

## CAPÍTULO 4

# Estilos de vida y prácticas de consumo de hombres y mujeres diagnosticados y tratados de cáncer

✎ Sandra Nayibe Acuña Molano,  
Pablo Vallejo-Medina y Paola Barreto-Galeano

El cáncer se ha convertido en un desafío para la ciencia, la medicina, los gobiernos, las organizaciones y las instituciones tanto del sector público como privado, así como para las personas independiente de si padecen o no una enfermedad. Se ha identificado que muchos tipos de cáncer son evitables a través de la prevención, detección precoz, curación, o en últimas los tratamientos paliativos y calidad de vida para quienes, aun combatiéndola, no logran sobrevivir a ella. Las investigaciones demuestran que dentro de los factores de riesgo de padecer cáncer, se encuentran patrones de conducta y hábitos que constituyen el estilo de vida, los cuales al ser modificados determinan cambios en las condiciones de calidad de vida y consumo (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2005).

El cáncer se encuentra dentro de las enfermedades no transmisibles (ENT), una de las formas de prevenirse es rehusar los cuatro factores de riesgo comportamentales: tabaquismo, sedentarismo, uso nocivo del alcohol y dietas poco saludables. En consideración, se han relacionado ciertos cánceres con el comportamiento del consumidor, tal es el caso de la cirrosis hepática que se asocia con el consumo de alcohol y el tabaquismo, que causa aproximadamente en el 71 % de los casos del cáncer de pulmón. Mientras que el consumo de frutas y verduras reduce el riesgo de cáncer de estómago y colorectal, al igual, el ejercicio físico. Mantener un índice de masa corporal (IMC) elevado, propicia un mayor riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer (OMS, 2010).

Se han encontrado programas con éxito en Finlandia, Singapur y otros países de alto ingreso, que indican que reduciendo factores de riesgo identificados y modificables, tales como la alimentación, se podrían prevenir la mayoría de los casos de ENT, principalmente entre las poblaciones de los países en desarrollo. Además, inversiones en la educación, las políticas alimentarias y la infraestructura física urbana son necesarias para apoyar y promover estos cambios (DCPP- Disease Control Priorities Project, 2006).

Estudios más recientes han demostrado que el espacio en el que se desenvuelve la gente influye en el tipo de enfermedad que contraen, pues de acuerdo con esto se adquieren costumbres como la alimentación, entre otras. En Colombia, la variación geográfica de mortalidad para los principales cánceres, arroja patrones claramente definidos: por cáncer de estómago existe mayor riesgo de mortalidad en la zona Andina y las cordilleras; por cáncer de mama el incremento del riesgo coincide con los grandes centros urbanos y por el cáncer de cuello uterino, el mayor riesgo es para las habitantes de departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos (Piñeros, Pardo, Gamboa & Hernández, 2010).

En ese sentido, una de las dificultades para diseñar programas nacionales de prevención y abordaje de la enfermedad es precisamente la diversidad geográfica, lo cual implica diferencias culturales notorias y por lo tanto supone disímiles maneras de asumirla. Por otra parte, tanto la sociedad como la familia y el individuo deben asumir responsabilidades con respecto a sus hábitos. Es muy importante que los ciudadanos tomen conciencia de los riesgos de una alimentación desordenada.

La teoría ecológica ha permitido explicar en otras investigaciones relacionadas con algún tipo de patología, cómo la interconexión de los ambientes incide en múltiples cambios (individual, familiar, social, psicológico, salud, etc.), para la persona en condición de enfermedad. Entre esos estudios podemos mencionar: “El uso de la quimioterapia en Valledupar: Análisis desde un enfoque sistémico” (Campo, 2013), “Modelo de creencias de salud y obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara” (Hernández, 2010), “Conductas buscadoras de salud en Diabetes Mellitus: Reforzamiento del autocuidado en usuarios de una institución hospitalaria” (Suárez, 2008).

El modelo ecológico presenta una serie de conceptos familiares en otras disciplinas (nutrición, educación física, enfermería, medicina, psicología, psicología social, sociología, ecología humana, mercadeo, trabajo social etc.), pero cuya novedad es prestar atención a las interconexiones ambientales (microsistema, mesosistema,

exosistema, y macrosistema), y el impacto que estas pueden tener sobre la persona y su desarrollo psicológico (Torrico, Santín, Villas, Menéndez & López, 2002). Lo anterior se puede entender como las acciones que la familia y el enfermo se ven obligados a adoptar y la capacidad de emprender cambios de hábitos en su trato cotidiano, alimentación, vida social y otros aspectos que mejoren su calidad de vida con relación a una nueva situación de enfermedad.

De acuerdo con el estudio llevado a cabo por Sánchez, Sierra e Ibáñez (2012), el concepto de calidad de vida en pacientes de cáncer está asociado a ocho dimensiones que se caracterizan de forma diferente según el tipo de cáncer y el género. Dentro de las ocho dimensiones se encuentra la espiritualidad, la familia, el sistema de salud, el aspecto social, el aspecto funcional, los síntomas, el componente económico y el componente emocional. Los autores destacan la importancia que toma la dimensión espiritual en el constructo de calidad de vida, inclusive más que el bienestar físico, a su vez que esta dimensión es asumida como una estrategia de autocuidado de la salud (Sánchez et al., 2012). Se destaca dentro de los hallazgos de la investigación, que la espiritualidad se evidencia más en el grupo de mujeres que padecen cáncer de cuello uterino, así como quienes presentan cáncer colorectal y de próstata, por lo que los autores concluyen que la dimensión espiritual es un elemento significativo del constructo calidad de vida en pacientes con cáncer. De tal modo, el objetivo del presente estudio fue identificar posibles diferencias en el consumo de productos y servicios, así como en la calidad de vida entre los sexos, así como entre antes y después de haber sufrido cáncer.

## ■ Método

### Participantes

Para la muestra, se realizó una búsqueda a través del directorio de las organizaciones y fundaciones que trabajan con enfermos de cáncer. Se trabajó con 107 individuos mayores de edad, que de manera voluntaria participaron en el estudio, todos ellos con distintos tipos de cáncer. La edad media de los participantes fue 55,81 (DT = 12,04). Un 75% de la muestra se distribuía equitativamente en estratos 1 y 2, mientras que el 22% restante se ubicaban en el estrato 3, los porcentajes de estratos 4 y 5 fueron bajos. Un total de 38 (32,50%) eran hombres mientras que 79 (67,50%) eran mujeres. Los participantes son voluntarios que asisten a las fundaciones que dan soporte a la Red Nacional del Cáncer, remitidos por los servicios de oncología de diferentes instituciones médicas ubicadas en la ciudad de Bogotá.

## Instrumentos

**Calidad de vida relacionada con la salud SF12 v2.** El cuestionario SF12 v2 (Short Form 12 Health Survey; Ware, Kosinski & Keller, 1996) es una versión abreviada de la SF-36 v2. Esta encuesta de salud utiliza solo 12 preguntas para medir la salud funcional y el bienestar desde el punto de vista del paciente en una sola dimensión, el SF-12 v2 es una medida práctica, fiable y válida de salud física y mental, cubre los mismos ocho dominios de la salud que el SF-36 v2 con una o dos preguntas por cada dominio. Para esta investigación se empleó el cuestionario SF-12 v2 (Short Form 12 Health Survey), validado para Colombia en el estudio “Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos” adelantado por Ramírez, Agredo & Jerez (2010), que mide la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Está formado por un subconjunto de 12 ítems. Para el presente estudio se encontró que los dominios superaron el estándar propuesto de fiabilidad (*Alfa de Cronbach*) de 0,883.

**Hábitos de Consumo.** Las preguntas relacionadas con consumo se tomaron de la tesis de maestría “Estilos de vida y prácticas de consumo en personas diagnosticadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH-SIDA” de Bojacá (2009). Para esta investigación se tomaron las preguntas del bloque correspondiente a los hábitos de consumo, siete en total, las cuales miden los hábitos relacionados con la alimentación, la actividad física, el cuidado personal, el aseo para el hogar y los ingresos destinados a los nueve ítems de la canasta familiar (alimentación, vivienda, vestuario, salud, educación, cultura, transporte y comunicaciones, financieros y otros gastos). Este último ítem fue modificado con relación a los ingresos destinados a la canasta familiar antes y después del diagnóstico y del tratamiento.

**Prácticas sobre estilos de vida.** El cuestionario de prácticas sobre el estilo de vida, tiene su origen en el estudio “El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios” de Salazar & Arriavillaga (2004), el cual mide seis dimensiones del estilo de vida como son: actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol y otras drogas. El cuestionario consta de 116 preguntas. Para esta investigación se tomó la adaptación hecha por Sanabria-Ferrand, González & Urrego (2007) en el estudio “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos”, que mide las seis dimensiones mencionadas con un total de 90 preguntas. Del total de las 90 preguntas, solo se tomaron en cuenta las 38, que evalúan las cinco dimensiones del estilo de vida.

## Procedimiento

Para la investigación, primero se contactó a las instituciones y fundaciones, dado que las encuestas requerían ser aplicadas en servicios de oncología. Estas entidades fueron la Fundación Simmon y la Fundación San Ezequiel Moreno de la comunidad de las Hermanas Recolectas. La aplicación de las encuestas se llevó a cabo dentro de sus instalaciones. Dada la edad y el nivel de escolaridad de algunos participantes, eventualmente se realizó la encuesta de forma individual.

## Resultados

Para evaluar la percepción de la calidad y los estilos de vida de hombres y mujeres que fueron diagnosticados y tratados por cáncer, antes y después de su diagnóstico-tratamiento, se realizó un contraste de medias independientes para la percepción de calidad de vida y las variables que conformaron la categoría estilos de vida. En la tabla 1, se puede observar la existencia de diferencias significativas para la calidad de vida, la actividad física y el tiempo de ocio.

**Tabla 1.** Diferencias de medias entre la calidad de vida, las prácticas sobre estilos de vida y el sexo

		M	DT	Contraste de hipótesis
Calidad de vida	Masculino	29,94	9,17	t(113) = 3,19; p<,01; d = 0,62
	Femenino	24,57	8,13	
Actividad física	Masculino	6,83	2,89	t(107) = 2,79; p<,01;d= 0,55
	Femenino	5,33	2,53	
Tiempo de ocio	Masculino	9,51	3,48	t(111) = 2,73; p<,01; d= 0,53
	Femenino	7,75	3,08	
Autocuidado	Masculino	26,24	5,91	t(112) = 0,39; p =,83;
	Femenino	25,94	6,79	
Hábitos alimenticios	Masculino	26,29	6,27	t(112) = 0,28; p=,19;
	Femenino	24,75	5,17	
Sustancias adictivas	Masculino	13,25	6,46	t(103) = 0,57; p =,84;
	Femenino	13,50	6,49	

Atendiendo a la  $t$  se observa cómo existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres respecto a la percepción de la calidad de vida, seguida por dos de las categorías de las prácticas sobre el estilo de vida: actividad física y tiempo de ocio. Todas las diferencias son negativas siendo mayores tras el episodio de cáncer. Tras una comparación de varianzas (ANOVA) entre el tipo de cáncer diagnosticado con la calidad de vida, las prácticas y el estilo de vida, se evidenció que solo existían diferencias estadísticamente significativas para la calidad de vida  $F(99) = 3,52$ ;  $p < ,01$ . Se realizó un análisis *Post-Hoc Tukey* para concretar dónde estaban las diferencias. De estos resultados, se observa que frente al diagnóstico y tratamiento, por ejemplo, se puede inferir que los hombres diagnosticados y tratados de cáncer de próstata tienen mejor calidad de vida, que las mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de seno.

Para indagar acerca del consumo en la canasta familiar de los pacientes de cáncer, antes de haber sido diagnosticados con respecto al momento actual, se realizó un contraste de medias relacionadas para cada uno de los ítems que conforman la canasta familiar. En la tabla 2 se pudo observar la existencia de diferencias significativas para el consumo de alimentación, salud, educación, transporte y comunicación.

**Tabla 2.** Diferencias de medias entre los ítems de la canasta familiar y el ingreso antes y después del diagnóstico y tratamiento

		M	DT	Contraste de hipótesis
Alimentación	Pre	66948,72	91570,10	$t(116) = 3,23$ ; $p < ,01$ ; $d = 0,21$
	Post	89247,86	118004,88	
Otros	Pre	9555,56	28557,39	$t(116) = 1,82$ ; $p = ,07$ ;
	Post	14247,86	43509,59	
Vivienda	Pre	115487,18	165619,61	$t(116) = 1,88$ ; $p = ,06$ ;
	Post	137512,82	204775,30	
Vestuario	Pre	24358,97	75685,19	$t(116) = 0,76$ ; $p = ,44$ ;
	Post	19914,53	65830,18	
Salud	Pre	17886,14	58536,25	$t(116) = 3,01$ ; $p < ,01$ ; $d = 0,24$
	Post	39681,01	112164,25	
Educación	Pre	22282,05	109762,27	$t(116) = 2,07$ ; $p = ,04$ ; $d = 0,07$
	Post	14025,64	103966,37	

		M	DT	Contraste de hipótesis
Cultura	Pre	17863,25	77746,59	t(116) = 1,56; p =,12;
	Post	7991,45	39255,24	
Transporte y comunicaciones	Pre	34487,18	55032,84	t(116) = 4,21; p<,01; d = 0,39
	Post	68777,78	109182,86	
Financieros	Pre	23547,01	115767,78	t(116) = 0,25; p =,79
	Post	26025,64	124940,56	

Atendiendo al tamaño de efecto (*d* de Cohen), se observa cómo en transporte y comunicaciones se produce el mayor incremento en el gasto, seguido por salud, alimentación y educación. Todas las diferencias son negativas, siendo el gasto mayor tras el episodio de cáncer. A continuación, se evaluaron las diferencias de medias para hombres y mujeres frente a los hábitos de consumo alimenticios, mediante un contraste de medias independientes. En la tabla 3 se puede observar la existencia de diferencias significativas para el consumo de verduras y leguminosas. Las únicas diferencias significativas son las asociadas al mayor consumo de leguminosas y verduras tras el episodio de cáncer.

**Tabla 3.** Diferencias de medias entre hábitos de consumo alimenticios tras el tratamiento y el sexo

		M	DT	Contraste de hipótesis
Granos (frijoles, lenteja, etc.)	Masculino	2,76	1,011	t(112) = 1,25; p =,21;
	Femenino	2,52	0,912	
Cereales (arroz, avena)	Masculino	3,53	0,81	t(109) = 0,63; p =,52;
	Femenino	3,43	0,774	
Lácteos	Masculino	2,56	1,157	t(103) = 0,04; p =,96;
	Femenino	2,57	1,118	
Verduras	Masculino	3,57	0,647	t(111) = 2,09; p<0,1 d = 0,45;
	Femenino	3,18	1,016	
Leguminosas	Masculino	3,11	0,796	t(91) = 2,58; p<0,1 d = 0,57;
	Femenino	2,53	1,173	
Suplementos alimenticios	Masculino	2,12	1,166	t(98) = 0,06; p =,95;
	Femenino	2,13	1,23	

		M	DT	Contraste de hipótesis
Proteínas (carnes, pollo etc.)	Masculino	3,5	0,811	$t(109) = 1,62; p = ,10;$
	Femenino	3,19	1,009	
Comidas rápidas	Masculino	1,56	0,86	$t(96) = 0,37; p = ,71;$
	Femenino	1,63	0,826	
Otros	Masculino	1,93	0,917	$t(38) = 0,42; p = ,67;$
	Femenino	2,08	1,129	

Finalmente, se realizó una regresión lineal múltiple con el objetivo de estimar qué variables en el consumo y las prácticas sobre el estilo de vida predicen de forma significativa la calidad de vida. Para ello se incluyeron en el modelo las distintas variables de consumo y de prácticas sobre el estilo de vida, de las cuales solo las prácticas sobre el estilo de vida dedicada al tiempo de ocio y el autocuidado parecen predecir de forma significativa la calidad de vida de los hombres y mujeres diagnosticados y tratados de cáncer. De hecho estas dos variables explican un 41 % de la varianza de la calidad de vida. La regresión es significativa  $F(2) = 35,843; p < ,01$ . Siendo las  $\beta = 1,61$  para tiempo de ocio  $t = 7,84; p < ,01$  y  $\beta = 1,82$  para el autocuidado  $t = 8,42; p = ,01$ .

## Discusión

Se confirmó que existen algunas diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la calidad de vida en hombres y mujeres, durante y después de su diagnóstico y tratamiento de cáncer. Frente a la percepción de la calidad de vida, se puede observar que aún en condición de enfermedad los hombres perciben una mejor calidad de vida que las mujeres.

Con relación al consumo de hombres y mujeres, antes y después de su diagnóstico y tratamiento de cáncer, se confirma que existen diferencias estadísticamente significativas, ya que el diagnóstico y tratamiento de cáncer lleva a este grupo de personas a generar hábitos específicos de consumo para mejorar su calidad de vida, esto se ve reflejado en el cambio de hábitos alimenticios, especialmente en el consumo de leguminosas y verduras. Una dieta saludable es clave a la hora de enfrentar los tratamientos para combatir el cáncer, como lo postula la Sociedad Americana de Cáncer (ACS, 2013). De hecho, estos tratamientos tienen a su vez efectos secundarios por los cuales el organismo se ve obligado a recurrir a las reservas,



como defensa para enfrentar los múltiples cambios, ya sea por la enfermedad o por las consecuencias de los tratamientos.

En función de los hábitos alimenticios, los pacientes de cáncer deben ser asesorados de manera individual por un profesional de la salud, en este caso un nutricionista, quien diseñará un plan de alimentación a la medida de cada paciente, al tipo de cáncer diagnosticado y al tratamiento que deberá seguir el paciente para combatir la enfermedad. Esta estrategia se apalanca en las conductas protectoras de salud que deben estar contempladas en las políticas públicas y que paciente, familia y entorno deben conocer con el fin de llevar a buen término el tratamiento, minimizando los efectos secundarios del mismo, lo que se verá reflejado en la disminución de la deserción de los tratamientos, mejor calidad de vida y menor inversión-costeo tratamiento por paciente. Con relación al mercado, este debería estar en la capacidad de ofrecer productos y servicios que complementen estas estrategias, ya sea través de la oferta de suplementos alimenticios, que ya existen en el mercado y que se puedan mejorar, así como de servicios que promuevan de una forma amena y divertida, hábitos alimenticios saludables, que concienticen a pacientes y en general a la población de la importancia de adquirirlos, dada la responsabilidad con la salud que cada individuo debe tener (Ministerio de la Protección Social–Instituto Nacional de Cancerología, 2004).

La cantidad de dinero en pesos que los hombres y mujeres con cáncer destinaban antes y después del diagnóstico y tratamiento a los nueve ítems de la canasta familiar, refleja que el ítem transporte y comunicaciones, es al que más dinero se destina, después del diagnóstico y tratamiento. Esto puede obedecer a que los participantes de esta investigación en su mayoría corresponden a los estratos 1 y 2 de la ciudad de Bogotá, que para acceder a los servicios de salud, deben desplazarse más número de veces a las instituciones prestadoras del servicio, por la misma condición de enfermedad y para la aplicación del tratamiento, así como destinar más dinero una vez aplicado el tratamiento, no solamente por la funcionalidad del cuerpo y los efectos secundarios de los tratamientos, sino para prevenir cualquier tipo de contacto, ya sea con otras personas o con el medio ambiente, pues su sistema inmune no está en condiciones de defenderse. Seguido de este resultado se encuentran los ítems de salud y alimentación. Frente a la salud, la mayoría de los encuestados pertenecen al Régimen Contributivo del sistema de salud en Colombia, pero como se mencionó anteriormente, la condición de enfermedad obliga a los hombres y mujeres a asistir con más frecuencia a las instituciones prestadoras de salud, a cancelar mayor número de veces la cuota moderadora para citas y exámenes, comprar otros medicamentos y suplementos alimenticios para enfrentar la

enfermedad. Con relación a la alimentación, el resultado obtenido es mayor consumo de legumbres y verduras; con relación a la cantidad de dinero destinado, se establece que después del diagnóstico y tratamiento, se presenta un incremento de dinero destinado al ítem de alimentación, lo que indica: la necesidad de modificar los hábitos alimenticios ya sea por concientización o por los efectos secundarios de la enfermedad. Por último, se encontró que la cantidad de dinero destinada a los ítems de la canasta familiar, se ve alterado después del diagnóstico y tratamiento, como en el caso de la educación, que para esta investigación, reportó destinar menor cantidad de dinero, lo que quiere decir, que las personas se ven en la necesidad de disminuir, suprimir o trasladar la cantidad de dinero de un ítem a otro, con el fin de cubrir otras necesidades más apremiantes como transporte, salud y alimentación.

Por último, se confirma que existen diferencias estadísticamente significativas en el estilo de vida de hombres y mujeres, durante y después de su diagnóstico y tratamiento de cáncer. Los resultados arrojaron diferencias en la actividad física y el tiempo de ocio, los hombres realizan mayor actividad física así como tienen mayor tiempo de ocio que las mujeres. Si se tiene en cuenta que para esta investigación el 25,60% de los participantes reportaron como profesión el hogar, se puede identificar que además de depender económicamente de otra(s) persona(s), las mujeres conjuntamente con el cáncer siguen ocupándose de las labores domésticas, por lo tanto, no destinan tiempo para otras actividades como las físicas, a diferencia de los hombres que frente a este aspecto reportaron mayor actividad.

Es importante resaltar que dentro de las preguntas realizadas frente a las prácticas de tiempo de ocio, se les preguntó a los participantes si compartían con la familia y amigos el tiempo libre. Esta práctica es fundamental, ya que como se revisó anteriormente, la familia es apoyo esencial a la hora de enfrentar y combatir la enfermedad, puesto que el diagnóstico y tratamiento no solamente impactan al enfermo de cáncer sino a todo su núcleo familiar, según afirmaciones del Instituto Nacional de Cancerología et al. (2007), Ministerio de la Protección Social–Instituto Nacional de Cancerología (2004), y autores como Baider (2003), Salas, Villalobos & Ramírez (2006), Cano (2005), Derogatis et al. (1983) y Alarcón (2006).

Estos resultados contribuyen a los programas de salud pública que el Gobierno viene implementando en Colombia a nivel nacional frente al cáncer desde el año 2012, puesto que describen los estilos de vida y las prácticas de consumo de hombres y mujeres, lo cual podría significar un aspecto importante en el diseño de estrategias de adherencia a tratamientos, programas de promoción y prevención,

programas de apoyo a pacientes de cáncer, como al mercado en el desarrollo de productos y servicios a los cuales se pueda acceder fácilmente en aras de mejorar la calidad de vida.

Finalmente, se concluye para este estudio que las variables que predicen la calidad de vida en hombres y mujeres diagnosticados y tratados de cáncer, son las prácticas de tiempo de ocio y autocuidado. Se reitera entonces que incluir momentos de descanso en la rutina diaria, compartir con la familia y amigos, realizar actividades de recreación y destinar parte del tiempo libre para actividades académicas o laborales influye de manera positiva en la percepción de calidad de vida. Por otra parte, las prácticas de autocuidado como las visitas preventivas una vez al año, la realización de exámenes de rutina, etc., inciden en la calidad de vida relacionada con la salud.

Con el fin de generar estrategias asertivas y oportunas alineadas con las políticas mundiales y nacionales, en aras de mejorar los programas establecidos por el gobierno nacional frente a la lucha contra el cáncer, se recomienda ampliar este estudio a los estratos 4, 5, y 6, ya que como se reportó en esta investigación, el 37,40% de los encuestados corresponden al estrato 1, el 36,50% al estrato 2 y el 22,60% al estrato 3, con el fin de evaluar si el estilo de vida y las prácticas de consumo de hombres y mujeres diagnosticados y tratados de cáncer se modifican a mayor nivel socio económico y al acceso a otros modelos de salud (Medicina prepagada), y si existen conductas saludables que estén relacionadas con el nivel de escolaridad.

## ■ Referencias

- Alarcón, A. (2006). La personalidad del paciente y las modalidades de afrontamiento. En A. Alarcón, *Manual de psicooncología* (pp. 125-46). Bogotá: Javegraf.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520.
- Campo, R. C. (2013). *El uso de la quimioterapia en Valledupar: Análisis desde un enfoque sistémico* (Tesis de grado). Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.

- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M. & Carnicke, C. L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*, 249(6), 751-757.
- Disease Control Priorities Project (2006). *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en: <http://www.dcp2.org/file/76/dcpp-ncd-spanish.pdf>
- Hernández, M. H. (2010). *Modelo de creencias de salud y obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara* (Tesis doctoral). Recuperado de: [http://www.uah.es/escuela\\_doctorado/tesis/tesis.asp?cdplan=D265](http://www.uah.es/escuela_doctorado/tesis/tesis.asp?cdplan=D265)
- Instituto Nacional de Cancerología, Wiesner, C., Tovar, S., Díaz, M. & Camargo, M. (2007). El cáncer: Aspectos básicos sobre su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Cartilla Institucional para la familia y el paciente*. Bogotá. Recuperado en: <file:///C:/Users/Mary/Downloads/El%20cancer.pdf>
- Organización Mundial de la Salud–OMS (2005). *Acción mundial contra el cáncer*. Recuperado de: [http://www.who.int/cancer/media/AccionMundial\\_Cancer-full.pdf](http://www.who.int/cancer/media/AccionMundial_Cancer-full.pdf)
- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Resumen de orientación. Recuperado de: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
- Piñeros, M., Pardo, C., Gamboa, O. & Hernández, G. (2010). *Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia*. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi, Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia
- Ramírez, R., Agredo, R. & Jerez, A. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 807-819. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33328>.
- Salas, I., Villalobos, E. A. & Ramírez, B. L. (2006). Prevalencia de displasia y cáncer cervico uterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. *Cimel*, 11(1), 12-15.
- Salazar, I. & Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(1), 74-89.

- Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A. & Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Medica*, 15, 207-217. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/910/91015208.pdf>
- Sánchez, R., Sierra, F. & Ibáñez, C. (2012). Dimensiones que conforman el constructo de calidad de vida en pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 16(2), 100-109.
- Sociedad Americana de Cáncer–American Cancer Society. (ACS, 2013). *Nutrición para la persona durante su tratamiento contra el cáncer: una guía para pacientes y sus familias*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002904-pdf.pdf>
- Suárez, B. (2008). *Conductas buscadoras de salud en diabetes mellitus: reforzamiento del autocuidado, usuarios de una institución hospitalaria* (Tesis de grado). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis20.pdf>
- Torrice, L. E., Santín, V. C., Villas, A. M., Menéndez, A. D. & López, L. M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12- item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.