UNIVERSIDAD AMERICANA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Asignatura de Proyecto de Investigación – Informe Final

Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián en el período comprendido de abril-mayo de 2026

Autores:

- Br. José Mariano González Maradiaga.

correo: jmgonzalezm@uamv.edu.ni CIF: 22010214

- Br. Andrea Fabiana Pérez Zapata.

correo: afzapata@uamv.edu.ni CIF: 22010372

Tutores:

- Dr. Jairo Baltazar Campos Valerio.

Máster en Salud Pública - Tutor metodológico.

- Dr. Alfredo José Saavedra Dolmus.

Médico Oncólogo - Tutor científico.

- Lic. Emma Rosales.

Psicóloga clínica - Tutora científica.

Managua, Nicaragua, Julio 2026

Agradecimientos

A Dios Padre, a nuestro Señor Jesucristo y a la Santísima Virgen María, porque han sido el fundamento de mi vida y la roca sobre la cual he sostenido cada uno de mis sueños. En los momentos de incertidumbre fortalecieron mi corazón; en las pruebas me enseñaron a confiar en su voluntad, y en cada bendición me recordaron que sus tiempos son siempre perfectos. Gracias, Señor, por nunca abandonarme, por tomar mi mano cuando el camino se tornó difícil y por concederme la gracia de alcanzar esta meta que hoy pongo humildemente a tus pies. A ti, Madre Santísima, gracias por interceder por mí, cubrirme con tu manto y acompañarme con tu amor maternal en cada paso de este recorrido. Hoy comprendo que nada habría sido posible sin la presencia constante de Dios en mi vida.

A mi mamá, Rafaela Argentina Zapata, la mujer que ha dado sentido a cada uno de mis sueños. No existen palabras suficientes para agradecer una vida dedicada al amor, al sacrificio silencioso y a la entrega absoluta. En cada renuncia que hiciste encontré una oportunidad para crecer; en cada abrazo, la serenidad para continuar; y en cada consejo, la sabiduría para tomar el camino correcto. Si hoy alcanzo esta meta, es porque desde el inicio de mi vida caminaste delante de mí, iluminando el sendero con tu ejemplo. Este triunfo lleva impreso tu nombre tanto como el mío.

A mi papá, Ronaldo José Pérez Álvarez, por haber sembrado en mí convicciones que el tiempo jamás podrá borrar. Gracias por enseñarme que el amor al prójimo se construye con esfuerzo, que el carácter se fortalece enfrentando las adversidades y que la perseverancia siempre encuentra recompensa. Tu ejemplo ha sido una brújula en los momentos de incertidumbre y una inspiración permanente para convertirme en un profesional íntegro y en un ser humano de principios.

A mi tío, José Benjamín Peña Zapata, porque la vida me concedió el privilegio de encontrarte en el momento preciso. Gracias por extender tu mano sin esperar nada a cambio, por creer en mis capacidades cuando las circunstancias parecían desfavorables y por sostenerme con una generosidad que jamás podré retribuir. Has ocupado un lugar que trasciende los vínculos familiares; has sido un verdadero padre para mí. Mi admiración hacia tu persona nace de la nobleza de tu corazón y del inmenso amor con el que siempre me has acompañado.

A mi compañero de tesis y amigo de mi corazón Marianito, porque la universidad me regaló mucho más que un compañero de clases: me permitió encontrar una amistad sincera que permanecerá para siempre. Gracias por compartir conmigo los días más exigentes, las noches estresantes de estudio, las preocupaciones, las alegrías y los pequeños momentos que terminaron convirtiéndose en recuerdos imborrables. Cuando el cansancio aparecía, tu ánimo me impulsaba a seguir adelante; cuando los retos parecían insuperables, tu compañía hacía que todo resultara más sencillo. Alcanzar esta meta contigo es una de las mayores satisfacciones que me deja esta etapa.

A todas aquellas personas que, de una u otra manera, contribuyeron a mi formación y nunca me dejaron sola en los momentos más difíciles, les expreso mi más profunda gratitud. A quienes depositaron su confianza, gracias por abrirme puertas y brindarme oportunidades que marcaron mi destino. A mis amigas y amigos, por demostrarme que la verdadera amistad se construye con lealtad, respeto y afecto incondicional; ustedes hicieron que este recorrido estuviera lleno de momentos que conservaré por siempre. A mis maestros, cuya pasión por enseñar trascendió las aulas y dejó una huella imborrable en mi manera de comprender la medicina, gracias por transmitir conocimientos que hoy constituyen una parte esencial de mi vocación.

Con especial reconocimiento, dedico estas líneas a mis tutores, el Dr. Jairo Campos y la Dra. Ivonne Leytón, quienes aceptaron acompañarme en este desafío académico con un compromiso admirable. Su rigurosidad científica, sus oportunas orientaciones y su permanente disposición para compartir sus conocimientos enriquecieron profundamente esta investigación. Más allá de su labor como asesores, fueron mentores que supieron inspirar confianza, estimular mi pensamiento crítico y recordarme que la excelencia se alcanza mediante la disciplina, la humildad y la dedicación constante. Mi gratitud hacia ustedes permanecerá mucho más allá de la culminación de este trabajo.

- Andrea Fabiana Pérez Zapata.

A Dios y a la Virgen, por ser mis guías durante todo el camino recorrido. Porque a través de su acompañamiento, me han brindado seguridad, sabiduría, esperanza y fortaleza para luchar contra las adversidades, aprender de mis errores y nunca rendirme.

A mi madre, Marian Maradiaga, mujer luchadora, resiliente, empática y amorosa. Gracias por siempre estar a mi lado, en mis momentos de felicidad y alegrías, al igual que en los más difíciles y cuando más necesitaba, tuve tu apoyo y amor incondicional, sos mi refugio, te amo mami.

A mi Tita, Esperanza Martínez, por ser una guerrera en el sentido de la palabra, mi acompañante en las noches de desvelo y estudio, gracias por su inmensa motivación, por todo el amor y el cariño que día a día me demuestra a través de sus obras y palabras.

A mi padre, Juan Carlos González, por su entrega, dedicación, gracias por enseñarme ser fiel a mis principios, a realizar sacrificios y demostrarme el valor del trabajo duro y la perseverancia.

A mis hermanos, Sebitas y Emmanuelito, quienes han sido mi mayor orgullo a lo largo de mi vida. Les agradezco por su amor y cariño, las palabras de aliento, los abrazos, las risas, los llantos y cada uno de los momentos que convivimos juntos lo atesoro con mi alma. Su hermano mayor siempre estará orgulloso de ustedes y los amará toda su vida.

A mi amiga del alma y compañera desde el día uno en esta carrera, Fabi, a quien aprecio y admiro por su incondicional apoyo en esta etapa de mi vida. No ha sido un camino fácil, pero a tu lado, con las risas, los desvelos y las estudiadas, logramos superar cada uno de los obstáculos.

A las personas que apuntaron siempre a mi educación, gracias por su ayuda en mi desarrollo tanto personal como profesional. A mis amigos, por las risas, los buenos momentos, pero, sobre todo, por amarme incondicionalmente y hacerme sentir bienvenido siempre. A mis docentes, especialmente aquellos guiados por una auténtica vocación, que transformaron la enseñanza en un acto de entrega.

Finalmente, agradezco la guía de mis tutores, el Dr. Jairo Campos y la Dra. Ivonne Leytón, quienes, con sus conocimientos y sus palabras de aliento, me instruyeron, animaron e hicieron que diera lo mejor de mí en cada parte de este proceso metodológico.

- José Mariano González Maradiaga.

Dedicatoria

Dedico este trabajo con todo mi corazón a las mujeres que enfrentan el cáncer de mama y que, además, cargan en silencio con el peso de la depresión. A ellas, que muchas veces sonríen para no preocupar a quienes aman, mientras libran una batalla doble: la del cuerpo y la del alma. Que estas líneas sean un pequeño homenaje a su valentía, y que cada una encuentre en su camino la misma fuerza, comprensión y esperanza que merece. Este trabajo también es para ustedes, con la certeza de que no están solas.

- Andrea Fabiana Pérez Zapata.

A cada una de las almas valientes que, a menudo en el refugio de un silencio invisible, libran una batalla diaria por su salud mental. Este proyecto nace con el anhelo de abrazar su vulnerabilidad, otorgar a su bienestar emocional el valor sagrado que merece y recordarles, con un eco infinito, que jamás se encuentran solas.

A nuestras queridas pacientes, quienes, con una sutil sonrisa, gestos de bondad y palabras que acarician el alma, le dieron sentido a nuestros días. Aquella frase, "gracias por no olvidarse de nosotras", se quedó grabado en lo más profundo de mi ser; sepan que ustedes son el latido, la inspiración y la verdadera razón de existir de este estudio.

- José Mariano González Maradiaga.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián en el periodo comprendido de abril-mayo del 2026.

Material y método: El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal o de prevalencia. La población en estudio fueron 35 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama atendidas en la Fundación Ortiz Gurdián, en el periodo comprendido de abril-mayo del 2026. La muestra correspondió al 100% de la población en estudio, mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia. La fuente de información fue primaria, se realizaron encuestas y los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 26.

Resultados: En cuanto a las características sociodemográficas, el 40% (14) de las pacientes pertenecía al grupo etario de 50 a 59 años, con una edad media de 56.2 años. El 54.28% (19) procedía del departamento de Managua, las religiones católica y evangélica se presentaron en igual proporción, el 57.14% (20) estaban casadas, tenían estudios secundarios incompletos y universitarios completa, y el 80% (28) eran amas de casa. El 51.43% (18) tenía un tiempo de diagnóstico menor a 2 años, el 51.42% (18) presentaba afectación tumoral localizada en la mama derecha y el 85.71% (30) no evidenció enfermedad metastásica al momento del estudio. En cuanto al tratamiento recibido, predominó la mastectomía con un 57.14% (20), seguida de la quimioterapia con un 48.57% (17). Mediante la aplicación de la escala PHQ-9 (punto de corte ≥10 puntos), se determinó que el 28.6% (10) de las pacientes cumplió con los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor. Dentro de los niveles de depresión, la depresión leve y la moderada representaron el 22.85% (8) cada una.

Conclusiones: Las pacientes con cáncer de mama que presentaron trastorno depresivo mayor fueron predominantemente mujeres con una edad media de 56.2 años, la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue de 28.6%, siendo las alteraciones del sueño y la fatiga los síntomas más frecuentemente reportados.

Palabras clave: Trastorno Depresivo Mayor, Neoplasias de la Mama, Cuestionario de Salud del Paciente, Prevalencia.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of major depressive disorder in patients with breast cancer at Fundación Ortiz Gurdián during the period from April to May 2026.

Materials and Methods: This study employed a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional (prevalence) design. The study population consisted of 35 patients diagnosed with breast cancer who received care at Fundación Ortiz Gurdián during the period from April to May 2026. The sample corresponded to 100% of the study population and was selected through non-probability convenience sampling. The source of information was primary; surveys were administered, and the data were processed using SPSS statistical software, version 26.

Results: Regarding sociodemographic characteristics, 40% (14) of the patients belonged to the 50–59-year age group, with a mean age of 56.2 years. A total of 54.28% (19) were from the department of Managua; Catholic and Evangelical religions were represented in equal proportions; 57.14% (20) were married, had either incomplete secondary education or completed university education; and 80% (28) were homemakers. Overall, 51.43% (18) had been diagnosed less than 2 years before the study, 51.42% (18) presented with tumor involvement localized in the right breast, and 85.71% (30) had no evidence of metastatic disease at the time of the study. Regarding treatment received, mastectomy predominated, accounting for 57.14% (20), followed by chemotherapy at 48.57% (17). Using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) with a cutoff score of ≥10 points, it was determined that 28.6% (10) of the patients met the diagnostic criteria for major depressive disorder. Among the levels of depression, mild and moderate depression each accounted for 22.85% (8).

Conclusions: Patients with breast cancer who presented with major depressive disorder were predominantly women with a mean age of 56.2 years. The prevalence of major depressive disorder was 28.6%, with sleep disturbances and fatigue being the most frequently reported symptoms.

Keywords: Major Depressive Disorder, Breast Neoplasms, Patient Health Questionnaire, Prevalence.

Índice

Introducción **1**
Antecedentes **2**
Internacionales 2
Nacional 5
Justificación **6**
Planteamiento del problema **7**
Objetivos **8**
Objetivo general 8
Objetivos específicos 8
Marco teórico **9**
Prevalencia de depresión 9
Factores de riesgo para el desarrollo de depresión 9
Trastorno depresivo mayor 10
Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor 11
Depresión en pacientes oncológicos 13
Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos 13
Factores de riesgo de depresión en pacientes oncológicos 13
Etiopatogenia de la depresión en pacientes oncológicos 13
Causas de depresión en pacientes oncológicos 15
Depresión en pacientes con cáncer de mama 16
Manifestaciones clínicas de la depresión en pacientes con cáncer de mama 17
Escala PHQ-9 17
Diseño metodológico **19**
Área de estudio 19
Tipo de estudio 19
Universo 19
Muestra 19
Unidad de análisis 19
Criterios de selección: 19
Variables por objetivos 20
Matriz de operacionalización de variables 22
Matriz de obtención de información 26

Método de obtención de información....26
Plan de análisis: cruce de variables, análisis estadístico. 27
Clasificación del trastorno depresivo mayor (Escala PHQ-9) 28
Consideraciones éticas 29
Resultados 30
Discusión de resultados....35
Conclusiones 38
Recomendaciones 39
Referencias bibliográficas 40
Anexos **....44**
Anexo 1: Consentimiento informado 44
Anexo 2: Ficha de recolección de datos....45
Anexo 3: Escala PHQ-9 46
Anexo 4: Tablas de resultados 47

Introducción

La depresión se concibe como un conjunto de síntomas predominantemente afectivos, de tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, y en menor grado, sintomatología de carácter cognitivo, volitivo y somático, con una duración al menos de dos semanas, impactando el funcionamiento habitual del individuo, por ello se considera una afección global psíquica y física. (Álvarez, 2014).

Asimismo, la depresión puede presentarse en otras condiciones como las patologías oncológicas, al respecto, Pousa et. al. (2015) determina que el 15% al 25% de las personas que padecen cáncer desarrollan Trastorno depresivo mayor siendo muchas veces infradiagnosticados o no tratados adecuadamente; creando un impacto negativo en la calidad de vida de las personas.

De igual forma, Estrella et. al. (2021), describen que el cáncer de mama es la segunda neoplasia a nivel mundial con mayor prevalencia y la primera con mayor incidencia en la población femenina; lo que predispone a estas pacientes a desarrollar una respuesta emocional frente al diagnóstico, caracterizada por incertidumbre, sensación de pérdida de control, estigmatización, aislamiento, negación sentimientos de culpabilidad y manifestaciones afectivo-depresivas. Además, los tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia y cirugía) pueden intensificar el malestar emocional, generando un impacto directo en la manera en que las pacientes enfrentan su enfermedad. (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

Por tanto, el presente estudio tuvo el propósito de determinar la prevalencia de Trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama que acudieron a la Fundación Ortiz Gurdián en los meses de abril a mayo del año 2026.

Antecedentes

Internacionales

Purkayastha et. al., (2017) publicaron la investigación sobre la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida, en el Instituto Amrita de Ciencias Médicas, Kerala, India. Es un estudio observacional, de corte transversal, sobre 270 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama mayores de 18 años, que se encontraban en tratamiento activo mediante cirugía, quimioterapia, radioterapia o una combinación de estas, en un centro de atención de tercer nivel, entre agosto del 2014 y agosto del 2016. Se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para el tamizaje de depresión, complementado con la entrevista clínica según los criterios de investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (CIE-10). La población en estudio la constituyeron mayoritariamente mujeres (98,9%; 267), con una edad promedio de 53,56 años. El estado civil predominante fue casada con un 86,3% (233), seguido de viudas con un 9,3% (25), divorciadas o separadas con un 2,6% (7) y solteras con un 1,9% (5). Más de la mitad de las pacientes contaba con estudios de pregrado o posgrado (55,5%) y se encontraba desempleada o jubilada (61,1%); asimismo, el 50% presentaba alguna comorbilidad médica.

De las 270 pacientes estudiadas, el 21,5% (58) presentó depresión y el 78,5% (212) no la presentó. Entre quienes presentaron depresión, la más frecuente fue la depresión moderada con un 7% (19), seguida de la depresión leve con un 6% (17), la depresión moderadamente severa con un 4% (12) y la depresión severa, también con un 4% (10). La depresión fue más frecuente en el grupo etario de 18 a 40 años y menos frecuente en los mayores de 60 años, aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa; de igual manera, la depresión fue más frecuente en el grupo socioeconómico bajo en comparación con los grupos medio y alto, sin alcanzar significancia estadística (Purkayastha et. al., 2017).

Sadaqa et. al., (2022) publicaron la investigación sobre el riesgo de desarrollar depresión en pacientes con cáncer de mama, en centros de tratamiento oncológico de Palestina. Es un estudio observacional, de corte transversal, sobre 223 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama primario, realizado entre enero y abril del año 2021 en el Centro de Diagnóstico Dunya, el Hospital Augusta Victoria, el Hospital Árabe Istishari, el Hospital Beit Jala y el Complejo Médico Palestino. Se aplicó un cuestionario validado de 23 preguntas que incluía el test PHQ-9 para evaluar la gravedad del trastorno depresivo mayor. La población en estudio la

constituyeron mujeres de 30 a 70 años diagnosticadas con cáncer de mama primario dentro del último año, de las cuales el 86,5% (193) residía en Cisjordania y el 13,5% (30) en la Franja de Gaza; el 32,7% (73) tenía menos de 40 años al momento del diagnóstico. En su mayoría las pacientes se encontraban en tratamiento con quimioterapia 91% (203) y habían sido sometidas a cirugía 87,9% (196), siendo la mastectomía parcial la más frecuente con un 53,4% (119).

Del total de pacientes evaluadas, el 35,4% (79) presentó depresión de moderada a grave, mientras que el resto se ubicó en niveles asintomáticos o de depresión leve. Los síntomas más frecuentes fueron las alteraciones del sueño y la fatiga o poca energía, mientras que los pensamientos de muerte o autolesión fueron los menos frecuentes (Sadaqa et. al., 2022).

Park et. al., (2024) publicaron la investigación sobre las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en pacientes con cáncer de mama, atendidas en la Clínica de Cáncer de Mama del Hospital de la Universidad Nacional de Pusan, Busan, Corea del Sur. Es un estudio observacional, de corte transversal, sobre 327 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadios 0 a III, atendidas entre febrero y diciembre del año 2021. Se aplicó el test PHQ-9 junto con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y la Escala de Estrés Percibido (PSS). La población en estudio la constituyeron mujeres con una edad media de 48,7 años, de las cuales el 82,3% (269) estaban casadas, el 16,5% (54) solteras y el 1,2% (4) divorciadas.

Respecto al tratamiento, el 80,4% (263) recibía terapia antihormonal, el 67,6% (221) radioterapia y el 48,3% (158) quimioterapia adyuvante. Según los puntajes del PHQ-9, el 47,7% (156) de las pacientes se encontraba en niveles normales, sin depresión; el 32,4% (106) presentó depresión leve, el 16,8% (55) depresión moderada, el 2,4% (8) depresión moderada a grave y el 0,6% (2) depresión grave, encontrándose una prevalencia de depresión moderada a grave del 19,8% al considerar un punto de corte de 10 o más (Park et. al., 2024).

Sadaqa et. al., (2022) publicaron la investigación sobre el riesgo de desarrollar depresión en pacientes con cáncer de mama, en centros de tratamiento oncológico de Palestina. Es un estudio observacional, de corte transversal, sobre 223 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama primario, realizado entre enero y abril del año 2021 en el Centro de Diagnóstico Dunya, el Hospital Augusta Victoria, el Hospital Árabe Istishari, el Hospital Beit Jala y el Complejo Médico Palestino. Se aplicó un cuestionario validado de 23 preguntas que incluía el test PHQ-9 para evaluar la gravedad del trastorno depresivo mayor. La población en estudio la constituyeron mujeres de 30 a 70 años diagnosticadas con cáncer de mama primario dentro del último año, de las cuales el 86,5% (193) residía en Cisjordania y el 13,5% (30) en la Franja de Gaza; el 32,7% (73) tenía menos de 40 años al momento del diagnóstico. En su mayoría las pacientes se encontraban en tratamiento con quimioterapia 91% (203) y habían sido sometidas a cirugía 87,9% (196), siendo la mastectomía parcial la más frecuente con un 53,4% (119).

Del total de pacientes evaluadas, el 35,4% (79) presentó depresión de moderada a grave, mientras que el resto se ubicó en niveles asintomáticos o de depresión leve. Los síntomas más frecuentes fueron las alteraciones del sueño y la fatiga o poca energía, mientras que los pensamientos de muerte o autolesión fueron los menos frecuentes (Sadaqa et. al., 2022).

Nacional

Blass et. al., (2015) publicaron la investigación sobre la prevalencia de depresión según el test Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) en pacientes oncológicos del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez, Managua, Nicaragua. Fue un estudio observacional, descriptivo, de prevalencia, realizado en las salas de varones y mujeres de los servicios de cirugía, medicina interna, hemato-oncología y ortopedia de dicho hospital, entre julio y noviembre del año 2014. El universo estuvo compuesto por 322 pacientes oncológicos hospitalizados, de los cuales se seleccionó una muestra de 147 pacientes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Entre los pacientes estudiados predominó el grupo etario de 20 a 49 años con un 56,5%, seguido del grupo de 50 años a más con 25,1% y los menores de 20 años con 18,4%. El sexo predominante fue el femenino con 57,1 %, frente a 42,9% del sexo masculino. La mayoría eran solteros (74,1%), frente a quienes tenían alguna relación de pareja (25,9 %).

Se encontró una prevalencia de depresión de 14,3% (21 pacientes), siendo más frecuente en el sexo masculino con 76,2% de los casos, en contraste con el 23,8% del sexo femenino. Según grupo etario, el mayor porcentaje de depresión se ubicó entre los 20 y 49 años (57,2%), seguido del grupo de 50 a 64 años (19%). Respecto al diagnóstico oncológico, los pacientes con leucemia presentaron la mayor proporción de depresión (52,4%), seguidos de tumores sólidos (19%) y, en igual porcentaje, adenocarcinoma y linfoma no Hodgkin (14,3% cada uno). Cabe destacar que un 57,8% adicional de pacientes obtuvo puntajes compatibles con alguna categoría depresiva según el PHQ-9, pero no cumplió con los criterios adicionales establecidos por el test para confirmar el diagnóstico, por lo que el tipo de depresión más frecuente en la muestra fue el de síntomas mínimos (34 %) (Blass et. al., 2015).

Justificación

La presencia de depresión en el entorno oncológico no constituye una respuesta adaptativa normal, sino una complicación neurobiológica que altera significativamente el curso de la enfermedad. La literatura científica actual demuestra que el trastorno depresivo mayor influye negativamente en la respuesta inmunitaria y en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo cual puede acelerar la progresión tumoral y aumentar las tasas de mortalidad (Yu et. al., 2025).

A nivel mundial, la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama es de un 80%, la cual puede afectar la adherencia a los tratamientos oncológicos, estimándose un 25% y un 30% menos de probabilidades de que las pacientes se adhieran estrictamente a sus regímenes de tratamiento en comparación con aquellas que no presentan trastornos del estado de ánimo; así como la respuesta biológica del organismo. (DiMatteo et. al, 2000).

Es por ello que el estudio posee una relevancia ética y humana centrada en la calidad de vida y la dignidad del paciente. El abordaje de la depresión en el cáncer de mama permite mitigar el sufrimiento multidimensional, abordando no sólo los síntomas afectivos, sino también el deterioro cognitivo y funcional asociado.

Al conocer la prevalencia de Trastorno depresivo mayor que pueden presentar las pacientes que acuden a la Fundación Ortiz Gurdián de distintos grupos etarios, se facilitó el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas de acuerdo con las características psicológicas de cada paciente. Los resultados obtenidos permitieron fortalecer la atención integral oncológica resaltando la importancia de la salud mental para el bienestar de las pacientes y su entorno familiar, así como el tamizaje psicométrico temprano.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián en el periodo comprendido de abril-mayo del 2026?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián en el periodo comprendido de abril-mayo del 2026.

Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Caracterizar el perfil clínico-oncológico en la población en estudio.
- Describir los factores asociados al diagnóstico de trastorno depresivo mayor mediante la aplicación de la escala PHQ-9 en la población en estudio.

Marco teórico

La depresión constituye una entidad nosológica de carácter psiquiátrico, caracterizada principalmente por la presencia de un estado de ánimo deprimido y anhedonia, con una duración mínima de dos semanas y una repercusión clínicamente significativa sobre el funcionamiento global del individuo durante la mayor parte del día. Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

Asimismo, se acompaña de alteraciones cognitivas y afectivas, entre las que destacan la dificultad para la concentración, los sentimientos persistentes de culpa e inutilidad, la desesperanza, así como la ideación recurrente de muerte o la conducta suicida. De manera adicional, puede manifestarse mediante síntomas somáticos, incluyendo alteraciones del apetito y del patrón del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor y fatiga. (Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

Prevalencia de depresión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en 2025 se estimó que la depresión afecta aproximadamente al 4,0 % de la población mundial. Su prevalencia es mayor en la población adulta (5,7 %), con diferencias según el sexo, registrándose una frecuencia del 4,6 % en hombres y del 6,9 % en mujeres, además de una prevalencia del 5,9 % en personas de 70 años o más. En términos absolutos, se calcula que alrededor de 332 millones de personas presentan este trastorno a nivel global.

Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión muestra una mayor susceptibilidad en el sexo femenino, con una prevalencia aproximadamente 1,5 veces superior en comparación con el sexo masculino, debido a las diferencias hormonales, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en hombres y mujeres y el modelo conductual de indefensión aprendida. En cuanto a sus consecuencias más severas, se informó que durante 2021 aproximadamente 727,000 personas fallecieron por suicidio, situándose esta condición como la tercera causa de muerte entre los individuos de 15 a 29 años (OMS, 2025).

Factores de riesgo para el desarrollo de depresión

La depresión representa un trastorno de etiología multifactorial y de alta complejidad, cuyo desarrollo resulta de la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo. Hasta la actualidad, no ha sido posible identificar de forma integral la totalidad de dichos factores ni

establecer con exactitud la magnitud de las interacciones existentes entre ellos. Del mismo modo, no se ha logrado determinar con precisión la contribución relativa de cada factor de riesgo según las características individuales del paciente ni el momento del ciclo vital en el que se presenta el trastorno. Los factores de riesgo asociados con la depresión pueden clasificarse en diferentes dominios, entre los que se incluyen los factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

En cuanto a los factores clínicos, la presencia de enfermedades crónicas representa uno de los determinantes más importantes. En particular, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la epilepsia, la esclerosis múltiple y otras enfermedades incapacitantes se relacionan con una mayor frecuencia de depresión. Asimismo, el dolor crónico, la discapacidad física y la coexistencia de múltiples comorbilidades aumentan considerablemente la vulnerabilidad para desarrollar el trastorno. (Razzak et. al., 2019)

Desde la perspectiva psicosocial, la exposición a acontecimientos vitales estresantes, el estrés crónico, el escaso apoyo social, el aislamiento social, los conflictos familiares y los antecedentes de experiencias traumáticas durante la infancia o la edad adulta constituyen factores predisponentes relevantes. Del mismo modo, la coexistencia de trastornos de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos incrementa el riesgo de presentar un episodio depresivo. (Razzak et. al., 2019)

Respecto al estilo de vida, el consumo de tabaco, el uso nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como la inactividad física y los hábitos de vida no saludables, se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar depresión. Adicionalmente, los antecedentes familiares de depresión u otros trastornos psiquiátricos reflejan una predisposición genética que favorece la aparición del trastorno (Razzak et. al., 2019).

Trastorno depresivo mayor

Según McIntyre et. al., (2020), el trastorno depresivo mayor (TDM) constituye uno de los trastornos mentales de mayor prevalencia, impacto económico y carga discapacitante a escala mundial. Se estima que la prevalencia a lo largo de la vida alcanza aproximadamente el 6,2% en la población adolescente y puede llegar hasta el 19% en la población adulta, lo que lo posiciona como una de las principales causas de morbilidad psiquiátrica a nivel global. Habitualmente, su inicio ocurre en etapas tempranas de la vida, siendo la adolescencia el

periodo en el que la mayoría de los individuos experimentan su primer episodio depresivo. Asimismo, el TDM se caracteriza por un curso clínico marcadamente recurrente; se estima que cerca del 75% de los pacientes presentan un segundo episodio depresivo en algún momento de su evolución.

Además de su elevada frecuencia, el TDM se asocia con un incremento significativo de la mortalidad, tanto de forma directa, debido al riesgo de suicidio, como indirectamente, por la coexistencia de enfermedades crónicas, las cuales aumentan el riesgo de mortalidad entre un 60% y un 80%. De igual manera, esta entidad genera importantes repercusiones socioeconómicas, derivadas de la disminución de la productividad laboral y del incremento de los años de vida vividos con discapacidad atribuibles a la enfermedad, lo que repercute negativamente tanto en el individuo como en la sociedad en su conjunto. En consecuencia, las proyecciones epidemiológicas indican que la depresión se convertirá en la principal causa de carga mundial de enfermedad para el año 2030 (McIntyre et. al., 2020).

Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), el Trastorno Depresivo Mayor necesita cumplir los siguientes criterios para establecer su diagnóstico:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica):

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Nota: Los Criterios A - C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Depresión en pacientes oncológicos

Por lo general, la respuesta emocional inicial que experimenta un paciente tras recibir un diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, e incluye sentimientos de incredulidad, negación o desesperanza; esta reacción es normal y forma parte de un espectro de síntomas depresivos que va desde la tristeza habitual hasta un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o incluso una depresión mayor. (Instituto Nacional del Cáncer, 2024).

Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos

De acuerdo con los hallazgos de García (2010), la prevalencia de depresión en la población oncológica analizada alcanzó el 36%, una cifra significativamente superior a la registrada en la población general. Este fenómeno presentó una mayor incidencia en mujeres y se concentró predominantemente en los grupos etarios de 30 a 44 años (16%) y de 45 a 64 años (17%). El estado avanzado de la enfermedad es un factor crítico, ya que la prevalencia aumenta al 82% en pacientes que reciben cuidados paliativos. Asimismo, el 57% de las personas con depresión se dedicaban exclusivamente a labores del hogar.

Factores de riesgo de depresión en pacientes oncológicos

En los pacientes con cáncer, la depresión se ve favorecida por diversos factores de riesgo que incluyen el tipo de tumor, especialmente los paraneoplásicos o aquellos con liberación de citoquinas, el estadio clínico de la enfermedad, la presencia de dolor, el tratamiento oncológico en curso y los antecedentes de depresión, siendo este último el predictor más significativo. Asimismo, influyen elementos sociales y funcionales como una red de apoyo limitada, un estado funcional deteriorado y la menor edad del paciente, que aumentan la vulnerabilidad psicológica frente al proceso oncológico (Smith et. al., 2015).

Etiopatogenia de la depresión en pacientes oncológicos

La etiología de la depresión es compleja y multifactorial, resultado de la interacción entre factores genéticos, epigenéticos y ambientales. En el contexto oncológico, el impacto psicológico derivado del diagnóstico o la sospecha de cáncer actúa como un estresor

significativo capaz de desencadenar el trastorno depresivo. Posteriormente, las alteraciones en los sistemas de neurotransmisión contribuyen tanto al inicio como a la perpetuación del cuadro clínico. (Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

Desde una perspectiva cognitiva, el cáncer favorece la instauración de esquemas desadaptativos que comprometen las funciones mentales superiores, especialmente en los dominios de la atención, el procesamiento de la información y la generación de pensamientos sesgados. Estas distorsiones cognitivas promueven actitudes disfuncionales que facilitan la aparición y el mantenimiento de la sintomatología depresiva. (Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

En el ámbito neurobiológico, la comprensión de la depresión en pacientes con cáncer representa un desafío adicional, dado que convergen mecanismos propios de ambas patologías. La evidencia sugiere un papel central de las citoquinas proinflamatorias, como la interleucina-1β y el factor de necrosis tumoral alfa, las cuales incrementan el catabolismo del triptófano, reduciendo su disponibilidad para la síntesis de serotonina y, en consecuencia, disminuyendo su liberación sináptica, fenómeno asociado a estados depresivos. Asimismo, estas citoquinas inducen la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, con aumento en la secreción de la hormona liberadora de corticotropina, lo que se vincula con la fisiopatología de la depresión. Adicionalmente, la activación microglial mediada por procesos inflamatorios incrementa la liberación de glutamato, generando efectos excitotóxicos que contribuyen al desarrollo del trastorno. (Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

Desde el punto de vista neurocognitivo, los individuos con depresión presentan un sesgo atencional hacia estímulos negativos, con dificultad para procesar información positiva y para desvincularse de estímulos emocionalmente adversos. Este fenómeno se relaciona con la disfunción de redes corticales encargadas de la regulación atencional, incluyendo el surco intraparietal, el surco precentral, el surco temporal superior y la corteza prefrontal. Las regiones implicadas en la desconexión atencional (como la corteza prefrontal ventrolateral, dorsolateral y la corteza parietal superior) muestran una actividad disminuida, mientras que la corteza cingulada anterior ventral favorece la persistencia del foco atencional en estímulos negativos, perpetuando un ciclo de retroalimentación patológica. (Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

A nivel límbico, la información emocional es procesada a través del tálamo hacia la amígdala, estructura que presenta hiperreactividad frente a estímulos negativos en pacientes con depresión. Paralelamente, el núcleo accumbens muestra una respuesta atenuada ante estímulos gratificantes, lo que explica la anhedonia y la alteración en los circuitos de recompensa. Estas

modificaciones generan una percepción distorsionada del entorno y de las interacciones sociales, dificultando la obtención de experiencias placenteras. Finalmente, la rumiación, entendida como la tendencia a la repetición persistente de pensamientos negativos sobre problemas y sus implicaciones, constituye un mecanismo clave en la perpetuación del trastorno. Este proceso se asocia a la hiperactividad de la corteza prefrontal medial, región implicada en la autorreferencialidad, la autoestima y la autoimagen, lo que favorece la interpretación negativa de los eventos estresantes y consolida la sintomatología depresiva. (Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

Causas de depresión en pacientes oncológicos

Las posibles causas de síntomas depresivos en personas con cáncer son variadas y abarcan tanto factores emocionales como físicos y médicos: la experiencia o anticipación de una pérdida, el dolor no controlado, anomalías metabólicas como hipercalcemia, desequilibrios de sodio o potasio, anemia, deficiencia de vitamina B12 o folato, fiebre, tumores primarios o metastásicos del sistema nervioso central, alteraciones del sueño relacionadas con los tratamientos, así como anomalías endocrinas como hipertiroidismo, hipotiroidismo o insuficiencia suprarrenal. (Instituto Nacional del Cáncer, 2024).

De igual manera, la exposición a tratamientos oncológicos activos se asocia a un incremento del riesgo, debido tanto a sus efectos adversos como al impacto psicosocial del proceso terapéutico. Entre los antecedentes personales, destaca de forma predominante la historia previa de depresión, considerada el principal factor predisponente para la recurrencia o aparición de episodios depresivos en este contexto clínico. Otros factores relevantes incluyen la presencia de dolor crónico, la existencia de una red de apoyo social limitada, un deterioro del estado funcional y la menor edad, todos los cuales contribuyen de manera significativa a la vulnerabilidad psicológica del paciente con cáncer. (Pousa, et. al., 2015).

Los cánceres con mayor asociación a depresión incluyen aquellos del sistema nervioso central, mama, órganos ginecológicos, páncreas, región orofaríngea y pulmón. En casos de enfermedad oncológica recurrente, la prevalencia de depresión puede alcanzar el 45 %. Asimismo, se ha documentado una relación entre la presencia de depresión y desenlaces clínicos adversos, como mayor mortalidad y menor supervivencia, en diversos tipos de cáncer, incluyendo mama, pulmón, colorrectal, hematopoyético, próstata, riñón y vejiga. (Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

Depresión en pacientes con cáncer de mama

El cáncer de mama constituye la segunda neoplasia más frecuente a nivel mundial y la de mayor incidencia en la población femenina. En estas pacientes, la respuesta emocional frente al diagnóstico suele caracterizarse por incertidumbre, sensación de pérdida de control, estigmatización, aislamiento, negación, sentimientos de culpa y sintomatología afectiva depresiva. Durante el momento del diagnóstico y el curso del tratamiento oncológico es común la presencia de estrés agudo; sin embargo, cuando éste persiste y se cronifica, se convierte en un factor predisponente para el desarrollo de depresión. (Estrella et. al., 2021).

Esta puede manifestarse desde fases iniciales del diagnóstico o durante el tratamiento de la enfermedad, siendo más frecuente tras procedimientos quirúrgicos como la mastectomía, seguida por la quimioterapia y, en menor medida, al finalizar la radioterapia. El primer año posterior al diagnóstico se considera un periodo crítico tanto para la aparición de síntomas depresivos como para la implementación de intervenciones psicológicas efectivas. (Estrella et. al., 2021).

Diversos estudios han señalado que las pacientes más jóvenes con cáncer de mama presentan un mayor riesgo de desarrollar depresión. El impacto del diagnóstico abarca múltiples dimensiones, incluyendo alteraciones físicas, efectos adversos del tratamiento y cambios emocionales profundos, tales como pérdida del sentido de vida, modificaciones en los roles sociales, alteración de la imagen corporal y sentimientos de desesperanza ante la falta de control, los cuales actúan como desencadenantes de sintomatología depresiva. (Estrella et. al., 2021).

Según Su, et. al., (2017), la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama oscila entre 5% a 40%, aunque la mayoría de los estudios reportan un rango entre 10% y 25%. Asimismo, Estrella et. al., (2021) menciona que los síntomas depresivos son hasta tres veces más frecuentes en pacientes con cáncer respecto a la población general. Se ha observado también que un mayor intervalo entre el diagnóstico clínico y la confirmación histopatológica se correlaciona con un incremento en el riesgo de depresión. Entre los factores clínicos más estrechamente vinculados con esta comorbilidad destacan la presencia de metástasis, la administración de quimioterapia y la necesidad de rehabilitación física.

Manifestaciones clínicas de la depresión en pacientes con cáncer de mama

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran distimia, disminución del apetito, anhedonia, irritabilidad, trastornos del sueño y reducción de la actividad. Desde el punto de vista clínico, estos síntomas pueden progresar hacia un trastorno depresivo mayor, considerado la forma más severa dentro del espectro de los trastornos depresivos según el DSM-5. La presencia de depresión en pacientes con cáncer se asocia con menor adherencia terapéutica, peor evolución clínica y disminución de la supervivencia. (Estrella et. al., 2021).

Escala PHQ-9

El Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) es un instrumento de evaluación utilizado para la detección y cuantificación de síntomas depresivos. Se trata de un cuestionario compuesto por nueve ítems que evalúan la presencia de manifestaciones relacionadas con el episodio depresivo mayor durante las últimas dos semanas. Actualmente es considerado una de las herramientas de cribado más utilizadas para identificar sintomatología depresiva en diferentes poblaciones clínicas y comunitarias debido a su facilidad de aplicación, breve duración y propiedades psicométricas demostradas. (Negeri et. al., 2021; López-Guerra et. al., 2022).

El PHQ-9 fue desarrollado a partir del Patient Health Questionnaire (PHQ) y sus preguntas están fundamentadas en los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor descritos en los sistemas de clasificación psiquiátrica. Su finalidad principal es identificar la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos, permitiendo establecer una puntuación global que refleja la gravedad de la sintomatología presentada por el individuo. Sin embargo, debido a que es una escala de autorreporte, su función principal corresponde al tamizaje y seguimiento clínico, no al establecimiento independiente de un diagnóstico definitivo de depresión. (Negeri et. al., 2021).

El cuestionario está compuesto por nueve preguntas que exploran los síntomas centrales de la depresión: disminución del interés o placer por las actividades habituales, estado de ánimo deprimido, alteraciones del sueño, sensación de cansancio o falta de energía, cambios en el apetito, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades para la concentración, alteraciones psicomotoras y pensamientos relacionados con la muerte o autolesión. Estos elementos permiten valorar de manera estructurada la presencia de síntomas depresivos durante un periodo determinado. (López-Guerra et. al., 2022).

Cada uno de los nueve ítems del PHQ-9 se responde según la frecuencia con la que el síntoma estuvo presente durante las últimas dos semanas. Las opciones de respuesta corresponden a una escala ordinal donde "nunca" recibe una puntuación de 0, "varios días" una puntuación de 1, "más de la mitad de los días" una puntuación de 2 y "casi todos los días" una puntuación de 3. La suma de los valores obtenidos genera una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 27 puntos, indicando una mayor puntuación una mayor intensidad de los síntomas depresivos. (López-Guerra et. al., 2022).

La interpretación del resultado obtenido mediante el PHQ-9 permite clasificar la gravedad de los síntomas depresivos. Generalmente, las puntuaciones de 0 a 4 corresponden a síntomas mínimos, de 5 a 9 indican sintomatología leve, de 10 a 14 síntomas moderados, de 15 a 19 síntomas moderadamente severos y de 20 a 27 síntomas severos. Estos puntos de corte son utilizados principalmente con fines de investigación y evaluación clínica inicial, pero requieren interpretación considerando la situación individual del paciente. (Negeri et. al., 2021).

El PHQ-9 no debe considerarse una prueba diagnóstica definitiva de depresión. Aunque presenta una adecuada precisión para identificar personas con probabilidad de presentar un trastorno depresivo mayor, los resultados positivos requieren confirmación mediante una entrevista clínica realizada por un profesional de salud mental. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2021 evaluó la exactitud diagnóstica del PHQ-9 y concluyó que es una herramienta útil para el cribado de depresión, pero debe utilizarse como parte de un proceso de evaluación más amplio y no como único método diagnóstico. (Negeri et. al., 2021).

En investigación epidemiológica, el PHQ-9 se utiliza frecuentemente para estimar la prevalencia de síntomas depresivos en una población determinada. Para ello, los investigadores suelen establecer puntos de corte, siendo uno de los más utilizados una puntuación igual o superior a 10 puntos, debido a que este valor presenta un equilibrio adecuado entre sensibilidad y especificidad para detectar casos probables de depresión. No obstante, los resultados deben expresarse como presencia de síntomas depresivos o probables casos de depresión, evitando afirmar que el instrumento realizó un diagnóstico clínico. (Negeri et. al., 2021).

La utilidad del PHQ-9 también se debe a que ha demostrado buenas propiedades psicométricas en diferentes grupos poblacionales. Estudios recientes han confirmado su estructura factorial, confiabilidad y capacidad para evaluar síntomas depresivos en estudiantes universitarios y otras poblaciones, demostrando que puede emplearse como una herramienta válida para estudios de salud mental y vigilancia epidemiológica. (López-Guerra et. al., 2022).

Diseño metodológico

Área de estudio

Fundación Ortiz Gurdián. Estatua de Montoya, 100 metros al oeste. Managua, Nicaragua

Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo, transversal o de prevalencia.

Universo

35 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en la fundación Ortiz Gurdián en abril-mayo de 2026.

Muestra

Correspondió al 100% del universo, por lo que no se realizó estrategia muestral.

Estrategia muestral

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Unidad de análisis

Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que atienden la consulta de la Fundación Ortiz Gurdián abril-mayo de 2026.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
➔ Pacientes que reciben atención médica en la Fundación Ortiz Gurdián. ➔ Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. ➔ Pacientes atendidas durante el periodo de recolección de datos. ➔ Pacientes que participan voluntariamente y firman el consentimiento informado.	➔ Pacientes sin diagnóstico de cáncer de mama. ➔ Paciente atendida en otra unidad de atención. ➔ Pacientes que no aceptaron participar del estudio y no firman el consentimiento informado.

➔ Pacientes ≥ 18 años.	

Variables por objetivos

Objetivo 1: Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.

- ➔ Edad.
- ➔ Procedencia.
- ➔ Religión.
- ➔ Nivel académico.
- ➔ Estado civil.
- ➔ Ocupación.

Objetivo 2: Caracterizar el perfil clínico-oncológico de la población en estudio.

- ➔ Tiempo diagnóstico.
- ➔ Localización del tumor
- ➔ Metástasis.
- ➔ Tratamiento.

Objetivo 3: Describir los factores asociados al diagnóstico de trastorno depresivo mayor mediante la aplicación de la escala PHQ-9 en la población en estudio.

- ➔ Diagnóstico de trastorno depresivo mayor.
- ➔ Niveles de depresión.
- ➔ Estado de ánimo deprimido.
- ➔ Anhedonia.
- ➔ Alteraciones del sueño.
- ➔ Fatiga.
- ➔ Cambios en el apetito.
- ➔ Sentimientos de culpabilidad/inutilidad.
- ➔ Dificultad para concentrarse.
- ➔ Enlentecimiento o agitación psicomotora.

➔ Ideación suicida.

Matriz de operacionalización de variables

Objetivo 1: Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.				
Variable	**Definición operacional**	**Indicadores**	**Valor**	**Escala**
Edad	Número de años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Según la respuesta de la encuesta.	• Años.	Razón
Procedencia	Área demográfica de origen de la paciente.	Según la respuesta de la encuesta.	• Managua. • Masaya. • León. • Chinandega. • Otros.	Nominal
Nivel académico	Nivel de estudios de grado que posee la paciente al momento de la encuesta.	Según la respuesta de la encuesta.	• Analfabeta. • Sabe leer y escribir. • Estudios primarios incompletos. • Estudios primarios completos. • Estudios secundarios incompletos. • Estudios secundarios completos. • Estudios universitarios incompletos. • Estudios universitarios completos.	Ordinal
Religión	Creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Según la respuesta de la encuesta.	• Católica. • Creyente. • Evangélica. • Musulmana. • Testigo de Jehová. • Mormona. • No profesa. • Otra.	Nominal

Estado civil	Relación legal de hecho en el que se encuentra a la paciente.	Según la respuesta de la encuesta.	• Casada. • Divorciada. • Soltera. • Unión libre. • Viuda.	Nominal
Ocupación	Cualquier actividad de producción de bienes o prestación de servicios a cambio de una remuneración o un beneficio.	Según la respuesta de la encuesta.	• Ama de casa. • Personal de limpieza. • Docente. • Jubilada. • Desempleada. • Otros.	Nominal

Objetivo 2: Caracterizar el perfil clínico-oncológico de la población en estudio.				
Variable	**Definición operacional**	**Indicadores**	**Valor**	**Escala**
Tiempo diagnóstico	Intervalo temporal desde la confirmación diagnóstica mediante estudio histopatológico hasta el momento de la encuesta.	Según la respuesta de la encuesta.	• < 2 años. • ≥ 2 años.	Ordinal
Localización del tumor	Ubicación anatómica del tumor primario en la glándula mamaria.	Según la respuesta de la encuesta.	• Izquierda. • Derecha. • Ambas.	Nominal
Tratamiento	Intervención terapéutica indicada para el manejo del cáncer de mama.	Según la respuesta de la encuesta.	• Mastectomía. • Quimioterapia. • Radioterapia. • Hormonoterapia.	Nominal
Metástasis	Diseminación del cáncer de mama a otros órganos o tejidos.	Según la respuesta de la encuesta.	• Sí. • No.	Nominal

Objetivo 3: Describir los factores asociados al diagnóstico de trastorno depresivo mayor mediante la aplicación de la escala PHQ-9 en la población en estudio.				
Variable	**Definición operacional**	**Indicadores**	**Valor**	**Escala**
Diagnóstico de trastorno depresivo mayor	Proporción de individuos en la población de estudio que presentan trastorno depresivo mayor según el puntaje total del PHQ-9.	Fórmula de prevalencia	• Sí. • No.	Nominal
Niveles de depresión	Grado de severidad de los síntomas depresivos experimentados por el paciente durante las últimas dos semanas, determinado mediante la puntuación total obtenida en el PHQ-9.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ninguna - mínima. • Síntomas depresivos leves. • Síntomas depresivos moderados. • Síntomas depresivos. moderadamente severos. • Síntomas depresivos severos.	Ordinal
Estado de ánimo deprimido	Presencia de sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal
Anhedonia	Disminución o pérdida del interés o del placer para realizar actividades habituales durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal
Alteraciones del sueño	Presencia de dificultad para conciliar o mantener el sueño, o exceso de sueño durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal

Fatiga	Presencia de cansancio o disminución de la energía durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal
Cambios en el apetito	Presencia de disminución o aumento del apetito durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal
Sentimientos de culpabilidad/inutilidad	Presencia de sentimientos de fracaso personal, inutilidad o culpa durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal
Dificultad para concentrarse	Presencia de dificultades para concentrarse en actividades como leer, trabajar o ver televisión durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal
Enlentecimiento o agitación psicomotora	Presencia de lentitud en los movimientos o el habla, o inquietud y agitación observables por otras personas durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal
Ideación suicida	Presencia de pensamientos relacionados con que sería mejor estar muerto o de hacerse daño de alguna manera durante las últimas dos semanas.	Según la respuesta a la Escala PHQ-9.	• Ningún día. • Varios días. • Más de la mitad de los días. • Casi todos los días.	Ordinal

Matriz de obtención de información

Objetivo	Fuente	Técnica	Instrumento
Objetivo 1	Primaria: Paciente	Encuesta	Ficha de recolección de datos.
Objetivo 2			
Objetivo 3			Escala PHQ-9

Método de obtención de información

Para la fase de obtención y validación de datos, se procedió inicialmente con la gestión de la autorización de la realización del estudio dirigida a la Fundación Ortiz Gurdián. Luego de ser aprobado por la institución, se notificó la resolución a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Americana (UAM) para el aval académico correspondiente.

Una vez consolidada la autorización institucional, se formalizó el consentimiento informado y el instrumento de recolección de datos; este último fue sometido a una prueba piloto con una muestra de cinco pacientes, con el objetivo de verificar la fiabilidad, consistencia y validez técnica de la ficha antes de su aplicación definitiva en el estudio.

La ficha de recolección fue una encuesta compuesta por tres partes: la primera sección correspondió a los datos sociodemográficos, la segunda a los datos del perfil clínico-oncológico de las pacientes y finalmente la tercera parte correspondió a las preguntas establecidas por la escala PHQ-9.

Plan de análisis: cruce de variables, análisis estadístico.

Univariadas	Bivariadas
• Edad. • Rango etario. • Procedencia. • Religión. • Nivel académico. • Estado civil. • Ocupación. • Tiempo diagnóstico. • Localización del tumor. • Metástasis. • Tratamiento. • Diagnóstico de trastorno depresivo mayor. • Niveles de depresión. • Estado de ánimo deprimido. • Anhedonia. • Alteraciones del sueño. • Fatiga. • Cambios en el apetito. • Sentimientos de culpabilidad/inutilidad. • Dificultad para concentrarse. • Enlentecimiento o agitación psicomotora. • Ideación suicida.	• Rango etario según diagnóstico de trastorno depresivo mayor. • Rango etario según niveles de depresión. • Nivel académico según diagnóstico de trastorno depresivo mayor. • Ocupación según diagnóstico de trastorno depresivo mayor. • Tiempo diagnóstico según diagnóstico de trastorno depresivo mayor. • Metástasis según diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Con los datos recolectados se elaboró una matriz de datos en Microsoft Excel; estos se procesarán posteriormente en el programa estadístico SPSS versión 26.

Para las variables cuantitativas se calculó la media, mediana y la desviación estándar.

Para las variables cualitativas se elaboraron tablas de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se ilustraron en gráficos de columnas y barras según la naturaleza estadística de las variables.

La proporción de prevalencia de trastorno depresivo mayor se obtuvo, dividiendo el número de casos entre la población y luego se multiplicó por 100.

Fórmula de prevalencia:

$$\frac{\begin{array}{c}Pacientes\ con\ cáncer\ de\ mama\ atendidas\ en\ la\ fundación\ Ortiz\ Gurdián \\ diagnosticadas\ con\ trastorno\ depresivo\ mayor\ en\ el\ periodo\ abril-mayo\ 2026\end{array}}{\begin{array}{c}Pacientes\ con\ cáncer\ de\ mama\ atendidas\ en\ la\ fundación\ Ortiz\ Gurdián \\ en\ el\ periodo\ abril-mayo\ 2026\end{array}}\ x\ 100$$

$$\frac{10}{35}\ x\ 100\% = 28.6\%$$

Clasificación del trastorno depresivo mayor (Escala PHQ-9)

Para describir los factores asociados al diagnóstico de depresión, se utilizó el instrumento PHQ-9, el cual evalúa 9 ítems que corresponden a los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor. Posteriormente, se sumaron los puntos obtenidos y se interpretaron según los siguientes niveles de depresión:

- ➔ **Ninguna - mínima:** 0 a 4 puntos.
- ➔ **Síntomas depresivos leves:** 5 a 9 puntos.
- ➔ **Síntomas depresivos moderados:** 10 a 14 puntos.
- ➔ **Síntomas depresivos moderadamente severos:** 15 a 19 puntos.
- ➔ **Síntomas depresivos severos:** 20 a 27 puntos.

Para establecer un posible diagnóstico de depresión, se utilizó un punto de corte ≥ 10 puntos, según lo recomendado en la literatura científica (Negeri et. al., 2021).

Consideraciones éticas

La investigación respetó los 4 principios bioéticos fundamentales:

- ➔ **No maleficencia:** Los datos recolectados se manejaron con confidencialidad y sólo se utilizaron para fines académicos y científicos. No se cometió ningún daño a la integridad física o mental de las personas en estudio.
- ➔ **Beneficencia:** Los datos recolectados fueron de utilidad y beneficio de las pacientes, ya que, al conocer la prevalencia de trastorno depresivo mayor en este grupo etario, se fortaleció la atención integral oncológica, mediante el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas de acuerdo con las características psicológicas de cada paciente, resaltando la importancia de la salud mental y bienestar de las pacientes.
- ➔ **Justicia:** No se incurrió en ningún tipo de discriminación ya sea por género, etnia, religión u otra ideología.
- ➔ **Autonomía:** Se realizó un consentimiento informado donde se le explicó el alcance de la investigación a los participantes. También se informó sobre los riesgos, en este caso ninguno, dado que se está preservando sobre todo el bienestar físico y psicológico, la dignidad, el respeto y la confidencialidad. Se respetó la voluntad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Resultados

La edad media de la población en estudio fue de 56.2 años, una mediana de 55 años y una desviación estándar de 10.1. La distribución de edades reveló que el grupo predominante correspondió a las pacientes entre 50 y 59 años, representando el 40% (14) de la población estudiada, seguido del grupo de 60 a 69 años, que constituyó el 31.4% (11). El grupo de 40 a 49 años representó el 20% (7), posteriormente el grupo de ≥70 años representó el 5.71% (2). Finalmente, el grupo de 30 a 39 años constituyó el 2.85% (1) (ver tabla 1).

Con respecto a la procedencia, el 54.28% (19) pertenecía al departamento de Managua, el 11.42% (4) al departamento de León, el 8.57% (3) al departamento de Granada y el 5.71% (2) al departamento de Chinandega. Finalmente, el 2.85% (1) pertenecía a los departamentos de Carazo, Chontales, Madriz, Masaya, Matagalpa, Nueva Segovia y Río San Juan, respectivamente (ver tabla 1).

En relación con la religión, las pacientes de religión católica y evangélica representaron el 42.85% (15), respectivamente, mientras que la categoría Testigo de Jehová y aquellas que no profesaban ninguna religión representaron el 5.71% (2), respectivamente. Asimismo, la categoría creyente correspondió al 2.85% (1) (ver tabla 1).

En cuanto al nivel académico, las pacientes con estudios universitarios completos y estudios secundarios incompletos representaron el 22.85% (8), respectivamente. Les siguieron las pacientes con estudios primarios completos y estudios secundarios completos, con el 17.14% (6), respectivamente. Por otra parte, las pacientes analfabetas, con estudios primarios incompletos y estudios universitarios incompletos representaron el 5.71% (2), respectivamente. Finalmente, las pacientes que sabían leer y escribir constituyeron el 2.85% (1) (ver tabla 1).

En cuanto al estado civil, el 57.14% (20) de las pacientes estaban casadas, el 22.8% (8) eran solteras y el 14.2% (5) se encontraban en unión libre. Finalmente, el 2.9% (1) estaba divorciada y el 2.8% (1) era viuda (ver tabla 1).

De acuerdo con la ocupación, el 80% (28) correspondió a amas de casa, seguido del personal de limpieza con el 5.71% (2). Las ocupaciones de administradora, docente, empacadora, estilista y vendedora representaron el 2.85% (1), respectivamente (ver tabla 1).

Respecto al tiempo de diagnóstico, las pacientes con un tiempo menor a 2 años desde el diagnóstico se observaron en el 51.4% (18), seguido de las pacientes con un tiempo de diagnóstico mayor o igual a 2 años con 48.6% (17) (ver tabla 2).

En relación con la localización del tumor, predominaron las pacientes con afectación de la mama derecha con 51.42% (18), mientras que las pacientes con localización en la mama izquierda representaron el 42.85% (15), se reportó que las pacientes con afectación en ambas mamas corresponden el 5.71% (2) de la población estudiada (ver tabla 2).

La mayoría de las pacientes no presentaron evidencia de enfermedad metastásica con 85.70% (30), mientras que el 14.30% (5) presentó metástasis al momento del estudio (ver tabla 2).

En cuanto al tratamiento recibido, predominó la mastectomía con el 57.10% (20), seguida de la quimioterapia con el 48.60% (17). Asimismo, la radioterapia y la hormonoterapia representaron el 31.40% (11), respectivamente. (ver tabla 2).

Sobre el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, 28.60% (10) de las pacientes cumplió con los criterios para este trastorno, en comparación el 71.40% (25) de las pacientes no presentó dicho diagnóstico (ver tabla 3).

Con relación a los niveles de depresión, predominó el grupo de pacientes con depresión ninguna o mínima, representando el 48.57% (17). Le siguieron las pacientes con síntomas depresivos leves y síntomas depresivos moderados, ambas categorías con el 22.85% (8), respectivamente. Las pacientes con síntomas depresivos moderadamente severos y síntomas depresivos severos representaron el 2.85% (1), respectivamente (ver tabla 3).

Referente a la sintomatología depresiva, en el estado de ánimo deprimido predominaron las pacientes que no presentaron la afectación durante ningún día con el 54.30 (19), seguido por aquellas que lo manifestaron varios días en un 28.60% (10). En tercera instancia se encuentran las pacientes que lo presentaron casi todos los días en un 11.40% (4) y mientras que el 5.7% (2) lo experimentó más de la mitad de los días (ver tabla 4).

Con respecto a la anhedonia, predominó el grupo de pacientes que no presentó pérdida del interés o placer durante ningún día, con el 57.10% (20), seguido de aquellas que manifestaron este síntoma varios días con el 37.14% (13). Finalmente, las pacientes que presentaron anhedonia más de la mitad de los días representaron el 5.70% (2), sin registrarse pacientes que la presentaran casi todos los días (ver tabla 4).

En cuanto a las alteraciones del sueño, predominó el grupo de pacientes que no presentó este síntoma durante ningún día, con el 34.28% (12), seguido de aquellas que manifestaron alteraciones del sueño casi todos los días con el 31.42% (11). Asimismo, las pacientes que presentaron este síntoma varios días representaron el 25.71% (9), mientras que el 8.55% (3) lo manifestó más de la mitad de los días (ver tabla 4).

Respecto a la fatiga, predominó el grupo de pacientes que presentó este síntoma varios días, con el 40.0% (14), seguido de aquellas que no manifestaron fatiga durante ningún día con el 31.42% (11). Por otra parte, las pacientes que presentaron fatiga casi todos los días representaron el 17.14% (6), mientras que el 11.42% (4) la manifestó más de la mitad de los días (ver tabla 4).

En relación con los cambios de apetito, predominó el grupo de pacientes que no presentó este síntoma durante ningún día, con el 48.57% (17), seguido de aquellas que manifestaron cambios de apetito varios días con el 28.57% (10). Asimismo, las pacientes que presentaron cambios de apetito casi todos los días representaron el 20.0% (7), mientras que el 2.85% (1) los manifestó más de la mitad de los días (ver tabla 4).

Con respecto a los sentimientos de culpabilidad o inutilidad, predominó el grupo de pacientes que no presentó este síntoma durante ningún día, con el 82.9% (29), seguido de aquellas que lo manifestaron varios días con el 8.55% (3), luego las pacientes que los manifestaron casi todos los días 5.70% (2). Finalmente, las pacientes que lo presentaron más de la mitad de los días 2.85% (1) (ver tabla 4).

En cuanto a la dificultad para concentrarse, predominó el grupo de pacientes que no presentó este síntoma durante ningún día, con el 60.0% (21), seguido de aquellas que manifestaron dificultad para concentrarse varios días con el 22.90% (8). Asimismo, las pacientes que presentaron dificultad para concentrarse casi todos los días representaron el 11.40% (4), mientras que el 5.70% (2) manifestó este síntoma más de la mitad de los días (ver tabla 4).

Respecto al enlentecimiento o agitación motora, predominó el grupo de pacientes que no presentó este síntoma durante ningún día, con el 62.90% (22), seguido de aquellas que lo manifestaron casi todos los días con el 20.0% (7). Finalmente, las pacientes que presentaron enlentecimiento o agitación motora varios días representaron el 17.10% (6), sin registrarse pacientes que lo manifestaran más de la mitad de los días (ver tabla 4).

Asimismo, en relación con la ideación suicida, predominó el grupo de pacientes que no presentó este síntoma durante ningún día, con el 94.30% (33). Por otra parte, las pacientes que manifestaron ideación suicida más de la mitad de los días y casi todos los días representaron el 2.85% (1), respectivamente, sin registrarse pacientes que presentaran este síntoma varios días (ver tabla 4).

De las pacientes con trastorno depresivo mayor las pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor predominaron el grupo de 40 a 49 años, con 11.4% (4), seguido por las pacientes de 60 a 69 años y ≥ 70 años, con 5.7% (2) cada una. En contraste, las pacientes de 30 a 39 años y 50 a 59 años presentaron la menor frecuencia de diagnóstico, con 2.9% (1) cada grupo. (Ver tabla 5).

En el nivel de depresión ninguno–mínimo predominó el grupo de 50 a 59 años con 31.4% (11), mientras que en los niveles leve y moderado destacaron las pacientes de 60 a 69 años con 14.3% (5) y de 40 a 49 años con 11.4% (4), respectivamente. Los niveles de depresión moderadamente severo se presentaron únicamente en las pacientes de 30 a 39 años y el nivel de depresión severo se encontró únicamente en el rango ≥ 70 años, con 2.9% (1) (Ver tabla 6).

El trastorno depresivo mayor predominó en el grupo con estudios secundarios incompletos, con 8.6% (3), seguido por quienes tenían estudios primarios completos y estudios secundarios completos, con 5.7% (2) cada una; en contraste, no se registraron casos con diagnóstico entre las pacientes con estudios universitarios incompletos y estudios universitarios completos. (Ver tabla 7).

Referente a la ocupación según el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, se evidencia que las pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor eran amas de casa, con 25.7% (9), seguido por las empacadoras, con 2.9% (1). En contraste, no se registraron casos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor entre las administradoras de empresas, docentes, estilistas, personal de limpieza y vendedoras. (Ver tabla 8).

Tanto las pacientes que tenían menos de 2 años de diagnóstico como las de 2 años o más representaron el 14.3% (5) cada grupo. En consecuencia, no se evidenciaron diferencias en la frecuencia del diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. (Ver tabla 9).

En última instancia, a propósito de la presencia de metástasis según el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, dentro de las pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor

predominó el grupo sin metástasis, con 25.7% (9), en contraste con las pacientes que sí presentaron metástasis, quienes representaron únicamente el 2.9% (1). (Ver tabla 11).

Discusión de resultados

La mayoría de las pacientes eran mayores de 50 años y en este grupo poblacional es más frecuente el diagnóstico de cáncer de mama. Este hallazgo es semejante al reportado por Purkayastha et. al. (2017), quienes encontraron una edad promedio de 53.56 años, y con Park et. al. (2024), con una media de 48.7 años. En contraste, difiere de Blass et. al. (2015), quienes observaron un predominio del grupo de 20 a 49 años (56.5%) en pacientes oncológicos hospitalizados.

Respecto al nivel académico, predominó el grupo con estudios universitarios completos y estudios secundarios incompletos, ambos con 22.85% (8). Estos resultados difieren de los reportados por Purkayastha et. al. (2017), quienes encontraron que el 55.5% de las pacientes poseía estudios de pregrado o posgrado.

En relación con el estado civil, predominó el grupo de pacientes casadas con 57.14% (20), seguido de las solteras con 22.8% (8). Este hallazgo coincide con los resultados de Park et. al. (2024) y Purkayastha et. al. (2017), donde la mayoría de las pacientes estaban casadas. En contraste, difiere del estudio de Blass et. al. (2015), quienes encontraron predominio de pacientes solteros (74.1%). Este hallazgo concuerda con lo indicado en el estudio de Yang et. al., (2011), donde se menciona que los adultos mayores no casados presentan aproximadamente un 55 % más riesgo de depresión que los casados.

Acerca de la ocupación, predominaron ampliamente las amas de casa con 80% (28). Este resultado es semejante a lo descrito por García (2010), quien reportó que el 57% de los pacientes con depresión se dedicaban a labores del hogar. Este comportamiento puede relacionarse con las limitaciones funcionales derivadas del tratamiento oncológico y con el papel tradicional desempeñado por muchas mujeres dentro del entorno familiar.

En lo que concierne al tiempo de diagnóstico, predominó ligeramente el grupo con menos de dos años de evolución 51.4% (18). Sobre la presencia de metástasis, el 85.70% (30) de las pacientes no presentaba enfermedad metastásica al momento del estudio. Este hallazgo se relaciona con lo descrito por Estrella et. al. (2021), quienes señalan que la presencia de metástasis constituye un importante factor de riesgo para desarrollar depresión, por lo que una baja proporción de enfermedad metastásica podría contribuir a una menor frecuencia de sintomatología depresiva severa.

En cuanto al tratamiento, predominó la mastectomía con 57.10% (20), seguida de la quimioterapia con 48.60% (17). Este resultado difiere parcialmente del estudio de Sadaqa et. al. (2022), donde el 91% de las pacientes recibía quimioterapia y el 87.9% había sido sometida a cirugía. Asimismo, difiere de Park. et al. (2024), quienes reportaron un predominio de terapia antihormonal (80.4%) y radioterapia (67.6%). Según la literatura científica, la mastectomía aumenta el riesgo de trastorno depresivo mayor por alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, sensación de pérdida de feminidad, dificultades en la sexualidad y la intimidad y temor al rechazo por parte de la pareja (Padmalatha et al., 2021). Por su parte, la quimioterapia induce una respuesta inflamatoria sistémica caracterizada por el aumento de citocinas proinflamatorias como:IL-1β, IL-6 y TNF-α. Estas moléculas alteran neurotransmisores relacionados con el estado de ánimo (serotonina, dopamina y noradrenalina), favoreciendo la aparición de depresión (Lai, et. al., 2022).

Respecto al diagnóstico de trastorno depresivo mayor, el 28.60% (10) de las pacientes cumplió criterios diagnósticos, mientras que el 71.40% (25) no presentó dicho trastorno. Esta frecuencia es superior a la encontrada por Blass et. al. (2015), quienes reportaron una prevalencia de 14.3%, y por Park et. al. (2024), quienes encontraron una prevalencia de depresión moderada a grave del 19.8%; sin embargo, es inferior al 35.4% descrito por Sadaqa et. al. (2022). A nivel mundial, la OMS (2025) estima que, el 5,7 % de los adultos padecen depresión.

En relación con los niveles de depresión, predominó la categoría ninguna o mínima con 48.57% (17), seguida por depresión leve y moderada con 22.85% (8) cada una. Este comportamiento es semejante al descrito por Park et. al. (2024), quienes encontraron que el 47.7% no presentaba depresión y el 32.4% tenía depresión leve. Asimismo, los resultados son comparables con los obtenidos por Purkayastha et. al. (2017), quienes reportaron mayor frecuencia de depresión moderada y leve. En base a esto, se le tiene que brindar al paciente un plan de tratamiento, considerado asesoramiento, seguimiento y/o farmacoterapia/psicoterapia.

En cuanto a la sintomatología depresiva evaluada mediante el PHQ-9, predominó la ausencia de síntomas en la mayoría de los ítems; sin embargo, las alteraciones del sueño (31.42% casi todos los días) y la fatiga (40% varios días) fueron las manifestaciones más frecuentes, mientras que la ideación suicida fue el síntoma menos común (94.3% no la presentó). Estos resultados coinciden con los reportados por Sadaqa et. al. (2022), quienes identificaron las alteraciones del sueño y la fatiga como los síntomas predominantes, mientras que los pensamientos de muerte o autolesión fueron los menos frecuentes.

Al analizar el rango etario según el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, predominó el grupo de 40 a 49 años 11.4% (4). Este resultado coincide con lo descrito por Purkayastha et. al. (2017), quienes encontraron mayor frecuencia de depresión entre los 18 y 40 años. Y respecto al rango etario según los niveles de depresión, el grupo de 50 a 59 años predominó entre quienes presentaban síntomas mínimos, mientras que las pacientes de 40 a 49 años concentraron la mayor frecuencia de depresión moderada.

En cuanto al nivel académico según el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, predominó el grupo con estudios secundarios incompletos 8.6% (3). Este resultado coincide con el estudio de Tsaras et. al. (2018), quienes identificaron el nivel educativo como una de las variables asociadas con el riesgo de depresión. Asimismo, un estudio reciente realizado por Xiong et. al. (2025) demostró que las pacientes con menor nivel educativo presentan redes de síntomas ansioso-depresivos más complejas y vulnerables, lo que sugiere una mayor susceptibilidad psicológica en este grupo.

Respecto a la ocupación según el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, predominaron las amas de casa 25.7% (9). Este hallazgo es consistente con García (2010), quien reportó que el 57% de los pacientes con depresión se dedicaban a labores del hogar. La mayor frecuencia observada puede relacionarse con una mayor dependencia económica, menor interacción social y mayor carga emocional derivada del diagnóstico oncológico.

En cuanto al tiempo de diagnóstico según el trastorno depresivo mayor, se observó una distribución equivalente entre las pacientes con menos de dos años y aquellas con dos años o más desde el diagnóstico (14.3% cada grupo). Este resultado es difiere con lo descrito por Estrella et. al. (2021), quienes señalan que el primer año posterior al diagnóstico constituye el periodo de mayor riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos, debido al impacto psicológico inicial del diagnóstico y del inicio del tratamiento.

Finalmente, en relación con la presencia de metástasis según el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, se observó que únicamente el 2.9% (1) de las pacientes con enfermedad metastásica presentó trastorno depresivo mayor, mientras que el 25.7% (9) correspondió a pacientes con diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor que no presentaban enfermedad metastásica. Esto difiere con la literatura científica, la cual señala que la enfermedad metastásica incrementa el riesgo de depresión y que la presencia de metástasis constituye un importante factor predisponente (Estrella et. al., 2021; Cahuana-Berrocal et. al., 2024).

Conclusiones

En cuanto a las características sociodemográficas de la población en estudiose obtuvo una edad media de 56.2 años, perteneciente en su mayoría al grupo etario de 50 a 59 años, procedentes principalmente del departamento de Managua, de religión católica o evangélica, con estado civil casada, con estudios (secundarios incompletos y universitarios completos) y ocupación de ama de casa.

Respecto al perfil clínico-oncológico de la población en estudio, predominaron las pacientes con un tiempo de diagnóstico menor a 2 años, con afectación tumoral localizada en la mama derecha y sin evidencia de enfermedad metastásica al momento del estudio; en cuanto al tratamiento recibido, predominó la mastectomía, seguida de la quimioterapia.

En lo referente la prevalencia de trastorno depresivo mayor según la escala PHQ-9 fue de 28.6% con el punto de corte ≥10 puntos. Dentro de los niveles de depresión, la depresión leve y moderada representaron el 22,85% cada una. En cuanto a los síntomas específicos, las alteraciones del sueño y la fatiga fueron los más frecuentemente reportados.

Por ello, se concluye que existe una prevalencia considerable de trastorno depresivo mayor (28.6%) en las pacientes con cáncer de mama atendidas en la Fundación Ortiz Gurdián en el periodo de abril a mayo del 2026, cuya presencia se asocia con características sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel académico; así como clínicas oncológicas como el tiempo diagnóstico, localización tumoral, enfermedad metastásica y tratamiento mediante mastectomía, lo que evidencia la necesidad de incorporar la valoración sistemática de la salud mental dentro del manejo integral de estas pacientes.

Recomendaciones

A la Fundación Ortiz Gurdián

- ➔ Implementar un protocolo interno de referencia inmediata para la evaluación psicológica de las personas que se encuentren dentro de los grupos identificados en este estudio como de mayor vulnerabilidad: pacientes de 40 a 49 años, con escolaridad secundaria incompleta y con ocupación de ama de casa, a fin de priorizar la detección temprana en estos subgrupos específicos.
- ➔ Fortalecer los espacios de apoyo psicosocial y orientación familiar dentro de la fundación, dirigidos tanto a las pacientes como a sus familiares, con el propósito de potenciar la red de soporte socio familiar como factor protector frente al desarrollo o agravamiento de la sintomatología depresiva durante el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico.
- ➔ Establecer un sistema de monitoreo y registro periódico de los resultados del tamizaje de depresión en el expediente clínico de cada paciente, de manera que la institución pueda dar seguimiento longitudinal a la evolución del estado de ánimo a lo largo del tratamiento oncológico y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas.

A la Universidad Americana (UAM)

- ➔ Promover el desarrollo de nuevas investigaciones orientadas a evaluar la depresión y otros trastornos de salud mental en pacientes oncológicos con diferentes tipos de cáncer y en distintos niveles de atención, utilizando muestras de mayor tamaño y diseños analíticos o longitudinales que permitan identificar factores asociados y establecer relaciones causales.

Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Abdul Razzak, H., Harbi, A., & Ahli, S. (2019). Depression: Prevalence and Associated Risk Factors in the United Arab Emirates. *Oman Medical Journal*, *34*(4), 274-282. https://doi.org/10.5001/omj.2019.56

Blass Alfaro, G. G., Guevara Suárez, H. C., & Mejía Navarro, T. G. (2015). Prevalencia de depresión según el test "Patients Health Questionnaire-9" (PHQ-9) en pacientes oncológicos del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez en el período comprendido de julio a noviembre del año 2014 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua]. Repositorio Institucional UNAN-Managua.

Baader M., T. B. M., Molina F, J. L., Venezian B, S., Rojas C, C., Farías S, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012, marzo). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002

Cahuana-Berrocal, J. A., Iglesias-Acosta, J., & Tafur Bermejo, A. I. (2024). Trastorno depresivo en pacientes con diagnóstico de cáncer: Revisión narrativa de la literatura. Revista Med, 31(2), 79-87. https://doi.org/10.18359/rmed.6859

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Archives of Internal Medicine, 160(14), 2101–2107. https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101

Estrella, Pech, Olais, Rubio & Leal, (2021). Depresión en pacientes con cáncer. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 59(2), 156–162.

https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/3322/4232

García. (2010). Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer. 9. https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-prevalencia-depresion-una-poblacion-pacientes-X1665920110543875

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Hajj, A., Hachem, R., Khoury, R., Hallit, S., ElJEBBAWI, B., Nasr, F., El Karak, F., Chahine, G., Kattan, J., & Rabbaa Khabbaz, L. (2021). Clinical and genetic factors associated with anxiety and depression in breast cancer patients: A cross-sectional study. BMC Cancer, 21(1), 872. https://doi.org/10.1186/s12885-021-08615-9

Instituto Nacional del Cáncer. (2024). La depresión (PDQ®) Versión para profesionales de salud. National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq

Lai, A. G., et al. (2022). Mental health after cancer diagnosis: A population-based cohort study using primary care electronic health records.

López-Guerra, V. M., López-Núñez, C., Vaca-Gallegos, S. L., & Torres-Carrión, P. V. (2022). Psychometric properties and factor structure of the Patient Health Questionnaire-9 as a screening tool for depression among Ecuadorian college students. Frontiers in Psychology, 13, Article 813894. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.813894

Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Guía clínica: Abordaje de la depresión en mujeres con cáncer de mama*. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC_depresion_en_cancer_de_mama.pdf

McIntyre, R. S., Rong, C., Subramaniapillai, M., & Lee, Y. (2020). Trastorno depresivo mayor. Elsevier Health Sciences. https://books.google.com/books?id=15buDwAAQBAJ

Negeri, Z. F., Levis, B., Sun, Y., He, C., Krishnan, A., Wu, Y., Bhandari, P. M., Neupane, D., Brehaut, E., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2021). Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: Updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ*, n2183. https://doi.org/10.1136/bmj.n2183

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. https://www.who.int/es/publications/i/item/9240050860

Pousa Rodríguez, V., Miguelez Amboage, A., Hernández Blázquez, M., González Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Revista Colombiana de Cancerología, 19(3), 166–172. https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005

Park, H., Kim, K., Moon, E., Lim, H., Suh, H., & Kang, T. (2024). Psychometric Properties of the Patient Health Questionnaire-9 in Patients With Breast Cancer. *Psychiatry Investigation*, *21*(5), 521-527. https://doi.org/10.30773/pi.2023.0285

Padmalatha, S., Tsai, Y.-T., Ku, H.-C., Wu, Y.-L., Yu, T., Fang, S.-Y., & Ko, N.-Y. (2021). *Higher risk of depression after total mastectomy versus breast reconstruction among adult women with breast cancer: A systematic review and metaregression*. *Clinical Breast Cancer,* *21*(5), e526–e538. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2021.01.003

Purkayastha, D., Venkateswaran, C., Nayar, K., & Unnikrishnan, U. (2017). Prevalence of depression in breast cancer patients and its association with their quality of life: A cross-sectional observational study. Indian Journal of Palliative Care, 23(3), 268. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_6_17

Sadaqa, D., Farraj, A., Naseef, H., Alsaid, H., Alshami, N., & Abukhalil, A. (2021). Risk of Developing Depression among Breast Cancer Patients in Palestine. In Review. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1067757/v1

Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, *9*(4), 1509-1514. https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944

Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: Prevalence and associated factors. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 19(6), 1661–1669. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6103579/

World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2025, 29 agosto). Trastorno depresivo (depresión). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Yan, X. Y., Huang, S. M., Huang, C. Q., Wu, W. H., & Qin, Y. (2011). Marital status and risk for late life depression: A meta-analysis of the published literature. Journal of International Medical Research, 39(4), 1142–1154. https://doi.org/10.1177/147323001103900402

Yu, S., Gan, C., Li, W., Zhang, Q., Cai, Y., Xu, J., Huang, R., Yao, S., Cheng, L., & Cheng, H. (2025). Depression decreases immunity and PD-L1 inhibitor efficacy via the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in triple-negative breast cancer. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease, 1871(2), 167581. https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2024.167581

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Estudio: Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama en la Fundación Ortiz Gurdián en el periodo comprendido de abril-mayo del 2026.

Estimada paciente: Se le invita a participar en el estudio de investigación titulado "Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama en la Fundación Ortiz Gurdián en el periodo comprendido de abril-mayo del 2026". El propósito de este consentimiento informado es proporcionar información completa y clara sobre la investigación, sus procedimientos, beneficios, riesgos y su derecho a participar voluntariamente.

Procedimiento de la investigación:

- Se le solicitará que complete una encuesta sobre algunos datos sociodemográficos, características clínico-oncológicas y escala PHQ-9.
- Duración estimada: 10-15 minutos.

Beneficios de participar: Su participación en este estudio permitirá que la información proporcionada contribuya al avance del conocimiento científico, particularmente en relación con la prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama. Los resultados obtenidos servirán para generar datos epidemiológicos actualizados y formular recomendaciones orientadas a brindar una atención integral y de mayor calidad a estas pacientes.

Voluntariedad y retiro: Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Su retiro no tendrá ninguna repercusión.

Riesgos y molestias: No se realizará ningún perjuicio a su integridad física y moral. Existe la posibilidad de que algunas preguntas puedan generar cierta incomodidad o recordar situaciones estresantes, usted es libre de tomarse el tiempo necesario para responder la encuesta.

Confidencialidad y privacidad:

- Toda la información recopilada en el estudio se tratará de forma confidencial y se utilizará exclusivamente para fines de investigación.
- En la ficha de recolección de datos no se solicitan nombres, se generará un código alfanumérico. Los datos se almacenarán de manera segura y solo los investigadores tendrán acceso a ellos.

Consentimiento: Al firmar este consentimiento, confirmo que he comprendido la información proporcionada en este documento. Acepto voluntariamente participar en la investigación y firmo a continuación:

Nombre de la paciente			
Código de la paciente	Firma de la paciente	ID del investigador	Fecha

Agradecemos su tiempo y consideración para participar en esta investigación.

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tema: Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con cáncer de mama en la Fundación Ortiz Gurdián en el periodo comprendido de abril-mayo del 2026.

N° ficha ____ **Fecha de recolección** ___/___/___ **Iniciales** _____

Características sociodemográficas:

Edad	Procedencia
_____ años	☐Managua ☐Masaya ☐León ☐Chinandega ☐Otro: _____

Nivel académico

☐ Analfabeta ☐ Sabe leer y escribir ☐ Estudios primarios incompletos ☐ Estudios primarios completos ☐ Estudios secundarios incompletos ☐ Estudios secundarios completos ☐ Estudios universitarios incompletos ☐Estudios universitarios completos

Religión	Estado civil
☐ Católica ☐ Creyente ☐ Evangélica ☐ Musulmana ☐Testigo de Jehová ☐Mormona ☐No profesa ☐Otra:___	☐ Soltera ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Unión libre ☐ Viuda

Ocupación

☐ Ama de casa ☐ Personal de limpieza ☐ Docente ☐ Jubilada ☐ Desempleada
☐ Otro:_____

Características clínico-oncológicas:

Tiempo diagnóstico	Localización del tumor	Metástasis
☐< 2 años ☐ ≥ 2 años	☐Izquierda ☐Derecha ☐Ambas	☐ Sí ☐ No

Tratamiento

☐ Hormonoterapia ☐ Quimioterapia ☐ Mastectomía ☐ Radioterapia

Anexo 3: Escala PHQ-9

ESCALA PHQ-9

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	**Ningún día**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.				
2. Sentirse desanimada, deprimida o desesperanzada.				
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida, o dormir demasiado.				
4. Sentirse cansada o con poca energía.				
5. Falta de apetito o come en exceso.				
6. Sentir falta de amor propio o pensar que es un fracaso o fallarle a usted misma o a su familia.				
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión.				
8. ¿Se mueve o habla tan despacio que otras personas podrían haberlo notado? O al contrario: ¿Está tan nerviosa o inquieta que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual?				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerta o de lastimarse de alguna manera.				
PUNTAJE TOTAL				

Puntajes: **Ningún día:** 0 puntos; **Varios días:** 1 punto; **Más de la mitad de los días:** 2 puntos; **Casi todos los días:** 3 puntos.

Anexo 4: Tablas de resultados

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población en estudio (n=35)

Variable	F	%	Media	Mediana	DE
Rango etario			56.2	55	10.1
30 a 39 años	1	2.85			
40 a 49 años	7	20			
50 a 59 años	14	40			
60 a 69 años	11	31.4			
≥ 70 años	2	5.71			
Procedencia					
Carazo	1	2.85			
Chinandega	2	5.71			
Chontales	1	2.85			
Granada	3	8.57			
León	4	11.42			
Madriz	1	2.85			
Managua	19	54.28			
Masaya	1	2.85			
Matagalpa	1	2.85			
Nueva Segovia	1	2.85			
Río San Juan	1	2.85			
Religión					
Católica	15	42.85			
Creyente	1	2.85			
Evangélica	15	42.85			
Testigo de Jehová	2	5.71			
No profesa	2	5.71			
Nivel académico					
Analfabeta	2	5.71			
Sabe leer y escribir	1	2.85			
Estudios primarios incompletos	2	5.71			
Estudios primarios completos	6	17.14			
Estudios secundarios incompletos	8	22.85			
Estudios secundarios completos	6	17.14			
Estudios universitarios incompletos	2	5.71			
Estudios universitarios completos	8	22.85			
Estado civil					
Casada	20	57.14			
Divorciada	1	2.85			
Soltera	8	22.85			
Unión libre	5	14.28			
Viuda	1	2.85			
Ocupación					
Administradora de empresas	1	2.85			
Ama de casa	28	80			
Docente	1	2.85			
Empacadora	1	2.85			
Estilista	1	2.85			
Personal de limpieza	2	5.71			
Vendedora	1	2.85			

Fuente: Encuesta

Tabla 2: Perfil clínico-oncológico de la población en estudio (n=35)

Variable	F	%
Tiempo diagnóstico		
< 2 años	18	51.4
≥ 2 años	17	48.6
Localización		
Izquierda	15	42.85
Derecha	18	51.42
Ambas	2	5.71
Metástasis		
Sí	5	14.30
No	30	85.70
Tratamiento		
Mastectomía	20	57.10
Quimioterapia	17	48.60
Radioterapia	11	31.40
Hormonoterapia	11	31.40

Fuente: Encuesta

Tabla 3: Diagnóstico y niveles de depresión (n=35)

Variable	F	%
Diagnóstico de trastorno depresivo mayor		
Sí	10	28.60
No	25	71.40
Niveles de depresión		
Ninguna - mínima	17	48.57
Síntomas depresivos leves	8	22.85
Síntomas depresivos moderados	8	22.85
Síntomas depresivos moderadamente severos	1	2.85
Síntomas depresivos severos	1	2.85

Fuente: Encuesta

Nota: El corte utilizado para el diagnóstico de depresión es un puntaje ≥10 en la escala PHQ-9 (Negeri et al., 2021).

Tabla 4: Síntomas depresivos en base a escala PHQ-9 (n=35)

Variable	F	%
Estado de ánimo deprimido		
Ningún día	19	54.30
Varios días	10	28.60
Más de la mitad de los días	2	5.70
Casi todos los días	4	11.40
Anhedonia		
Ningún día	20	57.10
Varios días	13	37.14
Más de la mitad de los días	2	5.70
Casi todos los días	0	0.00
Alteraciones del sueño		
Ningún día	12	34.28
Varios días	9	25.71
Más de la mitad de los días	3	8.55
Casi todos los días	11	31.42
Fatiga		
Ningún día	11	31.42
Varios días	14	40.00
Más de la mitad de los días	4	11.42
Casi todos los días	6	17.14
Cambios de apetito		
Ningún día	17	48.57
Varios días	10	28.57
Más de la mitad de los días	1	2.85
Casi todos los días	7	20.00
Sentimientos de culpabilidad/inutilidad		
Ningún día	29	82.90
Varios días	3	8.55
Más de la mitad de los días	1	2.85
Casi todos los días	2	5.70
Dificultad para concentrarse		
Ningún día	21	60.00
Varios días	8	22.90
Más de la mitad de los días	2	5.70
Casi todos los días	4	11.40
Enlentecimiento o agitación motora		
Ningún día	22	62.90
Varios días	6	17.10
Más de la mitad de los días	0	0.00
Casi todos los días	7	20.00
Ideación suicida		
Ningún día	33	94.30
Varios días	0	0.00
Más de la mitad de los días	1	2.85
Casi todos los días	1	2.85

Fuente: Encuesta

Tabla 5: Rango etario según diagnóstico de trastorno depresivo mayor (n = 35)

Variable	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor					
	Sí		No		Total	
Edad	F	%	F	%	F	%
30 a 39 años	1	2.9	0	0.0	1	2.9
40 a 49 años	4	11.4	3	8.6	7	20.0
50 a 59 años	1	2.9	13	37.1	14	40.0
60 a 69 años	2	5.7	9	25.7	11	31.4
≥ 70 años	2	5.7	0	0.0	2	5.7
Total	10	28.6	25	71.4	35	100

Fuente: Encuesta

Tabla 6: Rango etario según niveles de depresión (n = 35)

Variable	Niveles de depresión											
	Ninguno - mínimo		Leve		Moderado		Moderadamente severo		Severo		Total	
Edad	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
30 a 39 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9
40 a 49 años	2	5.7	1	2.9	4	11.4	0	0.0	0	0.0	7	20.0
50 a 59 años	11	31.4	2	5.7	1	2.9	0	0.0	0	0.0	14	40.0
60 a 69 años	4	11.4	5	14.3	2	5.7	0	0.0	0	0.0	11	31.4
≥ 70 años	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.9	2	5.7
Total	17	48.6	8	22.9	8	22.9	1	2.9	1	2.9	35	100

Fuente: Encuesta

Tabla 7: Nivel académico según diagnóstico de trastorno depresivo mayor (n = 35)

Variable	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor					
	Sí		No		Total	
Nivel académico	F	%	F	%	F	%
Analfabeta	1	2.9	1	2.9	2	5.7
Sabe leer y escribir	1	2.9	0	0.0	1	2.9
Estudios primarios incompletos	1	2.9	1	2.9	2	5.7
Estudios primarios completos	2	5.7	4	11.4	6	17.1
Estudios secundarios incompletos	3	8.6	5	14.3	8	22.9
Estudios secundarios completos	2	5.7	4	11.4	6	17.1
Estudios universitarios incompletos	0	0.0	2	5.7	2	5.7
Estudios universitarios completos	0	0.0	8	22.9	8	22.9
Total	10	28.6	25	71.4	35	100

Fuente: Encuesta

Tabla 8: Ocupación según diagnóstico de trastorno depresivo mayor (n = 35)

Variable	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor					
	Sí		No		Total	
Ocupación	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
Administradora de empresas	0	0.0	1	2.9	1	2.9
Ama de casa	9	25.7	19	54.3	28	80.0
Docente	0	0.0	1	2.9	1	2.9
Empacadora	1	2.9	0	0.0	1	2.9
Estilista	0	0.0	1	2.9	1	2.9
Personal de limpieza	0	0.0	2	5.7	2	5.7
Vendedora	0	0.0	1	2.9	1	2.7
Total	10	28.6	25	71.4	35	100

Fuente: Encuesta

Tabla 9: Tiempo diagnóstico según diagnóstico de trastorno depresivo mayor (n = 35)

Variable	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor					
	Sí		No		Total	
Tiempo diagnóstico	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
< 2 años	5	14.3	13	37.1	18	51.4
≥ 2 años	5	14.3	12	34.3	17	48.6
Total	10	28.6	25	71.4	35	100

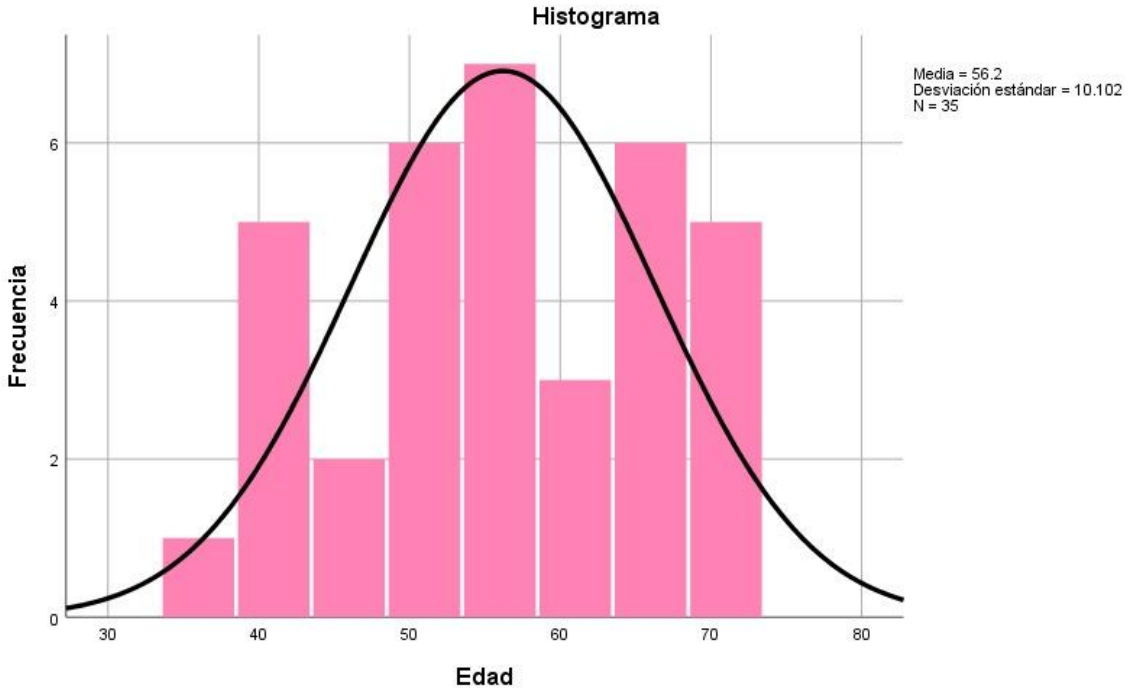
Fuente: Encuesta

Tabla 10: Metástasis según diagnóstico de trastorno depresivo mayor (n = 35)

Variable	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor					
	Sí		No		Total	
Metástasis	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
No	9	25.70	21	60.00	30	85.70
Sí	1	2.90	4	11.40	5	14.30
Total	10	28.60	25	71.40	35	100

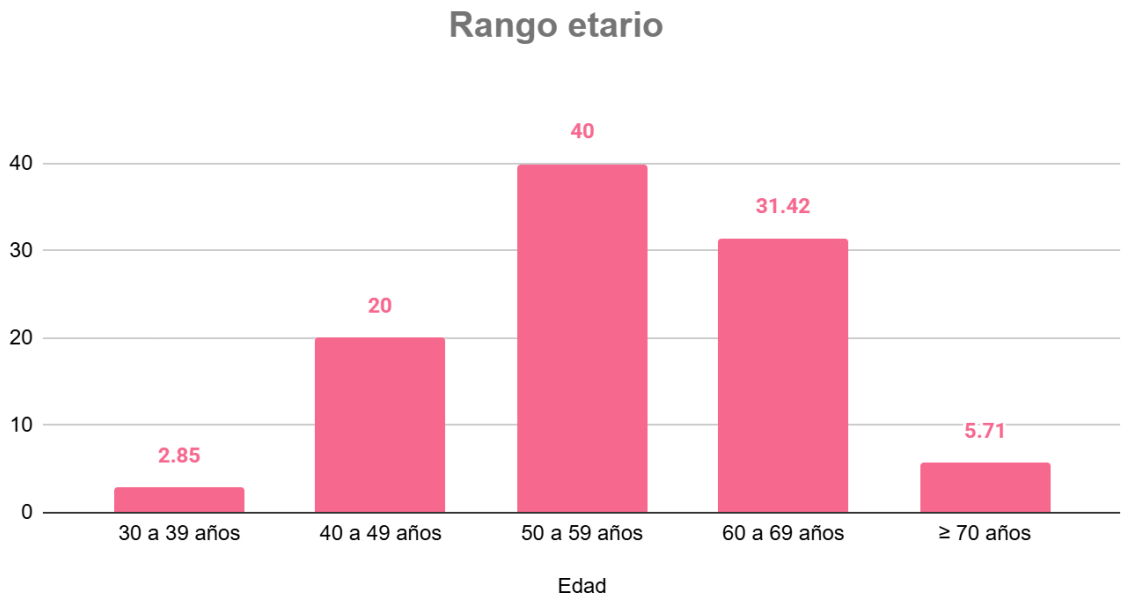
Fuente: Encuesta

Gráfico N°1: Edad de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



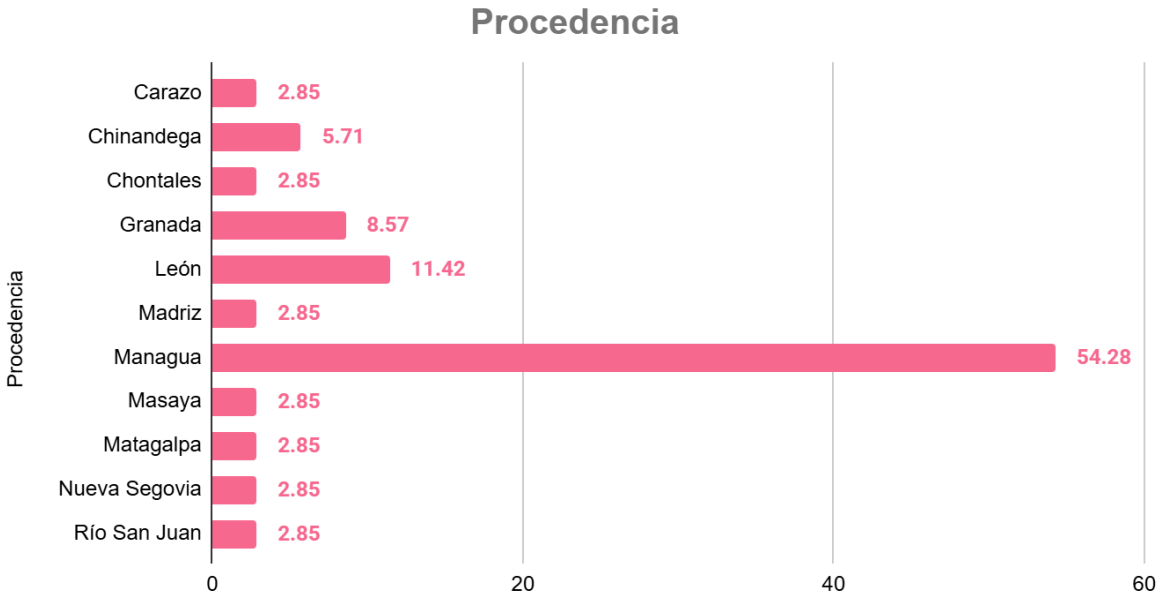
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°2: Rango etario de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



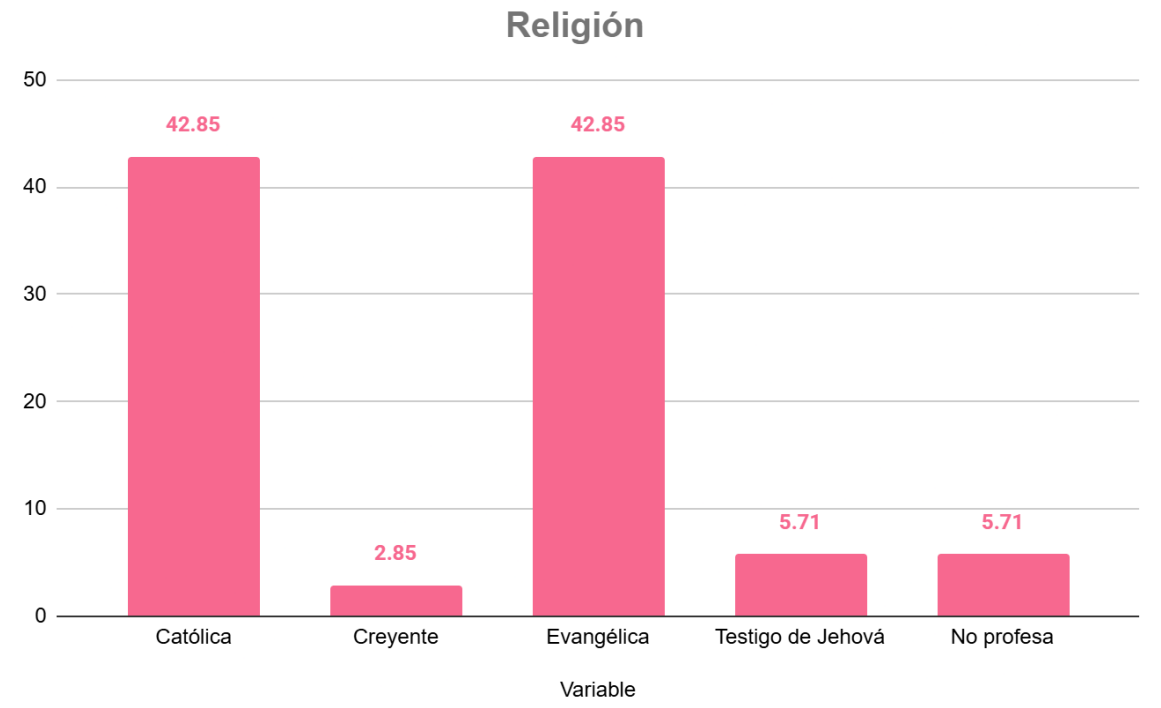
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°3: Procedencia de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



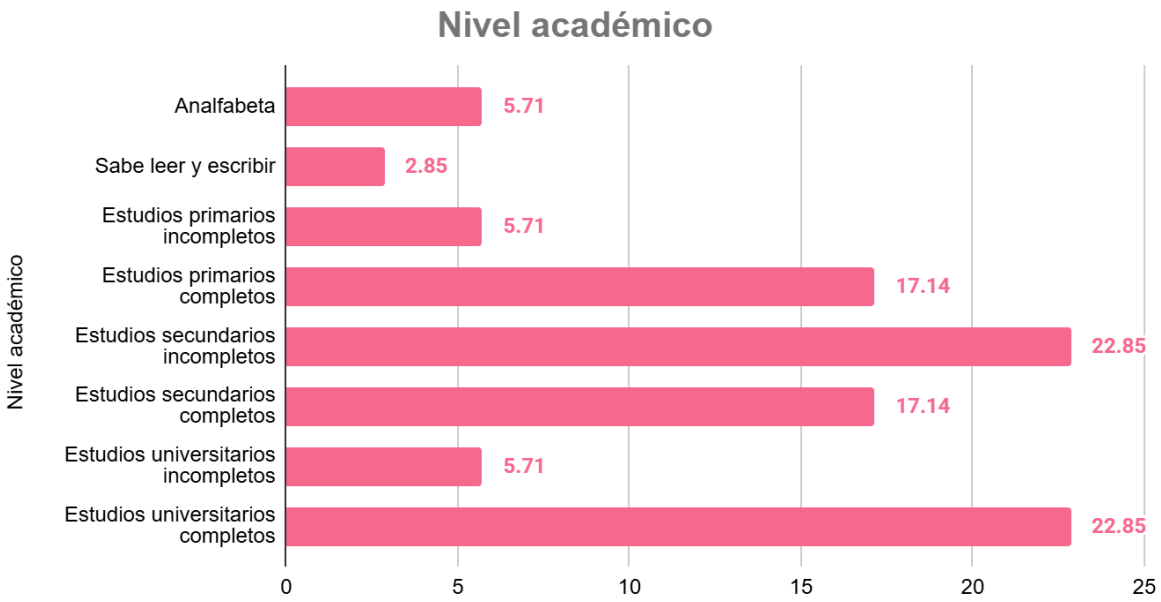
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°4: Religión de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



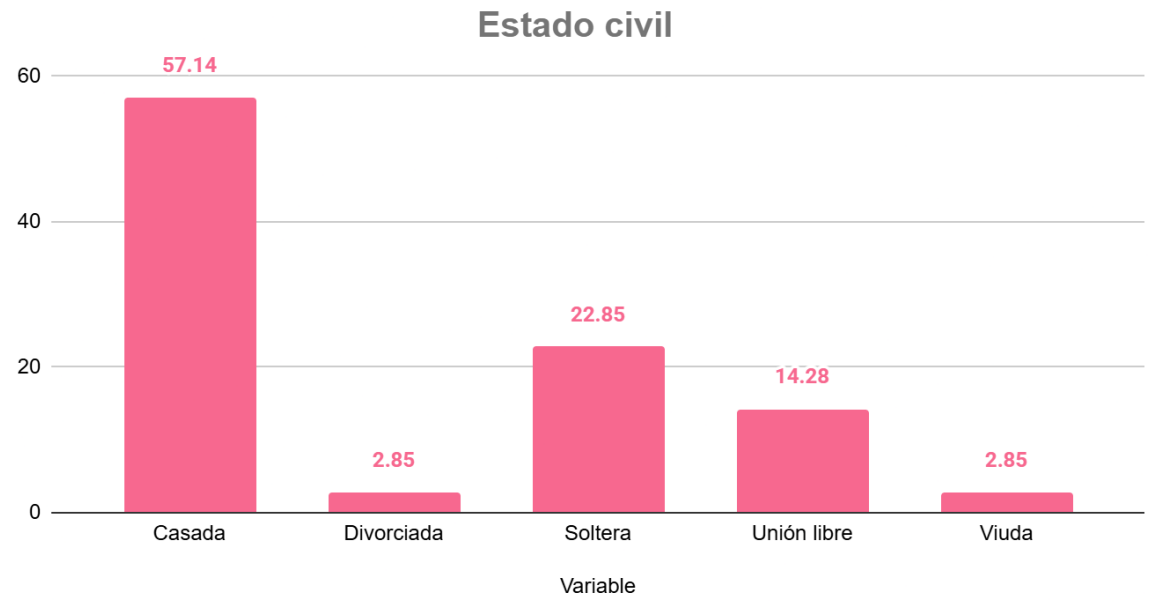
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°5: Nivel académico de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



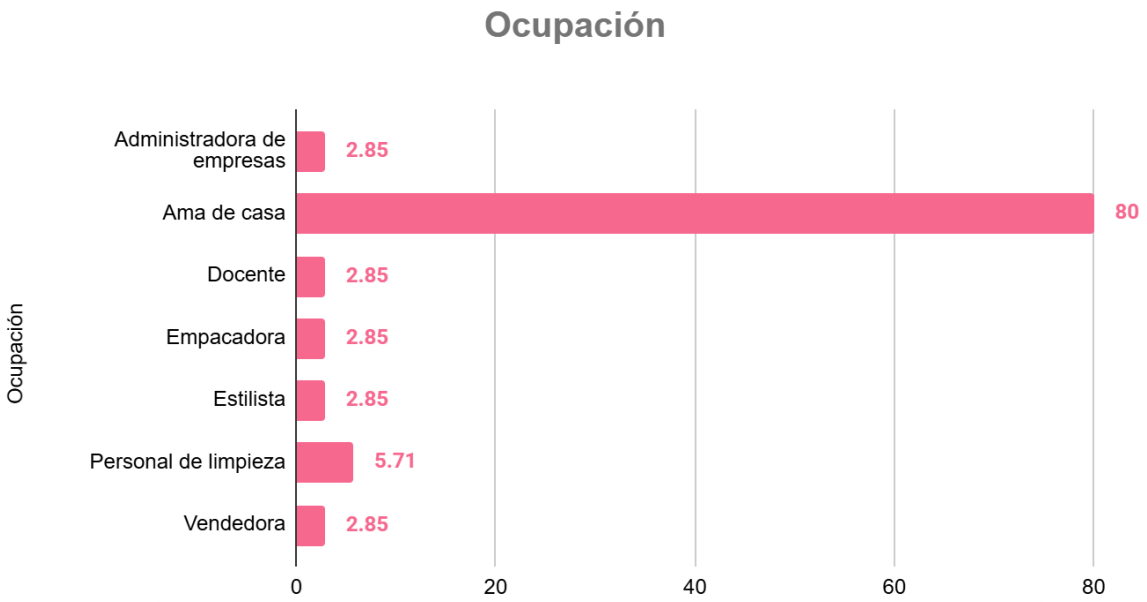
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°6: Estado civil de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



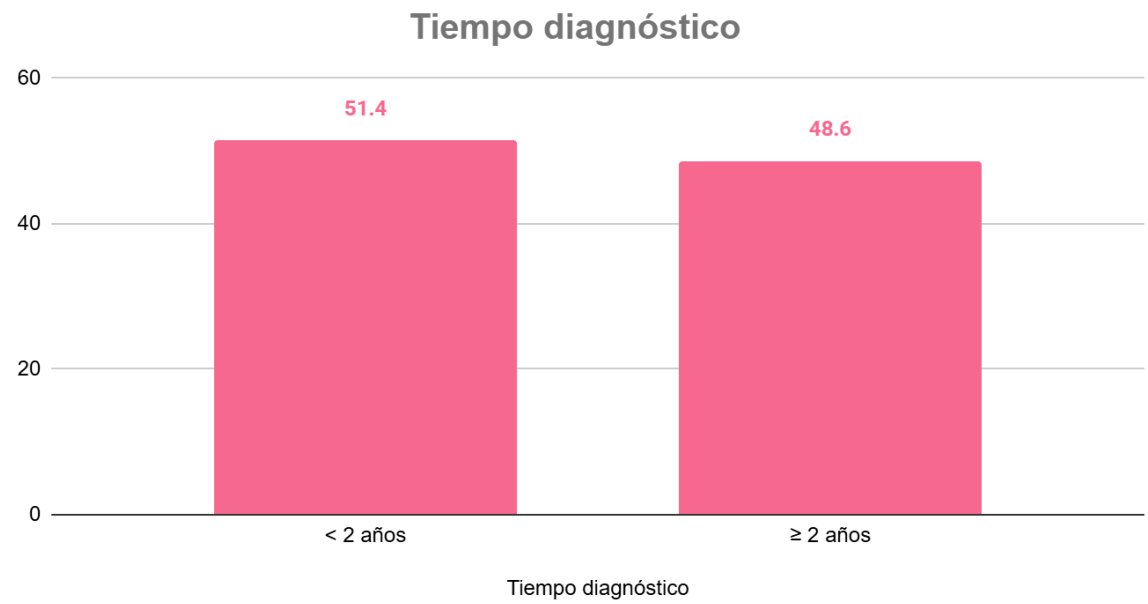
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°7: Ocupación de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



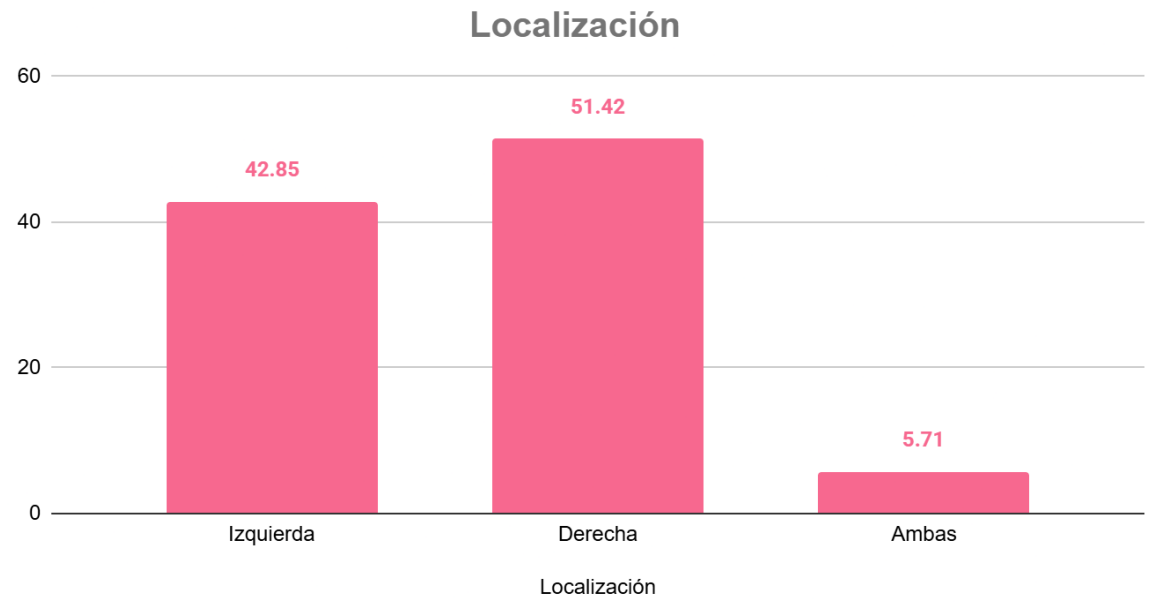
Fuente: Tabla N°1

Gráfico N°8: Tiempo diagnóstico de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



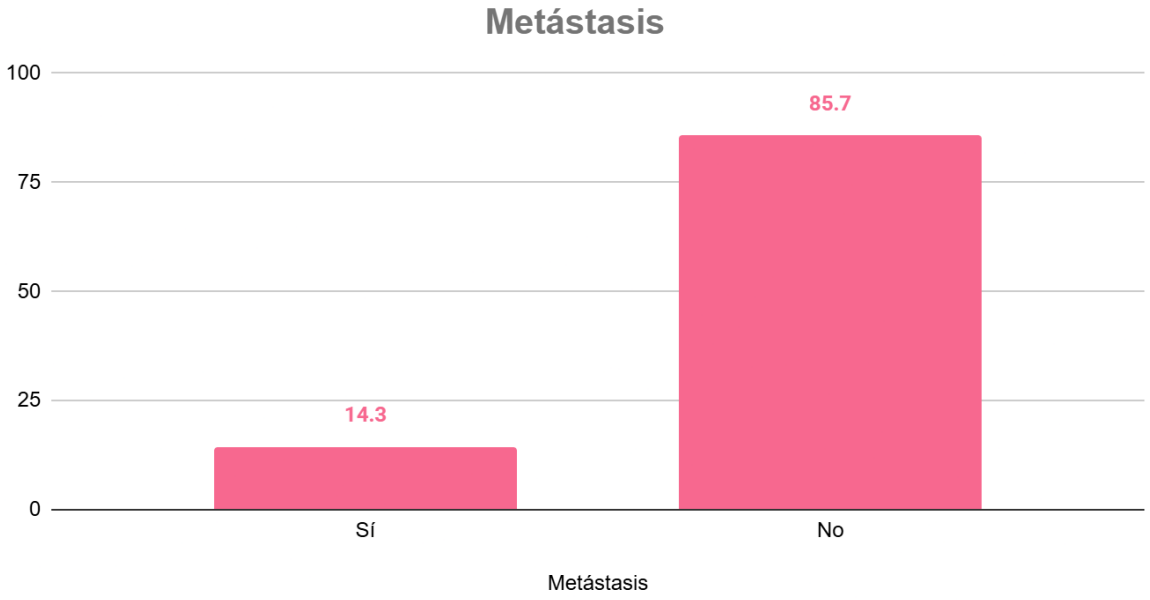
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°9: Localización del tumor de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



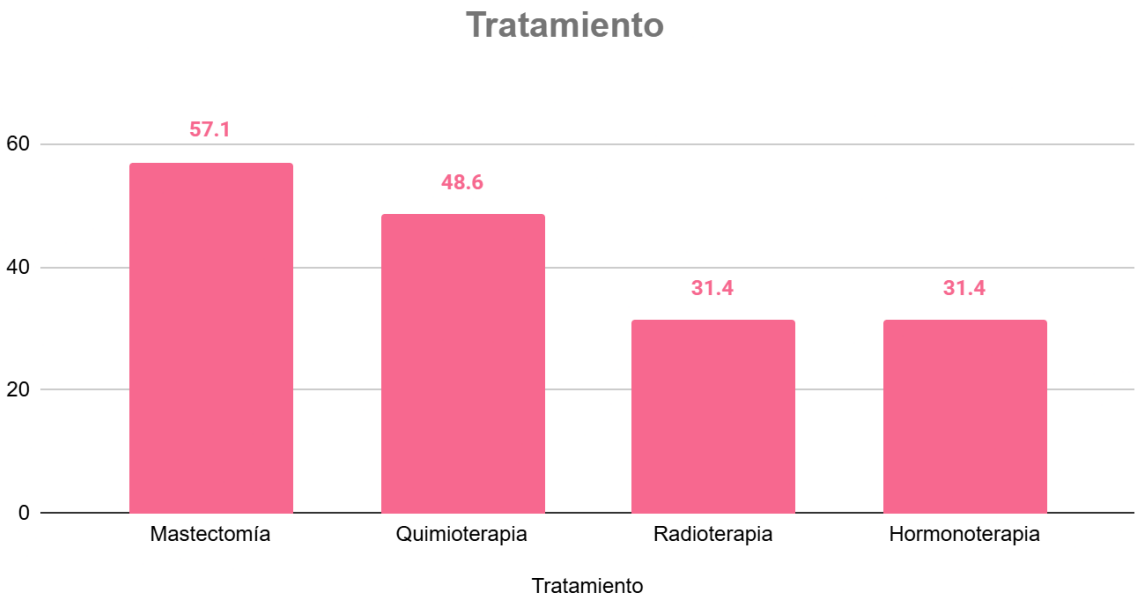
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°10: Metástasis de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



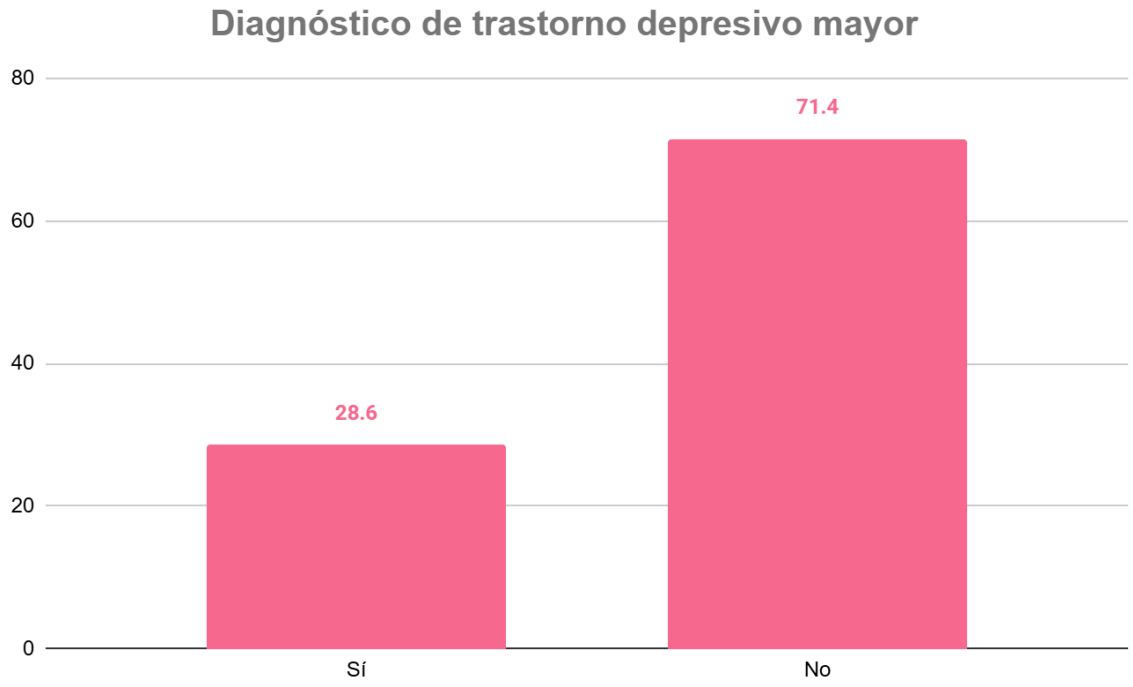
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°11: Tratamiento de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



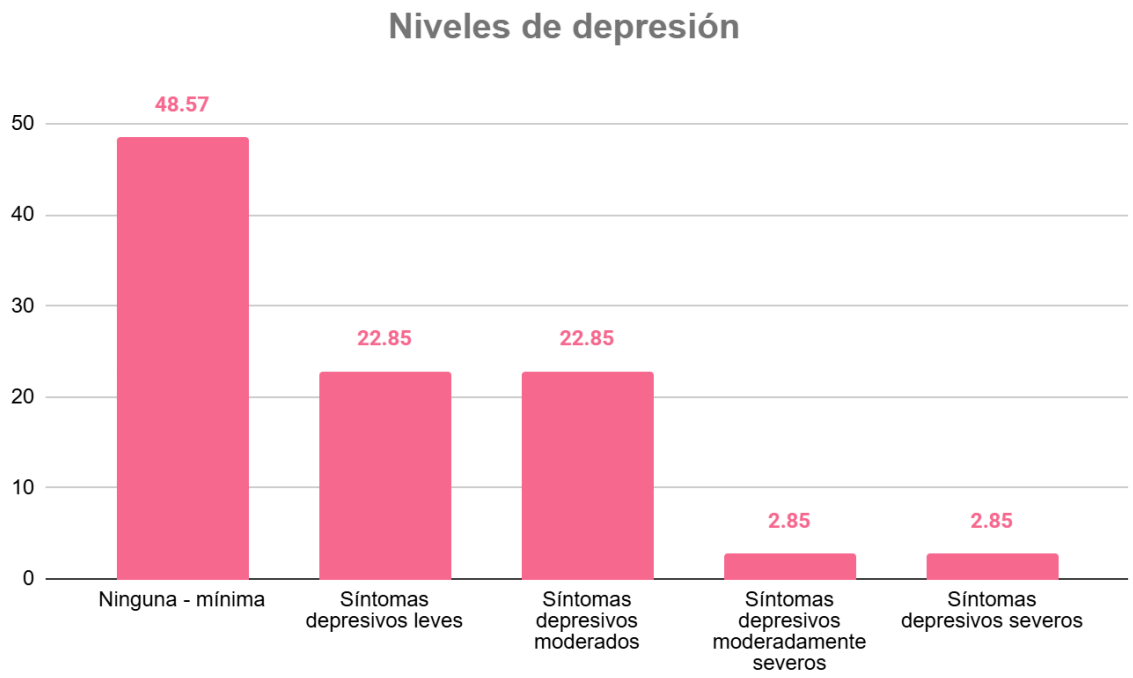
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°12: Diagnóstico de trastorno depresivo mayor de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



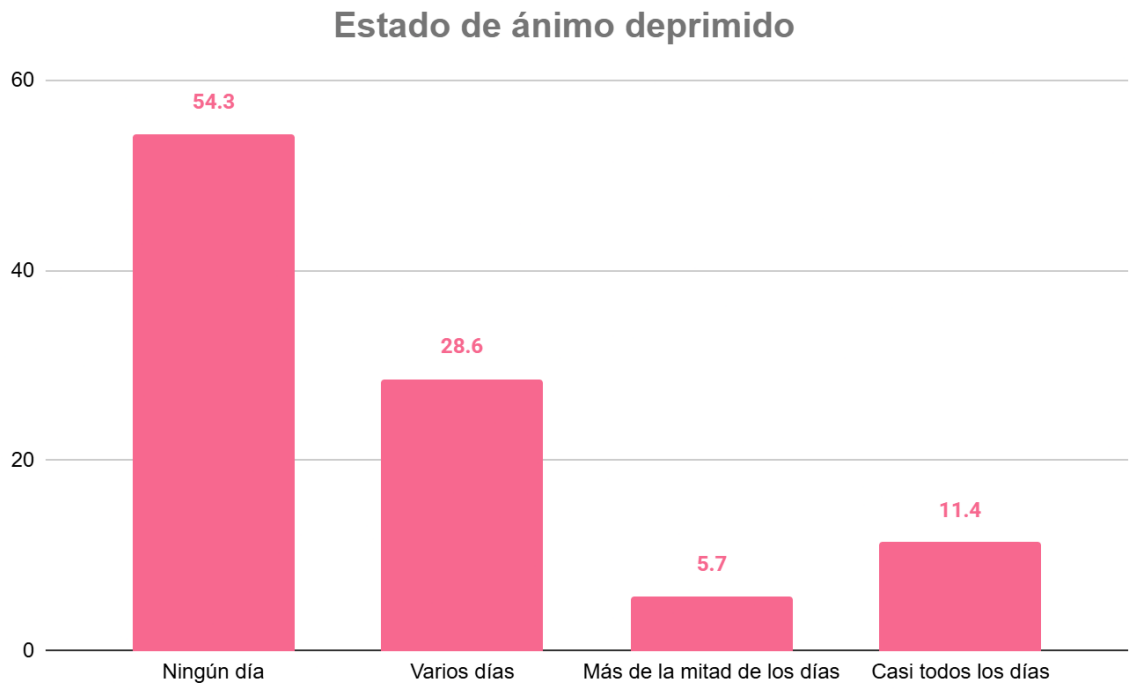
Fuente: Tabla N°3

Gráfico N°13: Niveles de depresión de las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



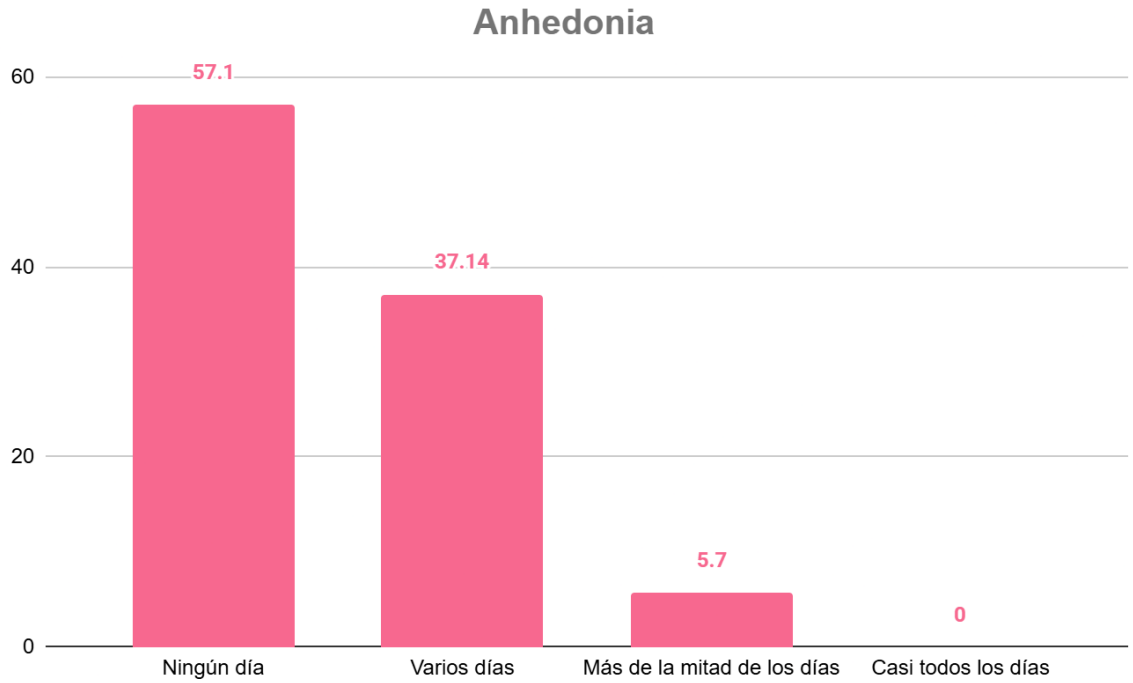
Fuente: Tabla N°3

Gráfico N°14: Estado de ánimo deprimido en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



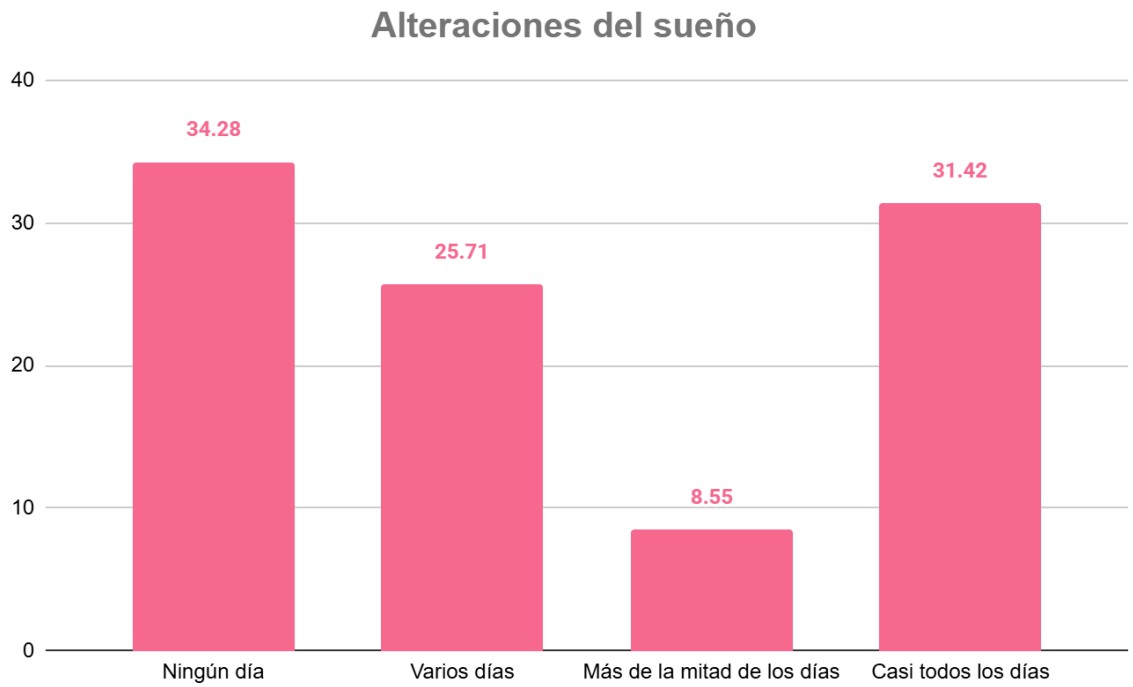
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°15: Anhedonia en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



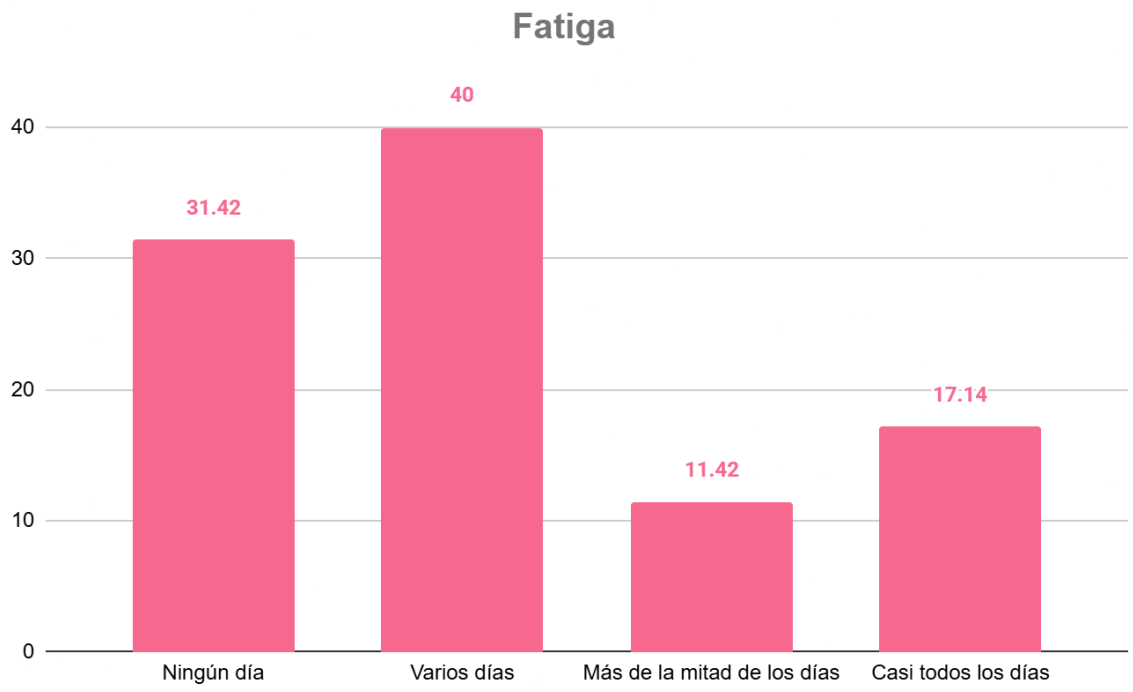
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°16: Alteraciones del sueño en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



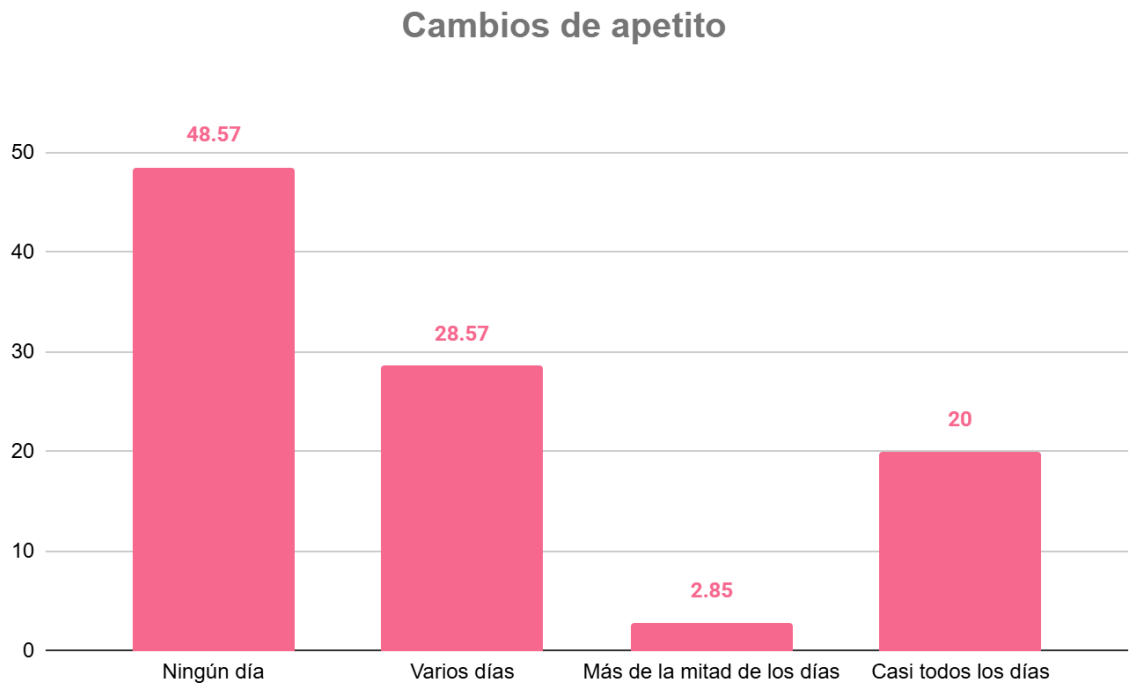
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°17: Fatiga en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



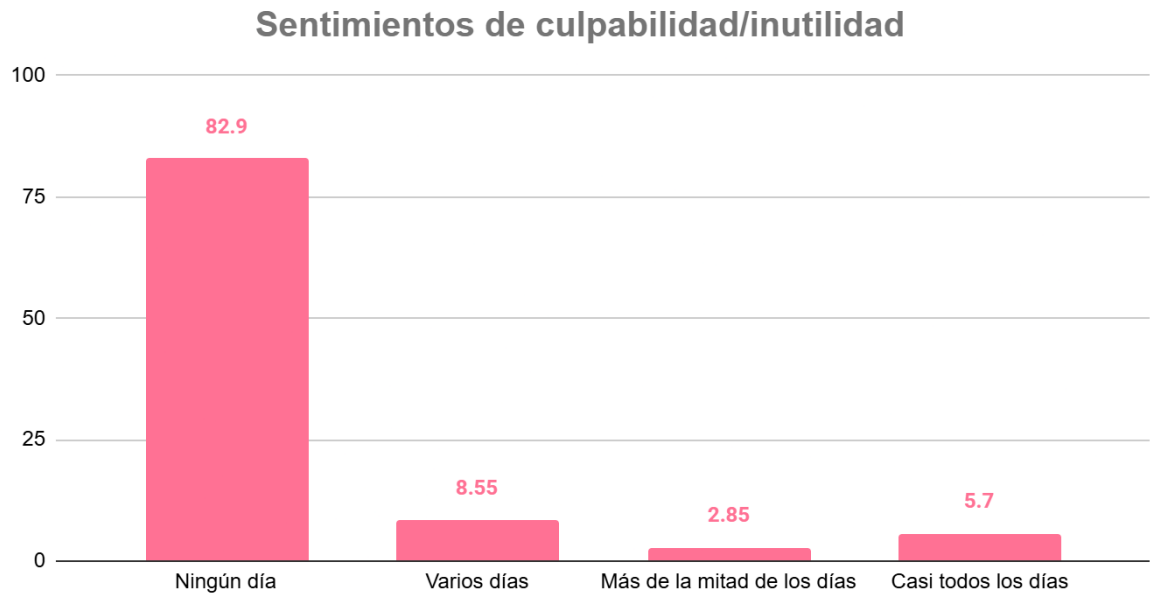
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°18: Cambios de apetito en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



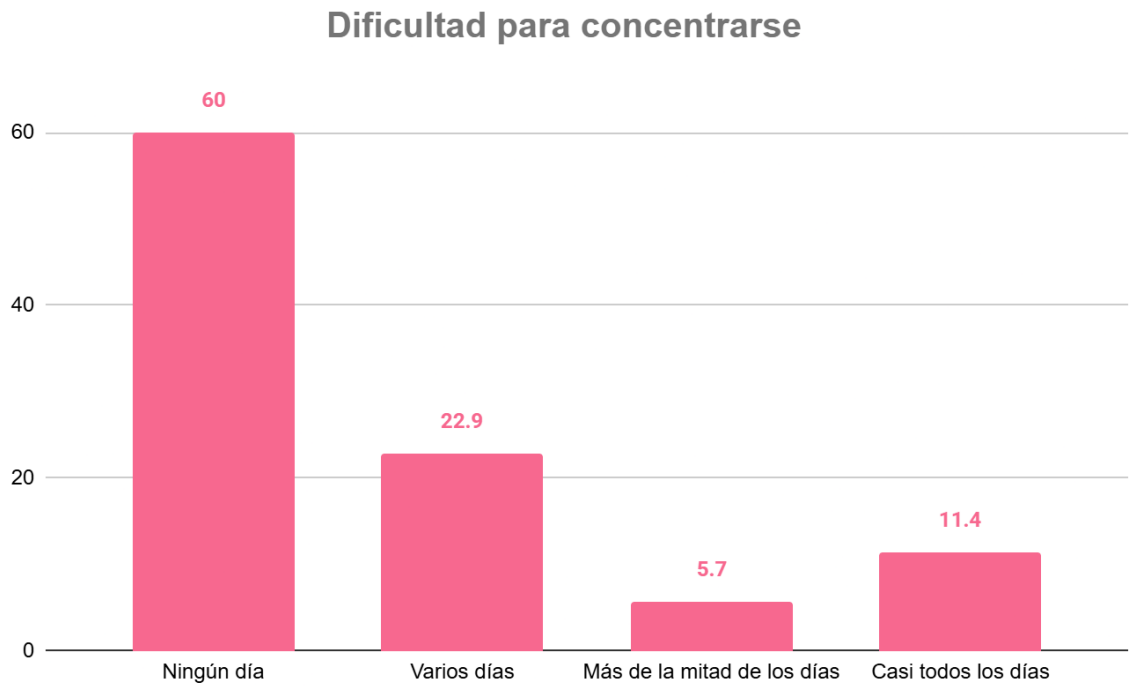
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°19: Sentimientos de culpabilidad/inutilidad en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



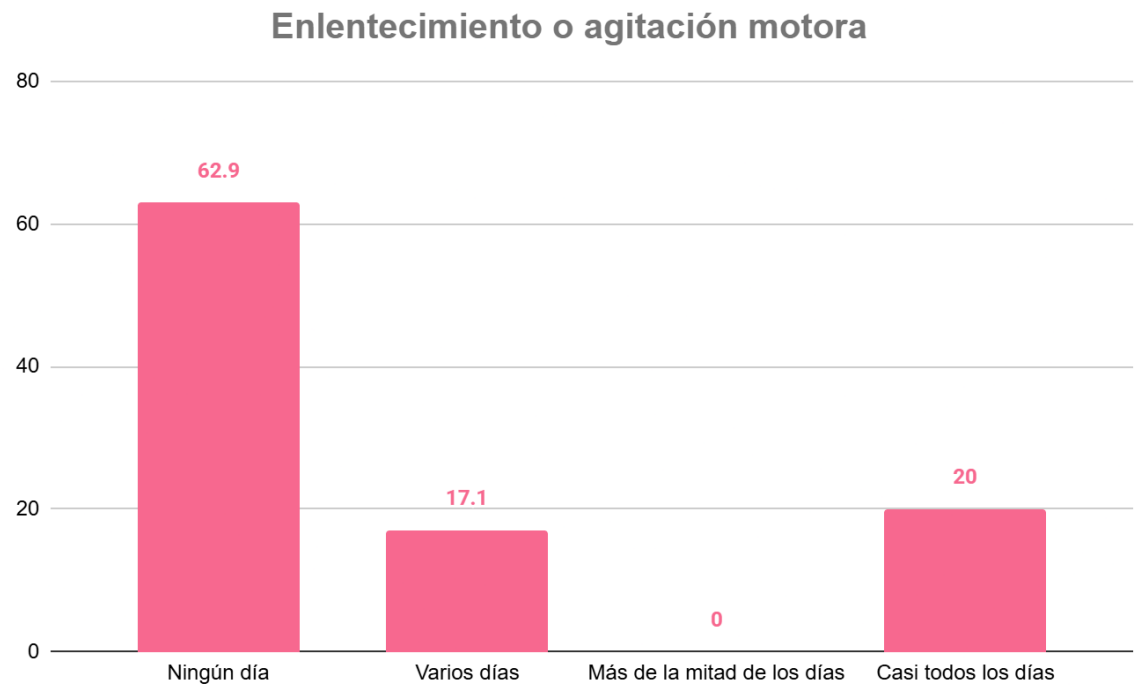
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°20: Dificultad para concentrarse en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



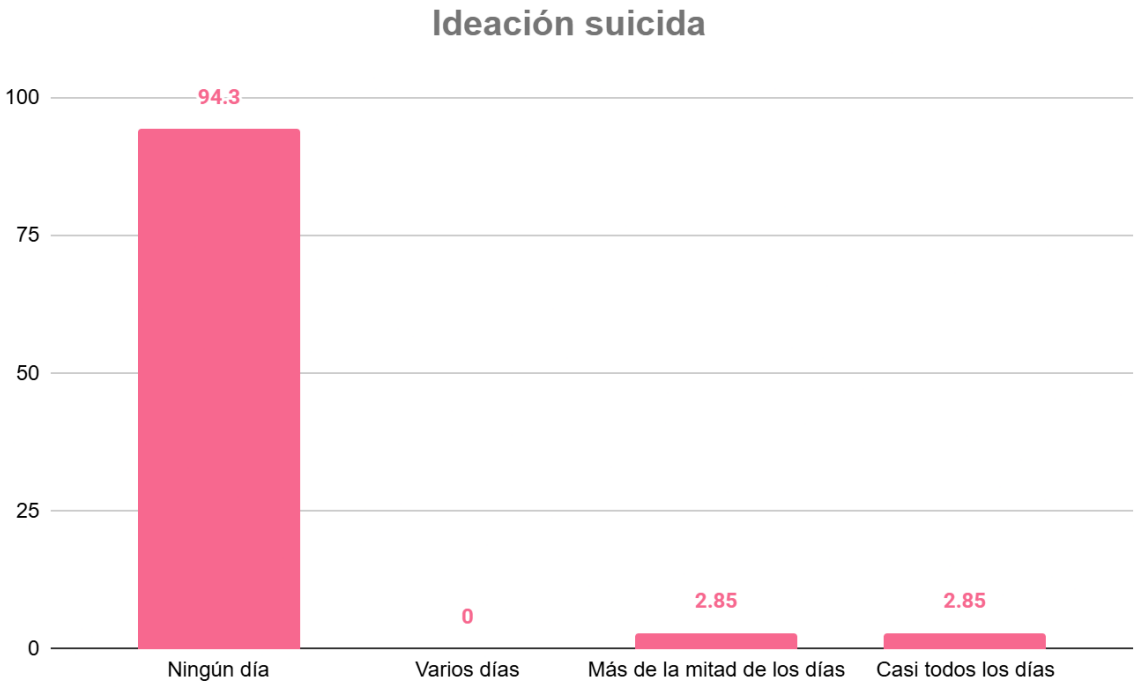
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°21: Enlentecimiento o agitación motora en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



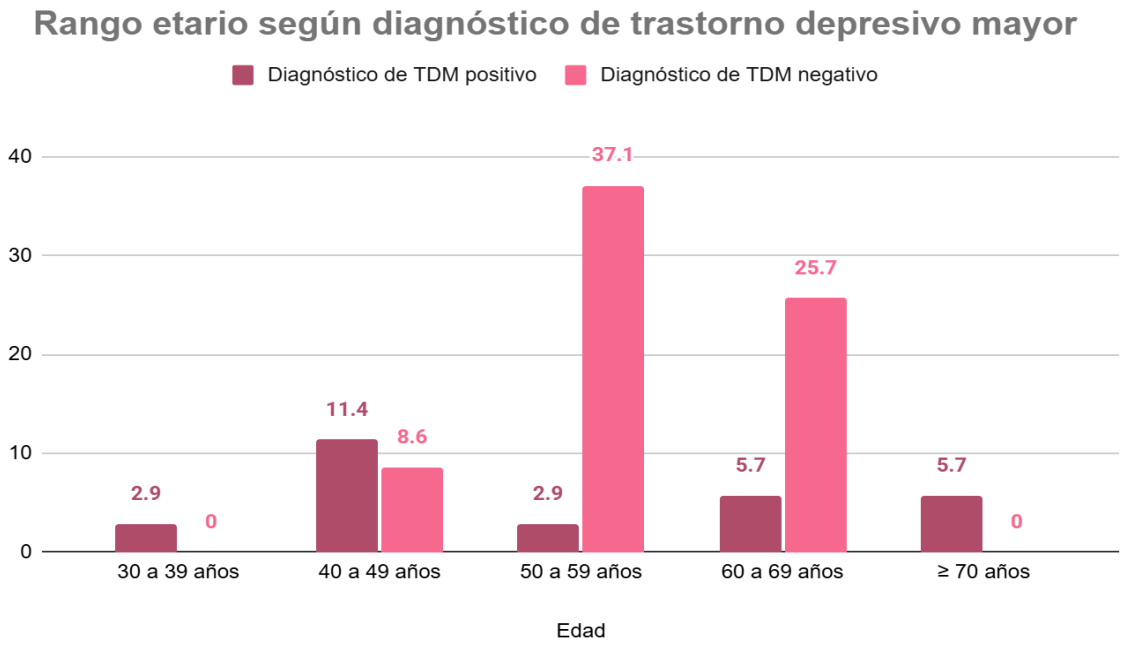
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°22: Ideación suicida en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



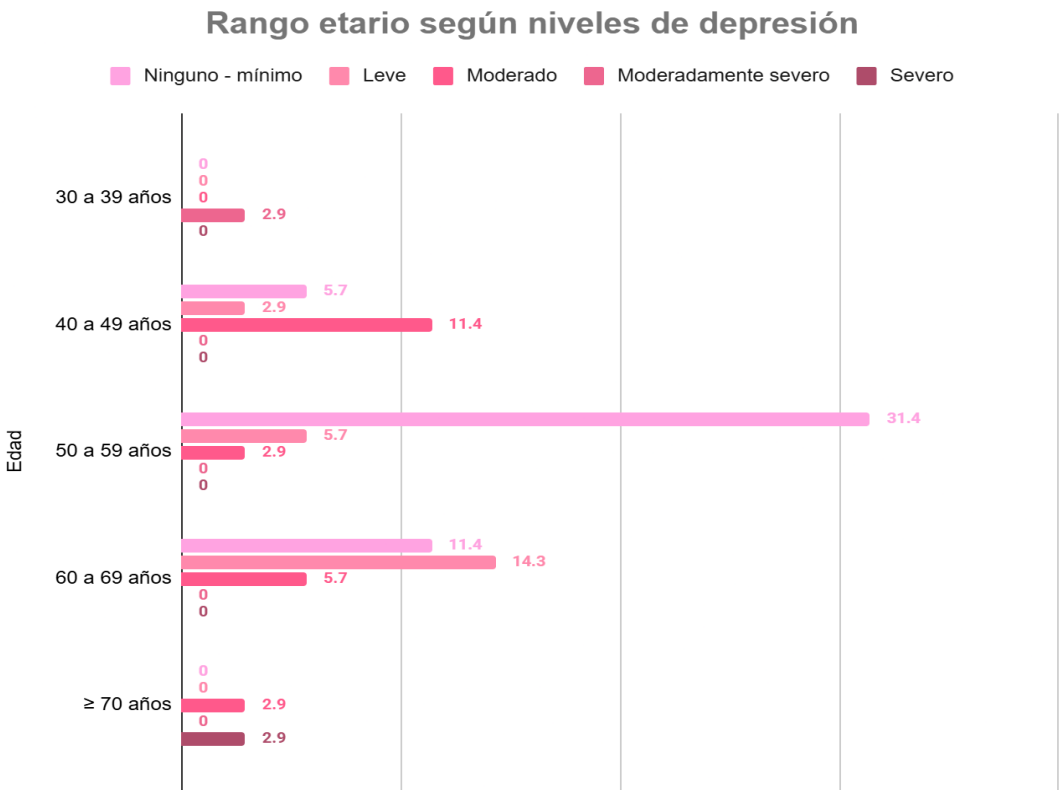
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°23: Rango etario según diagnóstico de trastorno depresivo mayor en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



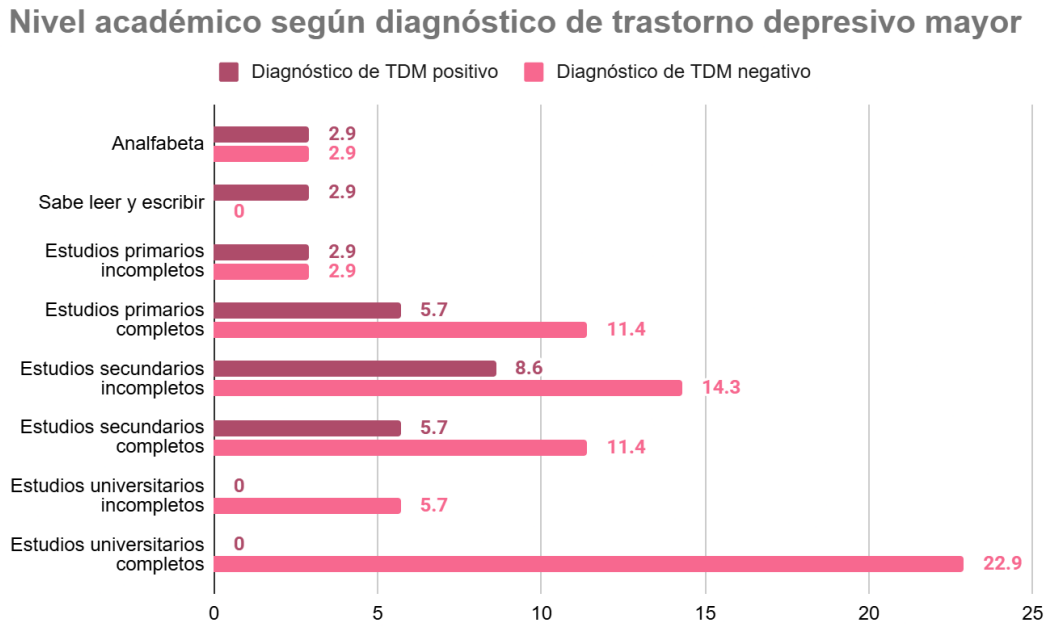
Fuente: Tabla N°5

Gráfico N°24: Rango etario según niveles de depresión en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



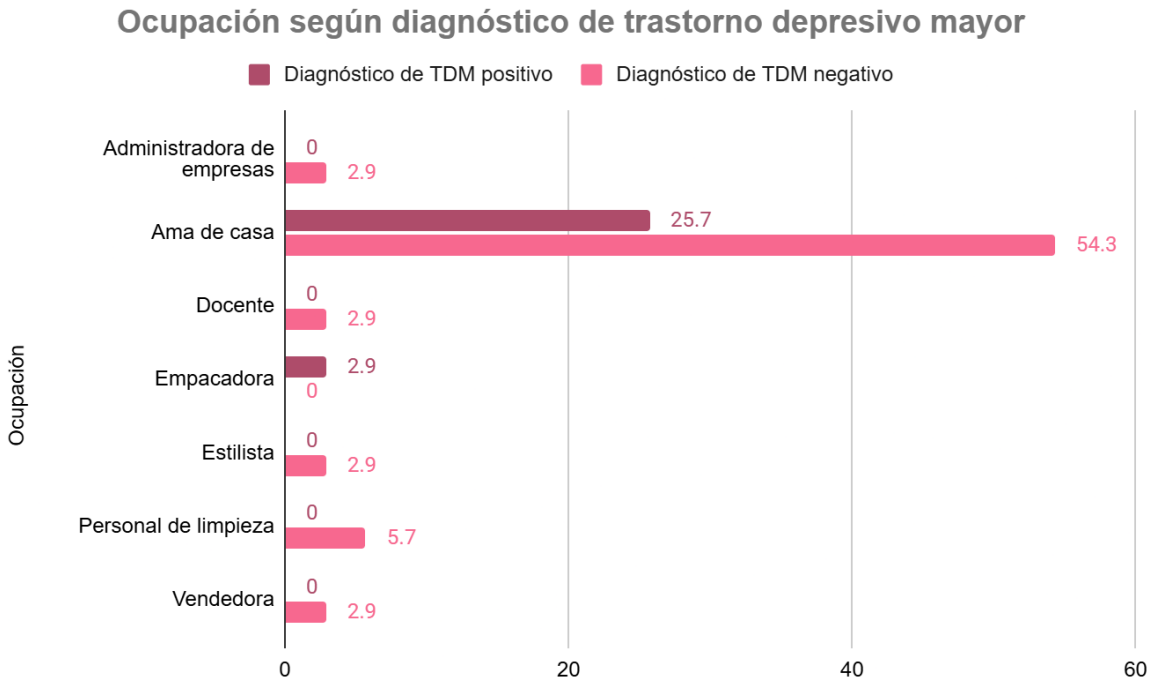
Fuente: Tabla N°6

Gráfico N°25: Nivel académico según diagnóstico de trastorno depresivo mayor en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



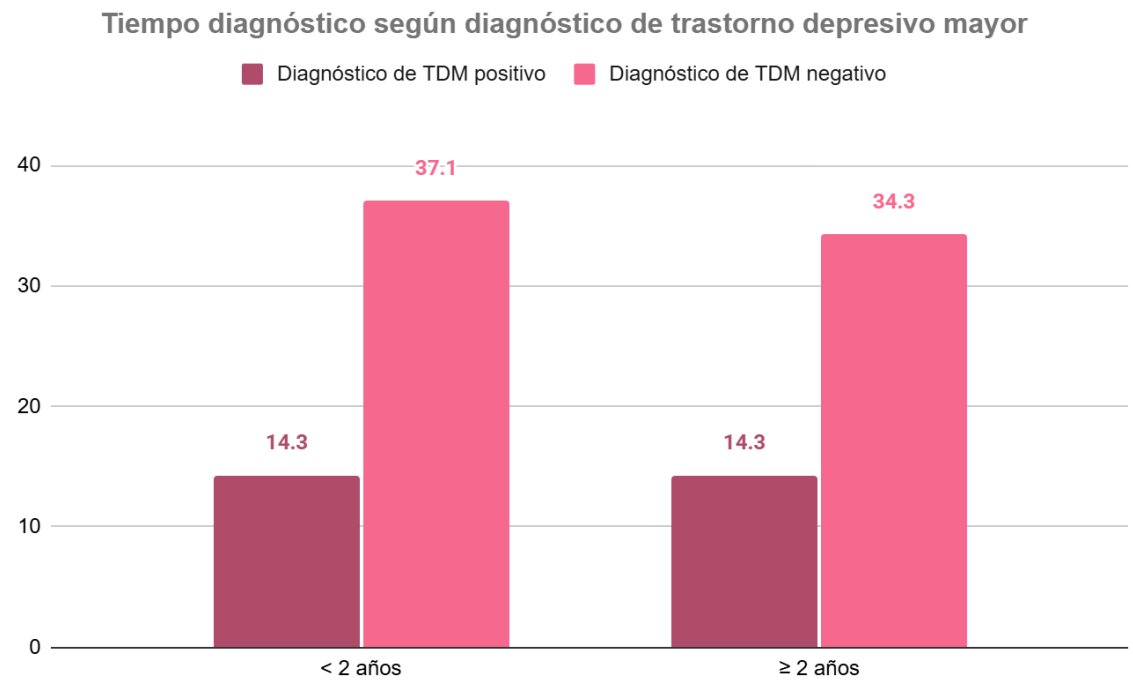
Fuente: Tabla N°7

Gráfico N°26: Ocupación según diagnóstico de trastorno depresivo mayor en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



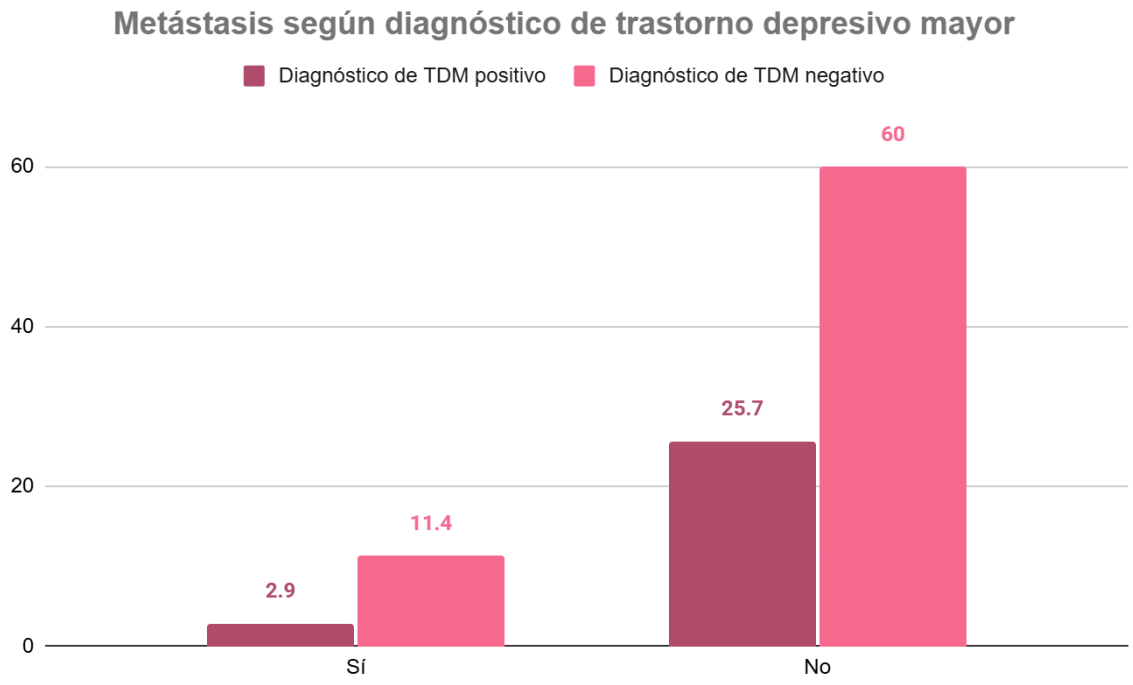
Fuente: Tabla N°8

Gráfico N°27: Tiempo diagnóstico según diagnóstico de trastorno depresivo mayor en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



Fuente: Tabla N°9

Gráfico N°28: Metástasis según diagnóstico de trastorno depresivo mayor en las pacientes con cáncer de mama de la Fundación Ortiz Gurdián.



Fuente: Tabla N°11