, dado que, indican que, a mayor puntaje, mejor CVRS (Aguirre, Núñez, Navarro y Cortés, 2017). Una investigación realizada en Colombia por Lugo et al. (2006) tuvo como objetivo medir la

confiabilidad del Cuestionario SF-36 v.2. Se analizó la correlación entre ítem-escala y la fiabilidad por dimensiones. Con los siguientes resultados:

Tabla 11. Contenido del cuestionario de calidad de vida SF-36 por ítems

Escala de salud	Contenido resumido del ítem	Media (DE)	Distribución porcentual de ítems					
			1	2	3	4	5	6
Función física (FF)	Actividades intensas tales como correr, levantar objetos pesados (FF1)	1,91 (0,87)						
	Actividades moderadas tales como mover una mesa, trapear, lavar (FF2)	2,36 (0,82)						
	Levantar o llevar bolsas de compras (FF3)	2,55 (0,73)	40,8	26,0	32,7	--	--	--
	Subir varios pisos por una escalera (FF4)	2,40 (0,80)	21,5	20,7	57,7	--	--	--
	Subir un piso por una escalera (FF5)	2,74 (0,59)	14,0	16,0	69,8	--	--	--
	Agacharse, arrodillarse o ponerse de cuclillas (FF6)	2,40 (0,82)	19,0	21,7	59,0	--	--	--
	Caminar más de un kilómetro (FF7)	2,59 (0,73)	5,5	12,7	81,0	--	--	--
	Caminar medio kilómetro (FF8)	2,40 (0,82)	20,8	17,4	61,5	--	--	--
	Caminar cien metros (FF9)	2,59 (0,73)	13,4	13,9	72,4	--	--	--
	Bañarse o vestirse (FF10)	2,71 (0,65)	8,6	10,1	80,7	--	--	--
Desempeño físico (DF)	Menor tiempo dedicado al trabajo u otras actividades (DF1)	2,86 (0,47)	3,5	6,0	90,1	--	--	--
	Hacer menos actividades de las que hubiera querido hacer (DF2)	2,89 (0,41)	2,6	5,8	91,4	--	--	--
	Limitación en el tipo de trabajo o actividades (DF3)	1,59 (0,50)	41,0	58,8	--	--	--	--
	Dificultades para hacer el trabajo u otras actividades (DF4)	1,51 (0,50)	48,9	51,1	--	--	--	--
Dolor físico (DL)	Intensidad del dolor físico (DL1)	1,54 (0,50)	46,4	53,6	--	--	--	--
	Interferencia del dolor físico para el trabajo diario (DL2)	1,52 (0,50)	47,8	52,2	--	--	--	--
Salud general (SG)	Su salud es: excelente, muy buena, buena, regular, mala (SG1)	4,07 (1,67)	6,4	18,0	21,7	10,1	16,9	26,8
	Me parece que me enfermo más fácil que otras personas (SG2)	4,08 (1,57)	6,1	13,4	15,7	21,2	17,9	25,6
	Estoy tan sano como cualquiera (SG3)	3,24 (1,17)	4,8	32,1	29,1	24,3	9,8	--
	Creo que mi salud va a empeorar (SG4)	3,89 (1,45)	10,7	8,1	11,9	14,9	53,4	--
	Mi salud es excelente (SG5)	3,56 (1,47)	12,6	14,7	9,9	25,0	36,9	--
Vitalidad (VT)	Sentirse lleno de vitalidad (VT1)	3,92 (1,41)	7,9	8,9	15,5	11,6	54,7	--
	Tener mucha energía (VT2)	3,41 (1,47)	14,9	16,2	8,4	30,1	29,6	--
	Sentirse agotado (VT3)	4,35 (1,59)	5,8	7,9	18,5	9,6	26,1	31,4

	Sentirse cansado (VT4)	3,88 (1,40)	6,3	10,4	15,0	36,9	16,5	14,2
Función social (FS)	Frecuencia de problemas de salud que interfieren con actividades sociales (FS1)	3,83 (1,34)	8,4	10,2	18,0	16,5	46,8	--
	Tiempo que problemas de salud interfieren con actividades sociales (FS2)	3,55 (1,34)	9,8	12,6	26,3	15,7	35,7	--
Desempeño emocional (DE)	Menor tiempo para actividades por problemas emocionales (DE1)	1,57 (0,50)	42,6	57,4	--	--	--	--
	Hacer menos actividades por problemas emocionales (DE2)	1,52 (0,50)	47,6	52,4	--	--	--	--
	Menor cuidado en actividades por problemas emocionales (DE3)	1,68 (0,47)	31,7	68,3	--	--	--	--
Salud mental (SM)	Ha estado muy nervioso (SM1)	4,01	10,4	1,2	9,8	25,6	18,0	24,3
	Sentirse con el ánimo decaído (SM2)	(1,66)	7,4	6,8	6,6	21,5	13,4	43,8
	Sentirse tranquilo y sereno (SM3)	4,57 (1,63)	7,8	9,8	19,5	9,1	27,1	26,0
		4,13 (1,65)						
	Sentirse desanimado y triste (SM4)	4,17 (1,52)	6,8	8,8	9,4	31,6	18,3	24,5
	Sentirse feliz (SM5)	4,20 (1,62)	7,4	8,4	18,7	13,1	23,3	28,4
Cambio de salud	Calificación del estado de salud comparado con el de hace 1 año (CT)	3,07 (1,09)	8,4	16,5	45,3	17,4	12,1	--

Fuente: Tomado de Lugo et al. (2006).

Como se observa en la tabla 11, las correlaciones ítem-escala superaron 0,48, la confiabilidad fue mayor de 0,70. No hubo diferencias en los puntajes de escalas según el tipo de aplicación.

En la investigación de Solano (2015) el cuestionario contó con un coeficiente de Cronbach superior a 0.80. Las escalas con un valor superior a 0.90 fueron: salud mental, dolor y desempeño físicos. El contar con una buena fiabilidad en esta investigación se consideró que el instrumento es adecuado para su aplicación en población ecuatoriana debido a que su contexto cultural es similar. Este autor indica que la fiabilidad del test SF36 con los coeficientes han oscilado entre 0.70 y 0.80, aunque varias de estas han sobrepasado 0.80.

Tabla 12. Alfa de Cronbach	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,804	10

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la presente investigación se aplicó Alfa de Cronbach (tabla 12), con un resultado de 0.80 en el cuestionario aplicado en el Hospital de Solca Ambato.

- **Validez del Test SF-36 V.2**

Para la investigación se tuvo la validación de una psicóloga clínica, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y Magister en Educación Inclusiva e Intercultural quien consideró que el test cumple con los criterios establecidos (Anexo 4). En el estudio realizado por Lugo et al. (2006) menciona que la validez del Test SF-36 es alta, porque:

.... se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa en la mayoría de instituciones de la salud. (p.38)

Otra fuente de validez del cuestionario es el trabajo de Salazar y Bernabé (2012) que determinaron este factor mediante la comparación de grupos conocidos definidos con respecto a las características sociodemográficas clave y la estructura factorial mediante el análisis factorial confirmatorio (CFA) a nivel de ítem.

- **Procesamiento de los datos**

Los datos fueron procesados en los programas estadísticos SPSS v.25 y Microsoft Excel, donde se obtuvo las medias por cada una de las escalas y el cruzamiento de estos resultados por cada uno de los datos sociodemográficos para su descripción. Se agruparon los datos sociodemográficos de la encuesta, mediante tablas de frecuencia que facilitaron la interpretación de los resultados. Para la cuantificación de factores de calidad de vida se utilizó el software MDApp que permite convertir los datos recolectados a su versión digital, de esta forma se optimizaron los resultados y se transformaron en cifras porcentuales.

- **Caracterización del Hospital Solca de Ambato**

El Hospital Solca Ambato es administrado por la organización Solca Tungurahua, creada en el año 1990 mediante resolución N° 690 del H. Gobierno provincial de Tungurahua. La atención a pacientes oncológicos se inicia el 16 de octubre de 1992. Para el año 2001 se traslada a las instalaciones actuales en la parroquia Izamba (Organización SOLCA, 2022).

- **Responsabilidad Social**

Solca Núcleo de Tungurahua fiel a su compromiso con la ciudadanía, mantiene su plan de atención oncológica especializada a las personas con ingresos económicos bajos o en condición de pobreza, por medio de un convenio con el Ministerio de Salud Pública y la cooperación estratégica de organizaciones de apoyo social y de salud en el país.

- **Diagnóstico actual del Hospital Solca**

En Ecuador, la calidad de los servicios de salud ha tenido variaciones drásticas, a pesar de la implementación de unidades de atención como centros de salud, hospitales básicos y regionales, la atención se ha visto mermada por la baja calidad en los servicios. A pesar que Solca es una institución pionera a atención a pacientes oncológicos ha tenido deficiencias en sus servicios, sin embargo, poco a poco ha reducido estos factores, convirtiéndose en la institución de salud para atención a pacientes oncológicos por excelencia (SOLCA, 2018). Con el fin de realizar un diagnóstico correcto se dan los siguientes elementos para analizar la gestión del hospital, detallado en el cuadro 7:

Cuadro 7. Diagnóstico Hospital Solca

Actividades	Descripción
Unidad Hospitalaria	El Hospital de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (Solca) es una institución privada de atención oncológica
Identificación de los servicios	Ofrece servicios de diagnóstico, prevención, investigación y reincorporación social
Descripción Misión y Visión	<p>Visión Ser una Institución líder en atención al paciente oncológico y un centro de referencia para el control del cáncer en la zona central, con servicios confortables y apoyados en alta tecnología para realizar su trabajo con enfoque intersectorial, institucional, orientación y acompañamiento al paciente, la familia y la comunidad, bajo principios de equidad, eficiencia y servicios de excelencia incorporando a la gerencia estratégica, la vigilancia epidemiológica de las lesiones premalignas y malignas.</p> <p>Misión Controlar el cáncer mediante acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria con atención de salud con enfoque sistemático y equipos profesionales interdisciplinarios altamente calificados, utilizando las herramientas gerenciales para alcanzar calidad total.</p>
Ubicación del Hospital	Ciudad: Ambato Parroquia Izamba Ignacio Vela y Joaquín Vásconez
Cantidad recurso humano Administración	<p>Presidente Ing. Fernando Naranjo Lalama</p> <p>Vicepresidente Ec. John Tello</p> <p>Miembros Ing. Wilson Santana Arq. Galo Sánchez Sr. Mario Barona Ing. Jaime Herdoiza Sr. Mario Sarabia Sr. Luis Suárez Ing. Jackeline Martínez</p>

Fuente: Tomado de SOLCA (2018).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis general de resultados por dimensiones

Como resumen del análisis de las dimensiones, en la muestra de 145 pacientes encuestados con el SF-36 fueron:

Tabla 13. Resumen general de dimensiones

	Dimensiones	Media Grupal	Total
Salud física	Función física	60,97%	48,79%
	Rol físico	18,52%	
	Dolor corporal	55,97%	
	Salud general	59,72%	
Salud mental	Vitalidad	59,45%	58,84%
	Función Social	58,36%	
	Rol Emocional	51,03%	
	Bienestar emocional	66,51%	
Media salud integral			53,82%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Como se observa en la tabla 13, en la salud física existen un nivel más bajo que la salud mental de la muestra encuestada, en detalle, dentro de las dimensiones que integran la salud física, la que más alto porcentaje destaca es la función física, los encuestados presentan una sensación de cumplimiento con sus funciones físicas básicas, esto se sustenta con la percepción de salud general con un nivel del 59,72%; mientras que el nivel de dolor corporal llegó al 55,97%, porque la enfermedad y el tratamiento, generan umbrales de dolor tolerantes hasta cierto punto; sin embargo, esto afecta el rol físico, donde se da el puntaje más bajo con el 18,52%. Una media de estas cifras permite tener una media de la salud física del grupo, que es del 48,79%.

En tanto, las dimensiones de salud mental presentan mejores promedios, el bienestar social con un 66,51% el factor que sobresale, seguido por la vitalidad con el 59,45%, aquí se destaca que los pacientes encuestados sienten que no han decaído tanto en su energía vital; mientras que la función social llega al 58,36% y el rol emocional es el último, con el 51,03%. Dando como resultado una media en salud mental del 58,84%, en si los pacientes mostraron un buen panorama sobre su salud mental; sin embargo, si existiere mayor apoyo profesional en este aspecto, este porcentaje se incrementaría.

3.2. Análisis de los resultados de las Subescalas de Salud SF-36 – Salud Física

Es así que la encuesta tuvo los siguientes resultados en función física, en base a las preguntas del cuestionario SF-36:

Tabla 14. Dimensión de Función física (FF)

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	25	17,2%
Medio	49	33,8%
Alto	71	49,0%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

La dimensión de función física presentó en la tabla 14, una predominancia en un nivel alto de calidad de vida con el 49%, mientras que el 17,2% de la población presentó un nivel bajo en cuando al funcionamiento físico. Un paciente que mantiene su funcionamiento físico mejora sus posibilidades de supervivencia; de hecho, se ha demostrado científicamente, que las personas que, realizan actividad física durante su vida, reducen las posibilidades de padecer esta enfermedad (Brea y García, 2020).

Tabla 15. Ítems de Función física

Ítems	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita nada
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	80 (55,2%)	54 (37,2%)	11 (7,6%)
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	42 (29,0%)	46 (31,7%)	57 (39,3%)
Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de compras?	49 (33,8%)	45 (31,0%)	51 (35,2%)
Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por las escaleras?	46 (31,7%)	49 (33,8%)	50 (34,5%)
Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	57 (39,3%)	31 (21,4%)	57 (39,3%)
Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	45 (31,0%)	26 (17,9%)	74 (51,0%)
Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	19 (13,1%)	23 (15,9%)	103 (71,0%)
Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	10 (6,9%)	13 (9,0%)	122 (84,1%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Para una mejor interpretación de esta dimensión se llevó a cabo un análisis por pregunta, como se observa en la tabla 15, existe una predominancia del 84,1% y 71% de encuestados que refieren no presentar limitación alguna en actividades como bañarse y vestirse solo o

caminar unos cien metros; sin embargo, hubo un 55,2% de encuestados que presentaron una gran limitación en actividades que requieren de esfuerzo intenso como caminar largas distancias. De acuerdo a Uclés y Espinoza (2017) la actividad física es necesaria en pacientes con cáncer para mejorar su estilo de vida. Sin embargo, se toma en cuenta que hay casos donde una actividad exhausta afectó la condición física para soportar el tratamiento de la enfermedad.

Tabla 16. Dimensión de Rol físico

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Alto	114	78,6%
Medio	16	11,0%
Bajo	15	10,3%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Se observó en la tabla 16, un nivel alto en la dimensión de rol físico con un 78,6% de encuestados y con un 10,3% con un nivel bajo. Pese a la poca limitación presentada en actividades de la cotidianidad y que no requieren esfuerzo, aquí se nota que en cuanto al rol físico sí existen problemas en actividades diarias o del trabajo, ya sea porque requieren de esfuerzo o se interrumpen continuamente por otros factores.

Tabla 17. Ítems de Rol físico

Preguntas	SI	NO
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	122 (84,1%)	23 (15,9%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	126 (86,9%)	19 (13,1%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	115 (79,3%)	30 (20,7%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	110 (75,9%)	35 (24,1%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la tabla 17, el 75% y el 84% de pacientes presentan problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física. De acuerdo a la escala Sf-36, el rol físico es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, Coronado, Díaz y Apolaya (2009) mencionan que esto se presenta no solo por el hecho de presentar patología de fondo crónica y/o aguda sino que existe asociación entre la dimensión Función Física y el tener enfermedad.

Tabla 18. Dimensión de Dolor corporal

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	43	29,7%
Medio	43	29,7%
Alto	59	40,7%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Sobre la dimensión Dolor corporal, se muestra en la tabla 18, la tendencia se presentó a la baja y media, debido a que 43 personas (29,7%) indicaron su rango de dolor Bajo; seguido por otro grupo de 43 individuos que indicaron un rango de dolor Medio, mientras que 59 personas (40,7%) indican un rango Alto, aunque este factor no limite totalmente las actividades diarias del paciente. Los datos que lanza esta dimensión indican que la mayoría de los pacientes sí tienen niveles de dolor que afectan el desarrollo normal de sus actividades.

Tabla 19. Ítems de Dolor corporal

Preguntas	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	44 (30,3%)	39 (26,9%)	18 (12,4%)	29 (20,0%)	15 (10,3%)	
¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas semanas?	Sí, muchísimo 16 (11,0%)	Sí, mucho 26 (17,9%)	Sí, moderado 40 (27,6%)	Si, un poco 21 (14,5%)	Sí, muy poco 9 (6,2%)	No, ninguno 33 (22,8%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la dimensión de dolor corporal (tabla 19), 44 pacientes (30,3%) no han tenido dificultad en sus rutinas habituales por el dolor; sin embargo, en lo que se refiere a dolor del cuerpo, 40 pacientes (27,6%) mencionaron que sintieron dolor moderado debido a la enfermedad, a los tratamientos y al proceso de la enfermedad. De acuerdo a Araujo (2004) el dolor no tratado es un factor determinante del deterioro de la calidad de vida porque disminuye la actividad del paciente, e interfiere con otras actividades, en el apetito, el sueño, el estado del ánimo y conlleva a la pérdida del autocontrol.

Tabla 20. Dimensión de Salud general

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	12	8,3%
Medio	84	57,9%
Alto	49	33,8%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En nivel de salud general, en la tabla 20; 49 personas (33.8%) sienten que tienen una salud general de nivel Alto; mientras que 84 personas (57.9%) tienen una perspectiva de salud de nivel Medio; y, por último, 12 personas (8.3%) consideran su estado de salud general como Bajo. Este dato coincide con el del Instituto Nacional del Cáncer (2018), que indica que en estos pacientes predomina una buena percepción sobre la salud en general, con una tendencia a mejorar a pesar de la enfermedad y sienten que su salud es estable.

Tabla 21. Dimensión de Salud general

Preguntas	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
En general, usted diría que su salud es	11 (7,6%)	19 (13,1%)	63 (43,4%)	42 (29,0%)	10 (6,9%)
	Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo sé	Bastante falso	Totalmente falso
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	6 (4,1%)	16 (11,0%)	53 (36,6%)	25 (17,2%)	45 (31,0%)
Estoy tan sano como cualquiera	32 (22,1%)	32 (22,1%)	18 (12,4%)	24 (16,6%)	18 (12,4%)
Creo que mi salud va a empeorar	3 (2,1%)	2 (1,4%)	54 (37,2%)	31 (21,4%)	55 (37,9%)
Mi salud es excelente	36 (24,8%)	32 (22,1%)	47 (32,4%)	16 (11,0%)	14 (9,7%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En las preguntas referidas a la valoración sobre el estado general de salud, se observa en la tabla 21 que, 63 personas (43,4%) consideran tener buena salud; mientras que 10 personas (6,9%) dicen tener mala salud. Con respecto a la percepción de mejoría, hay 55 pacientes (37,9%) que sienten una buena salud, y que esta mejora con el paso del tiempo por la aplicación de tratamientos, se consideran que su perspectiva de vida tiene un buen panorama. Esto se sustenta en lo mencionado por Cáceres, Parra y Pico (2018) que mencionan que la calidad de vida relacionada con la salud se centra más bien en la percepción que tiene un sujeto acerca de su salud y capacidad.

3.3. Análisis de los resultados de las subescalas de salud SF-36 – Salud mental

Tabla 22. Dimensión de Vitalidad

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	15	10,3%
Medio	75	51,7%
Alto	55	37,9%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Del total de encuestados, según la tabla 22, 15 personas (10.3%) señalan que su vitalidad se encuentra en nivel Bajo; mientras que 75 personas (51.7%) indicaron sentirse con energía en un nivel Medio y 55 personas (37.9%) señalaron que su vitalidad está en un nivel Alto. Esto indica que los pacientes oncológicos se sienten con la energía suficiente para realizar sus rutinas en casa y tener el tratamiento para la enfermedad. Esto se ve sustentado en el trabajo de Rodas (2020) que indicó que los pacientes de cáncer de mama en estadio I, II y III sentían suficiente vitalidad para continuar sus vidas con relativa normalidad, mientras que pacientes en estadio IV sentían agotamiento constante.

Tabla 23. Ítems de Vitalidad

Preguntas	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	30 (20,7%)	28 (19,3%)	19 (13,1%)	47 (32,4%)	10 (6,9%)	11 (7,6%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	33 (22,8%)	27 (18,6%)	20 (13,8%)	44 (30,3%)	12 (8,3%)	9 (6,2%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	8 (5,5%)	10 (6,9%)	11 (7,6%)	65 (44,8%)	29 (20,0%)	22 (15,2%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En el desarrollo de las preguntas, como muestra la tabla 23, los mayores porcentajes se presentaron en la opción “algunas veces”, la más relevante es 65 personas (44,8%) que sintieron agotamiento de manera ocasional, donde la energía y vitalidad son parte fundamental de la calidad de vida relacionada a la salud, si estos factores son percibidos como bajos, pues en sí, la salud en general también se siente afectada.

Tabla 24. Dimensión de Funcionamiento social

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	30	20,7%
Medio	61	42,1%
Alto	54	37,2%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

La actividad social de los encuestados se ha visto afectada, según la tabla 24, a 30 personas (20.7%) con nivel Bajo que indica que la enfermedad ha afectado este proceso; seguido por 61 pacientes (42.1%) con un nivel Medio; y 54 individuos (37.2%) que indicaron que la actividad social no ha sido afectada, los que llega al nivel Alto. A pesar del tiempo que requiere aplicar los tratamientos, tanto en domicilio, como en la institución, la mayoría de

pacientes ha tratado de convivir normalmente con su entorno, en especial, en sus lugares de trabajo, con la familia y, en ciertos puntos del tratamiento, con el personal que labora en el hospital (Tuesca, 2005).

Tabla 25. Ítems de Funcionamiento social

Preguntas	Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Nada	
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales	19 (13,1%)	18 (12,4%)	25 (17,2%)	45 (31%)	38 (26,2%)	
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	19 (13,1%)	17 (11,7%)	23 (15,9%)	43 (29,7%)	13 (9%)	30 (20,7%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Se observa en la tabla 25, que 45 personas (31%) mencionaron que sus actividades sociales han sido afectadas un poco; mientras que 19 (13,1%) indicaron que las actividades sociales sí fueron bastante afectadas por la salud física. En cuanto a convivencia con familia o amigos, los porcentajes son similares en la opción “algunas veces” 43 personas (29,7%) eligieron esta respuesta. De acuerdo a Rodríguez, Díaz, Martínez, y Mendoza, (2014) recomiendan que el paciente tenga apoyo social basado en la satisfacción de necesidades mediante interacción con otras personas, al ser así, el paciente siente confianza para compartir sus sentimientos, sus problemas personales o solicitar ayuda cuando lo requiera.

Tabla 26. Dimensión de Rol emocional

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	71	49,0%
Medio	0	0%
Alto	74	51,0%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la dimensión de rol emocional, la tabla 26 muestra 71 personas (49%) indican un nivel bajo por lo que presentaron dificultad en el trabajo y actividades cotidianas debido a problemas emocionales, mientras que 74 personas (51%) no mostraron tener limitaciones algunas.

Tabla 27. Ítems de Rol emocional

Preguntas	Si	No
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	74 (51%)	71 (49%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	73 (50,3%)	72 (49,7%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	69 (47,6%)	76 (52,4%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Sobre el rol emocional, se detallan las preguntas en la tabla 27, el factor que más afectó a 74 personas (51%), es el tiempo que redujeron sus actividades cotidianas, lo que indica que su rutina sí mermó debido a la enfermedad y la asistencia a los tratamientos. Los problemas emocionales afectan drásticamente la vida diaria del paciente, incluso llega al punto de abandonar varias actividades que realizaban en su día a día. A pesar de tener una perspectiva buena sobre su salud física, en la parte emocional existen criterios variados sobre cómo la enfermedad afecta y reduce el nivel en la parte mental y emocional (Cáceres, Parra y Pico, 2018).

Tabla 28. Bienestar emocional

Nivel	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	9	6,2%
Medio	65	44,8%
Alto	71	49,0%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la tabla 28, los pacientes encuestados ven posibilidades favorables en su recuperación y por tal motivo, desarrollan una actitud positiva frente a la enfermedad, esto se observa en el bienestar emocional, donde tan solo 9 personas (6.2%) están en nivel bajo; 65 pacientes (44.8%) señalan su bienestar emocional en un nivel medio; por último, 71 personas (49%) indican que su bienestar emocional es alto. En la muestra obtenida, la sensación de bienestar emocional en la mayoría de pacientes es buena, debido a la actitud que los pacientes tienen al recibir el tratamiento.

Tabla 29. Ítems bienestar emocional

Preguntas	Ítems bienestar emocional					
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	8 (5,5%)	5 (3,4%)	10 (6,9%)	55 (37,9%)	33 (22,8%)	34 (23,4%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	2 (1,4%)	4 (2,8%)	9 (6,2%)	41 (28,3%)	48 (33,1%)	41 (28,3%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	34 (23,4%)	32 (22,1%)	21 (14,5%)	46 (31,7%)	10 (6,9%)	2 (1,4%)
Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	6 (4,1%)	8 (5,5%)	12 (8,3%)	60 (41,4%)	36 (24,8%)	23 (15,9%)

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Como indica la tabla 29, los estados negativos predominan en el rango de algunas veces, específicamente el nerviosismo en el 37,9%; moral baja en el 28,3% y tristeza en un 41,4%. Mientras que dijeron sentirse calmados y tranquilos siempre y casi siempre el 23,4% y 22,1% respectivamente. No obstante, en el estado positivo predominan los mayores porcentajes en el rango de algunas veces en el 31,7%. El paciente demuestra una calma relativa al momento de recibir el tratamiento con la esperanza de que su salud va a recuperarse, esto se refleja en el trabajo de Araya et al. (2017) quien menciona la importancia de la comunicación entre paciente y personal médico, un buen ambiente en el entorno, empatía y control de las emociones.

3.4. Análisis de dimensiones

Tabla 30. Análisis Dimensión- Género

Dimensiones	Género	
	Masculino	Femenino
Función física	66,47%	59,28%
Rol físico	26,47%	16,08%
Dolor corporal	61,18%	54,37%
Salud general	57,94%	60,27%
Vitalidad	61,18%	58,92%
Función Social	63,97%	56,64%
Rol Emocional	66,67%	46,25%
Salud Mental	70,12%	65,41%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En tabla 30, se analizan los puntajes más altos con respecto al género. En la dimensión de salud mental con un 70,12% para varones y 65,41% para mujeres; mientras que la dimensión

con más bajo porcentaje se presenta en rol físico donde los hombres promediaron el 26,47% y las mujeres el 16,08%. Se observa que los varones puntúan más alto que las mujeres en todas las dimensiones, excepto en salud general.

En este dato social, influye también la vida familiar, donde el varón representa la cabeza de la familia en la mayoría de hogares, lo que genera en los hombres una mentalidad más fuerte para sobrellevar la enfermedad con el fin de seguir sus labores cotidianas. Según Cáceres, Ruiz, Germá y Busques (2007) en el Manual para el paciente oncológico plantea que es normal y frecuente que hombres y mujeres presenten cambios de humor, mayor irritabilidad y poca capacidad de soportar adversidades; sin embargo, superar estos problemas depende en parte de la compañía de la persona.

Tabla 31. Análisis Dimensión- Edad

Dimensiones	Edad		
	Joven adulto (18 – 30)	Adulto intermedio (31 – 60)	Edad avanzada (61+)
Función física	68,75%	65,77%	51,60%
Rol físico	6,25%	17,97%	20,50%
Dolor corporal	58,75%	54,95%	57,60%
Salud general	62,50%	64,34%	51,10%
Vitalidad	55,00%	62,14%	54,90%
Función Social	68,75%	60,85%	53,00%
Rol Emocional	66,67%	52,75%	46,67%
Salud Mental	74,00%	68,00%	63,20%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En cuanto a la edad, la tabla 31, muestra los pacientes presentan puntuaciones bajas en rol físico, tanto los jóvenes adultos (6,25%), como adultos intermedios (17,97%) y los de edad avanzada (20,50%). En salud mental predominan con puntajes altos, los jóvenes adultos (74%), los adultos intermedios (68%) y los de edad avanzada (63,20%). A esto, se añade que los jóvenes adultos (18-30 años) tienen mejores indicadores en la mayoría de las dimensiones, esto debido a la fortaleza física que genera una mejor expectativa de su recuperación.

Lo contrario se presenta en edad avanzada (61+), donde los niveles de las dimensiones se redujeron, sin embargo, predominan los puntajes más altos en las dimensiones relacionadas con la salud mental y la madurez emocional; esto genera una relativa calma en el proceso de tratamiento de la enfermedad. El factor edad tiene una gran influencia en el periodo de la enfermedad; según Sánchez, Sierra y Martín (2015) el análisis del estado de salud, de

acuerdo a la edad, se basa más en la actitud del paciente que en sus propias limitaciones, pues esta afecta su ánimo, su desempeño emocional y físico.

Tabla 32. Análisis Dimensión- Estado civil

Dimensiones	Estado civil				
	Casado/a	Soltero/a	Divorciado/a	Viudo/a	Conviviente
Función física	60,94%	64,40%	56,07%	50,38%	76,25%
Rol físico	20,71%	16,00%	12,50%	15,38%	18,75%
Dolor corporal	55,71%	63,20%	42,14%	56,35%	59,69%
Salud general	58,82%	67,80%	51,43%	52,31%	70,63%
Vitalidad	58,35%	63,80%	52,86%	58,85%	70,00%
Función Social	55,88%	64,00%	58,04%	57,69%	68,75%
Rol Emocional	49,02%	48,00%	71,43%	38,46%	66,67%
Salud Mental	65,27%	70,24%	69,71%	61,54%	70,50%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

La tabla 32 muestra el estado civil, los convivientes puntúan alto en la mayoría de las dimensiones excepto en tres: en rol físico, el cual, puntúa más alto en las personas casadas con un 20,71%; en dolor corporal puntúan más alto los solteros con un 63,20% y en rol emocional puntúan alto los divorciados (71,43%). Se analiza que todos los grupos de estado civil puntuaron bajo en rol físico.

La dimensión que presentó mayor puntuación, según estado civil, fue salud mental, menos en los divorciados quienes puntuaron alto en rol emocional, y los convivientes que puntuaron alto en la dimensión de función física. De acuerdo a lo mencionado por Cáceres et al. (2007) el diagnóstico y tratamiento de cáncer generan cambios forzosos en la vida de pareja, uno de ellos es la reducción de la afectividad física pero el aumento del apoyo emocional.

Tabla 33. Análisis Dimensión- Nivel de instrucción

Dimensiones	Nivel de instrucción					
	Ninguno	Primaria	Secundaria	Bachiller	Tercer Nivel	Cuarto Nivel
Función física	32,50%	53,17%	65,00%	69,00%	69,36%	60,00%
Rol físico	0,00%	9,29%	11,00%	11,67%	42,31%	0,00%
Dolor corporal	40,00%	52,74%	52,00%	60,50%	63,65%	22,50%
Salud general	55,00%	53,41%	59,40%	69,33%	67,67%	60,00%
Vitalidad	27,50%	57,22%	60,60%	61,33%	63,46%	50,00%
Función Social	37,50%	51,39%	67,00%	70,83%	61,22%	25,00%
Rol Emocional	0,00%	31,22%	76,00%	64,44%	63,25%	100,00%
Salud Mental	20,00%	64,00%	68,96%	69,87%	69,64%	84,00%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la tabla 33, se determina que el nivel más alto está en el rol emocional en el grupo de pacientes que terminaron la secundaria (76%); se destaca que las dimensiones más bajas

fueron rol físico y emocional que indicaron un 0% en los encuestados con ningún nivel de instrucción educativa. Se observa que las personas que tienen título de tercer nivel presentan puntuaciones altas en todas las dimensiones, incluido rol físico que llegó al 42,31%. Es así que aquellas personas que tienen mejor nivel educativo han llevado de mejor manera la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, debido a que se han instruido sobre estos aspectos y así también, educarse para tener una mejor calidad de vida (Bravo et al., 2018).

Tabla 34. Análisis Dimensión- Situación económica

Dimensiones	Situación Económica		
	Bueno	Regular	Mala
Función física	62,24%	87,00%	56,75%
Rol físico	30,26%	15,23%	10,50%
Dolor corporal	58,82%	57,67%	43,13%
Salud general	57,89%	60,98%	57,75%
Vitalidad	62,11%	59,08%	56,00%
Función Social	62,17%	57,33%	55,63%
Rol Emocional	60,53%	47,89%	46,67%
Salud Mental	71,26%	65,20%	63,20%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

La tabla 34, enseña que la situación económica es un factor determinante en el proceso de la enfermedad, los pacientes que tienen una situación desfavorable presentan bajas cifras en las dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud. La dimensión rol físico fue la más baja en todas las situaciones económicas, con un valor bajo (10,50%) en los pacientes con situación económica mala. En tanto que el porcentaje más alto se presentó en los pacientes con situación económica regular con un 87% en la dimensión física.

Se determina que la parte económica es fundamental en el proceso de la enfermedad y tratamiento, como se mira en los encuestados con buena situación económica donde se presentaron los porcentajes más altos, la dimensión salud mental (71,26%) es la más relevante. De acuerdo a datos estadísticos de SOLCA (2018), la mayoría de pacientes que tienen buena y regular situación económica, tienen más posibilidades de acceder a tratamientos, medicinas y terapias psicológicas para incrementar y mejorar su calidad y estilo de vida mientras conllevan la enfermedad.

Tabla 35. Análisis Dimensión-Sustento económico de casa

Dimensiones	Sustento Económico							
	Esposo/a	Yo mismo/a	Hijos	Yo mismo/a, Esposo/a	Esposo/a, Hijos	Yo mismo/a, Padres	Padres	Otros
Función física	63,00%	63,39%	56,54%	64,13%	56,25%	51,67%	65,00%	64,00%
Rol físico	16,50%	26,25%	9,62%	22,83%	31,25%	0,00%	50,00%	15,00%
Dolor corporal	57,65%	57,68%	59,71%	53,91%	44,38%	70,83%	33,75%	42,50%
Salud general	60,40%	56,96%	54,23%	61,30%	71,25%	78,33%	60,00%	69,00%
Vitalidad	58,60%	59,64%	58,08%	60,00%	81,25%	63,33%	50,00%	57,00%
Función Social	55,75%	62,05%	62,50%	57,61%	46,88%	75,00%	62,50%	60,00%
Rol Emocional	44,67%	54,76%	46,15%	62,32%	83,33%	66,67%	83,34%	60,00%
Salud Mental	65,76%	67,71%	66,15%	65,57%	73,00%	68,00%	74,00%	68,00%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

La salud mental predominó con los puntajes más altos en todas las opciones de sustento económico, a excepción de aquellos pacientes que dependen económicamente de su esposo e hijos, donde la dimensión más alta fue el rol emocional (83,33%). Como muestra la tabla 35, en el grupo que dependen de sí mismo y los padres, fue la función social (75%) la que predominó, y, por último, donde los padres son el sustento económico se repite el rol emocional (83,34%).

El rol físico es la dimensión con más bajos porcentajes en todos los casos, excepto en los pacientes que dependen económicamente de los padres, donde la puntuación más baja correspondió a dolor corporal (33,75%). El sustento económico, es también primordial en la fase de tratamiento de la enfermedad, a pesar de que la mayoría de pacientes cuentan con convenio con la institución, les es necesario también apoyarse de ingresos económicos para mejorar su fortaleza emocional y física. Como se observa que los pacientes que tienen apoyo económico de su pareja e hijos, son los que mejores porcentajes presentan en la parte emocional.

Tabla 36. Análisis Dimensión-Hijos

Dimensiones	Hijos	
	Sí	No
Función física	60,19%	67,67%
Rol físico	18,15%	21,67%
Dolor corporal	55,27%	62,00%
Salud general	58,77%	68,00%
Vitalidad	59,54%	58,67%
Función Social	56,44%	75,00%
Rol Emocional	50,00%	60,00%
Salud Mental	65,97%	71,20%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Los pacientes oncológicos que no tienen hijos puntuaron más alto en todas las dimensiones a excepción de vitalidad (tabla 36). Los pacientes que tienen hijos obtienen el porcentaje más bajo en rol físico con el 18,15% mientras que los que no tienen hijos obtuvieron 21,67%. Por otra parte, las puntuaciones más altas en los pacientes con hijos correspondieron a la dimensión salud mental (65,97%) y en los que no tuvieron hijos la dimensión más alta fue función social con un 75%. Los resultados evidencian que el tener hijos demanda más actividad física y emocional, así también, el nivel de preocupación, estrés y dolor corporal se eleva, lo que deriva en una reducción de los porcentajes de las dimensiones.

Tabla 37. Análisis Dimensión-Convenio con Solca

Dimensiones	Convenio	
	Si	No
Función física	60,56%	48,75%
Rol físico	18,33%	12,50%
Dolor corporal	56,23%	25,00%
Salud general	59,37%	40,00%
Vitalidad	60,40%	32,50%
Función Social	56,65%	50,00%
Rol Emocional	50,26%	41,67%
Salud Mental	66,83%	39,00%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la tabla 37, el estado de las dimensiones de CVRS de los pacientes que tienen o no convenio con SOLCA, se aprecia que aquellos que sí tienen, presentan puntuación más alta contra aquellos que no tienen el convenio. La salud mental es la que más alta puntuación (66,83%), mientras que rol físico es el más afectado con 18,33%. Los encuestados que no tienen convenio con la institución, mostraron índice bajo en el rol físico (12,50%) y 50% en la función social como el más alto. Esto demuestra que existe una mejor disposición al bienestar mental o emocional en aquellos pacientes que sí tienen convenio con la institución, debido a que la carga económica que genera el tratamiento se reduce notablemente.

A continuación, se analizan los resultados por los tipos de cáncer, haciéndose una diferenciación entre aquellos que están representados por un solo paciente, de los que tienen dos o más pacientes que lo padecen.

Tabla 38. Análisis Dimensión-Tipos de cáncer (1 pacientes)

Tipo de cáncer	Dimensión							
	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
CA de sigma con metástasis	60,00%	0,00%	22,50%	60,00%	50,00%	25,00%	100,00%	84,00%
CA de duodeno	25,00%	0,00%	100,00%	55,00%	70,00%	50,00%	0,00%	92,00%
CA de estómago	10,00%	0,00%	45,00%	55,00%	40,00%	12,50%	0,00%	52,00%
CA de retroperitoneo con metástasis	95,00%	0,00%	35,00%	45,00%	43,75%	55,00%	75,00%	100,00%
CA de mola hidatiforme completa	80,00%	25,00%	100,00%	30,00%	45,00%	62,50%	33,33%	72,00%
CA de útero con metástasis	10,00%	0,00%	32,50%	35,00%	0,00%	0,00%	0,00%	28,00%
CA de vagina	90,00%	25,00%	70,00%	75,00%	65,00%	70,00%	50,00%	66,67%
Cistoadenocarcinoma de ovario	60,00%	50,00%	57,50%	45,00%	60,00%	62,50%	33,33%	56,00%
Tumor de Krukenberg de ovario	85,00%	75,00%	100,00%	65,00%	85,00%	100,00%	100,00%	80,00%
CA de pabellón auricular	80,00%	0,00%	22,50%	60,00%	60,00%	50,00%	100,00%	76,00%
CA de piel	5,00%	0,00%	42,50%	70,00%	45,00%	25,00%	0,00%	56,00%
Sarcoma retroperitoneal irresecable	45%	0,00%	77,50%	80,00%	60,00%	62,50%	66,67%	60,00%
Tumor neuro endocrino con metástasis	25%	0,00%	45,00%	85,00%	50,00%	50,00%	0,00%	40,00%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Sobre los tipos de cáncer que cuentan con 1 persona, en la tabla 38, se destacan rol emocional, dolor corporal y salud mental que llegan al 100%. Mientras que la dimensión con índice más bajo es el rol físico que tiene el 0,00% en varios tipos de cáncer. La paciente que presenta bajos niveles en los índices es aquella que padece de cáncer de útero con metástasis, que percibe su estado de salud al 0,00% en el rol físico, vitalidad, función social y rol emocional, esto es 4 de las 8 dimensiones que conforman calidad de vida; en términos generales su expectativa de salud es del 19% en salud física y salud mental con el 14%.

La paciente con Tumor de Krukenberg de ovario tiene los índices más altos, llega al 100% en dolor corporal, función social y rol emocional. Según SOLCA (2018) estos tipos de cáncer tienen baja cantidad de pacientes debido a que son casos especiales y su padecimiento no es común. Varios de ellos están en etapa de metástasis y esto implica un deterioro notable en el estado de salud física y mental.

Tabla 39. Análisis Dimensión-Tipos de cáncer (2 o más pacientes)

Tipo de cáncer	Dimensiones							
	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
De mama	63,1%	14,29%	54,58%	61,07%	58,21%	59,23%	41,27%	65,33%
Cérvix	70,38%	11,54%	65,19%	61,92%	64,26%	60,58%	43,59%	71,38%
Ovario	64,29%	32,14%	53,39%	61,79%	64,29%	68,75%	54,76%	73,43%
Linfoma NH	60,00%	27,08%	58,75%	51,67%	53,33%	50%	44,44%	60,33%
Colon	58,89%	13,89%	50,28%	58,33%	65,56%	61,11%	77,78%	72,00%
Recto	58,33%	13,89%	53,06%	55,56%	61,67%	47,22%	81,48%	71,11%
Gástrico	72,14%	14,29%	70,36%	65,71%	66,43%	75,00%	80,95%	75,43%
Próstata	61,25%	46,88%	69,38%	60,63%	60,63%	56,25%	41,67%	66,00%
CA de endometrio	45,00%	0,00%	30,00%	62,00%	63,00%	35,00%	33,33%	56,8%
CA de hígado	58,75%	37,5%	48,13%	70,00%	72,5%	71,88%	75%	82,00%
Melanoma	68,33%	25,00%	52,50%	45,00%	48,33%	83,33%	44,44%	52,00%
CA cuello de útero	52,50%	17,50%	52,50%	60,00%	60,00%	50,00%	0,00%	46,00%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En cuanto a los tipos de cáncer, en la tabla 39 se indica que los pacientes que padecen melanoma tienen el puntaje más alto en la dimensión de función social (83,33%); mientras que el más bajo se presentó en rol físico de los pacientes con cáncer de cérvix (11,54%). Sobre los pacientes con mejores indicadores en la mayoría de las dimensiones, está el grupo que tienen cáncer de cérvix cuyas cifras sobrepasan el 60%. Mientras que las puntuaciones más bajas se presentan en los pacientes que sufren de cáncer de endometrio.

En general, el rol físico se mantiene como el más bajo en todos los tipos de cáncer, a excepción del grupo de cáncer de próstata donde el rol emocional es la cifra más baja con el 41,67%. De acuerdo a estadísticas de SOLCA (2018), los tipos de cánceres de mayor perspectiva para recuperación en el género femenino son el de mama, cuello uterino y tiroides; mientras que, en los varones, se destacan el de próstata y linfoma. Esto se verifica en las puntuaciones mostradas.

Tabla 40. Análisis Dimensión- Intervención psicológica

Dimensiones	Intervención Psicológica	
	SÍ	NO
Función física	58,45%	61,99%
Rol físico	24,40%	16,12%
Dolor corporal	56,55%	55,73%
Salud general	59,40%	59,85%
Vitalidad	60,48%	59,03%
Función Social	58,04%	58,50%
Rol Emocional	61,91%	46,60%
Salud Mental	69,62%	65,24%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Las dimensiones tienen poca variación en los pacientes que SÍ recibieron tratamiento psicológico y aquellos que NO, en la tabla 40 se observa que salud mental se presenta como la dimensión más fuerte en aquellos pacientes que sí recibieron tratamiento psicológico (69,62%); mientras que el rol físico es la más baja con el 24,40%; esto también se ve en pacientes que no recibieron tratamiento psicológico, donde el rol físico tiene el 16,12% como media, mientras que salud mental (65,24%), como el factor más fuerte. Aquellos pacientes que sí recibieron tratamiento psicológico profesional tienen mejores expectativas de vida, porque fortalecen todas las dimensiones a partir de una terapia psicológica.

Tabla 41. Análisis Dimensión-Estadío

Dimensiones	Estadío				
	I	II	III	IV	Especial
Función física	59,38%	59,33%	61,60%	62,08%	53,75%
Rol físico	21,88%	8,33%	16,70%	25,94%	12,50%
Dolor corporal	57,50%	52,92%	56,10%	58,40%	41,88%
Salud general	55,00%	52,00%	65,40%	59,15%	63,75%
Vitalidad	60,63%	59,33%	62,10%	57,45%	51,25%
Función Social	54,69%	60,42%	59,25%	57,55%	50,00%
Rol Emocional	33,33%	62,22%	42,67%	58,49%	8,33%
Salud Mental	65,50%	68,13%	68,08%	65,58%	49,00%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

La dimensión con puntuación más alta es salud mental en todos los estadíos, excepto en el caso especial (63,75%); mientras que rol físico tiene las estadísticas más bajas, excepto el caso especial donde el rol emocional fue el más bajo con el 8,33%. En la tabla 41 se muestra que el estadío I y el caso especial presentan las puntuaciones más bajas en todas las dimensiones. Los estadíos II y IV son los más favorables, ambos, en tres dimensiones presentan los porcentajes más altos. En la parte psicológica, los pacientes muestran mejores percepciones de recuperación; sin embargo, es necesario el aporte profesional para incrementar los índices positivos.

De acuerdo a lo mencionado por Rodas (2020), los estadíos con peores percepciones en calidad de vida son III y IV, y aquí se generan la mayor cantidad de reacciones emocionales negativas debido al tratamiento y perjuicio del entorno. Además, se menciona la importancia de la comunicación al momento de transmitir el diagnóstico por parte del personal médico al paciente y su familia, y se destaca que, desde este momento, la relación médico-paciente se fortalece, así, los actores generar suficiente confianza en el tratamiento y en la institución,

sumado a esto la importancia de dividir la carga emocional entre paciente y su familia para disminuir la dificultad que presenta el proceso de la enfermedad.

Tabla 42. Análisis Dimensión-Tratamiento recibido

Tratamiento	Dimensión							
	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Cirugía, Quimioterapia, Fármacos	57,66 %	16,94 %	54,31 %	59,1 9%	58,15 %	55,04 %	52,15%	65,3 5%
Quimioterapia, Fármacos	69,81 %	19,63 %	61,34 %	62,6 9%	62,22 %	63,89 %	54,32%	69,7 8%
Quimioterapia	58,08 %	9,62 %	60% %	54,2 3%	63,85 %	57,69 %	46,15%	64,6 2%
Quimioterapia, Radioterapia, Fármacos	43,33 %	33,33 %	50% %	50,8 3%	45,83 %	47,92 %	38,89%	55,3 3%
Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Fármacos	55,00 %	16,67 %	31,67 %	61,6 7%	55,00 %	62,50 %	44,44%	72,0 0%
Cirugía, Radioterapia, Fármacos	70,00 %	37,50 %	62,50 %	65,0 0%	70,00 %	62,50 %	66,67%	76,0 0%
Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Tratamiento Hormonal	50,00 %	100,0 0%	57,50 %	75,0 0%	80,00 %	62,50 %	0,00%	72,0 0%
Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Fármacos, Braquiterapia	45,00 %	0,00 %	20,00 %	70,0 0%	60,00 %	75,00 %	33,33%	72,0 0%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En la tabla 42, según el tipo de tratamiento se denota que todos los grupos puntúan bajo en la dimensión de rol físico, excepto el grupo de cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal quien puntuó bajo solo en la dimensión de rol emocional (0%). Por el contrario, la dimensión de salud mental es la que predomina puntuaciones altas en todos los tipos de combinación de tratamientos a excepto en la combinación de cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal cuya dimensión dominante es el rol físico (100,00%) y más baja rol emocional (0%).

El grupo de tratamiento de Quimioterapia, Radioterapia, Fármacos tiene puntuaciones menores a 56% en todas las dimensiones. Los tratamientos son esenciales en el proceso de recuperación de los pacientes oncológicos, cuando es necesario una combinación de procedimientos se da una variación en las dimensiones debido a que existen pacientes que ya sienten mejoría en su salud, y otros que sienten más desgaste, tanto físico como emocional. Es necesario el apoyo de la familia y de los cuidadores, estos últimos tienen la responsabilidad de guiar el proceso y dar el apoyo requerido para mejorar la calidad de vida del paciente durante el tratamiento.

Tabla 43. Análisis Dimensión-Tiempo de enfermedad

Dimensiones	Tiempo enfermedad				
	0-3 meses	4-6 meses	7-11 meses	1 – 5 años	6 – 10 años
Función física	59,84%	62,44%	62,73%	60,57%	53,33%
Rol físico	11,72%	13,41%	25,45%	23,86%	25,00%
Dolor corporal	53,59%	59,70%	63,18%	52,84%	39,58%
Salud general	55,16%	63,66%	60,23%	59,20%	59,17%
Vitalidad	55,78%	60,00%	62,50%	61,02%	52,50%
Función Social	56,64%	56,71%	64,20%	57,67%	62,50%
Rol Emocional	44,79%	55,28%	50,00%	23,86%	38,89%
Salud Mental	58,25%	69,95%	68,91%	68,45%	64,00%

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

En lo que se refiere a tiempo de enfermedad, en la tabla 43, sobresale la dimensión salud mental en todos los grupos, menos en los que llevan de 0 – 3 meses, donde el puntaje más alto es en la dimensión función física. Mientras que el más bajo es rol físico en todos los grupos, el más bajo es 11,72% en el grupo de 0-3 meses. Aquellos pacientes que tienen la enfermedad entre 7 a 11 meses son los que presentan mejores porcentajes en la mayor cantidad de dimensiones; y el grupo con peores números es el que tiene la enfermedad entre 0 a 3 meses cuyos datos no pasan del 59%.

Se interpreta que los pacientes que recién empiezan con el tratamiento de la enfermedad tienden a presentar más temor al porvenir, debido a que no tienen conocimiento de los efectos, ni de cómo y cuánto dura la enfermedad y el tratamiento. Estos factores disminuyen notablemente las dimensiones que conforman la calidad de vida relacionada a la salud.

CONCLUSIONES

- Una vez realizada la investigación, se menciona que la calidad de vida relacionada a la salud se define por varias dimensiones que permiten tener un indicador del bienestar o malestar que siente el paciente. La calidad de vida relacionada a la salud se refiere al impacto, agravamiento de la enfermedad o intervenciones terapéuticas bajo la percepción individual. En otras palabras, la percepción del cambio en el estado de salud por parte del individuo y el impacto de este cambio en sus actividades diarias o rutina de vida.
- El diagnóstico de cáncer afecta la salud psicológica del paciente, sus familiares y cuidadores. Los sentimientos comunes durante esta experiencia incluyen ansiedad, angustia y depresión; también se ve afectados los roles en el hogar, la escuela y el trabajo. La búsqueda de un nuevo significado en la vida es el aspecto del cáncer donde más a menudo influye de manera positiva en la vida. Por otra parte, el miedo a la muerte afecta a la mayoría de las personas cuando les diagnostican cáncer.
- En la población estudiada, la media de salud física es de 48,79% inferior a la de salud mental con un 58,84%; y una media total de Calidad de Vida en relación a la salud de 53,82%. En salud física la categoría de mayor puntaje es la función física con un 60,97%, mientras que en salud mental predomina el bienestar emocional con un 66,51%.
- En el análisis de los resultados por datos sociodemográficos, los grupos de pacientes con resultados más favorables en su CVRS fueron: por género los hombres; por edades los jóvenes adultos; por estado civil los convivientes; por nivel de instrucción los de cuarto nivel; por situación económica los de nivel más elevado; por sustento económico aquellos que dependen de sus padres; en cuanto a los hijos los que no tienen; por tipo de cáncer los de cáncer de cérvix; los que sí recibieron intervención psicológica; los pacientes en etapa III y IV; por tipo de tratamiento el grupo de Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia y Tratamiento Hormonal y por tiempo con la enfermedad los que llevan de 7 a 11 meses.

RECOMENDACIONES

- Mejorar el apoyo y la atención psicológica al paciente oncológico, con el fin de evitar un deterioro de su calidad de vida debido a la enfermedad, desde la fase de detección hasta el tratamiento y de esta forma se reduzca la percepción negativa en el proceso de la enfermedad.
- Promover la intervención psicológica para familiares y cuidadores del paciente oncológico, debido a que esta enfermedad genera incertidumbre, miedo y no ataca solo al paciente, sino también, impacta a nivel emocional a sus acompañantes. Por esta razón, se recomienda dar charlas gratuitas para fomentar la psicoeducación oncológica, tanto a pacientes como a familiares de primera línea o cuidadores. El apoyo emocional de forma empática promueve el bienestar psicológico y mejora la relación entre el paciente y su familia.
- Al elegir el tratamiento médico o quirúrgico para pacientes oncológicos se tiene una decisión compleja e individualizada que implica una evaluación exhaustiva de la eficacia prevista de cada tratamiento. Aquí, se recomienda que los médicos hagan partícipe del plan de tratamiento a sus pacientes, estos basan su decisión en el apoyo y opinión del profesional de la salud. También se recomienda que la intervención psicológica o psiquiátrica sea parte del plan de tratamiento, debido al gran impacto emocional que genera alteraciones emocionales o trastornos mentales.
- Sugerir estudios adicionales que utilicen la metodología de revisión sistemática para encontrar evidencia aún más sólida, que respalde la práctica clínica con los pacientes oncológicos y resalte la importancia de estudios cuyos resultados puedan instar a las instituciones de salud, públicas o privadas, a reflexionar, planificar, desarrollar y ampliar las unidades de cuidados paliativos, con el objetivo de brindar a los pacientes con cáncer avanzado o crónicos, y a sus familias, una vida plena, digna y atención respetuosa para mejorar su CVRS.

REFERENCIAS

- Afonso, G. (2017). *Cáncer de Mama y Calidad de Vida: Una Revisión Bibliográfica*. (Tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, España. Obtenido de <http://bit.ly/3FnppN8>
- Aguirre, H., Núñez, C., Navarro, A., & Cortés, S. (2017). *Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el FACT-B Y SF-36*. *Revista Psychologia* 11(1), 109-120. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/2972/297251403009/html/>
- American Cancer Society (2019). *Efecto del Quimiocerebro*. Atlanta Georgia: Obtenido de https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cambios-psicoemocionales/quimiocerebro.html#escrito_por
- American Cancer Society (2020). *Información sobre el cáncer para hombres*. Atlanta Georgia: Obtenido de <https://www.cancer.org/es/saludable/cancer-datos-factuales/informacion-sobre-el-cancer-para-hombres.html>
- American Cancer Society (2020). *Información sobre el cáncer para mujeres*. Atlanta Georgia: Obtenido de <https://www.cancer.org/es/saludable/cancer-datos-factuales/informacion-sobre-el-cancer-para-mujeres.html>
- Araujo, A. (2004). *Tratamiento del dolor en el paciente oncológico*. *Anestesiología Sistema Sanitaria Navarro*, 27(3), 63-75. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600007
- Araya, N., Barrantes, K., Fernández, M., Rodríguez, M. & García, J. (2017). *Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica*. *InterSedes*, XVIII(38), 68-87. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24582017000200068

- Bernal, B., Figueroa, D., Gutiérrez, J., Ramírez, R., Rangel, J., & Castellanos, A. (2017). *Percepción y conocimiento del autoexamen de mama antes y después de una intervención educativa de salud en adolescentes. Revista salud, historia y sanidad, 12(2)*, 3–15. Recuperado de <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/179>
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la Investigación educativa*. Madrid, España: La Muralla. Obtenido de [https:// books. google. com. ec/ books? hl= es& lr= &id= VSb4_ cVukkcC& oi= fnd&pg= PA3& dq= Bisquerra, +R. +En+ Metodolog C3 ADa+ de+ la+ Investigaci C3 B3n+ educativa& ots= PwuwTflpCR& sig=9 6Wr8ZkcaLwWgcLJMTwHwb2sWxo#v= onepage&q= Bisquerra 2C 20R. 20En 20Metodolog C3 ADa 20de 20la 20Investigaci C3 B3n 20educativa&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=VSb4_cVukkcC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Bisquerra,+R.+En+Metodolog+C3ADa+de+la+Investigaci+C3+B3n+educativa&ots=PwuwTflpCR&sig=96Wr8ZkcaLwWgcLJMTwHwb2sWxo#v=onepage&q=Bisquerra+R.+En+20Metodolog+C3ADa+de+20la+20Investigaci+C3+B3n+20educativa&f=false)
- Bravo, L., García, L., Collazos, P., Carrascal, E., & Ramírez, O. (2018). *Información fiable para el control del cáncer en Cali, Colombia. Revista Colombia Médica 49(1)*, 23-34. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v49n1/es_1657-9534-cm-49-01-00023.pdf
- Brea, M., & García, J. (2020). *El ejercicio previene el cáncer, controla la progresión de la enfermedad y mejora el funcionamiento físico y psicosocial de los pacientes*. Madrid: Sociedad Española de Oncológica Médica. Obtenido de [https:// www. seom. org/ seomcms/images/stories/recursos/revista_116_pub.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/revista_116_pub.pdf)
- Cabrera, Y. (2021). *Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de [https:// cybertesis. unmsm. edu. pe/ bitstream/ handle/ 20. 500. 12672/ 16754/Cabrera_by.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16754/Cabrera_by.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cáceres, F., Parra, L. & Pico, O. (2018). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Población General de Bucaramanga, Colombia. Revista de Salud Pública, 20(2)*, 147 – 154. Obtenido de <https://bit.ly/3zUpdkm>

- Cáceres, M. L., Ruiz, F., & Germá, J. (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Barcelona: Egraf S.A. Obtenido de [https:// www. seom. org/ seomcms/ images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf)
- Cajina, L. (2020). *Importancia de la Educación para la Salud en currículo educativo*. *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*, 3(1), 170-180. Obtenido de <https://camjol.info/index.php/recsp/article/view/9799>
- Cardoso, M., & Massone, M. (2018). *Relación entre Calidad de Vida y Sobrevida en Pacientes Oncológicos*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <https://bit.ly/2YcNBAK>
- Carrazana, V. (2003). *El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial*. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 1(1), 1-19. Obtenido de [http:// www. scielo. org. bo/ scielo. php? pid= S2077- 21612003000100001&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612003000100001&script=sci_arttext)
- Casavilca, S., Custodio N., & Cancino K. (2017). *Deterioro cognitivo por quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de mama. Una problemática por definir en el Perú*. *Revista Neuropsiquiatría*, 80 (4). 239-246. Obtenido de [http:// www. scielo. org. pe/pdf/rnp/v80n4/a03v80n4.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n4/a03v80n4.pdf)
- Cerda, E., Rodríguez, H., Leveke, F., Reyes, S., & Olivares, G. (2015). *Calidad de vida en conductores de taxis colectivos usando el cuestionario short form 36 Versión 2*. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 43-48. Obtenido de [https:// scielo. conicyt. cl/ scielo. php? pid=S0718-24492015000100009&script=sci_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492015000100009&script=sci_arttext)
- Chang, L. (2019). *Esperanza y Resiliencia en Pacientes Oncológicos Adultos*. (Tesis de Grado). *Universidad Católica del Perú*. Obtenido de <https://bit.ly/3Ab9nCg>
- Coronado, J., Díaz, C. & Apolaya, M. (2009). *Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo*. *Revista Acta*

Médica 26(4), 230-238. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400008

División de Prevención y Control del Cáncer. (2021). *Tipos de Cáncer*. Obtenido de <https://bit.ly/3IEGYiw>

Erikson, E. (1985). *Ciclo de vida completo*. México: Paidós. Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/238983/369182/>

FEDER. (2010). *La familia: principal fuente de apoyo social*. [Mensaje en un blog]. Obtenido de https://blogs.comillas.edu/fei/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Intervenci%C3%B3n-con-la-Familia-.docxD_.pdf

Fernández, J., Fernández, M., & Cieza, A. (2010, abril). *Los Conceptos de Calidad de Vida, Salud y Bienestar Analizados desde la Perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)*. *Revista Española de Salud Pública*. Obtenido de <https://bit.ly/2Ybw3VL>

Fernández, C. (3 de junio de 2018). *Salud: mucho más que la ausencia de enfermedad*. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/salud/la-salud-no-es-solo-la-ausencia-de-enfermedad-por-eso-expertos-piden-cambiar-la-definicion-a-la-oms-226138>

Gabela, M. (2013). *Valoración del perfil del estado de salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica en fase terminal de la unidad de diálisis satélites del instituto ecuatoriano de seguridad social respecto a los pacientes que recibieron un trasplante renal en el hospital metropolitano de quito desde abril 2010 hasta octubre del 2012 valorado con el cuestionario de salud forma corta 36 segunda versión (SF-36V2)* (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7300>

- García, J., & Díaz, E. (2000). *Oncología Clínica Básica*. España: Arán Ediciones. Obtenido de <https://bit.ly/2Yn06tR>
- García, J., Quinde, V., Bucaram, R., & Sánchez, S. (2022). *Valoración económica del impacto en la morbimortalidad del cáncer cervicouterino "Sistema de Salud del Ecuador"*. *Revista Venezolana de Oncología*, 34(1), 38-54. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3756/375669596008/html/>
- González, J. (2017). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos*. (Tesis de grado) Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26005/2/TESIS-TERMINADA-JESSY-.pdf>
- Gordillo, F., Fierro, M., Cevallos, N., & Cervantes, M. (2017). *La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80652006005>
- Herrero, J. (2016). *Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud*. *Ene revista de enfermería*, 10(2), 1 – 5. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/317479493_Formalizacion_del_concepto_de_salud_a_traves_de_la_logica_impacto_del_lenguaje_formal_en_las_ciencias_de_la_salud
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education. Obtenido de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf

- International Agency of Research on cancer. (2019). *TNM: Guía de Usuario*. París. Obtenido de https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/Essential_20TNM_20Users_20Guide_SPA_22022019.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). *El Cáncer de Mama en Ecuador*. Quito: Ecuador. Obtenido de <https://bit.ly/3mhh8Bo>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2018). *La vida después del cáncer. La vida después del cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/sigaadelante.pdf>
- Jaimes, A., Ramírez, L., & Romero, A. (2020). *Relación entre Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos*. (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia. Obtenido de <https://bit.ly/3mhi2O1>
- Lam, A., Espinoza, F., Santos, J., & García, C. (2018). *Incidencia de Cáncer de Piel en Población de Machala, Ecuador*. *Revista Ciencia UNEM*, 11(27), 78-86. Obtenido de <https://bit.ly/2ZBkd7J>
- León, J. (2013). *Psicología de la Salud y de Calidad de Vida*. Barcelona, España: Editorial UOC. Obtenido de <https://bit.ly/3kPhJLf>
- Leone, M. (2021). *Guía Médica: Cáncer de Cuello Uterino en el Ecuador. Estado Actual*. Obtenido de <https://bit.ly/39RBETF>
- Lipowski, Z. J. (1969). *Psychosocial aspects of disease*. *Annals of Internal Medicine*, 71(6), 1197-1206. Recuperado de <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-71-6-1197>
- Lopera, J. (2020). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Exclusión de la Subjetividad*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Obtenido de <https://bit.ly/3kPVftr>

- López, M., Quesada, J., & López, Ó. (2019, 26 de diciembre). *Relación entre Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Determinantes Sociodemográficos en Adultos de Cuenca, Ecuador. Revista Economía y Política*. Obtenido de <https://bit.ly/3zLFWpT>
- Lugo, L. E., García, H. I., & Gómez, C. (2006). *Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 24(2)*, 43 - 48. <https://bit.ly/2YrVqTz>
- Maffuz, A., Sherwell, S. & Ruvalcaba, E. (2016). *Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos. Revista de Ginecología Obstetricia México, 84(8)*, 498-506. Obtenido de [https:// www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom168e.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom168e.pdf)
- Martínez, A. (2016). *Calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016*. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12672/5275>
- Mayorga, M., & Peñaherrera, A. (2019). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos y Cuidadores Primarios. Revista Griot, 12(1)*, 16 – 30. Obtenido de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/16986/15093>
- McLeod, S. (2018, 21 de mayo). *Maslow`s Hierarchy of Need. Simply Psychology*. Obtenido de <https://bit.ly/3AOQmql>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Cifras de Ecuador - Cáncer de Mama*. Quito: Ecuador. Obtenido de <https://bit.ly/2WsIqvQ>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Diagnóstico y detección oportunas son claves para mejorar calidad de vida de pacientes con cáncer*. Quito: Ecuador. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/diagnostico-y-deteccion-oportunas-son-claves-para-detectar-el-cancer/>

- Morales, M., Corrales, S., Vanterpoll, M., Ávalos, R., Salabert, I., & Hernández, O. (2018). *Cáncer Gástrico: Algunas Consideraciones sobre factores de Riesgo y Helicobacter Pylori*. *Revista Médica Electrónica*, 40(2), 433 – 444. Obtenido de <https://bit.ly/2W02Hc2>
- Moreno, B., & Gómez, C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo Veintiuno. Obtenido de <https://bit.ly/3EXLIsl>
- Moreno, C. (2016). *Estrategias de afrontamiento al paciente y calidad de vida en el oncológico*. (Trabajo de grado). Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12328/892>
- Oberreuter, G., Oliva, C., Contreras, J., & Cardemil, F. (2017). *Análisis de tiempos de espera en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Hospital San Juan de Dios*. *Revista Otorrinolaringología Cir. Cabeza Cuello* 77, 144-149. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v77n2/art04.pdf>
- Observatorio del cáncer AECC. (2019). *Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España*. Madrid: Observatorio del cáncer AECC. Obtenido de https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe_AECC_Atencion_psicologica.pdf
- Observatorio Global del Cáncer (2021). *Incidencia, Mortalidad y prevalencia del cáncer en Ecuador*. OMS. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>
- Ordóñez, G., Navas, V. & Buitrón, R. (2021). *Estudio actuarial de supervivencia en pacientes con cáncer colorrectal, atendidos en la unidad de oncología del Hospital Eugenio Espejo, Quito, periodo 2010 - 2016*. *Revista de Oncología* 31 (3), 201-212. Obtenido de <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/jhe2f>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de Febrero de 2022). *Cáncer*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

- Organización SOLCA. (2022). *Historia*. Obtenido de Solca Tungurahua: <https://solcatungurahua.org/hospital/#historia>
- Ostroot, N., Shin, D., & Snyder, W. (1982). *Qualité de la Vie Et B Onheur. Cahiers internationaux de Sociologie*. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/i40030263>
- Palomba, R. (2002, Julio). *Calidadde Vida:Conceptos y medidas. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas*. CELADE / División de Población, CEPAL , Santiago, Chile Obtenido de https://www.academia.edu/7127777/Calidad_de_Vida_Conceptos_y_medidas
- Perea, R. (2018). *Educación para la salud y calidad de vida*. Madrid: DIAZ DE SANTOS. Obtenido de <https://editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499690087.pdf>
- Pérez, D., Ramos, Á., & Falcón, J. (2016). *Evaluación de calidad de vida de los pacientes portadores de implante coclear mayores de 60 años en la Comunidad Autónoma de Canarias*. (Tesis Doctoral). Universidad de las Palmas de Gran Canarias, España. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10553/18016>
- Pérez, P., González, A., Mielez, I. & Uribe, A. (2017). *Relación del apoyo social, las estrategias de atontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos*. *Pensamiento Psicológico* 5(2), 41-54. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000200004
- Puello, E., Herrera, K. & German, S. (2020). *Sentimientos y Cambios en Niños y Adolescentes con Cáncer en Montería (2019)*. *Revista Ciencia y Cuidado. Scientific Journal of Nursing*, 17(2), 33-43. Obtenido de <https://bit.ly/3uBne3n>
- Puerto, J., Torres, L., & Cabanes, E. (2018). *Cáncer de Tiroides: Comportamiento en Cienfuegos*. *Revista de Enfermedades nos Transmisible Finlay*, 8(2), 94-102. Obtenido de <https://bit.ly/3optc6x>

- Reyna, R., Contreras, M., & Vega, H. (2021). *Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. Ansiedad y Estrés*, 27, 95-102. Obtenido de [https:// www. ansiedadyestres. es/ sites/ default/ files/ rev/ 2021/ anyes2021a13.pdf](https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a13.pdf)
- Rezende, G., Santos, C. d., & Martins, S. (2010). *Acompañamiento de pacientes portadores de cáncer por trabajadores de equipos de la salud de la familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18 (5), 2-7. Obtenido de [https:// www. scielo. br/ pdf/ rlae/ v18n5/ es_ 04.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_04.pdf)
- Rodas, L. (2016). *Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes oncológicos. Atendidos en el Instituto del Cancer SOLCA Cuenca-Ecuador 2016*. (Tesis de grado) Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Obtenido de [https:// dspace. uazuay. edu. ec/bitstream/datos/6354/1/12522.pdf](https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6354/1/12522.pdf)
- Rodas, L. (2020). *Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2018. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 38(1), 23 – 32. Obtenido de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3136>
- Rodríguez, P., Díaz, P., Martínez, T., & Mendoza, A. (2014). *Cuidar, cuidarse y sentirse bien: Guía para personas cuidadoras según el Modelo de Atención integral y centrada en la persona*. Madrid. Fundación Pilares. Obtenido de [https:// fiapam. org/ wp-content/uploads/2015/01/guia_cuidar_web.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2015/01/guia_cuidar_web.pdf)
- Rodríguez, M. (2007). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España. Obtenido de [https:// repositorio. uam. es/ bitstream/ handle/ 10486/ 2516/ 1491_ rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1)
- Rodríguez, M., Román, M., Aguilar, L., & Gallego, A. (2017). *Necesidades Emocionales en el Paciente Oncológico en Etapa Terminal. Biblioteca LasCasas*, 13. Obtenido de <https://bit.ly/3uxOhwC>

- Ros, J. (2017). *Implicación de la Espiritualidad en la Resiliencia y en la Calidad de Vida de Pacientes Oncológicos*. (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Murcia, España. Obtenido de <https://bit.ly/315Ot2Y>
- Sánchez, R. Sierra, F., & Martín, E. (2015). *¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer?. Avances en Psicología Latinoamericana 33(3), 371-385*. Obtenido de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3215/3031>
- Salazar, F., & Bernabé, E. (2012). *El SF-36 español en Perú: estructura factorial, validez de constructo y consistencia interna. Revista de Salud Pública de Asia Pacífico, 27(2), 372-380*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22247106/>
- Sociedad Americana Contra el Cáncer. (2018). *Principales sitios del cáncer. Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2018-2020, 8-12*. Obtenido de <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf>
- Solano, L., (2015). *Validez factorial del Cuestionario de Salud SF-36 en jubilados universitarios costarricenses*. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-844756>
- SOLCA. (2018). *Informes de Labores 2016-2018*. Quito: Solca Matriz. Obtenido de <https://www.solca.med.ec/quienes-somos/informe-de-gestion/>
- Solís, U., & Calvopiña, S. (2018, agosto). *Comorbilidades y Calidad de Vida en Osetoartritis. Revista Cubana de Reumatología*. Obtenido de <https://bit.ly/2Yb6ynv>
- SuportaMed. (17 de Mayo de 2021). *Clasificación y tipos de cáncer*. Obtenido de <https://suportamed.com/cancer-clasificacion-tipos/>

- Teijlingen, P. E., & Humphris, G. (2020). *Psicología y sociología aplicadas a la medicina*. Amsterdam, Países Bajos: Elsevier Health Sciences. Obtenido de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XF3UDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Teijlingen,+P.+E.,+26+Humphris,+G.+\(2020\).+Psicolog+C3+ADa+y+sociolog+C3+ADa+aplicadas+a+la+medicina&ots=ZhaxinY9n_&sig=ZRV0iXV3_1ub4iqubt46pgOs-TE](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XF3UDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Teijlingen,+P.+E.,+26+Humphris,+G.+(2020).+Psicolog+C3+ADa+y+sociolog+C3+ADa+aplicadas+a+la+medicina&ots=ZhaxinY9n_&sig=ZRV0iXV3_1ub4iqubt46pgOs-TE)
- Tobar, F., Bürgin, M., Hamilton, G., Lifschitz, E., & Yjilioff, R. (2014). *Respuestas a las Enfermedades Catastróficas*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC. Obtenido de <https://bit.ly/3kWdMEq>
- Tomalá, M., Vallejo, M., & Lino, N. (2018). *Evaluación de la Calidad de Vida utilizando el test EORTC QLQ C15-PAL en pacientes en tratamiento del dolor con Morfina Intratecal*. *Revista de Oncología*, 28(1), 72-83 Obtenido de [https:// pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000113](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000113)
- Tuesca, R. (2005). *La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla*. *Revista Salud Uninorte*, (21), 76-86. Obtenido de [https:// www. redalyc. org/ articulo. oa? id=81702108](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81702108)
- Uclés, V., & Espinoza, R. (2017). *Prescripción del ejercicio en el paciente con cáncer*. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*, 7(2), 11- 18. Obtenido de [https:// www. medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72585](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72585)
- Uzurú, A. (2010). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Elementos Conceptuales*. *Revista Médica Chile*. Obtenido de <https://bit.ly/3CPu6Nm>
- Verdugo, M & Schalock, R. (2013). *Discapacidad e inclusión*. Salamanca: Amarú. Obtenido de <https://bit.ly/3if7huQ>
- Verdugo, M., Martínez, B., Gómez, L., & Shalock, R. (2009). *ESCALA GENCAT: Manual de Aplicación de la Escala Gencat de Calidad de Vida*. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya: Insitut Catalá d`Assitència i Serveis Socials. Obtenido de <https://bit.ly/3BVyU39>.

- Vigil, L., Güell, M. R., Morante, F., De Santamaría, E. L., Sperati, F., Guyatt, G., & Schünemann, H. (2011). *Validez y sensibilidad al cambio de la versión española autoadministrada del cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ-SAS)*. *Archivos de Bronconeumología*, 47(7), 343-349. Obtenido de [https:// www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289611000937](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289611000937)
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150. Obtenido de [https:// www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv19n2/revision1.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv19n2/revision1.pdf)
- Vilallonga, J. (8 de Marzo de 2018). *El cáncer con perspectiva de género*. Obtenido de Psicología en cáncer: <https://psicologiaencancer.com/es/cancer-perspectiva-de-genero/>
- Yan, E., Agreda, F., Loayza, C., Núñez, R., & Chu, C. (2021). *Biopsia de Ganglio Centinela con Azul Patente Más Impronta en el Estadiaje Axilar de Cáncer de Mama en un Hospital de Alta Complejidad*. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor*, 14(2), 190-194. Obtenido de <https://bit.ly/3B5cZXH>

ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica**FICHA SOCIODEMOGRAFICA****Cedula:****Género:** Masculino () Femenino ()**Edad:****Estado Civil:** Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión Libre ()**Nivel de Instrucción:** Primaria () Secundaria () Bachiller () 3^{er} Nivel () 4^{to} Nivel ()**Situación Económica:** Buena () Regular () Mala ()**Sustento económico de la casa:** Esposo () Yo mismo () Hijos () Padres () Bonos del estado () Jubilación () Fundaciones () Convenios () Otros ()**Tiene hijos:** SI () NO**Vive:** solo () acompañado ()**Cuenta con convenio con la institución:** Si () No ()**Ha recibido intervención psicológica:** Institución () Externos ()**Tipo de cáncer:** _____**Etapa actual de la enfermedad:** _____**Tiempo de la enfermedad:** _____**Que tratamiento elegido:** _____**Observaciones:** __________

ANEXO 3: Cuestionario SF-36, v.2**Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud, versión 2**

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:
 - a) Excelente
 - b) Muy buena
 - c) Buena
 - d) Regular
 - e) Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - a) Mucho mejor ahora que hace un año
 - b) Algo mejor ahora que hace un año
 - c) Más o menos igual que hace un año
 - d) Algo peor ahora que hace un año
 - e) Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco

- c) No, no me limita nada
-
- 11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

 - 12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

- 13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
 - a) Sí
 - b) No

- 14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
 - a) Sí
 - b) No

- 15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - a) Sí
 - b) No

- 16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
 - a) Sí
 - b) No

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a) Sí
- b) No

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a) Sí
- b) No

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a) Sí
- b) No

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a) No, ninguno
- b) Sí, muy poco
- c) Sí, un poco
- d) Sí, moderado
- e) Si, mucho

f) Sí, muchísimo

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas?)

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a) Siempre

- b) Casi siempre
 - c) Muchas veces
 - d) Algunas veces
 - e) Sólo alguna vez
 - f) Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Muchas veces
 - d) Algunas veces
 - e) Sólo alguna vez
 - f) Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Muchas veces
 - d) Algunas veces
 - e) Sólo alguna vez
 - f) Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) Muchas veces
 - d) Algunas veces
 - e) Sólo alguna vez
 - f) Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre

- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

ANEXO 4: Validación del test SF-36 por un profesional



ESCUELA DE PSICOLOGÍA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA INFANTIL Y ADOLESCENTE

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA EXPERTOS

Estimado/a:

Usted ha sido seleccionado para validar el instrumento **CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**, que es parte del proyecto de investigación "CALIDAD DE VIDA EN RELACION CON LA SALUD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL SOLCA AMBATO", desarrollado por PALACIOS LISSETTE estudiante de DECIMO semestre de la carrera Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Ambato.

La población con la que se trabajará está conformada por 25 trabajadores.

La validación del instrumento es importante porque permite determinar la validez de los ítems, con lo cual se espera garantizar la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Plantilla Juicio de Expertos

Objetivo: Validar el instrumento por juicio de expertos en el área.

Instrucciones: A continuación se solicita responder las interrogantes sobre aspectos teóricos y metodológicos que presenta el instrumento. Adicionalmente, si lo cree necesario, aporte cualquier comentario que considere importante.

DISEÑO TÉCNICO DEL TEST [Asigne valores del 1 al 6; 1 siendo el valor mínimo (cuando se conoce poco del tema); y 6, si se conoce a profundidad].	Puntuación					
	1	2	3	4	5	6
Planeación de la prueba						X
Pasos esenciales de la construcción						X
Formato de los reactivos						X
Análisis de reactivos						X
Procedimientos y normas de aplicación						X
Criterios de corrección de las pruebas						X
Construcción de escalas, baremos y formas de interpretación						X
Validez, confiabilidad y sesgo						X

Comentario: Ver la posibilidad de aplicar otro test que mida el mismo constructo ya que el presente test no está validado en población ecuatoriana. Así también, recomiendo que una vez se tengan la aplicación del test, se analice el Alfa de Cronbach para ver la confiabilidad del estudio a realizar. Es importante que antes de iniciar con la investigación, puedan hacer una prueba piloto con respecto al Alfa de Cronbach.



**ESCUELA DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA
INFANTIL Y ADOLESCENTE**

CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO GENERAL Y PERTINENCIA

Objetivo: Valorar el cumplimiento de criterios técnicos generales y la pertinencia del **CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**, conforme los propósitos del proyecto.

Instrucciones: Según su criterio, señale con una "X" si cumple con los criterios establecidos, si no cumple; si es pertinente o si no lo es. Por favor, contemple todos los ítems. Sus comentarios serán importantes.

Nota: Siga el ejemplo en gris.

#	Ítems	Cumplimiento de los criterios		Pertinencia de los criterios		Observaciones
		Si cumple	No cumple	Si es pertinente	No es pertinente	
-	<i>Ejemplo</i>	X		X		
1	Nombre del test	x		X		
2	El formato para la prueba	X		X		
3	Número de ítems planteados	X		X		
4	El test se adecúa a las características culturales de la población	x		X		
5	Se adecúa a las características psicológicas-laborales de los beneficiarios	x		X		
6	Se ajusta a un análisis de necesidades de los beneficiarios	x		X		
7	Se ajusta a las exigencias de las orientaciones psicológicas-laborales	x		X		
8	El planteamiento tiene calidad científica	x		X		
9	Se identifica el objetivo principal del instrumento	X		x		
10	El diseño recoge aspectos esenciales sobre el tema	x		X		
11	Las instrucciones son claras y precisas	x		X		
12	La sintaxis es apropiada	X		x		
13	El tipo de pregunta es el adecuado	x		X		
14	El contenido semántico de los ítems se ajusta a la población	x		X		
15	El cuestionario puede ser aplicado en el sector público y en el privado	x		X		
16	Se ha determinado parámetros de calificación	X		x		
17	Se especifican los criterios de interpretación	x		X		
18	Se brinda facilidad para comprender la tarea	X		x		
19	Se brinda facilidad para registrar las respuestas	x		X		
20	Se detecta algún conflicto en el planteamiento de los ítems		x		X	



**ESCUELA DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA
INFANTIL Y ADOLESCENTE**

Área de formación profesional del/a evaluador/a:

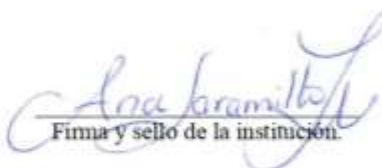
Nombre: Ana Jaramillo Zambrano

Institución: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Cargo que ocupa: Docente

Tiempo dentro del cargo: 3 años

Último grado académico alcanzado: Magister en Educación Inclusiva e Intercultural


Firma y sello de la institución.