

**Relación de Depresión y Calidad de Vida en Mujeres con
Diagnóstico de Cáncer de Mama**
**Relationship between Depression and Quality of Life in Women
Diagnosed with Breast Cancer**
**Relação entre depressão e qualidade de vida em mulheres com
diagnóstico de câncer de mama**

Castillo-Rojas, Karen Lizeth  0009-0002-4241-0828

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Licenciada en Enfermería.
karen.castillors@udlap.mx

Cordero-Sánchez, Clemente  0000-0002-3175-9664

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Maestría en Psicología Clínica
clemente.cordero@udlap.mx

Reyes-Vázquez, María de las Mercedes Nuri  0000-0003-3318-0215

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Maestría en Ciencias de Enfermería.
maria.nuri@udlap.mx

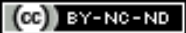
Morales-Alducín, Monserrat  0000-0003-1982-5451

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Doctorado en Ciencias de Enfermería.
monserrat.morales@udlap.mx

***Ramírez-Girón, Natalia**  0000-0002-8312-6287

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Doctorado en Ciencias de Enfermería. *Autor corresponsal.
natalia.ramirez@udlap.mx

Recibido: 30 de mayo de 2024. **Aceptado:** 09 de septiembre de 2024.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



RESUMEN

Objetivo. Estimar el efecto de la depresión sobre la calidad de vida (CV) en mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama.

Método. Cuantitativo, correlacional y transversal. Los datos se obtuvieron por medio de la cédula de datos, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ C-30 y su anexo BR23. La muestra fueron 110 mujeres con Cáncer de Mama.

Resultados. El 64.5 % tienen entre 39-58 años, el 64.5 % tienen pareja, el 76.4 % son amas de casa. El 50.9 % no tienen depresión, el 42.8 % presentó depresión leve y moderada, mientras que el 6.4 % depresión grave. Sobre los resultados de CV se obtuvo una media de 76.8 en el estado de salud global y se encontró una correlación moderadamente negativa y significativa entre la depresión y la escala de salud Global ($\rho = -.306, p = .001$). La depresión explica el 13 % de la varianza de la CV (R^2 ajustada=.13; $F(1,109) = 17.9; p \leq .0001$) y los síntomas (efectos secundarios, síntomas de mama, brazo y pérdida de cabello) explican el 15 % de la CV (R^2 ajustada=0.15; $F(1,109) = 20.9; p \leq .0001$).

Conclusión. Existe una correlación moderadamente negativa pero significativa entre la depresión y la escala de salud global, una correlación negativa moderadamente alta y muy significativa entre la depresión y la CV, además de una correlación moderadamente alta negativa y muy significativa entre la depresión y la escala de síntomas. La depresión y los síntomas generan un efecto significativo sobre la CV.

Palabras clave: Depresión, Calidad de Vida, Cáncer de Mama.

ABSTRACT

Objective. Estimate the effect of depression on quality of life (QoL) in women diagnosed with Breast Cancer.

Method. Quantitative, correlational and transversal. The data were obtained through the data sheet, the Beck Depression Inventory-II and the EORTC Quality of Life Questionnaire QLQ C-30 and its annex BR23. The sample was 110 women with Breast Cancer.

Results. 64.5 % are between 39-58 years old, 64.5 % have a partner, 76.4 % are housewives. 50.9 % did not have depression, 42.8 % presented mild and moderate depression, while 6.4% presented severe depression. Regarding the QoL results, a mean of 76.8 was obtained in the global health status and a moderately negative and significant correlation was found between depression and the Global health scale ($\rho = -.306, p = .001$). Depression explains 13 % of the variance in QoL (adjusted $R^2 = .13$; $F(1,109) = 17.9; p \leq .0001$) and symptoms (side effects, breast and arm symptoms, and hair loss) explain 15% of the QoL (adjusted $R^2 = .15$; $F(1,109) = 20.9; p \leq .0001$).

Conclusion. There is a moderately negative but significant correlation between depression and the global health scale, a moderately high and very significant negative



correlation between depression and QOL, in addition to a moderately high negative and very significant correlation between depression and the scale. of symptoms. Depression and symptoms generate a significant effect on QoL.

Keywords: Depression, Quality of Life, Breast Cancer.

RESUMO

Objetivo. Estimar o efeito da depressão na qualidade de vida (QV) em mulheres diagnosticadas com Câncer de Mama.

Método. Quantitativo, correlacional e transversal. Os dados foram obtidos por meio da ficha de dados, do Inventário de Depressão de Beck-II e do Questionário de Qualidade de Vida da EORTC QLQ C-30 e seu anexo BR23. A amostra foi de 110 mulheres com Câncer de Mama.

Resultados. 64,5 % têm entre 39-58 anos, 64,5 % têm companheiro, 76,4 % são donas de casa. 50,9% não apresentaram depressão, 42,8% apresentaram depressão leve e moderada, enquanto 6,4 % apresentaram depressão grave. Em relação aos resultados de QV, obteve-se média de 76,8 no estado global de saúde e foi encontrada correlação moderadamente negativa e significativa entre depressão e a escala Global health ($\rho = -.306$, $p = .001$). A depressão explica 13 % da variância na QV (R^2 ajustado = .13; $F(1,109) = 17,9$; $p \leq .0001$) e os sintomas (efeitos colaterais, sintomas de mama e braço e perda de cabelo) explicam 15 % da QV (R^2 ajustado = .15; $F(1,109) = 20,9$; $p \leq .0001$).

Conclusão. Há uma correlação moderadamente negativa, mas significativa entre a depressão e a escala global de saúde, uma correlação negativa moderadamente alta e muito significativa entre a depressão e a QV, além de uma correlação negativa moderadamente alta e muito significativa entre a depressão e a escala. de sintomas. A depressão e os sintomas geram um efeito significativo na QV.

Palavras-chave: Depressão, Qualidade de Vida, Câncer de Mama

Introducción

El Cáncer de Mama (CM) es el tipo de cáncer más común con más de 462,000 nuevos casos anuales y es la segunda causa de muerte en mujeres de América Latina; se estima que para el año 2040 el número de diagnóstico de CM aumentará un 39 % (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Debido a su morbilidad, esta patología no sólo constituye un problema para el paciente, sino que implica un problema de salud pública a nivel regional (Alvarado *et al.*, 2017).



En México, el CM es la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años, tan sólo en el año 2019 la tasa de mortalidad fue de 19.6 defunciones por cada 100.000 mujeres de 25 años y más; conforme aumenta la edad, la proporción de mujeres que fallecen por este cáncer es mayor de 15.8 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años y en mujeres de 50 a 59 años esta cifra aumenta a 29.4 y para aquellas con edad de 60 años y más la cifra se duplica a 47.6 por cada 100 mil (Instituto Nacional de las Mujeres [INM], 2021). Es importante resaltar que, en la mayoría de casos el diagnóstico médico se presenta en estadios clínicos avanzados por lo cual, se genera retraso en el tratamiento médico, convirtiéndose en una etapa compleja para el individuo que padece CM, la familia y el sistema de salud dado que, no solo se deben asumir acciones médicas relacionadas con cambios físicos propios del padecimiento, además, se deben generar acciones que contribuyan a modular la respuesta emocional derivada del diagnóstico (Correa, 2017; Martínez-Pérez *et al.*, 2020).

Por un lado, dicha respuesta emocional se fundamenta en sentimientos negativos como el miedo, la ansiedad y en la mayoría de los casos, la depresión. Este último trastorno se caracteriza por la presencia de tristeza, falta de concentración, pérdida de interés, baja autoestima, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito y sensación de cansancio; se presenta en al menos 25 % de los casos de mujeres con CM (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Por otro lado, la depresión sigue siendo un trastorno habitualmente mal diagnosticado, que no recibe tratamiento adecuado y que afecta del 15-25 % de las pacientes con padecimientos oncológicos (García-Hernández, López-Guevara, Cano-Fajardo, Avila-Medina, Duran-Badillo & Ponce-Martínez, 2020). Generalmente, este trastorno interfiere con la habilidad de la paciente para afrontar su enfermedad y aceptar el tratamiento, lo que lleva al aumento del tiempo de hospitalización, agudizando el número e intensidad de los síntomas físicos y por lo tanto disminuyendo su calidad de vida relacionada con la salud (Rivera-Cruzatt *et al.*, 2022).

La calidad de vida (CV) relacionada con la salud es el resultado de un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la paciente y su medio ambiente, entre factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), factores psicológicos (personalidad, sistema de valores, creencias y expectativas), soporte social y familiar (recibido o percibido). Por esto, su evaluación debe ser indispensable en la valoración continua del paciente con cáncer, ya que su deterioro genera un impacto psicológico en la vida del paciente, lo que puede ocasionar dificultades para cumplir los roles sociales, familiares y de trabajo (Dinapoli *et al.*, 2021).

De acuerdo con la revisión de la literatura, se han encontrado altos porcentajes de depresión en mujeres con cáncer (Céspedes & Aparicio, 2017), existe asociación significativa y positiva de la depresión con síntomas físicos que alteran la calidad de vida y dificultan el diagnóstico médico de depresión en mujeres con CM (Garduño-Ortega *et al.*, 2021; Valderrama & Sanchez, 2018). Adicio-



nalmente, se sabe que a mayor nivel de depresión existe mayor alteración de la salud global de la calidad de vida y mayores episodios de diarrea; además, la depresión influye y explica los síntomas desagradables y el dolor en personas con cáncer (Hernández Silva, Ruiz Martínez, González Escobar, González-Celis Rangel, 2020; Salvetti, Machado, Donato & Silva, 2020). Por último, una revisión sistemática indica que las mujeres latinas/hispanas reportan menor calidad de vida relacionada con la salud, mayor carga de síntomas asociados, peores niveles de bienestar psicológico y social en comparación con otros grupos étnicos, sin embargo, se detectaron mejores niveles de bienestar espiritual y afrontamiento basado en la espiritualidad (Samuel, Mbah, Elkins, Pinheiro, Szymeczek, Padilla, Walker & Corbie-Smith, 2020; Hortense, Bergerot & Domenico, 2020).

En este sentido la evidencia muestra que es indispensable comprender el efecto general del cáncer en un paciente, percibiéndolo como una persona completa en lugar de ver al paciente como una enfermedad que necesita ser curada. Dado lo anterior, se planteó el siguiente objetivo: estimar el efecto de la depresión sobre la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de CM.

Metodología

Diseño cuantitativo, correlacional y transversal. La población fueron mujeres con CM derechohabientes de un Hospital General del Estado de Puebla, México. Se incluyeron mayores de 18 años con diagnóstico de CM, que desearon participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron las mujeres que expresaron alguna alteración auditiva, visual o cognitiva que impidiera responder los cuestionarios. Se eliminaron las participantes que no contestaron completamente los instrumentos de recolección de datos. El muestreo fue no probabilístico, el cálculo de la muestra se realizó con la fórmula de poblaciones finitas, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %; la muestra final quedó conformada por 110 mujeres con diagnóstico de CM.

Para la recolección de los datos se utilizaron tres cuestionarios: 1) cédula de antecedentes generales y datos sociodemográficos, elaborada específicamente para la población de estudio, consta de dos apartados: en la primera parte se indagan edad, estado civil, grado de estudios, ocupación actual, etapa de enfermedad durante el diagnóstico y si recibió atención psico-oncológica; el segundo apartado, solo es aplicable si la paciente fue sometida a una mastectomía, en caso de ser así se pide elegir entre algunos incisivos para saber si conoce el tipo de cirugía a la que fue sometida, el tiempo y si se le realizó una reconstrucción mamaria.

2) Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), de auto informe compuesto por 21 afirmaciones que evalúan cómo se han sentido las últimas dos semanas y si han estado presentes síntomas



correspondientes a tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, inconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 (cambios en los hábitos del sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. La puntuación mínima es 0 y máxima es 63, estableciendo cuatro puntos de corte para graduar la severidad de los síntomas en: no depresión 0-9 puntos, depresión leve 10-18 puntos, depresión moderada 19-29 puntos y depresión grave 30 puntos. Se ha registrado buena consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.85 (Atencio-Osorio, Carrillo-Arango & Ramírez-Vélez, 2022).

3) Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 y su anexo para cáncer de mama BR23: incluye 30 preguntas con respuesta tipo Likert que van de 1 a 7 puntos para el estado de salud global y de 1 a 4 puntos para el resto de los ítems. El inventario cuenta con cinco escalas funcionales: físico, de rol, cognitivo, emocional y social. La escala de síntomas: fatiga, dolor, náuseas y vómito, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, dificultades financieras. Una escala que evalúa el estado de salud global. El módulo suplementario que se empleó para la investigación fue el módulo de CM BR23 diseñado para diferentes modalidades de tratamiento como cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. El cuestionario CM BR23 incluye 23 ítems, con respuesta tipo Likert de 1 a 4 puntos y cuenta con siete escalas multi-ítem: efectos secundarios al tratamiento, síntomas del brazo, síntomas de la mama, imagen corporal, pérdida de cabello, funcionamiento y disfrute sexual. El método de puntuación es el mismo que el empleado para las escalas funcionales, de síntomas y de un ítem en el cuestionario QLQ-C30. El método de puntuación para calificar estas escalas es el mismo en todos los casos: primero se debe estimar el promedio de los ítems que contribuyen a la escala, siendo este el puntaje bruto. Posteriormente se usa una transformación lineal para estandarizar el puntaje bruto, de modo que todas las escalas tengan una puntuación de 0 a 100, se considera una puntuación mayor a 60 como buena/aceptable calidad de vida, por lo que una puntuación de escala alta de funcionamiento representa un alto (“mejor”) nivel de funcionamiento, un puntaje alto para el estado de salud global representa un estado de salud global alto, pero un puntaje alto para una escala de síntomas representa un alto (“peor”) nivel de sintomatología. El instrumento fue validado por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (siglas en inglés EORTC) en población mexicana e hispanohablante con un alfa de Cronbach de entre 0.87 (Fayers et al., 2001).

Se utilizó el Paquete Estadístico Para Ciencias Sociales (PECS) versión 19, se realizó la descripción de las variables de estudio mediante estadística descriptiva por medio de distribución de



frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad. Posteriormente se aplicó la prueba de bondad de Kolmogórov-Smirnov para conocer la distribución de los datos en la curva de normalidad y de acuerdo con esto ($p < .05$), se determinó el uso de estadística no paramétrica para conocer la correlación entre las variables utilizando el coeficiente de correlación por rangos ordenados de ρ de Spearman. Para determinar la proporción de la varianza se utilizaron modelos de regresión lineal simple, previo a la realización de las pruebas estadísticas, se verificó el cumplimiento de los supuestos para cada prueba. Se realizaron modelos de regresión lineal para determinar el efecto de las variables depresión y escala de síntomas sobre la CV.

El estudio se apegó al Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), garantizando así la dignidad, protección y bienestar de las personas que participaron en el estudio; se utilizó el consentimiento informado. Se consideró una investigación sin riesgo. El proyecto fue avalado por un comité de ética de una universidad privada del Estado de Puebla.

Resultados

La muestra fueron 110 mujeres con CM, el 64.5 % de las mujeres estuvo en un rango de edad entre 39-58 años, el 64.5 % de las mujeres tiene pareja, el 63.7 % cuentan con educación básica, el 76.4 % de las mujeres son amas de casa.

Respecto al CM, el 52.7 % de las mujeres recibió atención psico-oncológica a partir del diagnóstico de cáncer. Respecto a la etapa del CM en la que se encontraban cuando fueron diagnosticadas, casi la mitad de la muestra desconocía la etapa en la que se encontraba (45.5 %). Sobre el manejo terapéutico, el 68.1 % recibió algún tipo de tratamiento y cabe anotar que, el 6.4 % desconoce el manejo que está llevando. La mayoría desconoce el tipo de mastectomía realizada (ver [Tabla 1](#)).

Tabla 1. Antecedentes generales y datos sociodemográficos de la muestra de estudio.

Variable	f	%	Variable	f	%
Edad			¿Recibió atención psico-oncológica?		
18 a 28 años	3	2.7	Si	58	52.7
29 a 38 años	9	8.2	No	52	47.3
39 a 48 años	34	30.9	Etapa de la enfermedad durante el diagnóstico		
49 a 58 años	37	33.6	Temprana	39	35.5
> 68 años	12	10.9	Localmente avanzada	18	16.4
Estado Civil			Metastásica	3	2.7
Soltera	19	17.3	Desconoce	50	45.5
Viuda	11	10.0	Tratamiento actual		
Casada	56	50.9	Quimioterapia	57	51.8
Separada	9	8.2	Radioterapia	3	2.7
Unión libre	14	12.7	Hormonoterapia	15	13.6
Otros	1	.9	Ninguna	28	25.5
Grado de estudios			Desconoce	7	6.4
Educación inicial	9	8.2	Tipo de mastectomía		
Educación básica	61	55.5	Mastectomía parcial	2	1.8
Educación media-superior	15	13.6	Mastectomía total	17	15.5
Educación superior	10	9.1	Mastectomía radical	7	6.4
Educación tecnológica	6	5.5	Mastectomía radical preservadora de piel	1	.9
Sin grado de estudios	9	8.2	Cirugía oncoplástica	3	2.7
Ocupación actual			Sin mastectomía	37	33.6
Empleada	12	10.9	Desconoce	43	39.1
Desempleada	6	5.5	Reconstrucción mamaria		
Jubilada	1	.9	Temprana	8	7.3
Ama de casa	84	76.4	Tardía	6	5.5
Otros	7	6.4	Sin reconstrucción	87	79.1
Tiempo de mastectomía			Desconoce	9	8.2
Menor a un año	23	20.9	Lado de mastectomía		
De 1 a 2 años	33	30.0	Derecha	28	25.5
Mayor a 3 años	18	16.4	Izquierda	44	40.0
No aplica	36	32.7	Bilateral	3	2.7
			No aplica	35	31.8

Fuente: DGS, Puebla 2018.

Nota. n=110.



Respecto al nivel de depresión, la mitad de la muestra reporta no tener depresión (50.9 %), sin embargo, el 49.2 % reporta tener algún grado de depresión (ver [Tabla 2](#)).

Tabla 2. Nivel de depresión de la muestra de estudio.

Nivel de depresión según Beck-II	<i>f</i>	%
No depresión	56	50.9
Depresión leve	28	25.5
Depresión moderada	19	17.3
Depresión grave	7	6.4

Fuente: BDI-II, Puebla 2018.

Nota. $n=110$.

Con relación al nivel de la calidad de vida en las mujeres con CM, en la escala de Salud Global se obtuvo una media de 76.8 (DE = 21.90). Las escalas funcionales que obtuvieron mayores puntuaciones fueron en el Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Cognitivo, respectivamente; las puntuaciones más bajas fueron en el Funcionamiento Sexual y Disfrute Sexual. En la Escala de Síntomas se obtuvo una puntuación más baja en Náuseas, Vómitos y Diarrea, esto quiere decir que la frecuencia de estos síntomas contribuye a una mejor CV; las puntuaciones más altas se presentaron en Fatiga e Insomnio, lo que indica que estas dos situaciones contribuyen a empeorar la CV (ver [Tabla 3](#)).

Tabla 3. Calidad de vida de la Muestra de Estudio.

EORTC QLQ C-30	<i>X</i>	<i>DE</i>
Estado Global de Salud	76.82	21.90
Escala funcional		
Funcionamiento físico	83.39	16.57
Funcionamiento de rol	84.85	21.71
Funcionamiento emocional	76.44	22.99
Funcionamiento cognitivo	84.09	18.80
Funcionamiento social	83.33	22.91
Escala de síntomas		
Fatiga	26.46	22.11
Náuseas y vomito	10.76	17.86
Dolor	22.58	24.37
Disnea	11.21	22.24
Insomnio	24.85	27.25
Pérdida de apetito	17.88	26.58
Estreñimiento	17.58	27.35
Diarrea	10.91	22.17
Dificultades financieras	34.24	34.52
CM BR23		<i>DE</i>
Escala funcional		
Imagen corporal	80.91	23.44
Funcionamiento sexual	14.55	22.47
Disfrute sexual	38.89	35.24
Perspectivas del futuro	57.88	36.87
Escala de síntomas		
Efectos secundarios al tratamiento	23.77	20.47
Síntomas de la mama	21.06	21.73
Síntomas del brazo	21.41	21.42
Pérdida de cabello	20.78	29.13

Fuente: EORTC QLQ C-30 y BR23, Puebla 2018.

Nota. $n=110$



Se encontró correlación entre la depresión y la escala de salud global ($\rho = -.306, p < .001$), una correlación entre depresión con la escala funcional de Calidad de Vida ($\rho = -.606, p < .001$). También se obtuvo una correlación entre el nivel de Depresión y la Escala de Síntomas ($\rho = .624, p = .001$).

Se realizaron modelos de regresión lineal simple para determinar la proporción de la varianza que explica la depresión sobre la CV. El modelo que mejor ajustó reporta que la depresión explica el 13 % de la varianza de la CV (R^2 ajustada = .13; $F(1,109) = 17,9; p \leq .0001$). Los síntomas (efectos secundarios, síntomas de mama, brazo y pérdida de cabello) explican el 15 % de la CV (R^2 ajustada = .15; $F(1,109) = 20,9; p \leq .0001$).

Discusión

A partir del diagnóstico y tratamiento del CM, la vida personal, social y familiar de las pacientes se ve afectada, por lo que la valoración del estado de salud no sólo debe centrarse en los tratamientos clínicos o intervenciones médicas, también se debe considerar la percepción del paciente sobre su enfermedad, por lo que resulta indispensable evaluar la presencia de trastornos mentales, como la depresión y su afectación sobre el nivel de calidad de vida en las pacientes con trastornos oncológicos.

En relación con las características sociodemográficas de la muestra de estudio, al menos dos tercios de las mujeres se encuentran en un rango de edad de 39 a 58 años, lo que concuerda con las cifras reportadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016) acerca de la incidencia del CM en mujeres de este mismo grupo etareo en México, siendo la edad promedio de diagnóstico 54.9 años. Esto puede estar relacionado con el cese de los procesos hormonales fisiológicos que afectan a las mujeres alrededor de los 50 años y sus consecuencias, dado que ya no tienen función protectora para evitar la replicación incontrolada de células malignas y/o cancerígenas.

Sobre el estado civil de las pacientes, se observó que más de la mitad de las mujeres se encontraban casadas o con algún tipo de relación afectiva, lo que concuerda con los resultados de Sánchez, Figueroa, Cacho y Robles (2016) en México. De igual manera los datos se asemejan a lo reportado por diferentes autores (Espinoza-Valdivia, Mogrovejo-Olivera & Bromely Cueva, 2023) en Perú respectivamente. El hecho de contar con una pareja afectiva podría favorecer la percepción de apoyo emocional y social, amortiguar los efectos emocionales del tratamiento contra el CA debido a acciones terapéuticas altamente agresivas; esto puede coincidir con el hecho de que la mitad de las mujeres de la muestra no registran ningún nivel de depresión.

En torno a la formación académica, la mayoría de las mujeres solo contaban con educación básica, situación similar a lo reportado por diversos autores (Arceo-Martínez, López-Meza,



Ochoa-Zarzosa, Palomera-Sanchez, 2021) quienes manifestaron la importancia de la educación y la alfabetización en salud como herramienta esencial en las acciones de prevención y detección oportuna de alteraciones mamarias. A pesar del bajo nivel educativo reportado por las pacientes, casi dos octavas partes de las mujeres se encontraban en etapa temprana de la enfermedad en el momento del diagnóstico de CM; lo que concuerda con lo reportado por Sánchez, Figueroa, Cacho y Robles (2016), resultado que podría estar relacionado con las acciones realizadas por los entes gubernamentales en salud para mejorar la educación en torno a la promoción y prevención del CM que contribuyen a la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno (OPS, 2024).

Sobre el tratamiento quirúrgico de las mujeres, se encontró que menos de la cuarta parte de las mujeres fue sometida a una reconstrucción mamaria, lo que difiere con lo reportado en Perú por Espinoza-Valdivia, Mogrovejo-Olivera & Bromely Cueva (2023) donde más de la mitad de las mujeres tiene una reconstrucción mamaria; procedimiento que resulta, en la mayoría de los casos, indispensable en el tratamiento oncológico ya que ofrece amplios beneficios físicos evitando la metástasis de células cancerígenas a lo largo del cuerpo, pero de acuerdo con diversos autores (Gil-Olarte, Gil-Olarte, Gómez-Molinero, Guil, 2022; Lovelace *et al.*, 2019) es la acción más agresiva y con más impacto negativo en términos psicológicos, dado que se concibe como una *mutilación necesaria*, lo que puede disminuir el nivel de autoestima y aumentar los sentimientos negativos, tales como, la inseguridad y la depresión (Sociedad Mexicana de Oncología, A.C., 2017).

En cuanto a la relación entre la depresión y la CV en pacientes con CM, se identificó una fuerte relación negativa, es decir que aquellas mujeres que presentaban mayor depresión tenían menor calidad de vida, estos resultados apoyan lo establecido por Garduño-Ortega *et al.* (2021) y Akel *et al.* (2017), quienes mencionan que las mujeres latinas y Libanesas sobrevivientes de CM con mayor depresión presentan menor calidad de vida, por lo que se expone la importancia de evaluar el estado psicológico de las mujeres con CM, para identificar medidas preventivas que como consecuencia puedan disminuir la CV y su funcionamiento.

Así mismo, se ha identificado diversos factores que influyen en la CV de las mujeres con CM, de acuerdo con diversos autores (Enríquez-Reyna & Vargas-Flores; Pineda-Higueta *et al.*, 2017) se ha evidenciado que la CV puede verse afectada por factores de tipo biológicos, físicos y psicológicos. De acuerdo con Pineda-Higueta *et al.* (2017) demostraron que tener menos de cincuenta años y un diagnóstico tardío de CM constituye un factor de riesgo para disminuir la CV, así mismo Enríquez-Reyna y Vargas-Flores (2017) en un estudio realizado en mujeres mexicanas del norte del país, evidenciaron que el insomnio y el impacto económico influyen en la CV de mujer con CM. Sin embargo, en la presente investigación no se observó la influencia de dichas variables, solo se identificó la influencia de la depresión en la CV, explicando un 13% de la variación. Estos resultados apoyan las investigaciones



realizadas en países como Turquía, Líbano y Túnez donde se aborda la influencia e importancia de considerar la depresión como una variable que influye en la CV de las mujeres con CM.

Adicionalmente, se encontró un efecto de los síntomas propios del tratamiento sobre la CV. Esto coincide con diversos autores que demuestran que, a pesar de establecerse un tratamiento específico para la enfermedad, dicha terapéutica es altamente agresiva y genera signos y síntomas negativos para la mujer con CM, especialmente la pérdida de cabello y las alteraciones sexuales los cuales son los síntomas más frecuentemente reportados (Mejía-Rojas, Contreras-Rengifo, Hernández-Carrillo, 2020).

En palabras de Mejía-Rojas, Contreras-Rengifo, Hernández-Carrillo (2020), “El estado emocional de una paciente resulta de la suma de la calidad de vida previa y de su papel preponderante como madre, esposa y trabajadora, además de aquellas emociones y sentimientos que evolucionan durante el diagnóstico y el tratamiento, así como de los efectos adversos de la quimioterapia”. Por eso resulta esencial, profundizar en las implicaciones físicas y psicológicas del cáncer de mama en mujeres, quienes a menudo, ejercen diversos roles en la sociedad y son el pilar fundamental de las familias y la sociedad.

El presente estudio presenta situaciones que pueden limitar el alcance y la comprensión de los resultados como: el diseño transversal, el cual, no permite realizar un seguimiento en el tiempo de las variables del estudio y limita la comprensión del fenómeno; el escaso tamaño de la muestra y el muestreo a conveniencia, lo cual puede generar sesgo en los resultados estadísticos.

Conclusión

En el presente estudio se estimó el efecto de la depresión sobre la calidad de vida (CV) en mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama, lo que evidencia que existe una correlación negativa y significativa entre la depresión y la CV, la depresión explica el 13 % de la varianza de la CV y los síntomas (efectos secundarios, síntomas de mama, brazo y pérdida de cabello) explican el 15 % de la CV. Por lo tanto, es vital no olvidar que, dentro del tratamiento de las mujeres con CM, la atención a la salud mental es esencial y puede contribuir al mejoramiento de la CV.



Referencias

- Akel, R., El Darsa, H., Anouti, B., Mukherji, D., Temraz, S., Raslan, R., Tfayli, A. & Assi, H. (2017). Anxiety, Depression and Quality of Life in Breast Cancer Patients in the Levant. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(10), 2809–2816. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.10.2809>
- Herrera-Gómez, A., Ñamendys-Silva, S. A. & Meneses-García, A. (2017). Carcionogénesis. En *Manual de oncología: procedimientos médico quirúrgicos* (pp. 19-26). McGraw-Hill.
- Arceo-Martínez, M. T., López-Meza, J. E., Ochoa-Zarzosa, A. & Palomera-Sanchez, Z. (2021). Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. *Gaceta mexicana de oncología*, 20(3), 101-110. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.21000134>
- Atencio-Osorio, M. A., Carrillo-Arango, H. A. & Ramírez-Vélez, R. (2022). Relación entre la condición física y síntomas depresivos en universitarios: un análisis transversal [Association between physical fitness and depressive symptoms in university students: a cross-sectional analysis]. *Nutricion hospitalaria*, 39(6), 1369–1377. <https://doi.org/10.20960/nh.04337>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud. (2 de diciembre de 2016). *Información Estadística Cáncer de Mama*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama>
- Céspedes, N. & Aparicio, C. (2017). Depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de cérvix del Hospital Regional de Encarnación. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 9(2), 32-45. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2072-81742017000200032&script=sci_arttext
- Correa Rodríguez, M. (2017). Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales. *Index de Enfermería*, 26(4), 299-302. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015&lng=es&tlng=es
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B. & Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current Oncology Reports*, 23, 38. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
- Enríquez-Reyna, M. C., & Vargas-Flores, M. Á. (2018). Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México: Personal factors that affect quality of life of women with breast cancer from the northeast of Mexico. *Hispanic Health Care International*, 16(2), 70–75. <https://doi.org/10.1177/1540415318786675>
- Espinoza Valdivia, N. A., Mogrovejo Olivera, N. V. & Bromley Cueva, M. L. (2023). Satisfacción y calidad de vida de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama según la reconstrucción mamaria. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 36(2), 100468. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.100468>
- Fayers, P., Aronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). EORTC QLQ-C30 Scoring



- Manual (3.^a ed.). European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC).
- García-Hernández, E. M., López-Guevara, S. J., Cano-Fajardo, L. E., Avila-Medina, M., Duran-Badillo, T. & Ponce-Martínez, D. (2020). Diferencias en la ansiedad y depresión por variables contextuales en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 109-118. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.38620>
- Garduño-Ortega, O., Morales-Cruz, J., Hunter-Hernández, M., Gany, F. & Costas-Muñiz, R. (2021). Spiritual Well-Being, Depression, and Quality of Life Among Latina Breast Cancer Survivors. *Journal of Religion and Health*, 60, 1895–1907. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01147-9>
- Gil-Olarte, P., Gil-Olarte, M. A., Gómez-Molinero, R., & Guil, R. (2022). Psychosocial and sexual well-being in breast cancer survivors undergoing immediate breast reconstruction: The mediating role of breast satisfaction. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13686. <https://doi.org/10.1111/ecc.13686>
- Hernández Silva, M. A., Ruiz Martínez, A. O., González Escobar, S., González-Celis Rangel, A. L. M. (2020). Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. *Acta de Investigación Psicológica*, 10(3), 102-111. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>
- Hortense, F. T. P., Bergerot, C. D. & Domenico, E. B. L. D. (2020). Quality of life, anxiety and depression in head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 54, e03546, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040103546>
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (s. f.). *Sistema de Indicadores de Género*. Gobierno de México. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/index.php>
- Lovelace, D. L., McDaniel, L. R. & Golden, D. (2019). Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(6), 713-724. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>
- Martínez-Pérez, D. C., Gómez-Wolff, L., Ossa-Gómez, C. A., Hernández-Herrera, G., Rivas-Bedoya, Y. & García-García, H. I. (2020). Asociación entre retraso en el diagnóstico y estadio clínico avanzado de cáncer de mama al momento de la consulta en cuatro centros oncológicos de Medellín, Colombia, 2017. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 87-102. <https://doi.org/10.18597/rcog.3410>
- Mejía-Rojas, M. E., Contreras-Rengifo, A. & Hernández-Carrillo, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), 349-361. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
- Pineda-Higueta, S. E., Andrade-Mosquera, S. M. & Montoya-Jaramillo, Y. M. (2017). Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 85-95. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps16-32.facv>



- Organización Mundial de la Salud [OMP]. (13 de marzo de 2024). *Cáncer de mama*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (mayo de 2024). *Cáncer de mama*. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). *Diario Oficial de la Federación [DOF]*. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc
- Rivera-Cruzatt, F. D., Cubillas-Espinoza, P. P. & Malvaceda-Espinoza, E. L. (2022). Afrontamiento psicológico en pacientes mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(4), 400-407. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.12322>
- Sánchez, M. S., Figueroa, C. G., Cacho, B. & Robles, R. (2016). Relación entre síntomas autonómicos con niveles de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama. *En-Claves del pensamiento*, 10(19), 145-162. <https://www.enclavesdelpensamiento.mx/index.php/en-claves/article/view/228>
- Salveti, M. de G., Machado, C. S. P., Donato, S. C. T. & Silva, A. M. da. (2020). Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(2), e20180287, 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>
- Samuel, C. A., Mbah, O. M., Elkins, W., Pinheiro, L. C., Szymeczek, M. A., Padilla, N., Walker, J. S. & Corbie-Smith, G. (2020). Calidad de Vida: a systematic review of quality of life in Latino cancer survivors in the USA. *Qual Life Res*, 29, 2615–2630. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02527-0>
- Sociedad Mexicana de Oncología, A.C. (2017). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Séptima revisión - Colima 2017. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 16(suplemento), 1-79. <http://consensocancermamario.com/publicaciones.html>
- Valderrama Ríos, M. C. & Sanchez Pedraza, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211-220. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>