

Efectos del tratamiento con tamoxifeno en la función sexual en mujeres con cáncer de mama: revisión de literatura.

Effects of tamoxifen treatment on sexual function in women with breast cancer: scoping review.

Yamir Abello-Muñoz¹ , Rocío Huenulef-Lagos¹ , Kathleen Márquez-Traillanca¹ , Valeska Oyarzo-Godoy¹ ,

Catalina Painemal-Reyes¹ , Claudia Sepúlveda-Lloncón¹ , Daniela Rojas-Olave² , José Rocha-Pérez³ , Alejandro Hernández-Escobar⁴ 

¹ Licenciada en Obstetricia y Matronería, Facultad de Ciencias del Cuidado para la Salud, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.

² Matrona, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

³ Bioquímico, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

⁴ Matrón, Esp. Ginecología, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Región de Los Lagos.

*Correspondencia Alejandro Hernández-Escobar, Email: alejandro.hernandez@uss.cl

RESUMEN

Introducción: las mujeres que reciben tratamiento médico con tamoxifeno para el cáncer de mama pueden experimentar alteraciones en su función sexual, como disfunciones en el deseo, la excitación, la lubricación y la satisfacción sexual, afectando significativamente su calidad de vida.

Objetivo: determinar el efecto del tratamiento con tamoxifeno en la función sexual de mujeres con cáncer de mama, entre los años 2013 y 2023.

Metodología: el estudio empleó un análisis documental retrospectivo cualitativo en forma de revisión de alcance.

Resultados: la revisión reveló que las mujeres que utilizan tamoxifeno como tratamiento para su cáncer de mama experimentan disfunciones sexuales como trastorno de interés/excitación, dolor genito-pélvico durante la penetración y desorden orgásmico. Por otro lado, también se evidenció que aquellas mujeres sometidas a quimioterapia más tamoxifeno para tratar su cáncer de mama presentan un efecto mayor en su función sexual que aquellas que sólo utilizan tamoxifeno.

Conclusión: los tratamientos contra el cáncer de mama que emplean quimioterapia o supresión de función ovárica junto con tamoxifeno tienen un efecto negativo mayor en la función sexual de las mujeres, en comparación con los tratamientos que consideran el uso de tamoxifeno exclusivamente.

ABSTRACT

Introduction: women undergoing treatment with tamoxifen for breast cancer may experience alterations in sexual function, including dysfunctions in desire, arousal, lubrication, and sexual satisfaction, which in turn significantly affect their quality of life.

Objective: to determine the effect of tamoxifen treatment on the sexual function of women with breast cancer during the period 2013–2023.

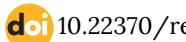
Methodology: the study employed a qualitative, retrospective documentary analysis in the form of a scoping review.

Results: this review revealed that women undergoing tamoxifen therapy for breast cancer experience various forms of sexual dysfunction, including female sexual interest/arousal disorder, genito-pelvic pain/penetration disorder, and female orgasmic disorder. Furthermore, it was observed that women receiving both chemotherapy and tamoxifen exhibited a greater negative effect on sexual function compared to those treated with tamoxifen alone.

Conclusion: women undergoing chemotherapy or ovarian function suppression in combination with tamoxifen experience a greater negative effect on sexual function compared to those receiving tamoxifen monotherapy.

Palabras claves: Neoplasia mamaria, Cáncer de mama, Función sexual femenina, Disfunción sexual femenina, Tamoxifeno.

Key words: Breast neoplasia, Breast cancer, Female sexual function, Female sexual dysfunction, Tamoxifen.



10.22370/revmat.1.2025.4707

Editado por: Dra. Ingrid Vargas-Stevenson 

Received: 02-01-2025

Accepted: 04-08-2025



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons:
Attribution-NonCommercial-ShareAlike International (CC BY-NC-SA 4.0)

Página: 223

INTRODUCCIÓN

Entre los cánceres, el de mama es la causa más común de muerte entre las mujeres a nivel global, representando un 11,7% de todos los casos nuevos de cáncer en todo el mundo, lo que convierte a esta patología oncológica en la más frecuente [1, 2]. En el caso de Chile, el 20,8% de los nuevos casos de cáncer corresponde a cáncer de mama [3].

Aunque su mortalidad ha disminuido gracias a la detección temprana y tratamientos adecuados, esta enfermedad es un problema de salud pública de gran relevancia [4, 5].

El cáncer de mama no solo afecta la salud física de las mujeres, sino también su bienestar psicoemocional y social [6]. Asimismo, la función sexual de las mujeres que lo padecen se ve alterada, al generar disfunciones como falta de interés/excitación, dolor génito-pélvico durante la penetración y trastorno orgásmico [7].

El tratamiento sistémico para el cáncer de mama se basa en tres opciones: hormonal, dirigida y quimioterapia. Esta última implica la administración de fármacos como la doxorubicina, la ciclofosfamida, el carboplatino y el paclitaxel [8] por vía oral o intravenosa, con el objetivo de alcanzar las células cancerosas en cualquier parte del organismo.

Dentro de las terapias hormonales, el tamoxifeno es un modulador selectivo de los receptores de estrógeno (SERM), empleado tanto en el tratamiento del cáncer de mama, como en la prevención primaria de esta neoplasia en mujeres con alto riesgo. Su mecanismo de acción se basa en la modulación del receptor estrogénico, lo que permite bloquear los efectos proliferativos de los estrógenos en tejidos mamarios sensibles [9]. El tamoxifeno constituye así una terapia indicada en el tratamiento del cáncer de mama en distintos escenarios clínicos. La evidencia acumulada indica que su eficacia es particularmente significativa en pacientes cuyos tumores expresan receptores de estrógeno positivos [10]. Si bien el tamoxifeno tiene una eficacia terapéutica principalmente debido a su función como antagonista del receptor de estrógenos, la resistencia al tratamiento generalmente se asocia a la pérdida de su diana, siendo la falta de expresión del receptor de estrógenos el mecanismo principal que provoca la resistencia al tamoxifeno [11].

Por lo anterior, el uso de tamoxifeno es limitado debido a sus efectos secundarios [12]. El uso de tamoxifeno se ha vinculado con una variedad de efectos adversos, siendo los sofocos uno de los más reportados. Además, puede ocasionar complicaciones de mayor severidad, tales como hiperplasia endometrial, cáncer de endometrio [13] [14, 15] y enfermedad tromboembólica venosa [16]. Adicionalmente, se han descrito otros síntomas secundarios, entre ellos sudoración nocturna, trastornos del estado de ánimo como depresión, dificultades en la memoria, in-

crecimiento de peso, molestias ginecológicas como sequedad vaginal y deterioro de la función sexual [17, 18, 19, 20, 21, 22].

La función sexual se define como la capacidad de experimentar adecuadamente las fases del ciclo de respuesta sexual —deseo, excitación y orgasmo—, junto con una evaluación subjetiva de satisfacción respecto a la frecuencia, calidad y resultados de las actividades sexuales, tanto en el ámbito individual como en la dinámica de pareja [23, 24]. Por consiguiente, cualquier alteración del ciclo de la respuesta sexual conlleva a una disfunción sexual. Se ha reportado que la disfunción sexual en mujeres compromete significativamente la calidad de vida y responde a una etiología multifactorial. Su abordaje terapéutico contempla intervenciones en el estilo de vida, estrategias de consejería y terapias psicosexuales, así como el uso de tratamientos farmacológicos cuando corresponde [25].

En base a lo expuesto, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo afecta el uso del tamoxifeno en la función sexual de mujeres en tratamiento de cáncer de mama? El objetivo de la investigación es determinar el efecto del tratamiento con tamoxifeno en la función sexual de mujeres con cáncer de mama, durante el período comprendido entre los años 2013 y 2023.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio utilizó una metodología cualitativa, con un enfoque documental y retrospectivo. Para la recopilación y análisis de la información se utilizó el método de Scoping Review, basándose en la herramienta PRISMA.

Para la revisión, se utilizaron las siguientes palabras clave extraídas de los tesauros médicos DECS y MESH: breast neoplasm, mammary neoplasm, breast cancer, female sexual function, dysfunction sexual, female sexual dysfunction, tamoxifen.

Estas palabras clave fueron buscadas en las bases de datos Pubmed, Scopus, Web of Science, EBSCOhost, Redalyc, Lilacs y Dialnet Plusl. Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para generar cinco ecuaciones de búsqueda, abarcando la mayor cantidad de artículos en las bases de datos mencionadas.

E1: breast neoplasm OR mammary neoplasms AND female sexual function OR female sexual dysfunction AND tamoxifen.

E2: breast neoplasm OR mammary neoplasms AND female sexual function OR female sexual dysfunction AND tamoxifen.

E3: breast neoplasm AND female sexual function OR female sexual dysfunction AND tamoxifen.

E4: cáncer de mama AND tamoxifeno.

E5: cáncer de mama AND tamoxifeno AND disfunción sexual OR función sexual.

Se utilizaron cinco ecuaciones de búsqueda para ampliar la cantidad de artículos en la búsqueda de las diferentes bases de datos antes mencionadas.

Una vez finalizada esta etapa, y con el fin de afinar el proceso de búsqueda y análisis de la información, se establecieron y aplicaron los siguientes criterios de inclusión: (a) investigaciones científicas publicadas entre 2013 y 2023; (b) estudios con todas o algunas de las palabras claves tanto en el título como en el resumen; (c) estudios escritos en inglés, portugués o español, y (d) estudios enfocados en investigar efectos del tamoxifeno en el tratamiento del cáncer de mama.

Por otra parte, los criterios de exclusión utilizados fueron: (a) estudios con un enfoque bioquímico o químico por no tener relevancia en la temática, (b) estudios realizados en población sobreviviente y posterior al tratamiento para el cáncer de mama con tamoxifeno, (c) estudios realizados en población masculina, (d) literatura secundaria, (e) estudios que en el resumen no trataban de manera directa o indirecta la relación entre el cáncer de mama y función sexual y (f) artículos que no contuvieran las tres palabras clave en el título o resumen.

La investigación se desarrolló en tres etapas. La primera consistió en definir el objetivo, la pregunta de investigación, los criterios de inclusión y exclusión y la ecuación de búsqueda de información para el desarrollo del documento. La segunda etapa abarcó la búsqueda, selección y revisión de artículos extraídos de las bases de datos, seguido del proceso de filtrado y análisis de la información. En esta fase, se utilizó el gestor bibliográfico Zotero en su versión 6.0. Finalmente, en la tercera etapa, se esquematizaron los documentos seleccionados para generar los resultados y la discusión.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en una tabla esquemática que contiene los artículos recuperados mediante la síntesis PRISMA (imagen 1 en Anexos), para responder el objetivo de este estudio. La investigación arrojó cuatro categorías de análisis.

1. Características sociodemográficas y de atención clínica de las mujeres tratadas por cáncer de mama.

Con respecto a lo que evidencia la literatura en cuanto a la atención clínica de las mujeres con tratamiento para cáncer de mama, en su mayoría estos fueron realizados en centros hospitalarios [26, 27, 28, 30, 31, 32]. En cuanto a la información sociodemográfica, destaca la edad que fluctúa entre 43 y 60 años [26, 27, 29, 30]. Respecto a la raza de las participantes, la mayoría correspondía a raza blanca [22, 29, 32]. En cuanto al estado civil, solo un estudio lo menciona y señala que la mayoría de las participantes estaba casada [29]. Otros dos estudios incluyeron algún instrumento de evaluación de la función sexual: escala de problemas sexuales (MOS-SP) [22] y un cuestionario de función sexual de la mujer (FSM) [26], el resto no aplicó instrumentos, ya que la alteración de la función sexual era secundaria al tratamiento del cáncer de mama

[27, 28, 29, 30, 31, 32], ya sea por el uso de tamoxifeno solo [26, 27], o TEXT [22], o tamoxifeno y supresión de la función ovárica (SFO) [30, 31, 32]. Solo dos estudios aplicaron una escala de salud mental [22, 29]. Por último, solo tres estudios [22, 30, 31] señalaron que aplicaron una escala de calidad de vida a las mujeres participantes

2. Identificar las disfunciones sexuales femeninas que genera el tratamiento con tamoxifeno en el cáncer de mama

El uso de tamoxifeno genera un efecto directo en la función sexual de las mujeres que se encuentran en tratamiento por cáncer de mama, evidenciándose una falta de interés, insatisfacción, presencia de malestar o dolor durante el coito y dificultad para lograr la excitación, la lubricación vaginal y el orgasmo. Por lo tanto, las mujeres que utilizan tamoxifeno como tratamiento a su cáncer de mama experimentan disfunciones como trastorno de interés/excitación, dolor génito-pélvico por penetración y alteraciones en el orgasmo [22, 26].

3. Relacionar el tratamiento de cáncer de mama con sus diferentes afectaciones sobre la función sexual de mujeres.

Los tratamientos de cáncer de mama como el uso exclusivo de tamoxifeno y el uso de quimioterapia más tamoxifeno impactan la función sexual femenina generando síntomas como sequedad vaginal, dolor durante las relaciones y alteraciones en el deseo, la excitación y la lubricación vaginal, lo que trae como consecuencia una disminución de la satisfacción. Sin embargo, se evidenció que aquellas usuarias que utilizan como tratamiento para el cáncer de mama quimioterapia más tamoxifeno presentan un efecto mayor en su función sexual que aquellas que utilizan exclusivamente tamoxifeno [26, 27, 28].

4. Evidenciar los efectos que generan los distintos tipos de tratamiento de cáncer de mama con tamoxifeno en la función sexual

Los tratamientos de cáncer de mama basados en el uso exclusivo de tamoxifeno, quimioterapia más tamoxifeno y SFO con tamoxifeno generan sequedad vaginal, trastorno de sueño asociado a alteraciones en la función sexual hasta un año de tratamiento. Por otro lado, también se evidencia que las mujeres que utilizan quimioterapia más tamoxifeno presentan cansancio, sequedad vaginal y soffos, impactando en la función sexual de ellas, lo que puede perdurar hasta doce meses iniciado dicho tratamiento. En el caso del uso exclusivo tamoxifeno, presenta como efecto secundario depresión, fatiga, dolor pélvico y/o vaginal, disminución de la libido y sequedad vaginal que pueden perdurar hasta por seis meses.

Por otro lado, las mujeres que recibieron tamoxifeno y SFO presentaron menor actividad sexual e intensificó los síntomas menopáusicos en comparación con las que utilizan tamoxifeno de manera exclusiva. [22, 27, 29, 30, 31, 32].

DISCUSIÓN

En la actualidad, el cáncer de mama sigue siendo un problema de salud pública, debido a que es el tipo de cáncer más predominante en la población mundial [1]. Dependiendo de la etapificación en que se encuentre la enfermedad, la persona que la padece debe ser sometida a un tratamiento local, sistémico o simultáneo con otro, sin embargo, luego de esto se administra una terapia adyuvante para evitar recurrencias del cáncer con tamoxifeno [33, 34, 35].

El cáncer de mama por sí mismo puede provocar diversas disfunciones sexuales asociadas a sintomatología, como la ausencia del deseo, dispareunia y problemas de lubricación [36, 37, 38, 39, 40]. Además, al ser sometidas las mujeres a una cirugía, se produce una afectación del orgasmo, lubricación, excitación, satisfacción y dispareunia [41, 42]. Las disfunciones sexuales se pueden desarrollar en cualquier momento a partir del diagnóstico de cáncer de mama, a lo largo del tratamiento y seguimiento posterior.

En todos los estudios incorporados en esta revisión, se evidencia la relación entre el cáncer de mama y su función sexual, así como en el funcionamiento y disfrute sexual, los cuales disminuyen progresivamente desde el diagnóstico [22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32].

Lo anterior se condice con lo reportado en la literatura, la cual señala una amplia variedad de efectos como un bajo deseo sexual, baja satisfacción sexual, alteraciones en la excitación y orgasmos menos placenteros debido a la condición emocional actual [43].

En conjunto, estas alteraciones en la función sexual genera un efecto negativo en la calidad de vida [44], información reportada también en algunos de los estudios considerados en esta revisión [22, 30, 31].

El cáncer de mama plantea una afectación en la calidad de vida con una disminución en el funcionamiento sexual, con pérdida progresiva de actividad sexual asociada a los problemas de sequedad vaginal y disminución de la libido [33]; del mismo modo, tras recibir un diagnóstico de cáncer de mama se experimentan alteraciones en la función sexual, incluyendo dolor durante penetración, falta de lubricación, deseo sexual disfuncional y excitación [45]. Así también, aquellas mujeres que son sometidas a tratamiento con tamoxifeno como terapia adyuvante, evidencian alteraciones en la lubricación vaginal, así como dolor y opresión en zona genital [46].

Considerando que el diagnóstico de cáncer de mama genera, por sí solo, alteraciones en la función sexual y calidad de vida [43, 44]. Los resultados obtenidos sugieren que el tratamiento con tamoxifeno acentúa las alteraciones de la función sexual [22, 26] y de la calidad de vida [22, 30, 31].

En cuanto a los diferentes tratamientos del cáncer de mama, los resultados obtenidos evidencian que las usuarias cuyo tratamiento consistió en el uso de quimiotera-

pia más tamoxifeno, presentan una acentuación mayor de las alteraciones de la función sexual [26, 27, 28]. No obstante, es importante considerar que la literatura señala que otros tratamientos o esquemas generan un impacto diferencial en la función sexual. Por ejemplo, un esquema con SFO más tamoxifeno o quimioterapia más tamoxifeno puede generar un impacto negativo de mayor magnitud que el uso exclusivo de tamoxifeno [22, 27, 29, 30, 31, 32, 47, 48].

El cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) evalúa las fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el grado de comunicación sexual [49], por lo que resulta útil para el diagnóstico de funciones sexuales. Con el FSM se logra demostrar la presencia de una disfunción moderada con el uso de tamoxifeno en relación con el trastorno de excitación, lubricación y orgasmos menos frecuentes [26].

Las pacientes que recibieron tamoxifeno más SFO se ven más afectada que las pacientes que recibieron solo tamoxifeno, presentando molestias como la pérdida de interés sexual a los seis meses y sequedad vaginal hasta los sesenta meses, aunque a pesar de haber llegado a estos resultados mencionaron que no se pudieron abordar a detalle dominios específicos como lo es el funcionamiento sexual [30].

Las mujeres tratadas solo con tamoxifeno eran menos afectadas por problemas sexuales durante el periodo de observación, a diferencia de quienes se les administra tamoxifeno más quimioterapia, esto debido a que este último es mucho más perjudicial en la calidad de vida y función sexual que el uso exclusivo de tamoxifeno, por causa del efecto a nivel sistémico que estos generan, además de la depresión que se presenta como predictor de problemas sexuales [22]. De igual forma, al compararse el tamoxifeno con fármacos inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano) son considerados como un factor significativamente agravante de la sintomatología ginecológica, como la sequedad vaginal y dispareunia [29, 31]. También, al adicionar SFO al tamoxifeno, persiste la sintomatología menopáusica, entre ellos sofocos, atrofia urogenital y cambios en la libido, que se relacionaron con una disminución en la actividad sexual [17].

CONCLUSIONES

El uso de tamoxifeno para el tratamiento de cáncer de mama en mujeres genera un efecto negativo en su función sexual, desencadenado disfunciones como trastorno de interés/excitación, dolor génito-pélvico durante la penetración y alteración orgásmica.

Las usuarias que utilizan quimioterapia o SFO más tamoxifeno en comparación a aquellas que utilizan tamoxifeno de manera exclusiva suelen presentar un efecto negativo mucho mayor en su función sexual, produciendo trastornos del deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo y dispareunia.

Todos los tratamientos para cáncer de mama abordados en este estudio generan un efecto negativo en la función sexual de las usuarias, así como también efectos secundarios a estos fármacos como cansancio, sofocos, trastornos de sueño y dolor pélvico, lo que se traduce en una mayor insatisfacción sexual.

Se evidencia una falta de estudios sobre el uso de tamoxifeno y su efecto en la función sexual de mujeres con cáncer de mama en Latinoamérica entre 2013 y 2023, siendo la mayor parte de las investigaciones en países europeos, sudafricanos, asiáticos, norteamericanos y de Oceanía.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con este documento.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Este trabajo no posee fuentes de financiamiento externo

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

- Conceptualización: Yamir Abello-Muñoz, Rocío Huenulef-Lagos, Kathleen Márquez-Traillanca, Valeska Oyarzo-Godoy, Catalina Painemal Reyes, Claudia Sepúlveda-Lloncón, José Rocha-Pérez, Daniela Rojas-Olave, Alejandro Hernández-Escobar
- Curación de datos: Yamir Abello-Muñoz, Rocío Huenulef-Lagos, Kathleen Márquez-Traillanca, Valeska Oyarzo-Godoy, Catalina Painemal Reyes, Claudia Sepúlveda-Lloncón, José Rocha-Pérez, Daniela Rojas-Olave, Alejandro Hernández-Escobar
- Análisis formal: Yamir Abello-Muñoz, Rocío Huenulef-Lagos, Kathleen Márquez-Traillanca, Valeska Oyarzo-Godoy, Catalina Painemal Reyes, Claudia Sepúlveda-Lloncón, José Rocha-Pérez, Daniela Rojas-Olave, Alejandro Hernández-Escobar
- Investigación: Yamir Abello-Muñoz, Rocío Huenulef-Lagos, Kathleen Márquez-Traillanca, Valeska Oyarzo-Godoy, Catalina Painemal Reyes, Claudia Sepúlveda-Lloncón
- Metodología: Yamir Abello-Muñoz, Rocío Huenulef-Lagos, Kathleen Márquez-Traillanca, Valeska Oyarzo-Godoy, Catalina Painemal Reyes, Claudia Sepúlveda-Lloncón, José Rocha-Pérez, Daniela Rojas-Olave, Alejandro Hernández-Escobar
- Administración del Proyecto: José Rocha-Pérez, Daniela Rojas Olave, Alejandro Hernández-Escobar
- Recursos: Yamir Abello-Muñoz, Rocío Huenulef-Lagos, Kathleen Márquez-Traillanca, Valeska Oyarzo-Godoy, Catalina Painemal Reyes, Claudia Sepúlveda-Lloncón, José Rocha-Pérez, Daniela Rojas Olave, Alejandro Hernández-Escobar

- Supervisión: José Rocha-Pérez, Daniela Rojas Olave, Alejandro Hernández-Escobar
- Visualización: José Rocha-Pérez, Daniela Rojas Olave, Alejandro Hernández-Escobar
- Redacción – borrador original: Yamir Abello-Muñoz, Rocío Huenulef-Lagos, Kathleen Márquez-Traillanca, Valeska Oyarzo-Godoy, Catalina Painemal Reyes, Claudia Sepúlveda-Lloncón
- Redacción – revisión y edición: José Rocha-Pérez, Daniela Rojas Olave, Alejandro Hernández-Escobar

REFERENCIAS

1. **Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J, Juárez Aguilar LA, Medina Núñez CA.** Cáncer de mama: una visión general. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [citado el 30 de diciembre de 2024];19[3]:354-60. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354
2. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Cáncer de mama, datos y cifras. [Internet]. 2022 [citado el 30 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
3. **Global cancer observatory.** Statistics al Chile. 2022 [citado el 30 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/152-chile-fact-sheet.pdf>
4. **Icaza G, Núñez L, Bugueño H.** Epidemiological analysis of breast cancer mortality in women in Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2017;145[1]:106-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100014>
5. **Merino-Pereira G.** Puesta al día en cáncer de mama en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2023;88[5]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m23000063>
6. **Rodríguez MC.** Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales. Index de Enfermería [Internet]. 2017 [citado el 30 de diciembre de 2024];26[4]:299-302. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015&lng=es&tlang=es
7. **Asociación Americana de Psiquiatría.** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 2013 [citado el 30 de diciembre de 2024]. Medica Panamericana. Disponible en: <https://www.federacioncatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm-5manualdiagnsticoestadisticodelos trastornosmentales-161006005112.pdf>
8. **Valverde-Ampai W, Palma-Rozas G, Conei D, Marzucca-Nassr GN, Medina-González P, Escobar-Cabello M, et al.** Efectos del tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante sobre los volúmenes pulmonares en mujeres con cáncer de mama en Talca, Chile. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2020 Apr 8 [cited

- 2025 May 7];68[2]:222-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.73402>
- 9. Patel P, Jacobs TF.** Tamoxifen. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532905/>
- 10. Brufsky AM, Dickler MN.** Estrogen receptor-positive breast cancer: Exploiting signaling pathways implicated in endocrine resistance. *Oncologist* [Internet]. 2018 May;23[5]:528-39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0423>
- 11. Chang M.** Tamoxifen resistance in breast cancer. *Biomol Ther (Seoul)* [Internet]. 2012 May;20[3]:256-67. Available from: <http://dx.doi.org/10.4062/biomolther.2012.20.3.256>
- 12. Freedman AN, Graubard BI, Rao SR, McCaskill-Stevens W, Ballard-Barbash R, Gail MH.** Estimates of the number of US women who could benefit from tamoxifen for breast cancer chemoprevention. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2003 Apr 2;95[7]:526-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/95.7.526>
- 13. Kloos I, Delaloge S, Pautier P, Di Palma M, Goupil A, Duvillard P, et al.** Tamoxifen-related uterine carcinosarcomas occur under/after prolonged treatment: report of five cases and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2002 Sep [cited 2025 May 5];12[5]:496-500. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1438.2002.01134.x>
- 14. Cuzick J, Powles T, Veronesi U, Forbes J, Edwards R, Ashley S, et al.** Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. *Lancet* [Internet]. 2003 Jan 25 [cited 2025 May 5];361(9354):296-300. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\[03\]12342-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736[03]12342-2)
- 15. Fisher B, Costantino JP, Redmond CK, Fisher ER, Wickerham DL, Cronin WM.** Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-14. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 1994 Apr 6 [cited 2025 May 5];86[7]:527-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/86.7.527>
- 16. Hendrick A, Subramanian VP.** Tamoxifen and thromboembolism. *JAMA* [Internet]. 1980 Feb 8 [cited 2025 May 5];243[6]:514-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1980.03300320012005>
- 17. Day R, Ganz PA, Costantino JP, Cronin WM, Wickerham DL, Fisher B.** Health-related quality of life and tamoxifen in breast cancer prevention: a report from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. *J Clin Oncol* [Internet]. 1999 Sep [cited 2025 May 5];17[9]:2659-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.1999.17.9.2659>
- 18. Ganz PA.** Impact of tamoxifen adjuvant therapy on symptoms, functioning, and quality of life. *J Natl Cancer Inst Monogr* [Internet]. 2001 [cited 2025 May 5];2001[30]:130-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a003450>
- 19. Fisher B, Costantino J, Redmond C, Poisson R, Bowman D, Couture J, et al.** A randomized clinical trial evaluating tamoxifen in the treatment of patients with node-negative breast cancer who have estrogen-receptor-positive tumors. *N Engl J Med* [Internet]. 1989 Feb 23 [cited 2025 May 5];320[8]:479-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198902233200802>
- 20. Love RR, Cameron L, Connell BL, Leventhal H.** Symptoms associated with tamoxifen treatment in postmenopausal women. *Arch Intern Med* [Internet]. 1991 Sep;151[9]:1842-7. Available from: <https://doi.org/10.1001/archinte.1991.00400090120021?locatt=mode:legacy>
- 21. Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Desmond KA.** Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. In: *Recent Results in Cancer Research* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1998 [cited 2025 May 5]. p. 396-411. (Recent results in cancer research. Fortschritte der Krebsforschung. Progres dans les recherches sur le cancer; vol. 152). Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-45769-2_38
- 22. Ribi K, Luo W, Walley BA, Burstein HJ, Chirgwin J, Ansari RH, et al.** Treatment-induced symptoms, depression and age as predictors of sexual problems in premenopausal women with early breast cancer receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2020;181[2]:347-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-020-05622-5>
- 23. Fielder R.** Sexual Functioning. In: *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cited 2025 May 7]. p. 1774-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_668
- 24. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al.** The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2000 Apr [cited 2025 May 7];26[2]:191-208. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278597>
- 25. Davis SR.** Sexual dysfunction in women. *N Engl J Med* [Internet]. 2024 Aug 22 [cited 2025 May 7];391[8]:736-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp2313307>
- 26. López Rubio MA, Tárraga López PJ, Melero López JA, Moya Plaza A.** Salud sexual en mujeres con cáncer de mama tratadas con Tamoxifeno. *J Negat No Posit Results* [Internet]. 2020 [citado el 30 de diciembre de 2024];5[12]:1528-37. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?s->

cript=sci_arttext&pid=S2529-850X2020001200007

27. Ganz PA, Cecchini RS, Julian TB, Margolese RG, Constantino JP, Vallow LA, et al. Patient-reported outcomes with anastrozole versus tamoxifen for postmenopausal patients with ductal carcinoma in situ treated with lumpectomy plus radiotherapy (NSABP B-35): a randomised, double-blind, phase 3 clinical trial. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10021):857-65. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01169-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01169-1)

28. Wani SQ, Khan T, Wani SY, Teli MA, Khan NA, Mir LR, et al. Breast specific functional and symptom analysis in female breast cancer survivors. *J Cancer Res Ther* [Internet]. 2018;14[3]:521-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1482.165867>

29. Ganz PA, Petersen L, Bower JE, Crespi CM. Impact of adjuvant endocrine therapy on quality of life and symptoms: Observational data over 12 months from the mind-body study. *J Clin Oncol* [Internet]. 2016;34[8]:816-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2015.64.3866>

30. Ribi K, Luo W, Bernhard J, Francis PA, Burstein HJ, Ciruelos E, et al. Adjuvant tamoxifen plus Ovarian Function suppression versus tamoxifen alone in premenopausal women with early breast cancer: Patient-reported outcomes in the suppression of Ovarian Function trial. *J Clin Oncol* [Internet]. 2016;34[14]:1601-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2015.64.8675>

31. Bernhard J, Luo W, Ribi K, Colleoni M, Burstein HJ, Tondini C, et al. Patient-reported outcomes with adjuvant exemestane versus tamoxifen in premenopausal women with early breast cancer undergoing ovarian suppression (TEXT and SOFT): a combined analysis of two phase 3 randomised trials. *Lancet Oncol* [Internet]. 2015;16[7]:848-58. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00049-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00049-2)

32. Tevaarwerk AJ, Wang M, Zhao F, Fetting JH, Cella D, Wagner LI, et al. Phase III comparison of tamoxifen versus tamoxifen plus ovarian function suppression in premenopausal women with node-negative, hormone receptor-positive breast cancer (E-3193, INT-0142): a trial of the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014;32[35]:3948-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2014.55.6993>

33. Irarrázaval O ME, Gaete G L. Antidepressants agents in breast cancer patients using tamoxifen: review of basic and clinical evidence. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016;144[10]:1326-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000013>

34. Alonso Sánchez AV, Martínez Ortiz MJ, Piñero Madrone A, Álamo González C, Salgado Ascencio R, Cerezo P. Prescripción conjunta de antidepresivos y tamoxifeno: una cuestión a tener en cuenta. *Rev Senol Patol Mamar* [Internet]. 2013;26[4]:134-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2013.10.003>

35. Berrospi-Reyna S, Herencia-Souza M, Soto Tarazona A. Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público de Lima, Perú. *Acta médica perú* [Internet]. 2017;34[2]:95-100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2017.342.316>

36. Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs* [Internet]. 1996;19[4]:308-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00002820-199608000-00007>

37. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2002;94[1]:39-49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/94.1.39>

38. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2002;75[3]:241-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1019953027596>

39. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* [Internet]. 2003;21[22]:4184-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2003.04.196>

40. Yoon J, Malin JL, Tisnado DM, Tao ML, Adams JL, Timmer MJ, et al. Symptom management after breast cancer treatment: is it influenced by patient characteristics? *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2008;108[1]:69-77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-007-9580-1>

41. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* [Internet]. 1997;8[2]:149-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1008298615272>

42. Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* [Internet]. 2006;24[18]:2815-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2499>

43. Vaidakis D, Panoskaltsis T, Poulakaki N, Kouloura A, Kassanos D, Papadimitriou G, et al. Female sexuality after female cancer treatment: a clinical issue. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2014;35[6]:635-40.

44. Santos Miranda TR, Rojas Rodriguez NT, Ferraz V de S, Gomes de Souza Pegoraro AB. Avaliação da sexualidade, qualidade de vida e capacidade funcional em mulheres sobreviventes do câncer de mama. *Multitemas* [Internet]. 2022;87-106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20435/multi.v27i65.3373>

45. Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Sampie-

tro-Crespo A, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres

JM. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. PLoS One [Internet]. 2018;13[8]: e0203151. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0203151>

46. Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan

E, Rowland JH. Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. J Clin Oncol [Internet]. 1999;17[5]:1488-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.1999.17.5.1488>

47. Duric V, Stockler M. Preferencias de las pacientes por

la quimioterapia adyuvante en el cáncer de mama en etapa temprana: Una revisión de sus ventajas. Lancet Oncol. 2001;2:691-697. doi: 10.1016/S1470-2045[01]00559-9

48. Duric VM, Fallowfield LJ, Saunders C, et al. Prefe-

rencias de las pacientes por la terapia endocrina adyuvante en el cáncer de mama en etapa temprana: ¿Qué la hace útil? Br J Cancer. 2005;93:1319-1323. doi: 10.1038/sj.bjc.6602874

49. Sánchez F, Pérez Conchillo M, Borrás Valls JJ, Gó-

mez Llorens O, Aznar Vicente J, Caballero Martín de Las Mulas A. Aten Primaria [Internet]. 2004;34[6]:286-92. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\[04\]79497-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567[04]79497-4)

ANEXOS

Tabla 1. Tabla de estudios seleccionados desde las bases de datos con las características del estudio como: autor, año, diseño, participantes, objetivos y método de diagnóstico

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
Prevalence associated factors postpartum depression: cross sectional study and risk of a	GOWEDA, R., & METWALLY, T (2020)	Estudio transversal	237 mujeres que asistieron a la clínica de vacunación infantil, clínica de planificación familiar o para seguimiento entre la semana 4 y 12 del posparto.	Estimar la prevalencia de depresión posparto e identificar factores riesgo asociados	Se incluyeron en el estudio un total de 237 madres en posparto. 139 (58,6%) de las madres completaron el nivel de educación secundaria, 195 (82,3%) de ellas eran amas de casa y 181 (76,4%) tuvieron cesárea. La prevalencia estimada de depresión posparto fue del 26,6% y la ideación suicida representó el 4,6%. Los factores significativamente asociados con puntuaciones altas en la EPDS fueron la mala relación con el marido, tener >2 hijos, un embarazo no planificado y un recién nacido no saludable; con valores de P de 0,000, 0,004, 0,000 y 0,018, respectivamente.
Factores asociados a depresión posparto	González-González, Alianok, Casado-Méndez, Pedro Rafael, Molero-Segrera, Mailen, Santos-Fonseca, Rafael Salvador, & López-Sánchez, Irina (2019)	Cuantitativo de corte transversal	139 puérperas fisiológicas residentes en Bartolomé Masó de la provincia Granma	determinar incidencia y factores asociados a aparición depresión posparto puérperas. la los la de en	La depresión posparto tuvo una incidencia alta en la población al asociarse estadísticamente a la edad menor de 20 años, el estado civil soltera, la tenencia de dos hijos, el antecedente de depresión previo al embarazo y el antecedente de violencia. La presencia de la enfermedad tuvo un riesgo de ideación suicida muy elevado.
Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México	Genchi-Gallardo, Francisco Javier, Paredes-Juárez, Sergio, Solano-González, Norma Luz, Ríos-Rivera, Claudia Erika, Paredes-Solís, Sergio, & Andersson, Neil. (2021)	Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo de serie de casos	485 pacientes con media de edad de 24.6 años y límites de 14 y 43 años, con 1 a 12 meses de posparto.	Estimar la prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias del Hospital General Progreso, Acapulco, Guerrero, México.	La prevalencia de depresión posparto fue de 16%. En el modelo final del análisis multivariado los factores asociados con la depresión posparto fueron: complicaciones en el parto (IC95%:1.61-6.54), antecedente de alcoholismo antes del embarazo (IC95%:1.17- 3.30) y recibir apoyo emocional del esposo durante el embarazo (IC95%: (0.17-0.68).

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
Sociodemographic risk factors of perinatal depression: cohort the health system a study in public care	Silva, R., Jansen, K., Souza, L., Quevedo, L., Barbosa, L., Moraes, I., Horta, B., & Pinheiro, R.. (2012)	Estudio de cohorte	1.109 mujeres	Evaluar los factores riesgos sociodemográficos para la prevalencia e incidencia de síntomas depresivos posparto relevantes.	La prevalencia de síntomas depresivos significativos durante el embarazo fue del 20,5% y el posparto fue del 16,5%. Las mujeres con depresión prenatal tenían mayor riesgo de sufrir depresión posparto. El análisis ajustado encontró que los factores de riesgo para PPD incluyen un nivel socioeconómico más bajo ($p = 0,002$), no vivir con una pareja ($p = 0,026$), trastornos psicológicos y/o psiquiátricos previos ($p < 0,001$), trastorno psiquiátrico familiar ($p = 0,046$) y consumo de tabaco durante el embarazo ($p = 0,007$).
Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público	Dois, Angelina, Uribe, Claudia, Villarroel, Luis, & Contreras, Aixa. (2012)	Estudio analítico de corte transversal	306 mujeres puérperas mayores de 15 años que cursaron embarazos de bajo riesgo	Analizar los factores asociados a la incidencia de síntomas depresivos (DS) en mujeres con bajo riesgo obstétrico	Se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 37%. El análisis univariado mostró que la percepción del funcionamiento familiar, el nacimiento y el número de hermanos se asociaron significativamente con los síntomas depresivos posparto. Un modelo de regresión múltiple sólo aceptó el funcionamiento familiar como predictor de depresión.
Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo	Urdaneta José, Rivera Ana, García José, Guerra Mery, Baabel Nasser, Contreras Alfi. (2011)	Investigación descriptiva con diseño no experimental	100 mujeres puérperas atendidas en este centro asistencial durante el año 2009	determinar los factores riesgo de DPP para puérperas atendidas en Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, del Hospital Universitario Maracaibo, Venezuela.	Hubo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV del 22%. De las características evaluadas sólo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.
Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care	Póo F, Ana María, Espejo S, Claudio, Godoy P, Claudia, Gualda de la C, Micaela, Hernández O, Tamara, & Pérez H, Claudia. (2008)	Diseño descriptivo, correlacional, transversal	una muestra de 73 mujeres entre los 40 y 45 días posparto, en control de planificación familiar	Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la DPP en puérperas de Temuco, Chile.	La prevalencia de DPP en toda la muestra fue del 50,7%. Los factores de riesgo psicológico individuales detectados fueron sensación de malestar con el cuerpo tras el parto, antecedentes personales de problemas de salud mental y alto nivel de sobrecarga asociada al cuidado del niño. Un factor de riesgo físico individual fue el consumo de alcohol durante el embarazo. Los factores de riesgo familiares fueron mala relación con el padre del niño durante el embarazo, antecedentes de problemas de salud mental en familiares cercanos, antecedentes de violencia familiar y mala relación con los padres durante el puerperio. Tener más hijos fue un factor de riesgo sociodemográfico.

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care	Póo F, Ana María, Espejo S, Claudio, Godoy P, Claudia, Gualda de la C, Micaela, Hernández O, Tamara, & Pérez H, Claudia. (2008)	Diseño descriptivo, correlacional, transversal	una muestra de 73 mujeres entre los 40 y 45 días posparto, en control de planificación familiar	Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la DPP en puerperas de Temuco, Chile.	La prevalencia de DPP en toda la muestra fue del 50,7%. Los factores de riesgo psicológico individuales detectados fueron sensación de malestar con el cuerpo tras el parto, antecedentes personales de problemas de salud mental y alto nivel de sobrecarga asociada al cuidado del niño. Un factor de riesgo físico individual fue el consumo de alcohol durante el embarazo. Los factores de riesgo familiares fueron mala relación con el padre del niño durante el embarazo, antecedentes de problemas de salud mental en familiares cercanos, antecedentes de violencia familiar y mala relación con los padres durante el puerperio. Tener más hijos fue un factor de riesgo sociodemográfico.
Relationship between perceived obstetric risk postpartum depression: observational study	Martinez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2022)	Un estudio observacional transversal	782 mujeres que habían dado a luz en los 12 meses anteriores en España.	Determinar la relación entre la violencia obstétrica percibida y el riesgo de depresión posparto (PPD)	La puntuación media de la EPDS fue de 8,34 puntos (desviación estándar: 3,80), con un 25,4% (199) en riesgo de PPD (≥ 10 puntos). Los factores de riesgo para PPD incluyeron, multiparidad (aOR: 1,62, IC 95%: 1,10-2,39), ingreso de recién nacidos a la UCIN (aOR: 1,93, IC 95%: 1,06-3,51), experimentar violencia obstétrica verbal (aOR: 2,02, IC 95% : 1,35-3,02) y violencia obstétrica psicoafectiva (ORa: 2,65; IC 95%: 1,79-3,93). Se encontró que la percepción de apoyo durante el embarazo, parto y puerperio es un factor protector: aOR 0,15 (IC 95%: 0,04-0,54) para las mujeres que percibieron suficiente apoyo y aOR 0,13 (IC 95%: 0,0-0,45) para las mujeres que percibieron suficiente apoyo. mujeres que recibieron mucho apoyo
The effect of sleep pattern changes on postpartum depressive symptoms	Lewis, B. A., Gjerdingen, D., Schuver, K., Avery, M., y Marcus, B. H. (2018)	Estudio prospectivo longitudinal	122 mujeres que habían dado a luz recientemente	Explorar la relación entre los cambios en los patrones de sueño auto notificados y los síntomas depresivos en mujeres posparto con un mayor riesgo de depresión posparto.	En general, los problemas de sueño mejoraron significativamente entre las seis semanas y los siete meses después del parto. Sin embargo, los análisis de regresión lineal indicaron que el empeoramiento o la mejora mínima de los problemas del sueño se asociaron con mayores síntomas depresivos a los siete meses del posparto. Con respecto a los tipos específicos de problemas del sueño, los cambios auto informados en la latencia del sueño (es decir, cuánto tiempo se tarda en conciliar el sueño por la noche), disfunción diurna (es decir, dificultad para permanecer despierto durante el día) y calidad del sueño (es decir, calificación subjetiva de la calidad del sueño) se asociaron con niveles más altos de síntomas depresivos.

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
The effects of intrapartum synthetic oxytocin on maternal postpartum mood: findings from a prospective observational study	Lea Takács, Jitka Mlíková Seidlerová, Zuzana Štěrbová, Pavel Čepický, Jan Havlíček (2018)	Estudio prospectivo longitudinal	260 mujeres para las cuatro etapas de recopilación de datos. Esto se debió a la exclusión de algunas participantes debido a la falta de datos de los	Investigar la asociación entre la administración de oxitocina sintética (synOT) durante el parto y el estado de ánimo posparto de las mujeres.	Los factores de riesgo para la PPD incluían antecedentes de depresión (HR = 3,20, IC del 95% 2,33-4,40, p < 0,001) y experiencia negativa en el parto (HR = 1,39, IC del 95% 1,01-1,90, p = 0,040). La regresión logística ajustada para las mismas covariables no encontró ningún efecto significativo de synOT en la tristeza de la maternidad (OR = 0,64, IC del 95 % 0,31-1,32, p = 0,23). Si bien el synOT administrado por vía intraparto no afecta el estado de ánimo materno de inmediato, puede tener efecto algunas semanas después del parto para proteger a las madres del desarrollo
Vitamin D levels and perinatal depressive symptoms in women at risk: a secondary analysis of the mothers, omega-3, and mental health study	Williams, J. A., Romero, V. C., Clinton, C. M., Vazquez, D. M., Marcus, S. M., Chilimigras, J. L., Hamilton, S. E., Allbaugh, L. J., Vahrtian, A. M., Schrader, R. M., & Mozurkewich, E. L. (2016)	Ensayo prospectivo, doble ciego, controlado con placebo y controlado aleatorizado	126 mujeres con gestación individual y edad gestacional entre 12 y 20 semanas	determinar si la baja vitamina D durante el embarazo se asocia con síntomas depresivos	En las mujeres con riesgo de depresión, los niveles bajos de vitamina D al principio del embarazo se asocian con puntuaciones más altas de los síntomas depresivos al principio y al final del embarazo.
Risk Factors for Postpartum Depression, Interpersonal Relationship Anxiety, Neuroticism and Social Support in Women with Postpartum Depression	Naveed, A., & Naz, F. (2022)		100 mujeres ya diagnosticadas con depresión posparto fue reclutada en diferentes hospitales públicos	(a) ver la relación entre los factores de riesgo de depresión posparto, ansiedad en las relaciones interpersonales, apoyo social, neuroticismo y depresión en mujeres con depresión posparto,	Los resultados revelaron una relación positiva significativa entre los factores de riesgo para la depresión posparto, el neuroticismo, la ansiedad y la falta de apoyo social. El neuroticismo, la falta de apoyo social, el auto neuroticismo y la historia del aborto se encontraron como predictores significativos de la depresión posparto y la ansiedad en las relaciones interpersonales.

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
RISK FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION AMONG THE POSTNATAL MOTHERS	PRIYA, S., VENKATESAN, L., & VIJAYALAKSHMI, K. (2017)	Estudio retrospectivo de casos y controles	256 puérperas	Descubrir la asociación entre grupos demográficos seleccionados Variables y depresión posparto entre madres posnatales	Los hallazgos revelaron que entre 256 madres posnatales, el 23% de las madres estaban deprimidas (casos) y el 18% estaban en la depresión límite (controles) y el 59% no tenía depresión posparto (controles). Entre el riesgo demográfico y los factores de la depresión posparto, se encontró que el analfabetismo era el factor de riesgo significativo. Ninguna de las variables obstétricas fue de riesgo importante de DPP-.Factores psicosociales como antecedentes de depresión, ansiedad, psicosis durante este embarazo, vida matrimonial infeliz, historial de acontecimientos importantes de la vida en el último año, dificultades financieras, problemas con las leyes, falta de apoyo de la pareja. Se descubrió que el marido y otras personas eran factores de riesgo importantes de la depresión posparto.
Contextual Effect of Place Of Birth Delivery on Depression In Karanganyar, Central Java	Jannah, A. M., Budihastuti, U. R., & Murti, B. (2019)	Estudio transversal	200 puérperas	objetivo analizar los determinantes de la depresión posparto a nivel individual y el efecto contextual del lugar de nacimiento.	La depresión posparto estuvo influenciada por el apoyo del marido ($b = -2,42$; IC 95% = -4,73 a -0,12; $p = 0,039$), el empleo ($b = -3,43$; 95 % IC = -5,51 a -1,35; $p < 0,001$), ingresos ($b = -3,32$; IC 95% = -6,18 a -0,46; $p = 0,023$), educación ($b = -2,69$; IC 95% = -4,83 a -0,55; $p = 0,014$), estado de embarazo ($b = -3,16$; IC 95% = -5,79 a -0,54; $p = 0,018$), paridad ($b = -2,92$; IC 95% = -5,14 a -0,71; $p = ,010$), estrategias de afrontamiento ($b = -2,38$; IC 95% = -4,46 a -0,21; $p = 0,032$), complicaciones ($b = 3,39$; IC 95% = 0,79 a 5,98; $p = 0,011$) y nivel de escolaridad ($b = 2,68$; IC 95 % = 0,35 a 5,12; $p = 0,024$). Hubo un efecto contextual del lugar del parto sobre la depresión posparto (CCI = 20,15%)
Study of Relationship between Some Predisposing Factors and Postpartum Depression	Ghojazadeh, M., & Mohamadrezaei, Z. (2008)	Estudio descriptivo-analítico	600 mujeres en postparto		En este estudio, el 34,7 % de las madres estaban deprimidas (puntuaciones >12). Los factores de riesgo significativos para la depresión posparto fueron: insatisfacción conyugal, relación con la madre, la suegra y la familia del marido, insatisfacción laboral, condición del hogar, tener una mala experiencia de embarazo, embarazo no planificado, factores estresantes para el cuidado del bebé, método de alimentación infantil, problemas de lactancia, autoestima de la madre y nivel de estrés

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
Determinants of Postpartum Depressive Symptomatology—A Prospective Multivariate Study among Hong Kong Chinese Women	Dominic, T. (2002)	Estudo diagnóstico / Estudo pronóstico	959 mujeres chinas en el puerperio	Identificar los factores demográficos, psicosociales y etnoculturales que determinan la sintomatología de la depresión posparto en las mujeres chinas.	Identificar los factores demográficos, psicosociales y etnoculturales que determinan la sintomatología de la depresión posparto en las mujeres chinas.
Predictors of increased depressive symptoms in the postpartum period	Banovcinova, L., Skodova, Z., & Jakubcikova, K. (2019)	Estudio transversal	510 madres en el puerperio	(1) encontrar la aparición de síntomas depresivos en el grupo de mujeres en posparto; (2) verificar la influencia de factores seleccionados sobre el nivel de depresión posparto.	En la escala de depresión posparto de Edimburgo, las encuestadas alcanzaron una puntuación promedio de 9,3 %C2%B1 5,6; y la prevalencia de síntomas depresivos graves fue del 25,3%. El modelo de regresión lineal mostró que los predictores significativos de la depresión posparto fueron: historia de depresión; dependencia de la opinión de los demás; preocupaciones sobre el futuro; baja satisfacción con la maternidad; problemas con la pareja; problemas con la lactancia; niño lloroso; emociones negativas hacia el bebé; y un pobre dominio de la maternidad.
SAMSUN İL MERKEZİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYON U PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ	SÜNTER, A. T., GÜZ, H., CANBAZ, S., & DÜNDAR, C.	SAMSUN İL MERKEZİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYONU PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ.	380 mujeres que dieron a luz entre el 1 de enero y el 28 de febrero de 2002	determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión posparto (DPP)	La edad promedio de los participantes fue de $26,9 \pm 0,3$ años y se detectó PPD en 88 (23,1%) de las madres. Posibles factores de riesgo: no tener seguridad social ($p<0,01$), antecedentes de enfermedad mental en la madre ($p<0,001$) y familiar ($p<0,01$), problemática relación conyugal ($p<0,01$), tener cónyuge con bajo nivel educativo ($p<0,01$) y tener un parto normal ($p<0,01$). Se encontró que era estadísticamente significativamente mayor que el grupo sin depresión. En el modelo de regresión logística, no tener seguridad social [OR=2,0, (1.1-3.5)], tener antecedentes de enfermedad mental en la madre [OR=3.6, (1.6-7.9)] y Haber dado a luz por vía vaginal [OR=2,0, (1.1-3.5)] se determinó como factor de riesgo para PPD.

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en una unidad de neonatos	David, M. E. D. F. J., & Ospina, T. N. V. (2012)	Estudio descriptivo de corte transversal	64 mujeres entre los 14 y 40 años, con hijos en la Unidad de Neonatos, en el periodo comprendido entre Agosto y Noviembre de 2012	determinar los factores de riesgo psicosociales, demográficos y perinatales, asociados a los síntomas depresivos en madres que tienen un hijo hospitalizado en la unidad de neonatos de una Clínica de IV Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.	Factores psicosociales como: mujeres trabajadoras sean empleadas o independientes, madres de más de 40 años, niveles educativos técnicos, mujeres que conviven con la familia de la pareja y aquellas que tienen dificultades en la lactancia, se asocian a alto riesgo para presentar síntomas depresivos después del parto.
Factores asociados a la depresión postparto en mujeres primíparas de 15 a 40 años de edad en el Perú según ENDES 2019	Rojas Valencia, G. P. (2019)	Estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico	1782 mujeres primíparas entre 15 a 40 años	Determinar los factores asociados a la depresión postparto en mujeres primíparas de 15 a 40 años de edad en el Perú según ENDES 2019	De la muestra de 1782 mujeres primíparas entre 15 a 40 años, se obtuvo una prevalencia de depresión postparto de 4,6%. Las variables estadísticamente significativas fueron el estado civil con p valor=0.000, antecedente de aborto con p valor=0.000, complicaciones después del parto con p valor=0.002 y maltrato físico durante el embarazo con p valor= 0.019.
Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana	Santiago-Sanabria, Leopoldo, Ibarra-Gussi, Pamela María, Rendón-Macías, Mario Enrique, Treviño-Villarreal, Paulina, Islas-Tezpa, David, Porras-Ibarra, Gina Daniela, & Tienhoven, Ximena van. (2023)	Estudio observacional, transversal, relacional y analítico	717 pacientes puérperas	Determinar la prevalencia de depresión posparto en una muestra de población mexicana por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados con su inicio	Los principales factores de riesgo de depresión posparto fueron: el antecedente de trastornos psiquiátricos en la familia, depresión previa, dificultades económicas y ser soltera. Las pacientes pueden cursar con diversos factores de riesgo simultáneos, circunstancia que potencia el riesgo de depresión. Es primordial que el obstetra identifique los factores de riesgo desde el control prenatal, a fin de prevenir que el estado depresivo se agudice durante el puerperio.

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
Changes in Sleep Quality, but not Hormones Predict Time to Postpartum Depression Recurrence	Okun, M. L., Luther, J., Prather, A. A., Perel, J. M., Wisniewski, S., & Wisner, K. L. (2011)	Ensayo clínico aleatorio	Ensayo clínico aleatorio	El objetivo es determinar si la mala calidad del sueño en el posparto se relaciona con un mayor riesgo de recurrencia de la depresión posparto mayor, y si esta relación está influida por cambios en las hormonas relacionadas con el embarazo y las citocinas.	En los análisis del tiempo hasta la recurrencia de depresión mayor postparto (PPMD), la mala calidad del sueño, pero ninguna de las hormonas, se asoció con la recurrencia del PPMD ($p <0,05$) después de controlar la asignación de medicamentos. Con cada aumento de un punto en las puntuaciones de PSQI a lo largo del tiempo, el riesgo de recurrencia de una mujer aumentó aproximadamente en un 25 %. No hubo una asociación significativa entre las puntuaciones de PSQI y las concentraciones de IL-6 en el posparto temprano ($n2= 0,98$, $p = 0,32$).
Risk Factors For Postpartum Depression In A Well-Child Clinic: Maternal And Infant Characteristics	Orhon, F. (2008)	Estudio observacional transversal	103 puérperas	Identificar posibles factores de riesgo para el desarrollo de depresión posparto en madres de bebés que acudieron a visitas de control infantil durante el primer mes.	En esta población socioeconómica alta, veintiocho madres (27,1%) puntuaron en el rango clínico de la EPDS. El desempleo de las madres, los problemas de salud materna durante el embarazo actual, los antecedentes de depresión durante embarazos anteriores y actuales, las complicaciones del parto, los problemas de salud infantil y los problemas de llanto y alboroto del bebé se asociaron con la depresión posparto.
Síntomas depresivos perinatales: prevalência y factores psicosociales asociados	Gaviria, Silvia L., Duque, Marle, Vergel, Juliana, & Restrepo, Diana. (2019)	Se realiza un estudio descriptivo transversal	112 puérperas		En este estudio, 1 de cada 4 mujeres había roto con la pareja y tenía problemas económicos graves durante la gestación; además, 1 de cada 10 había sufrido la muerte de un ser querido en el último año. Estos hallazgos ofrecen la oportunidad de identificar precozmente algunos eventos psicosociales negativos como factores de riesgo de depresión perinatal, lo que permitiría dar acompañamiento y tratamiento oportuno a quienes lo requieren

Nombre	Autor / año	Diseño	Muestra	Objetivos	Resultados
Common mental disorders in pregnancy and postnatal depressive symptoms in the MINA-Brazil study: occurrence and associated factors	Bruno Pereira da Silva Alicia MatijasevichMaíra Barreto MaltaPaulo A R NevesMaria Cristina MazzaiaMaria Cristina Gabrielloni- Márcia C CastroMarly Augusto Cardoso (2022)	Estudio prospectivo de cohorte		Investigar la ocurrencia y los factores asociados a los trastornos mentales comunes en el embarazo y los síntomas depresivos en el posparto, así como la asociación entre ambos en la Amazonía occidental brasileña.	Un total de 461 mujeres completaron las dos evaluaciones clínicas en el embarazo; de ellas, 247 completaron las tres evaluaciones posparto. La aparición de trastorno mental común durante el embarazo fue del 36,2% y 24,5% en la primera y segunda evaluación, respectivamente, y la incidencia acumulada fue del 9,2%. Además, el 50,3% mantuvo el desorden entre evaluaciones. Durante el posparto, aproximadamente el 20% de las madres presentaron síntomas depresivos durante el primer año de vida de sus hijos. La paridad (≥ 2) se asoció con trastornos mentales comunes, mientras que la baja educación materna se asoció con síntomas depresivos posparto. Las mujeres con un trastorno mental común en ambas evaluaciones durante el embarazo tenían 5,6 veces más probabilidades (IC 95%: 2,50-12,60) de desarrollar síntomas depresivos posparto.