



**Calidad de vida en mujeres con Cáncer de mamá en tratamiento con intensidad curativa, Una revisión desde
la literatura.**

Juliana Idarraga Meneses

Sofía Cardona Ramírez

Isabela Moreno Zapata

María Camila Gómez Duque

Juan Pablo Salazar Lozada

Trabajo de investigación para optar por el título de Enfermero/a jefe

Asesor

María Jimena Echeverri Montoya

Facultad de Enfermería

Universidad Ces

Medellín

2022

Tabla de contenido

1	Introducción.	4
1.1.	Planteamiento Del Problema:	4
1.2.	Justificación:	5
1.3.	Pregunta de investigación:	5
1.4.	Objetivos:	5
1.4.1	Objetivo General:	5
1.4.2	Objetivos Específicos:	5
1.5.	Marco Teórico:	6
1.5.1.	Historicidad Del Cáncer:	6
1.5.2.	Teorías del cáncer:	6
1.5.3.	La terapéutica del cáncer:	7
1.5.4.	Tratamiento de quimioterapia, radioterapia o cirugía:	7
1.5.5.	Calidad de vida:	7
1.5.6.	Dimensiones de la Calidad de Vida:	8
1.5.7.	Escalas para medir la calidad de vida:	8
1.5.8	Bienestar subjetivo:	10
1.5.9.	Teorías de la calidad de vida:	10
1.5.10.	Antecedentes:	10
1.6.	Descripción de variables:	10
1.7.	Marco legal:	11
1.8.	Metodología:	12
2.	MATERIALES Y METODOS.	12
2.1	Búsqueda bibliográfica:	12
2.1.1	Palabras claves:	12
2.1.2.	Resultados:	12
2.2.1.	Criterios de inclusión:	12
2.2.2.	Criterios de exclusión:	13
2.3.	Recuperación de la información:	13
2.3.1.	Fuentes de Información:	13
2.3.2.	Proceso de obtención de la Información:	13
2.3.3.	Enfoque metodológico de la investigación:	13
2.3.4.	Tipo de participantes:	13
2.3.4.	Tipos de intervenciones:	13
2.3.5.	Tipo de resultados:	13
3.	DISCUSIÓN.	Error! Bookmark not defined.
3.1.	Resultados:	13
4.	Conclusiones.	15
5.	Referencias.	16

Tabla de ilustraciones.

ILUSTRACIÓN 18
ILUSTRACIÓN 211
ILUSTRACIÓN 312
ILUSTRACIÓN 413
ILUSTRACIÓN 514

1 Introducción.

El cáncer de mama es un tumor maligno, que por lo general se presenta en su gran mayoría en la población femenina, es hoy en día una de las mayores enfermedades para la mujer a nivel mundial, inclusive este puede llegar a convertirse en algunos países en vías de desarrollo la primera causa de mortalidad es por lo cual que este se debe constituir una prioridad a nivel de salubridad. Este puede verse afectado a causa de múltiples factores presentes en el paciente; en el cual se manifiesta como una pequeña masa, es por eso que su detección temprana juega un papel importante a la hora de su tratamiento, teniendo como base la posibilidad de realizarse un autoexamen de gran simpleza, el cual permitirá una gran posibilidad de éxito durante su proceso, dando como una gran alternativa una mejor calidad de vida durante esta etapa, ya que a mayor detección mejor resultado en el tratamiento, entendiendo que la calidad de vida obtiene un papel fundamental después de un postratamiento con repercusiones físicas y emocionales, en especial sobre la imagen corporal de la paciente, quien se puede ver afectada en la sociedad debido a los cambios que esta enfermedad pueda generar.

1.1. Planteamiento Del Problema:

El término neoplasia se refiere a un acumulo de tejidos anómalos cuyo crecimiento es rápido e inevitable. Este tumor supera de forma excesiva e irreversible el tejido normal, generando rasgos morfológicos anormales y características poco favorables en la función de los órganos en los cuales se encuentra situado(1). Ramírez y colaboradores(2), afirman que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo. El cáncer es una enfermedad crónica que genera dolencias y sufrimiento, el proceso de afrontamiento de los individuos se ve retado además por la adaptación a los cambios que esta condición de salud requiere, sus síntomas son múltiples, y los efectos del tratamiento son invasivos y emerge cambios significativos a nivel físico y psicológico; los síntomas asumidos con la enfermedad son 13 aproximadamente y cada paciente tiene un promedio de 6 de estos durante el proceso de la enfermedad, los síntomas mencionados están constituidos por dolores focalizados, náuseas, cansancio, insomnio, depresión, entre otros (3).

El cáncer es un asunto de salud pública, el aumento de esta condición y número de casos genera costos altos para el sistema de salud, además del número de muertes que va en incremento, la falta de implementación y/o apropiación de estrategias en los estilo de vida han detonado que este problema incrementa, debido a la falta de voluntad individual, la limitada promoción, prevención, creación de políticas públicas que permitan el acercamiento a planes y programas los cuales favorezcan cambios de conductas, iniciativas con respecto a los hábitos saludables. Se cree que el aumento de defunciones a causa de este problema de salud para el año 2030 será mayor ya que en el año 2015 se hallaron 8.8 millones de muertes a causa del cáncer, esto a raíz del crecimiento demográfico, la longevidad de la población, esta condición de salud no solo afecta a la persona que lo sufre sino que además implica a su familia y al sistema social; En el caso de Colombia, ocupa el 6º lugar en la estructura de mortalidad a causa de tumores malignos lo que representa estadísticamente el 3,7% de la totalidad de muertes a nivel mundial. Para la Organización Mundial de la Salud del 30% al 50% de la mortalidad a por cáncer puede prevenirse (4).

El cáncer de mama es una enfermedad crónico-degenerativa donde se desarrollan células malignas en los tejidos de la mama, formando así tumores que invaden los tejidos aledaños y que pueden alcanzar órganos más distales. Es un problema multifactorial, ya que, el estrógeno desempeña un importante papel en su aparición ya que induce el crecimiento de las células mamarias. Otros factores biológicos relacionados incluyen a las mujeres con una edad mayor a 40 años, antecedentes familiares de cáncer de mama, cáncer de mama previo, sin hijos o que tuvieron a su primer hijo después de los 30 años, menarca ocurrida antes de los 12 años, menopausia tardía después de los 52 años, así como con enfermedades benignas de la mama, como quistes. También existen factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, tales como una dieta elevada en grasas, ingesta de alcohol, obesidad, tabaquismo y uso de hormonas por más de diez años(5).

El Cáncer de mama se define como la primera causa de muerte para las mujeres, por consiguiente, se convierte en un problema de salud pública y de interés científico. Es la enfermedad con más prevalencia, incidencia y mortalidad en la mujer, por lo tanto, se vuelve necesario conocer las características clínicas y epidemiológicas de todas las pacientes. (Ministerio de salud 2014) En Colombia las tasas de incidencia y mortalidad parecen incrementarse, el 35,7 de cada 100.000 habitantes tienen Cáncer de mama, registrando un ascenso constante desde 1996 y con cierta estabilidad en las cifras de supervivencia entre 1962 y 2012. Aproximadamente 8.686 casos son detectados anualmente y se perfila como un problema de salud pública debido a que causa la muerte de 2.649 mujeres(6).

Por otra parte, existen factores que influyen directamente en el cáncer, estos, se caracterizan como conductuales y dietéticos, constituyen el sobrepeso, la ingesta de alimentos, sedentarismo, el consumo de tabaco, este, es el factor de riesgo más

importante dado que sus cifras están elevadas en un 70% además del alcohol (7). Igualmente en la condición patológica del cáncer uno de los síntomas que se asoma debido al diagnóstico, es la ansiedad, esto debido a la expectativa de los resultados, los cambios físicos que acarrear los tratamientos del cáncer y las consecuencias emocionales percibidas como negativas que van en constante cambio durante todo el proceso médico (8)

El cáncer es una enfermedad cuyo padecimiento impacta las diferentes esferas de quienes lo padecen, sumado a esto la falta de políticas públicas, la atención deficitaria y poco integral de los pacientes con esta patología lo que dificulta la posible mejoría y tratamiento del mismo (9). Así, también existen factores protectores como son la alimentación fundamentada en verduras, frutas, actividad física entre otros. La detección temprana del cáncer, el tratamiento, y los cuidados paliativos son determinantes en la enfermedad pues son los que fundamentan el seguimiento y pronóstico de esta condición de salud (10). El cáncer es un problema global, y el organismo es el principal afectado, esto genera la disminución de la capacidad física, de autocuidado y ubica a los individuos en muchas ocasiones en una posición de dependencia, afectando la calidad de vida y bienestar subjetivo (11).

Según la OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural del sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. En una mirada general, esta se refiere al conjunto de condiciones que vuelven agradable y valiosa la vida, dando un grado de felicidad o satisfacción de la persona, teniendo en cuenta el bienestar físico, psicológico y social, además de la expresión emocional, seguridad y productividad percibida por el individuo(12)

1.2. Justificación:

Según la organización mundial de la salud, la calidad de vida constituye en sí misma un concepto robusto que integra aspectos como salud física, mental, dependencia para realizar actividades diarias, así como la calidad de vida en las relaciones familiares y sociales(13).

Estudios demuestran como la calidad de vida es un componente central del estado de salud de las personas, que además de evaluar la parte objetiva, tiene en cuenta el ámbito subjetivo, con el fin de tener una visión holística e integral de la persona(14)

las dimensiones más utilizadas cuando se evalúa la calidad de vida son las siguientes (13),(14):

- Funcionamiento físico: incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico, se evalúa la fuerza muscular y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- Bienestar psicológico: algunos autores lo denominan también como salud mental. Tiene en cuenta el funcionamiento cognitivo, la vitalidad y la competencia percibida para afrontar problemas.
- Estado emocional: suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.
- Dolor: evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y su interferencia con la vida cotidiana.
- Funcionamiento social: evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física, y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.
- Percepción general de salud: valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencias a enfermar. Esta dimensión se relaciona con las anteriores.

1.3. Pregunta de investigación:

¿Cómo se evalúa la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con intención curativa?

1.4. Objetivos:

1.4.1 Objetivo General.

Realizar una revisión de la literatura sobre: Calidad de vida en mujeres con Cáncer de mamá en tratamiento con intención curativa, Una revisión desde la literatura.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Evaluar el nivel de evidencia de la literatura disponible acerca de la calidad de vida en las mujeres con Cáncer de mama.
- Evaluar las dimensiones más afectadas en la calidad de vida en los pacientes con cáncer.
- Presentar recomendaciones para el mejoramiento de la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico con intención curativa.

1.5. Marco Teórico.

1.5.1. Historicidad Del Cáncer.

Desde los registros iniciales de la salud y la medicina, el cáncer ha estado presente de alguna manera y ha logrado perdurar en la historia como un problema de salud pública, desde grandes científicos que han buscado innumerables tratamientos para esta patología, hasta grandes historiadores que han encontrado registros que datan de sus primeras apariciones en las grandes civilizaciones de Grecia y Roma(15).

Según Salaverry el cáncer ha ganado renombre con el pasar de las décadas, remontándose a 150.000 años atrás donde se presentan las primeras lesiones que pudiesen estar relacionadas con lo que hoy conocemos como la patología del cáncer, pero que en esta y otras épocas datadas patologías como estas eran fundamentadas desde una fuerza sobrenatural o traumatismos totalmente explicables que generaban lesiones incompatibles con la vida(15).

Con el pasar de los años y ubicándonos en las grandes civilizaciones como Egipto y Mesopotamia, encontramos aun la creencia sobrenatural de la enfermedad, pero es ahí donde comienza la creencia de la enfermedad como un castigo de las deidades dominantes en la época, pero a diferencia de la prehistoria, es en este momento de la historia donde encontramos un acercamiento a los tratamientos clínicos, no propiamente para el cáncer ni relacionados con tumores, pero si las primeras expresiones de procesos enfocados a mejorar el bienestar fisiológico del ser humano(15).

Para el siglo IV A.C en la Grecia clásica y con la llegada del que hoy conocemos como el padre de la medicina Hipócrates, evidenciamos las primeras descripciones del cáncer como enfermedad, además de su origen etimológico, como: lesiones ulcerosas crónicas, algunas veces endurecidas que se desarrollaban progresivamente y sin control, expandiéndose por los tejidos y simulando las patas de un cangrejo, cobrando su etiología de la palabra Karkinos, Para esta época encontramos un tratamiento muy local y herbolario, hasta la llegada de Galeno quien expresa que la terapéutica para estas patologías se deriva a ayudar al cuerpo a eliminar la bilis negra por medio de separación, la cauterización o sustancias que ayuden a su expulsión(15).

Para la época medieval en Europa, se retoma la creencia de la enfermedad como castigos o expresiones divinas, que eran enviadas por consecuencia de sus comportamientos, presentando la pérdida más grande de conocimientos que el mundo de la medicina haya presenciado a lo largo de la historia. Ya que el pensamiento científico era considerado una ofensa a la deidad suprema y de esta manera se evita el indagar por más tratamientos que puedan aliviar los síntomas. Siendo erradicado este pensamiento con la época del renacimiento donde se evidencian nuevamente los pensamientos científicos y desde donde se comienza a crear el concepto hasta lo que conocemos hoy en día sobre la enfermedad y tratamiento(15)

1.5.2. Teorías del cáncer.

Para el año 1775 Percival Pott descubrió que existía relación entre el cáncer de escroto y las personas cuyo oficio era de Hollar las chimeneas, cuando surgían las lesiones en el escroto en la parte inferior una llaga superficial de consistencia dura rodeaba todo el aparato genital masculino, así se trasladaba a otros órganos vitales generando fuertes dolores, y afectación de la dermis y los órganos. Para el año 1885 Rudolph Virchow demostró que la naturaleza celular era que, si alguna célula se encontraba afectada, esta ocasionaba daño a las demás, posteriormente Julius Cohnheim su discípulo descubrió que las células embrionarias y residuales se proliferaban teniendo en cuenta la gran similitud de los tipos de tejido los cuales sufrían una alteración cuando estaban dañadas por el cáncer, autores como Johannes Müller denotó la condición desordenada de las células con cáncer. Henri Le Fran descubrió la relación del cáncer con los nódulos linfáticos y su diseminación, Wilhelm Waldeyer para 1800 halló la función de los émbolos sanguíneos que se trasladaban a través del humos, hacia los linfáticos(16). En 1911 Peyton Rous tomó un pollo con un sarcoma lo extrajo y lo trasplantó a otros para su diseminación, a través de los resultados se formuló la **Teoría del origen del cáncer**, por su parte Dennis Burkitt descubrió que el ambiente inmediato influía en el tipo de cáncer pues encontró un linfoma asociado únicamente a ciertas condiciones climáticas y ambientales (17).

Por su parte Christiane Dosne Pasqualini (16) aborda que hasta el siglo XXI no existe una explicación veraz de la transformación de las células y el origen de las neoplasias. Otra de las teorías que fundamenta un paradigma explicativo del cáncer es la **Teoría de Ontogèn**, la cual evidenció el virus que causaba la leucemia y los tumores a nivel de la biología zoológica, así, se inician procesos de detección de lo que se denominó el oncovirus humano, dentro de los cuales se realizaron diversos experimentos en los que se descubrió la condición de que los oncovirus eran exógenos, a causa de los rayos X, para la explicación del virus endógeno fue hasta 1970

“...cuando Temin y Baltimore demostraron que el virus de Rous (virus ARN) se copiaba a ADN mediante la transcriptasa inversa (en contra del dogma: ADN, ARN, proteína), incorporándose así al genoma celular en forma de provirus. Esta teoría se afirmó dando lugar al nacimiento de la retrovirología. En 1975, al recibir el Premio Nobel por ese descubrimiento, Temin profetizaba que en base a la proteína codificada por el provirus de Rous y la preparación de su correspondiente anticuerpo, se podría llegar a “vacunar” contra el cáncer; sin embargo, pese a que esa proteína, la pp60, fue luego encontrada, esa predicción no pudo ser confirmada.” p.758

Para 1980, 1989, 1983 se percataron que (Bishop y Varmus) el v-src (oncogén del virus) era perteneciente el material genético c-src y que el vector capaz de transportarlo de un lugar a otro del genoma celular era el retrovirus. Además, al pasar de los años el descubrimiento de que las células neoplásicas eran propias del organismo rompía con el paradigma de que el cáncer era extraño al organismo. Así, se formula también la **Teoría de anti-oncogén**, estos, estimulan la proliferación del cáncer, para 1984 se descubre además que existen neoplasias que se heredan son los denominados anti-oncogenes. Por otra parte, **la Teoría genética del cáncer** y su descubrimiento variado acerca de los tumores, engloban los fenómenos oncogénicos y anti-angiogénicos las cuales tienen relación directa con el ADN, explicando que la transformación de las neoplasias es consecuencia de fenómenos en los cuales se denota la mutación genética. Finalmente, **la Teoría de la inflamación o del microambiente** considera que necesariamente cuando existe una modificación neoplásica celular se desarrolla necesariamente un tumor, para el caso la célula que está afectada sea eliminada por la combinación y recombinación del ADN y en caso de que sobreviva puede mantenerse inactiva sin que el sistema inmunológico lo detecte(16).

1.5.3. La terapéutica del cáncer.

Inicialmente la cauterización fue uno de los tratamientos para combatir de cáncer, materiales medicinales como el arsénico, la pasta de mercurio, y ácidos minerales como el nítrico, sulfúrico entre otros, la cal sólida, la potasa eran aplicados sobre las afecciones cancerígenas, sin embargo, generaban gran dolor a las personas. Fue entonces el cloruro de Zinc que permitió encontrar un tratamiento más efectivo de manera tal que su aplicación se establecía por etapas enfocándose en el tejido dañado por la enfermedad. De esta manera el método Canquoin también fue frecuentemente usado para el tratamiento de las úlceras y lesiones cancerígenas, la cirugía toma su lugar y es mayormente enfocada en el cáncer de cuello uterino. A nivel de tratamiento para el cáncer, hay varias descripciones desde la aplicación de ungüentos hasta la extirpación de las neoplasias a partir métodos que en muchas ocasiones fueron inefectivos(17).

1.5.4. Tratamiento de quimioterapia, radioterapia o cirugía.

Dentro del grupo de quimioterapéuticos encontramos algunos que tienen un efecto directo en el ADN y ARN impidiendo de esta manera la replicación del gen afectado que nos generó las células cancerosas, como lo es el caso de la ciclofosfamida, carboplatino y oxaliplatino, también podemos encontrar medicamentos como el crecimiento de ADN y ARN, estos medicamentos interfieren en la fase S de ciclo celular, más propiamente en la síntesis de purinas y pirimidinas, como en el principio activo de doxorubicina y epirubicina. Tenemos además medicamentos inhibidores de la mitosis como en el caso del paclitaxel. (18).

1.5.5. Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida surge en Estados Unidos posterior a la II guerra Mundial, los investigadores de este tiempo deciden conocer diferentes aspectos que circundaban en las generalidades de la vida de las personas como por ejemplo el aspecto económico, social, educativo etc., la mayoría de los datos de carácter sociodemográficos estaban enfocados a las experiencias previas de cada individuo. La psicología que es la disciplina que toma partida en este tema, la cual consideró un carácter subjetivo la percepción de la calidad de vida estando esa mayormente asociada a la felicidad y la satisfacción personal. Este concepto se formula con el propósito de encontrar características relevantes en la investigación en salud, asociadas de este modo al bienestar subjetivo y distintas variables psicológicas que sirvieron de base para dar la explicación a estos constructos iniciales del concepto de calidad de vida. Para los años 60 se empezaron a fundamenta modelos explicativos enfocados en el concepto de calidad de vida, determinando que estaba direccionado por factores dimensiones y la naturaleza cultural y multidisciplinar que abarca hasta la actualidad el concepto de calidad de vida. cada ámbito disciplinar enfoca este concepto de acuerdo a su conocimiento, por ejemplo para la economía puede resultar factible medirlo a través de la adquisición de bienes, para las disciplinas sociales adoptarlo mediante la necesidad de interacción, ambiente y conducta, y para la medicina en aspectos de salud-enfermedad, cada una de ellas podría definir la calidad de vida, sin embargo conocer la generalidad o la completud del concepto calidad de vida mediante las disciplinas, depende mucho de cada individuo (19).

1.5.5.1. Factores asociados a la Calidad de Vida.

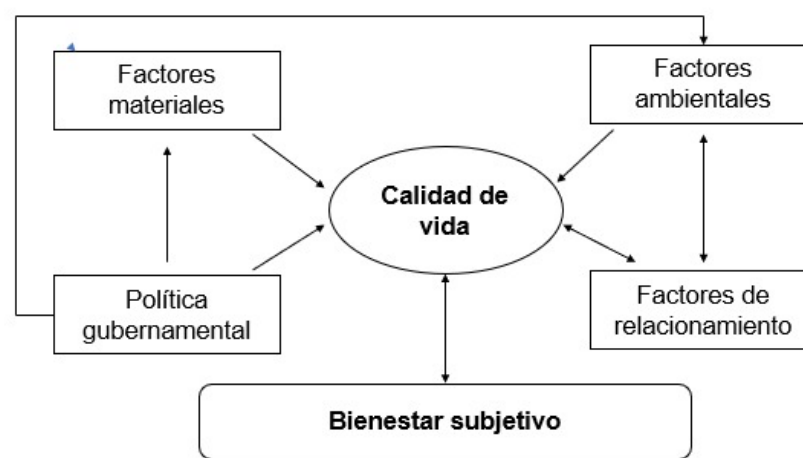


ILUSTRACIÓN 1

Imagen adoptada de Palomba del texto *Calidad de Vida: Conceptos y medidas* (20)

Palomba los describe de la siguiente manera (20):

- Factores materiales: Son aquellos que constituyen los ingresos económicos, objetos de valor subjetivo, adquisición, nivel educación, salud y recursos en general.
- Factores ambientales: Estos factores sostienen más un dato geográfico, acceso a servicios públicos, movilización, criminalidad, entorno, tecnologías, en general las condiciones de vida.
- Factores de relacionamiento: están estipulados por las redes de apoyo como la familia, los vecinos, el ámbito social, las creencias y prácticas sociales, el rol que desempeña el individuo.
- Política gubernamental: En esencia esta constituye el abordaje de políticas sociales que influyen en el entorno directo de las personas cuya influencia impacta directamente en los demás factores descritos.

1.5.6. Dimensiones de la Calidad de Vida.

Abordar las dimensiones de la calidad de vida consiste en su ambiente vital, la relación que cada persona guarde con este, el cómo interacciona, para este caso están las dimensiones de: **salud, el ámbito social y el ambiente**, la salud permite por su parte tener la capacidad de desenvolverse de manera autónoma en las diferentes tareas que requiera, esta, hace parte primaria de la condición de vivir y del constructo de calidad de vida, fundamenta además la habilidad de la creación de ambientes naturales que propendan el desarrollo, la satisfacción de necesidades. Para el caso social uno de los abordajes importantes es la educación, se debe entender el concepto de educación como la adquisición de competencias para la vida que permiten el desenvolvimiento oportuno y necesario para suplir aquello que necesita cada individuo, si bien la educación formal implica un conocimiento específico frente a un tema, este no fundamenta el valor total de lo que acoge la educación para la calidad de vida, es por esto que la dimensión que implica la categoría ambiente sugiere algo más estructural como es la cultura y el sistema político por el cual se rodea un individuo (21).

1.5.7. Escalas para medir la calidad de vida.

Para que el término calidad de vida sea un dato cuantificable y se pueda abordar de una manera específica fue necesaria la creación de diversas escalas, que permitan evidenciar un resultado y que hable de cómo se encuentra el estado del individuo. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidenciaron diversas escalas que permiten cuantificar el término calidad de vida en el individuo.

El Cuestionario de Salud SF-36 se utiliza para múltiples investigaciones entre ellas están, las de salud mental, del ámbito médico y generalmente las que están relacionadas con la salud. Este cuestionario está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de diferentes cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Este cuestionario da como resultado la perspectiva general del estado en el que se encuentra cada paciente (22).

Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud

empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. La escala cubre los siguientes rangos, Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental, adicional se incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior, pero este no es cuantificable dentro de la escala (12).

El cuestionario SF-36 En varios estudios se evidenció que es confiable y viable para aplicarlo en pacientes oncológicos, se resalta su utilidad clínica e investigativa a la hora de obtener los resultados en cuanto a la perspectiva de calidad de vida de cada paciente compuesta por 36 ítems que evalúan las siguientes dimensiones Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. (22).

FACT-B es una escala que ha sido utilizada para analizar la calidad de vida en pacientes oncológicos, determinar la perspectiva que se tiene acerca de su estado y la afectación de este(23).

La escala FACT-B consta de 36 ítems distribuidos en dos componentes: uno general constituido por los primeros 27 ítems, y otro específico relacionado con los síntomas del cáncer de mama (9 ítems). El instrumento representa cinco dominios: bienestar físico, bienestar social/familiar, bienestar emocional, bienestar funcional y una subescala específica relacionada tanto con la enfermedad como con el tratamiento del cáncer de mama(23).

Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de cinco niveles que van desde cero (nada) hasta cuatro (muchísimo). El puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje total de la escala resulta de la suma del resultado en cada dominio. Para efectuar la calificación de la escala algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso, de tal modo que los valores finales reflejen el hecho de que mayores puntajes correspondan a una mejor calidad de vida (13).

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30). Este cuestionario permite analizar la relación entre las variables médicas y demográficas del paciente, y las áreas de funcionamiento que componen la calidad de vida. Posee una escala que incluye cinco escalas funcionales (física, funcionamiento autónomo, cognitiva, emocional y social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náusea y vómito), estado general de salud/escala de calidad de vida, y una serie de preguntas adicionales para evaluar los síntomas comúnmente referidos por los pacientes con cáncer (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto financiero percibido(24).

Quality of Life Questionnaire in Patients with Breast Cancer (EORTC QLQ-BR23). Esta es una subescala para medir la calidad de vida en mujeres con cáncer de seno. Con el BR23 se evalúan aspectos específicos del cáncer de mama y comprende 23 elementos con dos escalas funcionales y sintomáticas, que indaga sobre síntomas y efectos secundarios relacionados con las diferentes estrategias de tratamiento(24).

Este cuestionario incluye cuatro escalas funcionales: de imagen corporal (4 ítems), de funcionamiento sexual (2 ítems), de disfrute sexual y de preocupación por el futuro (1 ítem); y cuatro escalas de síntomas: movilidad del brazo (3 ítems), síntomas en la mama (4 ítems), efectos secundarios del tratamiento sistémico (7 ítems) y preocupación por la pérdida de cabello (1 ítem)(18).

Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G). Es un cuestionario con el cual se pretende medir la calidad de vida en el paciente con cáncer de manera general. Este instrumento puede ser usado para autoevaluación o en entrevista clínica. Permite evaluar los siguientes aspectos: salud física general, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal(18).

Cuestionario de la calidad de vida QL-CA-Afex Elemento autoadministrable consta de 27 escalas análogas visuales que se puntúan de 0 a 100, variando de menor a mayor la afección del aspecto evaluado. Agrupada en 4 subescalas o dimensiones: síntomas, autonomía, dificultades familiares y sociales, y dificultades psicológicas

EuroQol-5D EQ- 5D es una herramienta para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas, según la movilidad, el cuidado personal, las actividades cotidianas, la presencia o ausencia de dolor o malestar, y de ansiedad o depresión. Es un cuestionario que diligencia el mismo paciente, adjudicando un valor entre 1 y 3 a cada variable, siendo 1 la ausencia de alteración, 2 la presencia de afectación leve o moderada y 3 el compromiso serio; además, los pacientes deben elegir un puntaje que va de 0 a 100 como promedio de su estado de salud en el día de la evaluación, siendo 0 el peor estado de salud y 100 el mejor.

EORTC QLQ-ELD15 contiene cinco escalas conceptualmente coherentes (independencia funcional, relaciones con familiares y amigos, preocupaciones sobre el futuro, autonomía y carga de enfermedad). Para estudios de validación a gran escala y

evaluará los problemas de CVRS de mayor relevancia y preocupación para las personas mayores con cáncer en una amplia gama de sitios de cáncer y etapas de tratamiento.

1.5.8 Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo como su nombre lo indica está permeado por la percepción de cada persona, esta es una de las dimensiones más relevantes de la calidad de vida pues representa la evaluación de la satisfacción, la felicidad y el uso de los recursos personales. Suplir las necesidades que cada individuo tenga es uno de los criterios que circundan en el bienestar, las necesidades fundamentan el afecto, la comida, el vestido, la vivienda, en general casi que lo que el sistema político aborda como derechos. Para que una persona se sienta plena se deben tener en cuenta sus expectativas, aspiraciones, la libertad, sus recursos, habilidades, oportunidades, y las necesidades deficitarias que esta pueda sentir, así como la pertenencia social y el entorno establecen descriptivamente lo que sugiere el bienestar subjetivo, siempre y cuando estas necesidades sean suplidas. (25).

1.5.9. Teorías de la calidad de vida.

La Teoría de Dorothea Orem, creada para la década de los 50's y publicada en 1972, aborda el autocuidado como conceptos de la calidad de vida, esta teoría considera que el autocuidado está constituido por la ejecución de actividades que las personas inicia en distintos periodos de su vida, motivados de forma tal que no sean meras conductas operativas, el abordaje a su vez de lo que denominan Sistemas de enfermería también se fundamenta en la capacidad de accionar por parte del profesional en enfermería de acuerdo a la necesidades terapéuticas que tenga el paciente estas conductas buscan regular, proteger además de promover el autocuidado. (26).

Veenhoven (1998) aborda la calidad de vida como la calidad en el entorno, las acciones, las aptitudes, capacidades y la plenitud que dichas acciones puedan generar en las personas. La calidad de vida o calidad del entorno como lo denomina este autor se relaciona con aquellas condiciones externas que fundamenta el buen vivir, el disfrute a través de significados, productos de carácter subjetivo y objetivo que sostienen la capacidad de enfrentarse a la vida. (25).

1.5.10. Antecedentes.

En el estudio de Castañeda Hernández Álvaro Hernando que aborda la Calidad de Vida y Adherencia al Tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica considera que el constructor de adherencia es más complejo en esos primeros meses del conocimiento de la enfermedad, en este estudio participaron 158 personas que padecían de enfermedad oncológica crónica, se aplica para esta población de estudio la Escala de Calidad de Vida que también permitió evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, se realizó una correlación en la cual se tuvieron en cuenta datos como la edad, el nivel educativo, estrato socioeconómico, que labores desempeña, tipo de cáncer, los resultados dieron a conocer que la calidad de vida y el nivel de adherencia a los tratamientos formulados tienen baja correlación. Con respecto a las generalidades de las personas con cáncer se considera que su calidad de vida ha sido percibida en mayor prevalencia como buena, sin embargo, hay estudios que contraponen este tipo de resultados dado que existe una relación directa con el tipo de estadio en el que se encuentre el cáncer y su avance, impactando lo anterior en el bienestar sentido, además de las dificultades económicas que pueden presentar algunos pacientes con esta patología. (27)

1.6. descripción de variables.

CANCER	CALIDAD DE VIDA
<p>El termino neoplasia mejor conocido como cáncer se refiere a una masa de tejidos anómalos cuyo control en el crecimiento rápido es inevitable. Esta masa supera de forma excesiva e irreversible el tejido normal, generando rasgos morfológicos anormales y características poco favorables en la función de los órganos en los cuales se encuentra situado (28). El cáncer es una enfermedad cuyo padecimiento impacta las diferentes esferas de quienes lo padecen, sumado a esto la falta de políticas públicas, la atención deficitaria y poco integral de los pacientes con esta patología. Esta enfermedad cuenta con diferentes tipologías, el Ministerio de salud (29) los clasifica como: cáncer de piel, cáncer de seno, cáncer en la cavidad oral, en el aparato digestivo, sistema endocrino, hematología, sistema respiratorio, sistema nervioso, tejidos blandos etc. Y se aborda desde especialidades como: la pediatría, oftalmología, ginecología, urología, cuidados paliativos entre otros.</p>	<p>La calidad de vida implica dimensiones y dominios diversos, tiene presente la subjetividad que implica su comprensión, dado que su externalización o evidencia se denota mediante el mayor grado de emociones y sentimientos donde el campo, físico, psíquico, biológico y ambiental se encuentran en armonía, englobando así un estado de bienestar general. Por tanto para el individuo llegar al nivel de satisfacción es necesario mediar una iteración sana con su medio y las personas que le rodean, porque es el otro el que permite sentir la correspondencia frente a sus necesidades, por consiguiente hablar de calidad de vida implica valorar desde aspecto cognoscitivos y emocionales del individuo, el grado de goce que los componentes antes nombrados brinden dentro de su expectativa personal (30).</p>

ILUSTRACIÓN 2

1.7. Marco legal.

Ley 1384 de 2010 (ley Sandra Ceballos) atención integral del cáncer en Colombia

Artículo 1º. Objeto de la ley. Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Artículo 2º. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente.

Artículo 5º. Control integral del cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Artículo 6º. Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer. Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los seis meses siguientes a la sanción de esta ley.

Artículo 11. Rehabilitación integral. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis.

Artículo 14. Servicio de Apoyo Social. Reglamentado parcialmente por la Resolución del Min. Salud 1440 de 2013 . Una vez el Gobierno reglamente la presente ley, los beneficiarios de esta tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes

de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.

1.8. Metodología.

Revisión de la literatura de los estudios acerca de la calidad vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico, para el periodo temporal comprendido desde el año 2012 hasta 2022 en las siguientes bases de datos: MEDLINE, SCIENCE DIRECT, SCOPUS Y DIALNET.

2. MATERIALES Y METODOS.

2.1 Búsqueda bibliográfica

2.1.1 Palabras claves:

MesH: Quality of life - Breast Neoplasia – Chemotherapy – Women.

DeCs: Calidad de vida- Neoplasia – Quimioterapia – Cáncer de mama – Mujer.

2.1.2. Resultados:

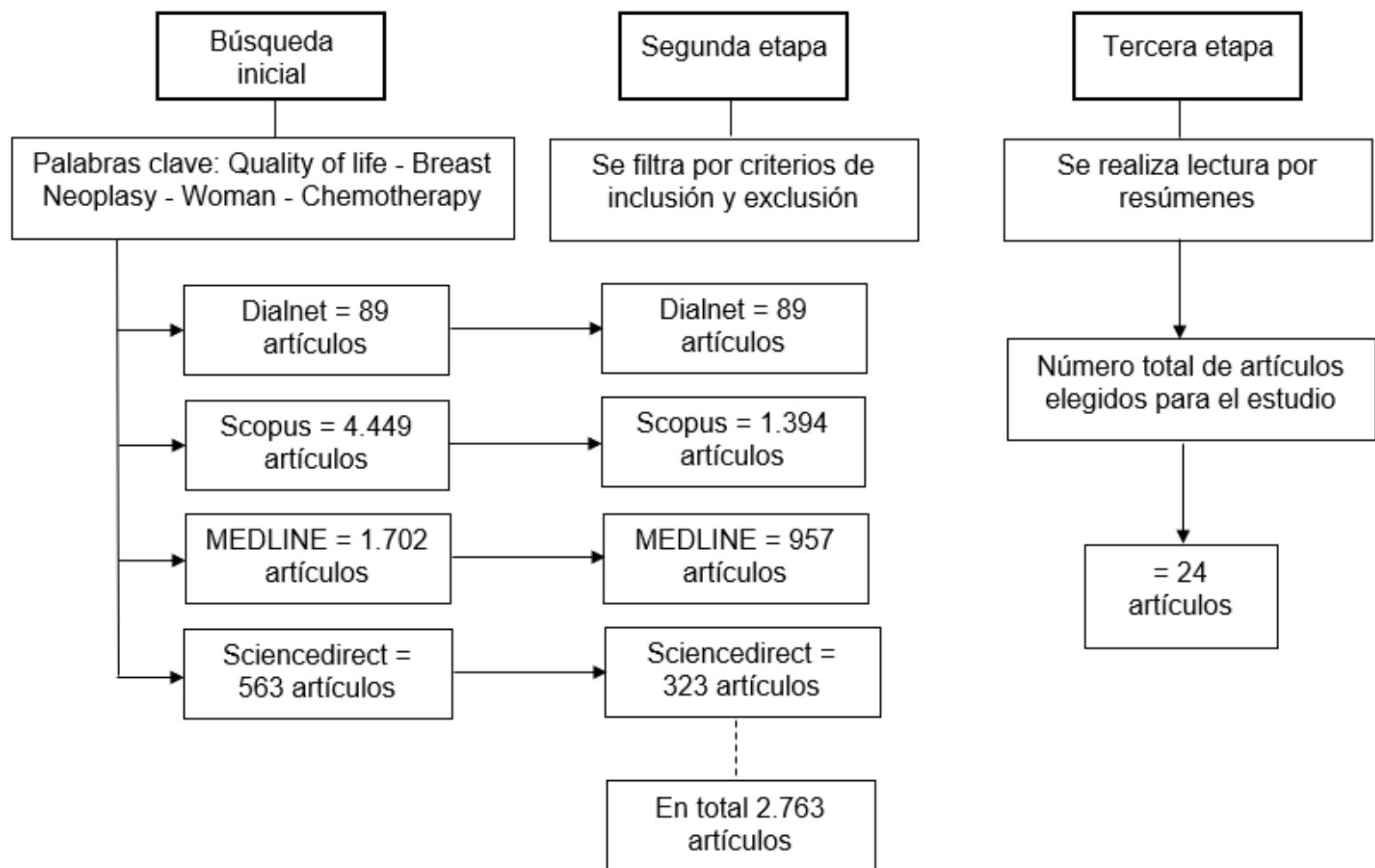


ILUSTRACIÓN 3

Se identificaron 6.803 publicaciones siguiendo las palabras claves planteadas desde el inicio de la investigación, al realizar la exclusión se obtiene un total de 2.763 publicaciones con las cuales se comienza a realizar la exclusión teniendo en cuenta los resúmenes. Para trabajar con 24 artículos durante la elaboración del trabajo.

2.2. Criterios de selección.

2.2.1. Criterios de inclusión.

Los Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión

se aplicaron a todas las citas (títulos y resúmenes) identificadas en la estrategia de búsqueda.

- Documentos no mayores a 10 años de publicación.
- Artículos que hablen del Cáncer de mama en fase de tratamiento.
- Artículos que daten sobre las escalas de calidad de vida.
- Documentos que evidencien la afectación de la calidad de vida en pacientes con tratamiento de cáncer de seno.
- Ensayos clínicos controlados

- Estudios observacionales

2.2.2. Criterios de exclusión.

En esta revisión no se incluyeron opiniones, informes, o estudios con déficit metodológico, documentos que no contengan el termino cáncer de mama y en idiomas diferentes al inglés o español.

Se tendrá en cuenta que los artículos que no corresponden a los criterios de inclusión serán descartados.

2.3. Recuperación de la información.

Se utilizó una tabla adaptada para extraer los documentos de mayor interés, los cuales cumplen con los criterios de exclusión e inclusión, la recopilación y análisis de los datos se realizó por 5 revisores (SCR, MCGD, JIM, IMZ, JP SL) de los artículos seleccionados se extrajeron los datos de forma independiente.

2.3.1. Fuentes de Información:

Sciencedirect, Dialnet, Scopus, Medline.

2.3.2. Proceso de obtención de la Información:

los investigadores definieron con anterioridad palabras claves para la búsqueda avanzada en bases de datos previamente descritas, luego se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, se realizó una lectura exhaustiva y se seleccionaron 24 documentos que cumplían los requisitos para el estudio.

2.3.3. Enfoque metodológico de la investigación

Este trabajo es una revisión de la literatura sobre la calidad de vida en mujeres con Cáncer de mamá en tratamiento con intensidad curativa.

2.3.4. Tipo de participantes.

Centros oncológicos, Instituciones de salud de tercer y cuarto nivel de complejidad.

2.3.4. Tipos de intervenciones.

Se seleccionaron aquellos estudios donde las intervenciones hacen referencia a la evaluación de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en tratamiento con intensidad curativa

2.3.5. Tipo de resultados.

Se incluyeron todos los estudios que hicieron referencia a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con intensidad curativa

3. Resultados.

Como resultado de la revisión llevada a cabo a lo largo de esta investigación, se encontró que en los 24 artículos estudiados la escala para medir la calidad de vida en las pacientes con cáncer de seno más utilizada es la EORTC QLQ-C30 con el 36% de prevalencia como se evidencia en la gráfica 1.

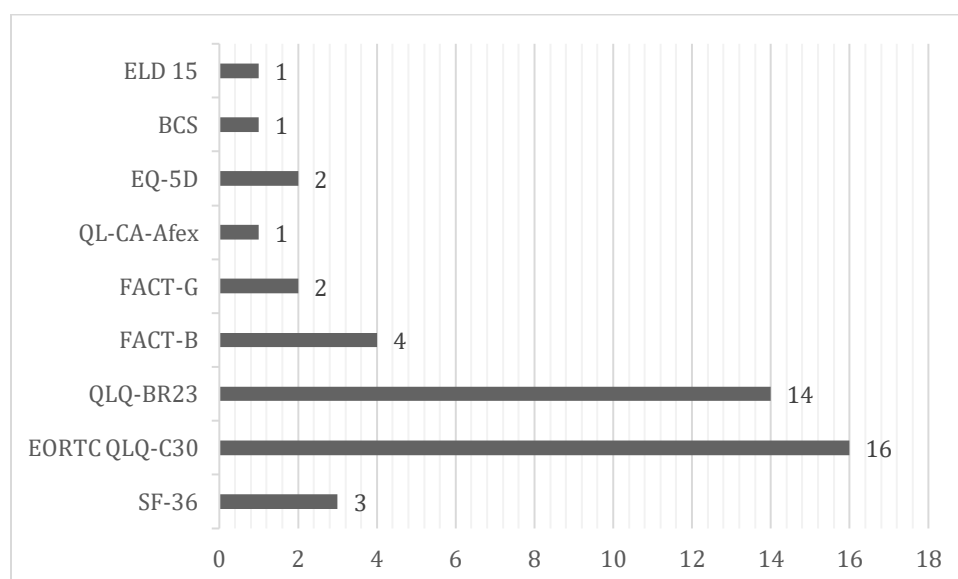


ILUSTRACIÓN 4

Se analizó la calidad de vida de las mujeres con cáncer de seno en tratamiento oncológico con intensidad curativa en cada artículo, con base a las diferentes dimensiones que la componen en donde se encontró que la dimensión más afectada fue la de funcionamiento físico, presentadas en la gráfica 2.

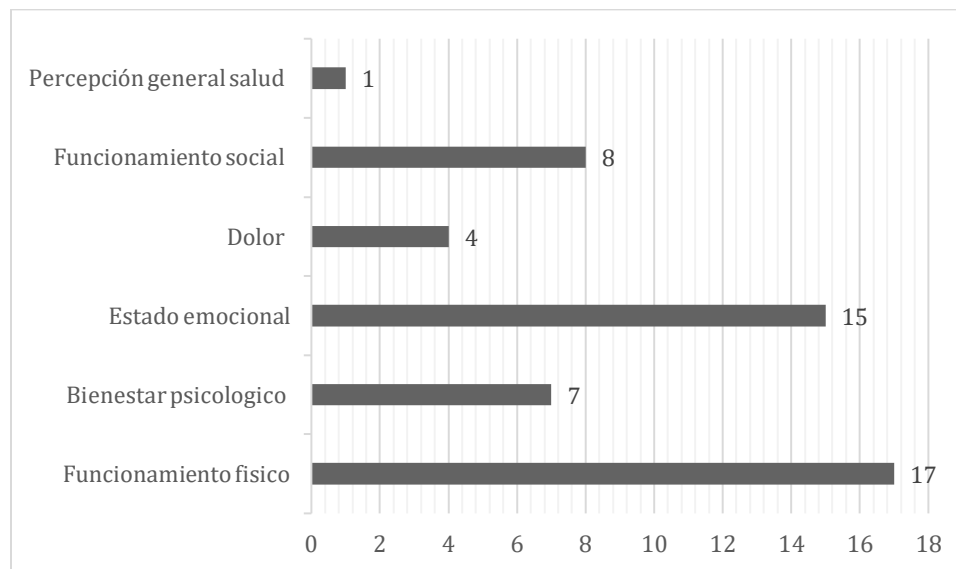


ILUSTRACIÓN 5

1. El funcionamiento físico, con respecto a la perspectiva de la imagen corporal debido a la caída del cabello, la ausencia del seno secundaria a mastectomía y los síntomas físicos asociados a la quimioterapia siendo en mayor proporción fatiga, insomnio, náuseas y vomito; fue la dimensión que se encontró más afectada.
2. La dimensión emocional en la cual se evidencia la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, miedo, ira y la no adaptación al estrés.
3. La parte social de las mujeres sometidas a tratamiento coadyuvante con intención curativa, se ve alterada por el cambio que implica en las relaciones con el entorno y las personas inmersas en él, se encontró que las mujeres que no tenían pareja presentaban una calidad de vida deteriorada, sus relaciones familiares y redes de apoyo representaban un pilar fundamental para el afrontamiento de la enfermedad, también se evidenciaba un deterioro de su vida social al disminuir la interacción con el exterior debido al cuidado necesario por la inmunosupresión causada por el tratamiento, el ámbito económico es también uno de los factores con mayor impacto en esta dimensión por los altos costos que genera el mantenimiento del tratamiento.
4. En la dimensión psicológica el aspecto que más se resalta es la disminución del disfrute sexual y la preocupación por el futuro, la feminidad y la autoestima de la mujer se ven afectadas directamente por los cambios generados por la quimioterapia.
5. El dolor se clasifica como una dimensión independiente y no se incluye en la dimensión del funcionamiento físico; ya que es un síntoma constante y persistente en todas las pacientes en tratamiento, este se evidencia localizado en la mamá e irradiado hacia los brazos.
6. En los artículos revisados se encuentra que las pacientes que cursan esta enfermedad tienen una percepción mala de su estado de salud debido a todas las afecciones desencadenadas desde esta patología.

Adicionalmente se encontró que en los estudios analizados la calidad de vida es directamente proporcional con los estadios del cáncer, estando más deteriorada en los estadios III y IV. Al inicio de la enfermedad en la etapa de diagnóstico y comienzo de tratamiento se presenta la alteración más notoria con respecto a la calidad de vida de las pacientes, referenciado de varios de los artículos incluidos en el trabajo se evidencia que alrededor de los 12 a 18 meses la calidad de vida presenta mejorías en la mayoría de la mayoría de las pacientes. Las mujeres con poco apoyo del médico presentaban una calidad de vida más deficientes. Las pacientes tratadas en las entidades de salud privadas contaban con una mejor calidad de vida que las tratadas en entidades públicas. Las mujeres con niveles bajos de escolaridad, estratos socioeconómicos bajos, condiciones inadecuadas en su vivienda y sin acceso a todos los servicios públicos muestran un descenso en la calidad de vida.

3.1.DISCUCIÓN.

Como resultado de la revisión llevada a cabo durante este trabajo, se puede identificar que el cáncer de mama es una mutación degenerativa en las células que conlleva a cambios en toda la parte física y psicológica de las pacientes que la padecen, es, además, un problema de salud pública ya identificado por su prevalencia alrededor del mundo.

Se identifica dentro de los estudios revisados como una enfermedad con un pronóstico incierto, pues si bien se sabe su pronóstico de vida es inversamente proporcional con el estadio de la enfermedad, es decir, en el estadio I se tiene un 100% de supervivencia,

mientras que en el estadio IV la supervivencia es del 20%. Con base a esto, se evidencia una disminución directamente proporcional entre la calidad de vida y los estadios del cáncer, entre más avanzada se encuentre la enfermedad trae consigo factores que alteran directamente las dimensiones evaluadas en la calidad de vida, como el dolor, síntomas asociados al estado de salud, los cambios físicos y complejidad de tratamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentan además altos niveles de estrés y ansiedad por el proceso adaptativo al que se deben someter (Aprender a convivir con su enfermedad).

En los estudios revisados se evidencia la Calidad de Vida como un constructo multidimensional que abarca diferentes aspectos de la vida de los pacientes, las cuales se ven reflejadas en la respuesta que tiene a las patologías que enfrentan. Algunos de los aspectos son, su nivel de autonomía reflejado en capacidad para tomar decisiones y resolver problemas, el grado de satisfacción que sienten con su vida y como cuidan de ella. Al ser un constructo que abarca tantos aspectos diferentes, por una mínima afectación evidencia cambios a nivel general en la vida de las pacientes. Como cuando una persona se entera que padece una enfermedad como el Cáncer, en donde toda su perspectiva de vida se vería afectada de una manera considerable entorno a la noticia. La calidad de vida se ve más afectada al inicio del proceso que esta enfermedad conlleva tanto en el tratamiento como en los cambios que genera, a medida que esta avanza se ve una mejor adaptación a esta.

La Calidad de Vida relacionada con la salud adquiere importancia al reconocer toda la visión subjetiva de los pacientes referentes a su patología identificando una relación directa entre Sentimiento y respuesta fisiológica (Enfermedad, tratamiento y deterioro)

Los estudios tomados para la realización de esta revisión relatan que la Calidad de vida no se ve afectada directamente por el tratamiento curativo al que se someten las pacientes, sino por las consecuencias que estos tratamientos traen para ellas, su cuerpo y sus relaciones con el entorno. También se fundamentan en que un buen afrontamiento de la enfermedad está basado en las redes de apoyo que las pacientes tienen y el nivel de tolerancia con el que cuentan. El apoyo familiar y el de la pareja parecen minimizar los efectos secundarios de la quimioterapia, los cuales pueden ocasionar cambios significativos en la calidad de vida

Durante la realización de este análisis de evidencio que las pacientes con pareja presentan una mejor calidad de vida, sin embargo, el aspecto sexual se veía altamente afectado a nivel del deseo y disfrute del mismo, debido a la pérdida de autoestima y la fatiga que presentan.

Analizando los artículos se encuentra que los cambios físicos generados por el tratamiento quirúrgico o farmacológico representan una repercusión negativa sobre el constructor de Calidad de Vida propio de cada paciente, ya que deterioran directamente la feminidad y autoestima de la mujer.

Es necesario un tratamiento oportuno, ya que, las mujeres con poco acompañamiento medico sufren un deterioro marcado con respecto a su calidad de vida, se pudo identificar en los diferentes artículos, que cuando se está en presencia de mucha burocracia para los diferentes procedimientos y tratamientos oncológicos, se va a ver afectada en primera instancia la salud física y como consecuencia el deterioro de la calidad de vida, evidenciado por el aumento del estrés y la incertidumbre derivado por la alta demanda y espera para recibir un tratamiento oportuno y eficaz

4.Conclusiones.

La calidad de vida es un constructo amplio que agrupa diferentes dimensiones o factores de la vida diaria y se ve afectado negativamente en las mujeres que padecen cáncer de mama y cursan tratamiento coadyuvante debido a que este puede deteriorar en diferentes dimensiones entre las más afectadas se encuentran, funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, percepción general de la salud y a medida que avanza el tratamiento se ve una mejora en la calidad de vida debido a que el nivel de adaptación y de aceptación se ha visto incrementado, es necesario desde el área de la enfermería realizar la gestión oportuna de los procesos e intervenciones (cirugía, quimioterapia, radioterapia, farmacología) necesarios para el tratamiento de cáncer de mama, además garantizar el trabajo interdisciplinario como lo es desde psicología, trabajo social y demás dependencias que puedan ayudar a mejorar la calidad del vida del paciente.

Agradecimientos

Queremos darle nuestros agradecimientos a la universidad CES por brindarnos un espacio en el que podemos afianzar y además enriquecer nuestro proceso formativo e investigativo, a la docente Maria Jimena Echeverry Enfermera Oncóloga por acogernos durante la realización de este trabajo y brindarnos todo su conocimiento además de su acompañamiento incondicional, a la docente Giselly por el espacio de aprendizaje brindado durante sus clases.

5.Referencias.

1. Ouchen FS. TEMA 14: Neoplasias. De niciones. Nomenclatura. Características. :8.
2. Ramírez RFD, Cruz AG de la, Verduzco EKO, Esqueda JGM, Luciano GSF. Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*. 2019;29(1):115-24.
3. Carrillo-González GM. Los grupos de síntomas en personas con cáncer: una revisión integrativa. *Aquichan*. 1 de septiembre de 2017;17(3):257-69.
4. Salazar L, Benavides M, Murcia Monroy EM. Actuar político para el control del cáncer en Colombia. *RGYPS [Internet]*. 11 de diciembre de 2018 [citado 23 de abril de 2022];17(35). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24380>
5. González CM, Calva EA, Zambrano LMB, Medina SM, López JRP. Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y Salud*. 4 de junio de 2018;28(2):155-65.
6. Loaiza HHA, Núñez C, Navarro A, Sánchez SC. Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el Fact-B y SF-36. *Psychologia*. 5 de enero de 2017;11(1):109-20.
7. Cajamarca-Barón JH. El cáncer y su impacto en salud pública. *MedUNAB*. 29 de abril de 2014;17(1):41-5.
8. Algar MJM, García PB. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2016;13(2-3):227-48.

9. Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. *Rev méd Chile*. mayo de 2021;149(5):708-15.
10. Gómez MMN, Gutiérrez RMV, Castellanos SAO. Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology*. 2010;16.
11. Torres-Reyes A, Tenahua-Quitl I, García-López MA, Pérez-Noriega E, Cordero-Sánchez C, Ramos-Durán N, et al. Relación de calidad de vida y autocuidado en pacientes adultos con cáncer/ Relationship of quality of life and self-care in adult patients with cancer/ Relação da qualidade de vida e autocuidado em pacientes adultos com câncer. *Journal Health NPEPS*. 1 de junio de 2019;4(1):16-30.
12. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. 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*. abril de 2010;84(2):169-84.
13. Rivera Rojas F, Ceballos Vásquez P, Vilchez Barboza V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index de Enfermería*. junio de 2017;26(1-2):58-61.
14. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*. marzo de 2010;138(3):358-65.
15. Salaverry O. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. marzo de 2013;30:137-41.
16. Medawar PB. La etiología del cáncer Vigencia de cinco paradigmas sucesivos. 2003;4.
17. Salaverry O. LA ETIMOLOGÍA DEL CÁNCER Y SU CURIOSO CURSO HISTÓRICO. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. :5.
18. Ariza Márquez YV, Briceño Balcázar I, Ancizar Aristizábal F. Tratamiento de cáncer de seno y farmacogenética. *Revista Colombiana de Biotecnología*. enero de 2016;18(1):121-34.
19. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol*. abril de 2012;30(1):61-71.
20. Palomba R. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. :14.
21. Iruela MJR. Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *INTER VENCION PSICOSOCIAL*. :18.
22. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. abril de 2005;19(2):135-50.
23. Sánchez-Pedraza R, Sierra-Matamoros FA, López-Daza DF. Validación colombiana de la escala FACT-B para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. septiembre de 2012;63(3):196-206.
24. Castillo LFV, Saa PAC, Lemus SG. Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*. 15 de diciembre de 2015;2(2):195-218.
25. Watanabe BYA. LA CAPACIDAD Y EL BIENESTAR SUBJETIVO COMO DIMENSIONES DE ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA. *Revista Colombiana de Psicología*. :8.
26. Hernández YN, Pacheco JAC, Larreynaga MR. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana [Internet]*. 2017 [citado 14 de septiembre de 2021];19(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
27. Castañeda Hernández ÁH. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Rev Cuid*. 15 de mayo de 2015;6(1):906.
28. Ouchen FS. TEMA 14: Neoplasias. De_niciones. Nomenclatura. Características. :8.
29. Colombia, Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2001.
30. Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. *Cienc enferm [Internet]*. diciembre de 2003 [citado 24 de abril de 2022];9(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ANEXOS

1. FUENTE

a. Identificación del estudio (título y autor)	
b. Cita	
2. ELEGIBILIDAD	
a. Criterios de inclusión	Si ___ No ___
b. Motivo de exclusión	
3. METODOS	
a. Diseño del estudio	
b. Duración total del estudio	
c. Sesgos	
4. PARTICIPANTES	
a. Contexto	Hospitalario___ UCI_ CIRUGIA
b. Numero	
c. País	
5. INTERVENCIONES	
a. Numero grupos de intervención	
b. Tipo de intervención	
6. DESENLACES	
a. Desenlace y tiempo	
b. Unidad de medición	
7. RESULTADOS	
a. Número de artículos revisados	
b. Medidas estadísticas	
c. Otros	

Tabla para validez de artículos propietaria Jimena Echeverry