



ORIGINAL

# Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama<sup>1</sup>

## *Anxiety, Depression, and Stress associated with the Quality of Life of Women with Breast Cancer*

María Azucena Hernández Silva <sup>2 a</sup>, Ana Olivia Ruiz Martínez <sup>b</sup>, Sergio González Escobar <sup>c</sup> y Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México

<sup>b</sup> Centro Universitario Universidad Autónoma del Estado de México Zumpango, México

<sup>c</sup> Centro Universitario Universidad Autónoma del Estado de México Atlacomulco, México

<sup>d</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Recibido 7 de septiembre 2019, Aceptado 3 de noviembre 2020

### Resumen

El cáncer de mama (CaMa) genera un choque emocional que merma la calidad de vida. Se analizó el efecto predictivo de la ansiedad, depresión y estrés sobre la calidad de vida de 102 mujeres mexicanas con el diagnóstico, de 25 a 60 años, escolaridad indistinta y sin enfermedades psiquiátricas. Tras el consentimiento informado, se les aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la Escala de Estrés Percibido (PSS) y la *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORCT-QLQ-C30). Se realizaron análisis descriptivos, relacionales y de regresión lineal intro. Hubo manifestaciones de ansiedad, depresión y estrés; relaciones negativas de ansiedad y estrés con la salud global y la escala de funcionamiento; pero positivas con la escala de síntomas. La ansiedad y estrés influyeron negativamente sobre la salud global y funcionamiento (físico, cognitivo y rol) y positivamente con los síntomas (nauseas, dolor, fatiga, pérdida de apetito y dolor). Se concluye que la ansiedad y el estrés disminuyen la calidad de vida e incrementan la carga sintomática. Se sugiere considerar el efecto por fase del cáncer y tipo de tratamiento, para ratificar el acompañamiento centrado en la disminución de estas manifestaciones a lo largo de la atención.

**Palabras Clave:** Cáncer de Mama, Ansiedad, Depresión, Estrés, Calidad de Vida

1 El presente estudio fue posible gracias al apoyo CONACYT, Beca para estudios de doctorado de la primera autora

2 Correspondencia: María Azucena Hernández Silva, Centro Universitario UAEM Atlacomulco, Carretera, Toluca-Atlacomulco Km 60, Atlacomulco, México. Código postal: 50450; Celular: +52 1 712 1973475, fazuherst@hotmail.com, mahernandezs@uaemex.mx

## Abstract

Breast cancer (BrCa) generates an emotional shock that reduces the quality of life. The predictive effect of anxiety, depression and stress on the quality of life of 102 Mexican women with the diagnosis, aged 25 to 60 years, with indistinct education and without psychiatric illnesses, was analyzed. After informed consent, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Perceived Stress Scale (PSS) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30) were applied. Descriptive, relational and linear regression analyzes were performed step by step. There were manifestations of anxiety, depression and stress; negative relationships of anxiety and stress with global health and functioning scale; but positive with the symptom scale. Anxiety and stress negatively influenced global health and functioning (physical, cognitive and role) and positively influenced symptoms (nausea, pain, fatigue, loss of appetite and pain). It is concluded that anxiety and stress decrease the quality of life and increase the symptomatic burden. It is suggested to consider the effect by stage of cancer and type of treatment, to ratify the monitoring focused on the reduction of these manifestations throughout the care.

**Keywords:** Breast Cancer, Anxiety, Depression, Stress, Quality of Life

De acuerdo con *The Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN, 2018), el cáncer de mama (CaMa) se posicionó como el segundo tipo de cáncer ya que generó 2 008 849 (11.6%) nuevos casos, y el quinto lugar de defunciones con 626 679 (6.6%). En México, se posicionó en el primer lugar causante de 27 283 (26%) de nuevos casos, así como el 39.5 de incidencia y el 9.9 de mortalidad (de acuerdo con la tasa mundial estandarizada por 100 000); por tanto, es una enfermedad frecuente en población femenina.

El CaMa afecta distintas áreas de desarrollo en quien la padece, la mayoría de las afectaciones son de índole física y emocional que propician un desgaste psicológico ante la pérdida de la salud con los estragos de los síntomas provocados por el tratamiento y el inminente riesgo de muerte.

Este desgaste emocional disminuye la calidad de vida por verse afecciones en distintas funciones (física, social, emocional y económica); lo que implica un replanteamiento en la percepción de su bienestar, salud y vida en general (González, Tinoco & Benhumea, 2011).

La calidad de vida implica la valoración que se emite respecto al estado de bienestar al contar con los recursos suficientes para satisfacer las necesidades de orden fisiológico, emocional, espiritual y social (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

A partir del CaMa se tiene una baja calidad de vida que se debe a la reestructuración en distintas áreas del desarrollo y que puede propiciar la aparición de alteraciones emocionales como ansiedad, depresión y estrés (González et al., 2011). Distintos estudios plantean que la calidad de vida de las mujeres con CaMa se ve afectada desde el diagnóstico hasta años posteriores, por la angustia de vivir con esta enfermedad, su evolución, síntomas y respuestas fisiológicas derivados de los tratamientos; dando lugar a que exista una baja percepción en su salud global y su estado funcional, pues se ven mermados por síntomas como la pérdida de apetito, fatiga, dolor, insomnio, debilidad física y limitaciones para realizar las actividades diarias (Akechi, et al., 2015; Fatiregun, et al., 2017; Pahlevan, 2017).

Se ha reportado que los síntomas físicos del CaMa y su tratamiento, aunado con los de la ansiedad y depresión merman la calidad de vida de forma física y emocional, generan desesperanza, pérdida de control, disminución en la satisfacción con la vida e incertidumbre por su evolución (Cohee, et al., 2016; Gold, et al., 2016).

Además de éstos, el estrés juega un papel importante, pues aparece cuando la persona se somete a presión física, psicológica o emocional desde la sospecha del CaMa, se incrementa con su confirmación

y varía a lo largo del tiempo, dependiendo del tratamiento y los distintos eventos que surjan (Hernández & Landero, 2015; Reich & Remor, 2014).

En estudios internacionales se ha determinado que la calidad de vida se ve afectada por la presencia de alteraciones emocionales como la ansiedad, depresión y estrés (Akechi, et al., 2015; Hutter, et al., 2013; Pahlevan, 2017). En México, se han reportado pocos estudios en los que se identifica que la ansiedad y depresión afectan la calidad de vida de las mujeres con CaMa (Mota, Aldana, Bohórquez, Martínez & Peralta, 2018; Velázquez, Ruiz, Padilla, Favela & Barragán, 2015). Respecto al estrés, se ha encontrado que se desencadena por el temor a la muerte y situaciones estresantes desde que se recibe el diagnóstico y a lo largo de los distintos tratamientos (Hernández-Moreno & Landero-Hernández, 2015). Sin embargo, la integración de la ansiedad, depresión y estrés aún es limitada en el campo de modelos empíricos capaces de explicar el efecto de estas variables sobre la calidad de vida.

Dado que los estudios que se han aproximado en los últimos años en la población mexicana aún son escasos, es necesario identificar el efecto predictivo de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés sobre la salud global de la calidad de vida, las escalas de funcionamiento (físico, de rol, emocional, cognitivo y social) y síntomas (dolor, insomnio, pérdida de apetito, constipación, fatiga, náuseas, diarrea y problemas financieros) en una muestra de mujeres mexicanas que tienen CaMa. La pregunta de investigación fue ¿Cuál será el efecto de la ansiedad, depresión y estrés sobre la calidad de vida y sus escalas (salud global, funcionamiento y síntomas)?

Se esperaría un efecto negativo de estas variables hacia la escala de salud global y funcionamiento, pero positivo con la escala de síntomas.

## Método

En la presente investigación se empleó un estudio cuantitativo, correlacional, con un diseño no experimental, transversal de tipo predictivo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

## Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, con 102 mujeres mexicanas, identificadas a través de la técnica de bola de nieve en sus domicilios, fuera de los hospitales y en asociaciones que les brindan apoyo. Criterios de inclusión: mujeres de 25 a 60 años, con diagnóstico de CaMa; excluyendo a aquellas con alguna enfermedad psiquiátrica o doble primario en cáncer y se eliminaron a quienes no contestaron la totalidad de los instrumentos.

## Instrumentos

*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-M)*. Evalúa depresión y ansiedad considerando dimensiones cognitivas y afectivas, la versión original propuesta por Zigmond & Snaith (1983), contiene 14 reactivos, con cuatro opciones de respuesta. Para este estudio, se utilizó la versión mexicana validada para pacientes oncológicos (Galindo et al., 2012), con 12 reactivos distribuidos en dos subescalas: a) Ansiedad que mide manifestaciones de tensión, preocupación o sensación de temor, con seis reactivos, por ejemplo: “me siento tensa o nerviosa”; b) Depresión que se refiere a la anhedonia, con seis reactivos, por ejemplo: “he perdido el interés en mi aspecto personal”. Contó con consistencia interna de 0.79 para ansiedad y 0.80 en depresión; mientras que un 48.04% de varianza explicada. En este estudio, se obtuvo una consistencia interna de 0.87 para Ansiedad y 0.81 en depresión; además de una varianza explicada del 66.88%.

*Escala de Estrés Percibido (PSS-14)*. Evalúa el grado en que la persona considera que su vida presenta estrés en el último mes. Con 14 reactivos divididos en dos dimensiones: control “con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida” y no control “con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas”, con cinco opciones de respuesta (Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983). Traducida y adaptada a México por González y Landero (2007), cuenta con un alfa de

Cronbach de 0.83 y un 52% de varianza total explicada. Y en este estudio obtuvo consistencia interna de 0.78 y una varianza del 69.7%.

*European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC-QLQ-C30). Identifica la calidad de vida en pacientes con cáncer (Aaronson, 1993), tiene 30 reactivos en tres escalas: la salud global ¿cómo valoraría, en general, su calidad de vida durante la semana pasada?, funcionamiento (físico, rol, emocional, cognitivo y social) ¿necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario? y de síntomas recurrentes a la hora de consulta (fatiga, dolor, náuseas, vómito, disnea, pérdida de apetito, insomnio, constipación y diarrea), ¿le ha faltado el apetito? y cuentan con cuatro opciones de respuesta. Para obtener la puntuación es necesario apegarse a las fórmulas propuestas por Fayers, et al. (2001). Adaptada a población mexicana por Sat-Muñoz, et al. (2012), con un alfa de 0.73 para la escala general. Este estudio adquirió una consistencia de 0.94 y del 72.5% de varianza total explicada.

### Procedimiento

Tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la Universidad Autónoma del Estado de México, con registro 2019/22; se identificó a las participantes a partir de la técnica de bola de nieve en población abierta. Se les explicó el objetivo de la investigación autorizando su participación en el consentimiento informado, apegado con el código ético del psicólogo y la declaración de Helsinki, garantizando el uso de datos bajo confidencialidad y con fines de investigación; y, se aplicaron los instrumentos.

### Análisis de datos

Se empleó el SPSS versión 20 en los análisis descriptivos de las variables para identificar el nivel de ansiedad, depresión, estrés y calidad de vida. En las relaciones entre las variables se utilizó la correlación de Pearson, este procedimiento antecede a la regre-

sión lineal para identificar las relaciones mayores a .30, estas variables se convertirán en predictoras en el modelo; y para el efecto predictivo, se ejecutó la regresión lineal múltiple intro respetando el nivel de significancia manejada al .05 y un intervalo de confianza al 95%.

### Resultados

En los análisis descriptivos de la muestra se encontró un promedio de edad de 38.65 ( $\pm 9.27$ ) años en las mujeres con CaMa, casadas (54.9%); con un nivel de escolaridad diversa, con preparatoria; en fase II del cáncer (58.8%) y de 8.19 ( $\pm 6.88$ ) meses posteriores al diagnóstico (ver Tabla 1).

Además, se encontró que prevalece la ansiedad con nivel grave (58.8%), depresión en nivel grave (32.4%) y presencia de manifestaciones de estrés (64.7%) (ver Tabla 2). Se encontró baja calidad de vida en la escala de salud global, bajo funcionamiento en el dominio emocional y social; pero mayores puntuaciones en aspectos cognitivos y físicos. Los síntomas más frecuentes fueron la pérdida de apetito, dolor, fatiga, problemas financieros, insomnio y náuseas; y en menor recurrencia la constipación y diarrea (ver Tabla 2).

En el análisis inferencial se encontró que la ansiedad, depresión y estrés tuvieron relaciones negativas y estadísticamente significativas con la escala de la salud global de la calidad de vida (ver Tabla 3). La ansiedad mantuvo relaciones negativas y estadísticamente significativas, con escalas de funcionamiento: físico, cognitivo, rol y social; pero positivas con síntomas (fatiga, náuseas, dolor, insomnio, problemas financieros, pérdida de apetito y diarrea). El estrés tuvo relaciones negativas con el funcionamiento físico y de rol; pero positivas con síntomas como el dolor, pérdida de apetito, fatiga, problemas financieros y disnea. Y la depresión tuvo correlaciones negativas débiles, aunque significativas, con la escala de salud global y la diarrea (véase tabla 3). Se puede apreciar que existen relaciones mayores a .30 de la ansiedad sobre la escala de salud global, funcionamiento y síntomas; lo que pudiera existir un efecto de la ansiedad sobre la calidad de vida.

**Tabla 1**  
*Descriptivos de la muestra de mujeres con CaMa*

Edad	Estado Civil	Escolaridad	Fases del Cáncer	Meses después del diagnóstico
38.65 ( $\pm 9.27$ ) años	Soltera 17.6 % Casada 54.9% Unión libre 18.6% Divorciada 5.9% Viuda 2.0%	Primaria 21.6% Secundaria 27.5% Preparatoria 31.4% Licenciatura 17.6% Posgrado 1.0%	I 29.4% II 58.8% III 10.8% IV 1.0%	8.19 ( $\pm 6.88$ )

**Tabla 2**  
*Descriptivos de la ansiedad, depresión, estrés y las escalas de calidad de vida en mujeres con CaMa*

Variable	Mínimo-Máximo	Media (DE)	
Ansiedad	4-20	12.24 (3.84)	Sin Ansiedad (1%) Ansiedad Leve (15.7%) Ansiedad Moderada (24.5%) Ansiedad grave (58.8%)
Depresión	2-18	9.04 (3.72)	Sin Depresión (17.6%) Depresión Leve (28.4%) Depresión Moderada (21.6%) Depresión grave (32.4%)
Estrés	14-51	32.99 (6.43)	Nunca esta estresado (2.0%) De vez en cuando esta estresado (27.5%) A menudo esta estresado (64.7%) Muy a menudo esta estresado (5.9%)
Escala de Salud Global	0-83	33.00 (21.04)	
Escala de funcionamiento:	7-450	211.07 (125.72)	
Físico	7-100	58.21 (30.30)	
Rol	0-100	35.78 (37.48)	
Emocional	33-100	22.98 (28.47)	
Cognitivo	17-100	60.28 (39.12)	
Social	33-100	33.81 (29.30)	
Escala de síntomas:	45-834	518.13 (195.69)	
Fatiga	11-100	76.92 (21.72)	
Náuseas	0-100	59.12 (32.76)	
Dolor	0-100	77.42 (28.88)	
Disnea	0-100	30.24 (28.20)	
Insomnio	0-100	69.18 (34.79)	
Pérdida de apetito	0-100	80.35 (32.68)	
Constipación	0-100	29.92 (26.79)	
Diarrea	0-100	19.15 (25.38)	
Problemas Financieros	0-100	75.80 (32.61)	

Nota: N= 102, DE= desviación estándar.

Para determinar el efecto predictivo que tienen las variables de ansiedad, depresión y estrés sobre las

escalas de la calidad de vida (salud global, funcionamiento y síntomas), se realizó un análisis de regresión



múltiple por intro, sin variables de control. En éste se realizó un análisis *bootstrap* en la cual se identificaron el sesgo y el intervalo de confianza, el cual permitió asegurar que los sesgos fueron inferiores a uno, se aseguró la significancia de las variables e intervalo de confianza ajustado al 95%.

Al ingresar la escala de salud global como variable dependiente se encontró que la ansiedad y el estrés influyen negativamente en la salud global, aportando el 40.7% de la varianza explicada, quedando excluida la variable depresión. En cuanto a la escala de funcionamiento se encontró que la ansiedad influye negativamente en el funcionamiento total explicando el 23% de la varianza, el análisis desglosado indicó que la ansiedad influye sobre el funcionamiento físico ( $R^2 = .23$ ,  $B = -.446$ ,  $p = .000$ ), de rol ( $R^2 = .15$ ,  $B = -.340$ ,  $p = .003$ ), cognitivo ( $R^2 = .14$ ,  $B = -.392$ ,  $p = .001$ ), y social, inclusive en este último además de la ansiedad se agregó la depresión ( $R^2 = .10$ ,  $B = -.336$ ,  $p = .005$  y  $B = -.282$ ,  $p = .014$ , respectivamente), ninguna variable

psicológica predijo el funcionamiento emocional. Por último, con referencia a la escala de síntomas se encontró que mayores puntuaciones de ansiedad y depresión predicen mayores síntomas totales explicando el 15.8%; específicamente se encontró que la ansiedad, depresión y el estrés influyeron sobre el dolor ( $R^2 = .15$ ,  $B = .329$ ,  $p = .004$ ,  $B = -.235$ ,  $p = .034$ ,  $B = .226$ ,  $p = .023$ , respectivamente) (ver Tabla 4).

## Discusión

En la presente investigación, se observa que existe un nivel grave de ansiedad, estrés y depresión. Estos niveles reflejan el desgaste emocional por la repercusión que generan los síntomas y los efectos del tratamiento que acompañan a esta situación adversa, que merma su calidad de vida y su funcionamiento (Gold, 2016; Salibasic & Delibegovi, 2018; Valderrama & Sánchez, 2017). Pues el CaMa es un evento estresante y traumático que las mujeres experimentan tras su

**Tabla 3**

Análisis de relación entre la ansiedad, depresión y las escalas de la calidad de vida (salud global, funcionamiento y síntomas)

Escalas de calidad de vida	Ansiedad <i>r</i>	Depresión <i>r</i>	Estrés <i>r</i>
Escala salud global	-.548**	-.236*	-.469**
Escala de Funcionamiento:	-.402**	-.101	.229**
Físico	-.459**	-.185	-.270**
Rol	-.375**	-.178	-.234*
Emocional	-.180	.022	-.144
Cognitivo	-.376**	-.143	-.162
Social	-.211*	.112	-.095
Escala de síntomas:	.327**	.035	.287**
Fatiga	.327**	.004	.264**
Nausea	.292**	-.103	.098
Dolor	.278**	-.032	.279**
Disnea	.101	-.017	.222*
Insomnio	.258**	.100	.166
Pérdida de apetito	.213*	-.109	.273**
Constipación	.181	.071	.198*
Diarrea	.208*	.346**	.175
Problemas financieros	.256**	.029	.207*

Nota: N= 102, *r*= correlación de Pearson,  $p > .05$ ,  $p < .05^*$ ,  $.01^{**}$

**Tabla 4**

*Regresión múltiple de ansiedad, depresión y estrés sobre las escalas de calidad de vida (salud global, funcionamiento y síntomas) en mujeres con CaMa*

Variables predictoras	b	T	Sig.	95% CI	R <sup>2</sup>	F	Sig.
Escala de salud global							
Ansiedad	-.483	-5.13	.000	[-3.68, -1.63]	.407	22.17	.000
Estrés	-.341	-4.16	.000	[-1.65, -.582]			
Escala de funcionamiento							
Ansiedad	-.431	-3.90	.000	[-21.24, -6.92]	.159	18.72	.000
Escala de síntomas							
Ansiedad	.351	3.14	.002	[3.42, 23.18]	.145	8.27	.000
Estrés	.216	2.22	.028	[.721, 12.46]			

Nota: N= 102, variables predictoras: ansiedad y estrés.

diagnóstico, al observar que su cuerpo y estilo de vida se ajustan al ritmo y respuesta del tratamiento, con distintos síntomas que limitan su vida diaria y su perspectiva del futuro (Amiel, Fisher, Carver & Antoni, 2016; Cano, 2005; Nikbakhsh, Moudi, Abbasian & Khafri, 2014).

Además, se reportó una baja salud global y funcionamiento (de rol, emocional y social); y aumento de síntomas (pérdida de apetito, fatiga, dolor, náuseas, insomnio y problemas financieros). Esto puede deberse a la presencia y preocupación de sintomatología somática que le debilitan físicamente para realizar las actividades de autocuidado y propias de los roles que desempeñan en su vida diaria (Daldoul, et al., 2018; Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009; Valderrama & Sánchez, 2017).

Al relacionar la ansiedad, depresión y estrés con las escalas de la calidad de vida, se encontraron relaciones negativas con la salud global y el funcionamiento físico, cognitivo, social y de rol; esto puede deberse por diversos tratamientos a los que se ve expuesta y que afectan su salud física y emocional (Dragomir, Fodoreanu & Rancea; 2013). En cuanto a los síntomas, se encontró que la ansiedad y estrés se relacionaron con la fatiga, dolor, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, diarrea, constipación (estreñimiento) y los problemas financieros; mientras que la depresión solo con la diarrea. Esto indica que las alteraciones emocionales van de la mano con la carga sintomática, lo cual depende de la forma en cómo la

persona interprete y dé respuesta a esta situación que es amenazante, por tener un cuerpo débil y vulnerable por la enfermedad y sus tratamientos, donde su calidad de vida disminuye por el riesgo constante a morir (Fatiregun, et al., 2017; Ng, et al., 2017).

Respecto al efecto predictivo de las variables, se encontró que la ansiedad y el estrés influyen de forma negativa sobre la calidad de vida en su escala de salud global. Sin duda el cáncer de mama es una enfermedad impactante, donde las mujeres se ven rebasadas por emociones negativas como la ansiedad y el estrés, por la continua tensión en su vida diaria que está delimitada por la presencia de la carga sintomática propias de la enfermedad y las reacciones ante su tratamiento (Akechi, 2015; Gercovich, et al., 2012).

Por su parte, la ansiedad predominó al generar un efecto negativo en las escalas de funcionamiento físico, de rol, cognitivo y social; ello implica que se perciba una baja calidad de vida derivada de la vulnerabilidad que acarrear los síntomas que interfieren en el desarrollo y desempeño de sus actividades diarias de autocuidado, en los distintos roles y contextos donde se encuentra inserta, pues genera un malestar psicológico el no poder valerse por sí misma debido a la disminución de su condición física y habilidades cognitivas y sociales (Akechi, 2015; Galán & Camacho, 2012).

Como se puede apreciar, la calidad de vida depende de cómo la mujer con CaMa percibe la repercusión de los síntomas propios de la enfermedad y aquellos que

aparecen como efectos colaterales a los tratamientos para mejorar su salud y salvar su vida. Al respecto, los resultados del presente estudio muestran que la ansiedad y el estrés inciden en algunos como el dolor, náuseas y fatiga; la depresión influyó en el dolor y las náuseas; y el estrés impactó en el dolor. Esto es congruente; pues existe preocupación, desesperanza y angustia al percibir que los síntomas propician vulnerabilidad física, emocional, cognitiva y social, que interfieren en la percepción de su salud global, el desempeño de sus actividades diarias, los roles que representa en distintos contextos (Lerma-Talantes, Larios-Jiménez, Daneri-Navarro, Lerma & Robles-García, 2017; Robles et al., 2009).

Además, el estrés se suma a la sintomatología ansiosa, por la forma en cómo afronta y soluciona sus problemas, pues ahora se ven rebasadas por los síntomas, el deterioro físico y sobre todo porque al encontrarse en fase activa se vive de forma latente con preocupación e incertidumbre sobre su salud, el efecto del tratamiento hacia la enfermedad, su evolución o cronicidad e incluso el riesgo de llegar a la muerte (Hernández & Landero, 2015).

Aunque en estudios previos se ha reportado una alta influencia de la depresión sobre la carga sintomática y el funcionamiento en general, en este caso no tuvo efecto en las escalas totales, solo tuvo un efecto positivo, pero bajo con el funcionamiento social; así mismo, se observó que ninguna variable predijo el funcionamiento emocional. En este sentido, la ansiedad y depresión mantienen una naturaleza basada en una elevada afectividad negativa; por lo que se hubiera esperado un efecto de estas alteraciones en el funcionamiento emocional, pero quizá las afectaciones emocionales puedan verse compensadas por el apoyo social y familiar que reciben las mujeres con CaMa, en quienes se ha mostrado que la red de apoyo tiene un efecto protector contra la depresión, además de la esperanza y espíritu de lucha que poseen al anhelar la cura de la enfermedad (Robles et al., 2009).

En conclusión, el CaMa acarrea un deterioro físico y emocional, donde la ansiedad, depresión y estrés surgen como alteraciones que acompañan a esta enfermedad; en conjunto impactan en la calidad

de vida afectando la salud global el funcionamiento y aumenta la carga sintomática. En ese sentido, los resultados descriptivos y relacionales marcaron la base para someter las variables al modelo, donde se identificó que para esta muestra la ansiedad es identificada como una emoción negativa que se suma al estrés para repercutir en la percepción de su calidad de vida tanto en su salud global, funcionamiento (físico, cognitivo, social y de rol), por el incremento de síntomas.

## Conclusión

Se concluye que la ansiedad, es el aspecto psicológico que más influye sobre la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama; lo cual repercute en la salud global deteriorada y el funcionamiento limitado, especialmente físico, cognitivo y de rol; y, en la presencia de síntomas como: náuseas, dolor y fatiga. En segundo lugar, se encuentra el estrés el cual influye tanto en la salud global como en síntomas (pérdida de apetito y dolor), aunque la influencia es débil. Por su parte, la depresión no presentó un efecto predictivo, contrario a lo esperado de acuerdo a los estudios previos en los que suele observarse acompañando a la ansiedad y el estrés; pues en este estudio la relación entre síntomas depresivos y calidad de vida son débiles y se diluye el efecto predictor.

Las presentes conclusiones han de entenderse desde las limitaciones del presente estudio, ya que se trata de un estudio cuantitativo de corte trasversal, con una muestra intencional. Por ello, se sugiere seguir evaluando tales variables en muestras más amplias, que incluyan a mujeres ubicadas en diferentes fases de la enfermedad y con diferente tipo de tratamiento; así como, contar con el apoyo del sector salud para desarrollar estudios mixtos y longitudinales que muestren el comportamiento de estas variables.

## Referencias

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., & de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer



- QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Akechi, T., Momino, K., Miyashita, M., Sakamoto, N., Yamashita, H., & Toyama, T. (2015). Anxiety in disease-free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 45(10), 929–933. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyv112>
- Amiel, C. R., Fisher, H. M., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2016). The importance of stress management among postresection breast cancer patients. *Future oncology*, 12(24), 2771–2774. <https://doi.org/10.2217/fon-2016-0442>
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71–80.
- Cohee, A., Stump, T., Adams, R., Shelley, J., Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P., Cella, D. & Champion, V. (2016). Factors associated with depressive symptoms in Young long term breast cancer survivors. *Quality of life Research*, 25(8), 1991–1997.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). Una medida global de estrés percibido. *Revista de salud y comportamiento social*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Daldoul A, Khechine W, Bhiri H, Ammar N, Bouriga R, Krir M, Soltani S, Zoukar O, Rhim M, Bouslah S, Dimassi S, Abbess I, Saidani Z, Zaied S. (2018). Factors Predictive of Quality of Life among Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1671–1675. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1671>
- Elena, R., Mejorada, O., Anahí, M., Tufiño, T., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., & Rosas, A. R. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55–62. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i1.515>
- Fatiregun, O. A., Olagunju, A. T., Erinfolami, A. R., Arogunmati, O. A., Fatiregun, O. A., & Adeyemi, J. D. (2017). Relationship between anxiety disorders and domains of health related quality of life among Nigerians with breast cancer. *Breast*, 31, 150–156. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.11.010>
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curren, D. & Bottomley, A. (2001). *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd edition)*. Brussels: EORTC.
- Galán, S. & Camacho, E. (2012). *Estrés y Salud: investigación básica y aplicada*. Manual Moderno: México.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M. & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- Gercovich, D., López, P. L., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfeld, M., Rosell, L., & Gil Deza, E. (2012). Rol del distrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 403–414. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40911](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40911)
- Gold, M., Dunn, LB, Phoenix, B., Paul, SM, Hamolsky, D., Levine, JD y Miaskowski, C. (2016). Co-ocurrencia de síntomas de ansiedad y depresión después de la cirugía de cáncer de mama y su impacto en la calidad de vida. *Revista europea de enfermería oncológica: la revista oficial de la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica*, 20, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.003>
- González, N., Tinoco, A. & Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 12(32), 258–279.
- Hernández, F. & Landero, R. (2015). Aspectos psicosociales relacionados con el TEPT en pacientes con cáncer de mama. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1881–1891. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(15\)30008-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(15)30008-9)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª edic. México: Mc Graw Hill.
- Lerma-Talamantes, A., Larios-Jiménez, F., Daneri-Navarro, A., Lerma, C., & Robles-García, R. (2018). Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Sociedad Mexicana de Medicina Conductual*, 8(1), 16–23.
- Mota, G, C., Aldana, C. E., Bohórquez Z, L. M., Martínez, M. S., & Peralta L. J. R. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 28(2), 155–165. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2551>
- Ng, C. G., Mohamed, S., Kaur, K., Sulaiman, A. H., Zainal, N. Z., Taib, N. A., & MyBCC Study group (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PloS one*, 12(3), e0172975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172975>
- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S. y Khafri, S. (2014). Prevalencia de depresión y ansiedad entre pacientes con cáncer. *Revista del Caspio de medicina interna*, 5 (3), 167–170.

- Pahlevan, S. (2017). Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing: The official journal of European Oncology Nursing Society*, 27, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.01.005>
- Pérez, S., Okino, N., Díaz, A., Lordelo, P., & Ruiz, M. (2019). Spirituality and quality of life in women with breast cancer: an integrative review. *Enfermería Universitaria*, 16(2), 185–195.
- Ramírez, M. T., & Hernández, R. L. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish journal of psychology*, 10(1), 199–206. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006466>
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. M., & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191 - 201.
- Salibasic, M. & Delibegovic, S. (2018). La calidad de vida y el grado de depresión de los pacientes que padecen cáncer de mama. *Archivos médicos*, 72 (3), 202–205. <https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.202-205>
- Sánchez-Sosa JJ, González-Celis AL. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V.E. Caballo (coord.) (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Sat-Muñoz, D., Morán Mendoza, A. J., Solano-Murillo, P., Balderas-Peña, L. M.<sup>a</sup> A., Rivera-Morales, D., Iñiguez-Virgen, A., Salcedo-Rocha, A. L., & García de Alba-García, J. E. (2012). Papel del cuestionario EORTC QLQ-C30 en la predicción de riesgo de desnutrición en pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 477-482.
- Tang, L., Fritzsche, K., Leonhart, R., Pang, Y., Li, J., Song, L., Fischer, I., Koch, M., Wuensch, A., Mewes, R., & Schaefer, R. (2017). Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0803-9>
- The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) (2018). Fichas de población. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>
- Torres-Lagunas, M.A., Vega-Morales, E.G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E.. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en púrpuras mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 12(3), 122-133. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
- Valderrama, M & Sánchez, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 47(4), 211-220. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>
- Velázquez-Leyva, E., Ruiz-Paloalto, M. L., Padilla-Raygoza, N., Favela-Ocaño, M. A., & Barragán-Hernández, O. (2015). Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama. *Epistémus*, 19(9), 14–23.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>