

Caracterización clínica del dolor y la calidad de vida en pacientes con tumores malignos

Clinical characterization of pain and life quality in patients with malignant tumors

Elys María Pedraza-Rodríguez¹, Víctor Ernesto González-Velázquez^{2*}, Jesús Ignacio Medina-Morales³, Lissi Lisbet Rodríguez-Rodríguez⁴

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Medicina. Villa Clara. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-6521-1541>

²Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Medicina. Villa Clara. Cuba. <https://orcid.org/0000-0001-9756-8257>

³Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Medicina. Villa Clara. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-8358-7569>

⁴Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Hospital Oncológico “Celestino Hernández Robau”. Villa Clara. Cuba. <https://orcid.org/0000-0001-8921-9655>

*Autor para la correspondencia: victoregv@edu.vcl.sld.cu

Recibido: 22 de febrero de 2019

Aceptado: 23 de julio de 2019

Publicado: 28 de agosto de 2019

Citar como: Pedraza-Rodríguez EM, González-Velázquez VE, Medina-Morales JI, Rodríguez-Rodríguez LL. Caracterización clínica del dolor y la calidad de vida en pacientes con tumores malignos. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 15(2): 233-241. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/601>

RESUMEN

Introducción: el cáncer constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial. Se estima que el 90 % de los pacientes con tumores malignos presenta dolor no controlado, lo cual afecta significativamente su calidad de vida.

Objetivo: caracterizar dolor y la calidad de vida de los pacientes con tumores malignos que presentan dolor no controlado.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en pacientes con diagnóstico histológico de enfermedad oncológica con dolor no controlado que acudieron a las consultas multidisciplinarias del Hospital Oncológico “Dr. Celestino Hernández Robau” entre los meses de octubre del 2017 a marzo del 2018. Se utilizó una población de 267 pacientes, seleccionándose una muestra de 214 pacientes.

Resultados: los tumores más frecuentes fueron los de vías digestivas (32,2 %), entre los cuales predominó el dolor de tipo mixto (31,8 %). El tipo de dolor más frecuente entre los pacientes con tumores malignos fue el somático (40,2 %). El dolor fue descrito como fuerte en el 63,6 % de los pacientes. El carácter episódico predominó sobre el permanente (58,9 %). En cuanto a la salud general la mayoría de los pacientes (85,0 %) la definió como mala y la calidad de vida global fue evaluada en su mayoría como regular (51,4 %) y mala (44,8 %).

Conclusiones: el tipo de dolor más frecuente fue el somático, seguido por el mixto y el visceral. En cuanto a la intensidad fue en su mayoría descrito como un dolor fuerte, de carácter episódico. La salud general y calidad de vida global fue valorada mayormente como regular y mala.

Palabras clave: DOLOR; NEOPLASIAS; CALIDAD DE VIDA.

ABSTRACT

Introduction: cancer is the second leading cause of death worldwide. It is estimated that 90 % of patients with malignant tumors have uncontrolled pain, which significantly affects their quality of life.

Objective: to characterize pain and the quality of life of patients with malignant tumors that have uncontrolled pain.

Method: a cross-sectional descriptive observational study was performed in patients with histological diagnosis of cancer disease with uncontrolled pain who attended the multidisciplinary consultations of the Oncology Hospital “Dr. Celestino Hernández Robau” between the months of October 2017 to March 2018. A population of 267 patients was used, selecting a sample of 214 patients.

Results: the most frequent tumors were those of the digestive tract (32,2 %), among which mixed type pain (31,8 %) predominated. The most frequent type of pain among patients with malignant tumors was somatic (40,2 %). The pain was described as strong in 63,6 % of the patients. The episodic character prevailed over the permanent (58,9 %). Regarding general health, the majority of patients (85,0 %) defined it as bad and the overall quality of life was mostly evaluated as regular (51,4 %) and poor (44,8 %).

Conclusions: the most frequent type of pain was somatic, followed by mixed and visceral. As for the intensity it was mostly described as a strong pain, of episodic character. General health and overall quality of life was valued mostly as regular and bad.

Keywords: PAIN; NEOPLASMS; QUALITY OF LIFE.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad tan antigua como la vida misma y se puede encontrar en el reino animal y en el vegetal. Se han hallado restos fosilizados de algunos animales que vivieron muchos siglos atrás, como en el Pitecántropo erecto o en los dinosaurios, con huellas cancerígenas. También mediante métodos radiológicos se han observado signos de lesiones cancerosas en los huesos de momias egipcias que vivieron entre 1500 a 3000 a.n.e.⁽¹⁾.

Algunos milenios después, en el siglo IV a.C., en los escritos hipocráticos encontramos no solo las primeras descripciones sino también el origen etimológico de la palabra cáncer. En el *Corpus Hippocraticum*, colección de obras atribuidas a Hipócrates, se menciona unas lesiones ulcerosas crónicas, algunas veces endurecidas, que se desarrollan progresivamente y sin control expandiéndose por los tejidos semejando las patas de un cangrejo, por lo que las denominó con la palabra griega *καρκίνοσ* (se lee *karkinos*) dándole un significado técnico a la palabra griega cangrejo que se escribe igual. De allí, el término pasa al latín como “*cancer*” (en latín sin acento) con ambos significados, el del animal y el de úlcera maligna o cáncer en el sentido moderno⁽²⁾.

En los países industrializados, el cáncer constituye la segunda causa de muerte, solo superada por las enfermedades cardiovasculares. En la antigüedad el cáncer era considerado como una enfermedad rara, lo cual hace plantear interrogantes acerca del papel de los factores ambientales carcinogénicos en la sociedad moderna⁽³⁾.

No es un debate menor el que busca conocer el origen del cáncer, pero no desde una perspectiva fisiopatológica sino como una enfermedad que surge históricamente en un momento y circunstancias determinadas. Esa precisión, de carácter histórico-social, sin duda contribuirá a una mejor estrategia para enfrentarlo como un problema contemporáneo⁽²⁾.

Se ha demostrado la importancia del componente hereditario en la fisiopatología del cáncer, por ejemplo, las mujeres con antecedentes hereditarios de cáncer de mama tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad. Aproximadamente del cinco al diez por ciento de todas las mujeres con cáncer de mama pueden tener mutaciones de las células de la línea germinal en los genes BRCA1 y BRCA2. El riesgo estimado de padecer cáncer mamario para mujeres con estas mutaciones es del 40 al 85 %⁽⁴⁾.

En Cuba en el 2017 fallecieron 25 194 personas por tumores malignos, para una tasa de 224,0 por cada 100 000 habitantes, superando así el número de defunciones por enfermedades oncológicas del año 2016, y convirtiéndose en la segunda causa de muerte a nivel nacional. En Villa Clara en el 2017 los tumores malignos resultaron ser la segunda causa de muerte, con 1713 defunciones, siendo la quinta provincia con más fallecimientos por esta causa, con una tasa bruta de 218,5 por cada 100 000 habitantes⁽⁵⁾.

La gran incidencia de esta enfermedad en Cuba y en el mundo hacen que los tumores malignos sean considerados por los autores uno de los retos más grandes que enfrenta la Salud Pública en el mundo actual.

El dolor es uno de los síntomas más comunes en pacientes oncológicos. Su fisiopatología es múltiple y va desde el síntoma doloroso causado por la propia enfermedad, hasta el relacionado a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, pasando por el asociado a enfermedades no oncológicas ligadas al cáncer. En los últimos años se ha avanzado significativamente en las estrategias farmacológicas e intervencionistas para el manejo del dolor por cáncer, sin embargo persiste cierta insatisfacción de los pacientes por las medidas terapéuticas empleadas, lo que exige una acción más eficiente del equipo médico⁽⁶⁾.

La calidad de vida (CV) de los pacientes, se ha convertido en un tema de interés en la actualidad, no solo por la implicación que tiene en el paciente mismo, si no por los efectos que se pueden generar en la familia y en su entorno. Un reto actual es mejorar la CV de los enfermos con cáncer de diferentes tipos; anteriormente la evaluación de los tratamientos para el cáncer se había dirigido a medidas de evaluación desde la parte biológica, la enfermedad o la supervivencia. A partir de los años 90 aumentó el interés por evaluar más profundamente otras dimensiones importantes del paciente y la relación directa sobre la percepción de la CV, con el fin de proporcionar mejor cuidado⁽⁷⁾.

La diversidad de las características del dolor en los pacientes oncológicos en estado avanzado hace que su conocimiento sea un reto para el servicio de Oncología en Cuba. Esta situación es preocupante por el grado en que esto puede afectar la calidad de vida del paciente. Los autores del presente estudio consideran que el alivio del dolor por cáncer debe ser prioridad en el tratamiento de pacientes paliativos o en estados avanzados de la enfermedad, ya que en ocasiones no queda otra opción que proporcionar

terapia analgésica que garantice que su calidad de vida no se vea tan afectada en los últimos momentos. Por todo lo mencionado se planteó como objetivo caracterizar el dolor y la calidad de vida de los pacientes con tumores malignos que presentan dolor no controlado atendidos en consultas multidisciplinarias del Hospital Provincial Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Celestino Hernández Robau” entre los meses de octubre de 2016 y marzo de 2017.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal en pacientes con diagnóstico histológico de enfermedad oncológica con dolor no controlado que acudieron a las consultas multidisciplinarias del Hospital Oncológico “Dr. Celestino Hernández Robau” entre octubre de 2017 y marzo de 2018.

La población estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico histológico de enfermedad oncológica atendidos en dicha consulta en el período de estudio (N=267). Para que los pacientes que conformaran la muestra (n=214) fueran representativos de la población se realizó el tipo de muestreo no probabilístico a partir de la utilización de la técnica muestral intencional o por conveniencia.

Las variables utilizadas fueron localización tumoral, tipo de dolor, intensidad del dolor, carácter del dolor, grado de dolor (dado por el puntaje para la Escala Visual Analógica [EVA]), salud general, calidad de vida global.

Se revisaron las historias clínicas para determinar la localización tumoral. A cada paciente se le realizó una entrevista orientada a la evaluación del dolor y se conformó un formulario con preguntas dirigidas a evaluar las características del dolor, la salud general y la calidad de vida global.

Se confeccionó y elaboró una base de datos para facilitar el procesamiento de la información con el apoyo del software profesional “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) versión 21.0 para Windows, en una PC Core i3 con sistema operativo Windows 8 Enterprise. La presentación de la información se realizó a través de tablas diseñadas a través de la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010. Relacionado con el análisis estadístico se utilizaron medidas de resumen como frecuencias absolutas y relativas porcentuales para datos cualitativos y cuantitativos.

Cada paciente firmó un consentimiento informado donde expresó su voluntad de participar en el estudio. Los datos obtenidos se utilizaron con fines científicos, siguieron los principios y recomendaciones para los médicos en la investigación biomédica en seres humanos adoptados por la 18 Asamblea Médica Mundial de Helsinki 1964 y ratificada en la 41 Asamblea Internacional celebrada en Hong Kong 1991. Cumpliendo con los principios éticos de Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa como los tumores más frecuentes fueron los de vías digestivas (35,0 %), dentro de los que se incluyeron los tumores de esófago, estómago, hígado, páncreas, colon, recto y canal anal, los cuales causaron en su mayoría un dolor de tipo mixto (54,4 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes según localización tumoral y tipo de dolor. Hospital Oncológico “Dr. Celestino Hernández Robau”. Octubre de 2017 - marzo de 2018.

Localización tumoral	Tipo de dolor							
	Visceral		Somático		Mixto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Vías digestivas	21	35,0	11	12,8	37	54,4	69	32,2
Pulmón	4	6,7	28	32,6	6	8,8	38	17,8
Cabeza y cuello	2	3,3	19	22,1	5	7,4	26	12,1
Partes blandas	2	3,3	14	16,3	9	13,2	25	11,7
Próstata	18	30,0	3	3,5	3	4,4	24	11,2
Ginecológico	6	10,0	2	2,3	6	8,8	14	6,5
Vejiga	7	11,6	1	1,2	1	1,5	9	4,2
Mama	0	0,0	4	4,7	1	1,5	5	2,3
Neurológico	0	0,0	4	4,7	0	0,0	4	1,9
Total	60	28,0	86	40,2	68	31,8	214	100

Fuente: historia clínica

La tabla 2 muestra la distribución paciente según intensidad y carácter del dolor, siendo más frecuente el de tipo fuerte (63,6 %), de ellos y con relación al carácter, el episódico (58,9 %) predominó sobre el permanente.

Tabla 2. Distribución de pacientes según intensidad y carácter del dolor.

Intensidad	Carácter del dolor				Total	
	Episódico		Permanente			
	No.	%	No.	%	No.	%
Molesto	32	25,4	19	21,6	51	23,8
Fuerte	71	56,3	65	73,9	136	63,6
Intenso	23	18,3	4	4,5	27	12,6
Total	126	58,9	88	41,1	214	100,0

El grado de dolor se cuantificó teniendo en cuenta el puntaje para la Escala Visual Analógica, como se muestra en la tabla 3 la mayoría de los pacientes mostraron un puntaje de 5 y 6 en la escala numérica (68,6 %).

Tabla 3. Distribución de pacientes según grado de dolor (EVA).

Puntaje EVA	No.	%
0-3	0	0,0
4	15	7,0
5	80	37,3
6	67	31,3
7	35	16,3
8	17	7,9
9-10	0	0,0

En cuanto a la salud general la mayoría de los pacientes, el 85,0 % la definió como mala. Se observa que ninguno de los pacientes que definió su dolor como molesto, relacionó su calidad de vida como muy mala, así como ninguno de los que describió un dolor intenso, catalogó su calidad de vida como regular.

Tabla 4. Distribución de pacientes según salud general e intensidad del dolor.

Salud General	Intensidad						Total	
	Molesto		Fuerte		Intenso		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Regular	7	13,7	8	5,9	0	0,0	15	7,0
Mala	44	86,3	127	93,4	11	40,7	182	85,0
Muy mala	0	0,0	1	0,7	16	59,3	17	7,9
Total	51	23,8	136	63,6	27	12,6	214	100

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según calidad de vida global e intensidad del dolor, los resultados de este análisis están en consonancia con la valoración que hicieron los encuestados sobre su salud general, pues en su mayoría evaluaron la calidad de vida como Regular (51,4 %) y Mala (44,9 %), no presentándose ningún valor extremo en cuanto a salud general o calidad de vida global.

Tabla 5. Distribución de pacientes según calidad de vida global e intensidad del dolor.

Calidad de vida global	Intensidad						Total	
	Molesto		Fuerte		Intenso		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Buena	1	2,0	1	0,7	0	0,0	2	0,9
Regular	37	72,5	72	52,9	1	3,7	110	51,4
Mala	13	25,5	63	46,3	20	74,1	96	44,9
Muy mala	0	0,0	0	0,0	6	22,8	6	2,8
Total	51	23,8	136	63,6	27	12,6	214	100

DISCUSIÓN

El dolor es un síntoma común, experimentado por los pacientes de cáncer con amplias variaciones, según el diagnóstico primario y la fase de la enfermedad. Se presenta como síntoma principal en un tercio de los cánceres en tratamiento activo y en dos tercios de los enfermos en estadio tumoral avanzado⁽⁸⁾.

En un estudio realizado en el año 2012 en la provincia de Granma en pacientes con tumores malignos, se obtuvo que el dolor fue referido mayormente como leve y moderado⁽⁹⁾. Este resultado no coincide con los obtenidos por los autores de la presente investigación, pues los pacientes oncológicos que conformaron la muestra describieron el dolor en su mayoría como fuerte.

El dolor del cáncer es un dolor total, que actúa negativamente sobre la salud física y mental, la capacidad funcional, los recursos económicos y la pérdida del ambiente social. Así pues el paciente con dolor total oncológico presenta necesidades que requieren una asistencia continuada; de tipo físico, procedentes del tumor y sus tratamientos, a tratar por el oncólogo: la desfiguración, el dolor, la debilidad, el estreñimiento y la anorexia; emocionales, sociales y espirituales: procedentes de la falta de información, ansiedad, aislamiento, el abandono, los problemas familiares, que deben ser tratadas por el psicólogo y el asistente social, ya que acontecen problemas de rechazo, burocracia y retrasos en las soluciones administrativas⁽⁸⁾.

En este estudio los pacientes al evaluar su dolor mediante la EVA lo evaluaron predominantemente en las categorías de 5 y 6. El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA igual o superior a siete se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, que consiste en el uso de opioides mayores, obviando el uso de opioides menores y otros analgésicos menos potentes como los AINES⁽¹⁰⁾.

Yera Nadal⁽¹¹⁾ plantea que el dolor episódico por cáncer parece ser el tipo más frecuente y de más difícil control, esto concuerda con lo obtenido en el presente estudio, ya que predominó el dolor episódico sobre el permanente.

El tratamiento del dolor oncológico debe incidir en los distintos aspectos del dolor, incluyendo las posibles causas, factores desencadenantes o de alivio, el estado de ánimo y la dimensión psico-social del paciente, el tipo y la intensidad del dolor⁽¹⁰⁾.

En general, la evaluación de la calidad de vida se ha propuesto como una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes. Se hacen necesarios estudios que permitan adentrarse en la perspectiva del bienestar general⁽¹²⁾.

Hernández et al⁽⁷⁾ refiere que el evidente abandono de las actividades laborales en razón de su condición sintomática, la distancia paulatina del círculo de amistades, lo cual le impone al paciente oncológico una soledad creciente, que en muchos casos se acompaña de angustia y depresión, afecta negativamente la calidad de vida.

En el presente estudio, la calidad de vida fue evaluada en su mayoría como regular y mala. Los autores consideran que debe ser objetivo del Ministerio de Salud Pública de Cuba mejorar este indicador con una atención individualizada a los pacientes oncológicos.

Un mejor o mayor apoyo social tiene efectos directos y amortiguadores en el bienestar y el ajuste en el cáncer, lo que llevará a presentar una mejor calidad de vida⁽¹³⁾.

Ferrer et al⁽¹⁴⁾ obtuvo resultados similares a los de este estudio, ya que refiere que la calidad de vida disminuye significativamente en los períodos intrahospitalario y de inicio del tratamiento.

Se concluye que los resultados del presente estudio muestran que el tipo de dolor más frecuente fue el somático, seguido por el mixto y el visceral. En cuanto a la intensidad fue en su mayoría descrito como un dolor fuerte. El carácter episódico predominó sobre el permanente. La evaluación de la percepción de cada paciente de su salud general y calidad de vida obtuvo una valoración desfavorable, mayormente evaluadas como regular y mala.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

EMPR y VEGV participaron en la concepción y diseño de la investigación. JIMM y LLRR participaron en la recolección y análisis e los datos. Todos los autores participaron en la redacción, corrección y aprobación del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza del Pino M. Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer. AMC [Internet]. 2014 [citado 2019 Feb 20]; 10(5): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2805>
2. Salaverry O. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 2019 Feb 20]; 30: 137-41. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342013000100026&script=sci_arttext&lng=es
3. David AR, Zimmerman MR. Cancer: an old disease, a new disease or something in between? Nat Rev Cancer [Internet]. 2010 [citado 2019 Feb 20]; 10(10): 728-33. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrc2914>
4. Vargas AN, Aguilar MP, Millán BM, de Cima RB. Historia natural del cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2006 [citado 2019 feb 20]; 74(5): 115-120. Disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadística de salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. [Internet]. 2018 May [citado 2019 Feb 20]. [aprox. 193 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
6. Reyes Chiquete D, González Ortiz JC, Mohar Betancourt A, Meneses García A. Epidemiología del dolor por cáncer. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. abril de 2011 [citado 2019 Feb 20]; 18(2): 118-34. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu>

en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462011000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

7. Hernández YL, Pérez RM, Ginarte AB, Rabanal ZC, Flores SR. Percepción de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón tratados con la vacuna egf. MULTIMED [Internet]. 2016 [citado 2019 Feb 20];20(1):120-31. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/136>

8. Regueira Betancourt SM, Fernández Pérez MD, Díaz Pérez Md. Generalidades del dolor oncológico. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 2019 Ene 23]; 40(10): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/343>

9. Balva JL, Zamora DG, O´Farril NF, Tamayo JAF, Anglín MP. Intensidad del dolor en pacientes con cáncer según etapas clínicas en el municipio de Manzanillo. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 2019 Feb 10]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n8/san06178.pdf>

10. Khosravi Shahi P, Castillo Rueda A del, Pérez Manga G. Manejo del dolor oncológico. An Med Interna [Internet]. noviembre de 2007 [citado 20 feb 2019]; 24(11): 554-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992007001100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Nadal Y LJ. Dolor agudo o episodico por cáncer. Rev Cuba Anestesiol Reanim [Internet]. 2012 [citado 2019 Feb 10]; 11(1): 66-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-67182012000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Llantá Abreu MD, Grau Ábalo J, Bayarre Veá HD, Renó Céspedes Jd, Machín García S, Verdecia Cañizares C. Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer atendidos en servicios de Oncohematología de La Habana, 2011-2013. Rev haban cienc méd [Internet]. [citado 2019 Feb 10]; 15(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1165>

13. Fontibón LF, Acosta L, Valdelamar J, Valdelamar A, Sánchez R. Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2015 [citado 21 feb 2019]; 33(3): 387-395. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79940724003>

14. Ferrer BS, Gómez A del V. Dinámica de la calidad de vida en el cáncer. EJHR [Internet]. 2016 [citado 21 feb 2019]; 2(3): 105-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6152063>