

Relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos diagnosticados con cáncer en la Fundación Gloria Latorre de la Ciudad de Santa Marta

Camila Andrea Amaris Granados

Director

Rosy Jaraba Vergara

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH

Psicología

2026

Dedicatoria

“A todas las mujeres que luchan día a día contra el cáncer, cuya fortaleza, valentía y resiliencia son un ejemplo de vida y esperanza”.

Dedico este trabajo a mi familia, y a mis ángeles en el cielo, por su apoyo incondicional, comprensión y confianza en cada etapa de este proceso académico.

A Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por permitirme alcanzar este logro y brindarme la perseverancia necesaria para culminar este proyecto.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Fundación Gloria Latorre, por abrirme las puertas y permitirme llevar a cabo esta investigación en beneficio de las pacientes oncológicas que reciben allí apoyo y acompañamiento.

A mis docentes y asesores, quienes con su guía, conocimientos y aportes académicos hicieron posible el desarrollo de este trabajo investigativo.

A las participantes de este estudio, por su disposición y confianza al compartir sus experiencias, demostrando que aun en medio de la adversidad es posible aportar al avance del conocimiento científico y al bienestar de otras personas.

Finalmente, agradezco profundamente a mi familia y amigos, por su apoyo moral y emocional, por alentarme a no desfallecer y por estar presentes en cada paso de mi formación profesional.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos diagnosticados con cáncer atendidos en la Fundación Gloria Latorre de la ciudad de Santa Marta. La investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, bajo un paradigma positivista, con un diseño no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 80 años, seleccionados mediante criterios de inclusión previamente establecidos.

Para la recolección de la información se emplearon instrumentos estandarizados ampliamente utilizados en el ámbito clínico: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R). El análisis de los datos se realizó mediante estadísticos descriptivos y correlacionales, utilizando el coeficiente Rho de Spearman, considerando un nivel de significancia de $p < .05$.

Los resultados evidenciaron la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre algunas de las variables estudiadas. En particular, se encontró una correlación positiva entre la depresión y la dimensión de reexperimentación del estrés postraumático ($\rho = .264, p < .05$), así como entre la ansiedad y las alteraciones cognitivas negativas ($\rho = .614, p < .01$), indicando que, a mayores niveles de ansiedad, mayor presencia de pensamientos negativos asociados al evento traumático. Asimismo, se identificaron correlaciones positivas entre las dimensiones del estrés postraumático, especialmente entre la evitación conductual y las alteraciones cognitivas negativas ($\rho = .291, p < .05$).

En conclusión, los hallazgos permiten afirmar que existe una relación significativa entre la ansiedad, la depresión y algunos componentes del estrés postraumático en pacientes oncológicos, lo que resalta la importancia de integrar la atención psicológica dentro de los procesos de cuidado en salud para favorecer el bienestar emocional y la calidad de vida de esta población.

Palabras Claves: Ansiedad, Depresión, Estrés postraumático, Cáncer, Pacientes oncológicos.

Abstract

This study aimed to determine the relationship between post-traumatic stress, anxiety, and depression in cancer patients treated at the Gloria Latorre Foundation in Santa Marta, Colombia. The research employed a quantitative approach, within a positivist paradigm, using a non-experimental, correlational, cross-sectional design. The sample consisted of 60 patients, both men and women, aged between 20 and 80 years, selected according to pre-established inclusion criteria.

Data collection utilized standardized instruments widely used in clinical practice: the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and the Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised (EGS-R). Data analysis was performed using descriptive and correlational statistics, employing Spearman's rho coefficient, with a significance level of $p < .05$.

The results revealed statistically significant relationships between some of the variables studied. Specifically, a positive correlation was found between depression and the re-experiencing dimension of post-traumatic stress ($\rho = .264, p < .05$), as well as between anxiety and negative cognitive alterations ($\rho = .614, p < .01$), indicating that higher levels of anxiety were associated with a greater presence of negative thoughts related to the traumatic event. Positive correlations were also identified between the dimensions of post-traumatic stress, particularly between behavioral avoidance and negative cognitive alterations ($\rho = .291, p < .05$).

In conclusion, the findings allow us to affirm that there is a significant relationship between anxiety, depression, and some components of post-traumatic stress in cancer patients,

which highlights the importance of integrating psychological care within health care processes to promote emotional well-being and quality of life in this population.

Keywords: Anxiety, Depression, Post-traumatic stress, Cancer, Cancer patients.

Tabla de Contenido

Introducción.....	11
Descripción del Problema.....	13
Planteamiento del problema.....	13
Formulación del Problema.....	16
Justificación.....	17
Objetivos.....	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos.....	20
Marco Referencial.....	21
Marco Teórico.....	21
Ansiedad.....	21
Depresión.....	23
Trastorno de Estrés postraumático (TEPT).....	25
Antecedentes.....	29
Antecedentes Internacionales.....	29
Antecedentes Nacionales.....	31
Antecedentes Locales.....	33
Marco Legal.....	36
Metodología de la Investigación.....	39
Paradigma de Investigación.....	39
Tipo de Investigación.....	39
Diseño de la Investigación.....	40

Alcance de la Investigación.....	40
Población y Muestra.....	41
Criterios de Inclusión.....	42
Criterios de Exclusión.....	42
Instrumentos de Evaluación.....	42
Procedimiento Aplicado.....	45
Análisis de Datos.....	47
Consideraciones Éticas.....	48
Resultados.....	50
Discusión.....	65
Conclusiones.....	73
Recomendaciones.....	75
Referencias Bibliográficas	77
Apéndices.....	91

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Género</i>	50
Tabla 2 <i>Edad</i>	51
Tabla 3 <i>Nivel Educativo</i>	52
Tabla 4 <i>Diagnóstico</i>	53
Tabla 5 <i>Tratamiento</i>	54
Tabla 6 <i>Antecedentes Psicológicos</i>	55
Tabla 7 <i>Red Social de Apoyo</i>	56
Tabla 8 <i>Niveles de Estrés Postraumático en Pacientes Oncológicos</i>	57
Tabla 9 <i>Niveles de Ansiedad en Pacientes Oncológicos (BAI)</i>	58
Tabla 10 <i>Niveles de Depresión (BDI)</i>	59
Tabla 11 <i>Correlación de Variables: Ansiedad, Depresión y Estrés Postraumático</i>	60

Introducción

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, no solo por su alta incidencia y mortalidad, sino también por el impacto que genera en la vida de las personas en dimensiones sociales, emocionales y económicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2022 se registraron aproximadamente 20 millones de nuevos casos de cáncer y cerca de 9,7 millones de muertes asociadas a esta enfermedad. Asimismo, se estima que para el año 2050 los casos podrían superar los 35 millones, debido principalmente al envejecimiento de la población y a la exposición a factores de riesgo modificables (Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), 2024; Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2022).

En América Latina, el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte, con más de 4,2 millones de casos nuevos y 1,4 millones de muertes en 2022, cifras que podrían aumentar en un 60 % para el año 2045 (OPS, 2022). Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer no solo la atención médica, sino también el acompañamiento psicológico de los pacientes. En Colombia, el cáncer representa una carga importante para el sistema de salud. De acuerdo con la Revista Colombiana de Cancerología (2024), entre 2017 y 2021 se reportaron 101.483 casos nuevos, con una tasa de incidencia de 177 por cada 100.000 habitantes. Además, el Instituto Nacional de Salud (INS, 2022) ha identificado departamentos con mayores riesgos, entre ellos Magdalena, donde se encuentra la ciudad de Santa Marta.

En el contexto colombiano, los pacientes oncológicos enfrentan además dificultades como el acceso limitado a servicios de salud mental, la estigmatización social y la falta de acompañamiento psicosocial continuo (Ministerio 14 de Salud y Protección Social, 2018). Estas condiciones pueden aumentar el riesgo de presentar alteraciones emocionales.

A nivel local, en la ciudad de Santa Marta, el cáncer también constituye una problemática relevante. Según el Análisis de la Situación de Salud del Distrito, los tumores malignos se ubican entre las principales causas de mortalidad, lo que afecta la calidad de vida de la población y genera una alta demanda en los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Más allá de los efectos físicos, el diagnóstico de cáncer puede generar un fuerte impacto emocional en los pacientes. En muchos casos, esta experiencia puede vivirse como un evento traumático, favoreciendo la aparición de síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Estas respuestas emocionales pueden afectar el bienestar psicológico y la capacidad de adaptación a la enfermedad. Por lo anterior, resulta importante analizar la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos, con el fin de comprender mejor su impacto psicológico y aportar a la generación de estrategias de atención integral en contextos como la Fundación Gloria Latorre en la ciudad de Santa Marta.

En este sentido, el presente proyecto de investigación tiene como propósito analizar la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos diagnosticados con cáncer en la Fundación Gloria Latorre de la ciudad de Santa Marta. A partir de este análisis, se busca generar conocimientos que permitan comprender el impacto psicológico asociado a la enfermedad, contribuyendo al fortalecimiento de estrategias de atención integral que incluya el componente emocional como parte fundamental del proceso de tratamiento y acompañamiento de los pacientes.

Descripción del Problema

Planteamiento del Problema

Más allá de las afectaciones físicas, el diagnóstico de cáncer genera un profundo impacto emocional que trasciende la enfermedad en sí misma. Diversos estudios han evidenciado que los pacientes oncológicos presentan niveles elevados de ansiedad y depresión como consecuencia del diagnóstico, los tratamientos exigentes, los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia, así como la incertidumbre frente al pronóstico. Estas manifestaciones psicológicas afectan negativamente la calidad de vida y la adherencia al tratamiento (Moreno Acosta & Palacio, 2015).

Aunque la literatura ha abordado ampliamente la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer, aún existe una limitada producción investigativa que analice de manera conjunta su relación con el estrés postraumático en esta población. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) resalta la importancia de integrar la salud mental en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, dado su impacto en las dimensiones familiar, social y laboral de los pacientes.

En Colombia, el cáncer constituye un desafío significativo para la salud pública. Según la Cuenta de Alto Costo, al 31 de diciembre de 2022 se reportaron 491.048 personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer, así como 46.644 casos nuevos durante ese mismo año. Este panorama evidencia no solo la magnitud de la enfermedad, sino también la necesidad de fortalecer los procesos de atención integral, incluyendo el componente psicológico.

Desde la perspectiva psicológica, el cáncer puede ser considerado un evento potencialmente traumático. El diagnóstico, junto con los tratamientos y la incertidumbre asociada al futuro, puede desencadenar síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT),

tales como recuerdos intrusivos, hipervigilancia y conductas de evitación. Estudios como el de Liu et al. (2022) señalan que el estrés postraumático no sólo afecta el bienestar emocional, sino que también puede influir en procesos biológicos del organismo, como el funcionamiento del sistema inmunológico. En particular, el estrés crónico altera el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, incrementando la producción de cortisol y generando estados inflamatorios que podrían afectar la evolución de la enfermedad.

De igual manera, la ansiedad se presenta de forma frecuente en pacientes oncológicos, intensificando ante procedimientos médicos invasivos, tratamientos prolongados, dolor persistente y la incertidumbre frente al pronóstico. Según Grassi et al. (2023), estos factores generan un estado de angustia que compromete las estrategias de afrontamiento, afectando aspectos como el sueño, el apetito y la capacidad de disfrutar la vida. Esta condición puede interferir en la adherencia al tratamiento, llevando incluso a la inasistencia a citas médicas o al incumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

Por su parte, la depresión surge como respuesta a los cambios significativos en la vida del paciente, tales como el aislamiento social, la pérdida de roles familiares o laborales y la percepción de muerte inminente. Se estima que la ansiedad y la depresión presentan una alta prevalencia en pacientes con cáncer, con tasas que oscilan entre el 20 % y el 50 %, dependiendo del tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y el contexto sociocultural (Mitchell, 2011). Estas condiciones pueden deteriorar la calidad de vida, afectar la respuesta inmunológica y dificultar los procesos de recuperación (National Cancer Institute, 2022).

Desde este panorama, la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión no debe analizarse de forma aislada, ya que estas variables interactúan entre sí, generando un círculo de afectación emocional que puede intensificar el malestar psicológico (Kangas, 2013).

Estudios recientes indican que el estrés persistente, especialmente cuando se asocia con ansiedad y síntomas del Trastorno de estrés postraumático (TEPT), puede alterar funciones biológicas del organismo que resultan desfavorables para el control de tumores. Por ejemplo, Liu et al. (2022) señalan que el estrés crónico activa el sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-hipófisisadrenal, favoreciendo estados inflamatorios y disminuyendo la vigilancia inmunológica. De manera complementaria, Xu et al. (2023) encontraron que el estrés psicológico prolongado puede facilitar la diseminación de células tumorales, lo que evidencia la interacción entre factores psicológicos y procesos fisiológicos.

En el contexto local, la Fundación Gloria Latorre en la ciudad de Santa Marta cumple un papel fundamental en la atención integral de pacientes oncológicos, brindando apoyo en dimensiones médicas, sociales y emocionales. No obstante, se identifica una ausencia de estudios que analicen de manera conjunta el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en esta población específica. Este vacío investigativo limita la posibilidad de diseñar intervenciones psicosociales pertinentes, ajustadas a las necesidades reales de los pacientes.

La falta de identificación oportuna de estas alteraciones emocionales puede generar consecuencias importantes, como la disminución en la calidad de vida, la baja adherencia al tratamiento y la prolongación de los procesos de recuperación, comprometiendo los resultados de la atención en salud (INS, 2022). Además, diversos estudios han señalado que el cáncer, además de ser una enfermedad física, representa una experiencia potencialmente traumática que puede desencadenar síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión (American Cancer Society, 2023; Cordova, 2017).

En este sentido, la evidencia indica que estas variables interactúan de manera bidireccional, generando una sobrecarga emocional significativa. Investigaciones como las de

Mosher et al. (2021) muestran que niveles elevados de estrés postraumático y ansiedad incrementan el riesgo de desarrollar depresión, lo que se asocia con una peor recuperación y menor calidad de vida. Este fenómeno configura un círculo de afectación emocional que requiere ser abordado de manera integral.

Ante este panorama, resulta pertinente desarrollar un estudio que permita comprender la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos atendidos en la Fundación Gloria Latorre de la ciudad de Santa Marta. Este análisis contribuirá a fortalecer el conocimiento en el ámbito regional y a generar insumos para el diseño de estrategias de intervención psicosocial que favorezcan el bienestar emocional de los pacientes.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos diagnosticados con cáncer atendidos en la Fundación Gloria Latorre de la ciudad de Santa Marta?

Justificación

El presente trabajo investigativo contribuye al avance de la psicología de la salud y la psicooncología al profundizar en la comprensión de la relación entre tres variables psicológicas fundamentales: el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos. Diversos autores han señalado que el impacto del cáncer trasciende el ámbito físico, generando respuestas emocionales que pueden configurarse en trastornos psicológicos de relevancia clínica (Massie, 2004; Mitchell et al., 2011). En este sentido, analizar estas variables de manera conjunta permite fortalecer el sustento teórico que orienta las intervenciones psicosociales en contextos oncológicos.

Asimismo, esta investigación aporta evidencia empírica en una población vulnerable que ha sido poco explorada en Colombia, como lo son los pacientes oncológicos. La literatura internacional indica que los síntomas de ansiedad y depresión en esta población presentan prevalencias entre el 30 % y el 40 %, mientras que el estrés postraumático puede alcanzar hasta un 20 % de los casos tras el diagnóstico (Pitman et al., 2018; Cordova et al., 2017). Estos hallazgos evidencian la necesidad de abordar el fenómeno desde una perspectiva integral que contemple tanto los aspectos físicos como psicológicos del cáncer.

El cáncer se posiciona como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global, regional y local, representando no solo un desafío médico, sino también una experiencia emocional compleja para quienes lo padecen (OMS, 2022). Las personas diagnosticadas suelen enfrentar síntomas de ansiedad, depresión y, en algunos casos, estrés postraumático, asociados a la percepción de amenaza a la vida, los procedimientos invasivos, los efectos secundarios del tratamiento y los cambios en su entorno social y familiar (Gómez

Sancho, 2018). Esta situación resalta la importancia de implementar estrategias de apoyo psicológico que favorezcan el bienestar integral de los pacientes y sus familias (OMS, 2020).

Desde el enfoque cognitivo, la ansiedad puede entenderse como el resultado de interpretaciones distorsionadas en las que el individuo sobreestima el peligro y subestima sus recursos de afrontamiento (Beck y Emery, 1985). Por su parte, la depresión se asocia con patrones de pensamiento negativos sobre sí mismo, el entorno y el futuro (Beck, 1976). Estas alteraciones cognitivas no solo afectan el bienestar emocional, sino que también pueden interferir en la adherencia al tratamiento médico y en la funcionalidad diaria del paciente, lo que justifica la importancia de su estudio en poblaciones sometidas a altos niveles de estrés, como los pacientes atendidos en la Fundación Gloria Latorre.

Desde una perspectiva social, esta investigación se justifica en la medida en que el cáncer no solo impacta al paciente, sino también a su entorno familiar y a sus cuidadores. Los niveles elevados de estrés postraumático, ansiedad y depresión pueden incrementar el sufrimiento psicosocial y afectar las relaciones familiares y de apoyo (Jiménez-Fonseca et al., 2018). Además, este estudio contribuye a visibilizar la importancia de la salud mental en el ámbito oncológico, históricamente relegada frente al enfoque biomédico, favoreciendo la reducción del estigma asociado a los trastornos psicológicos.

En términos de salud pública, no abordar oportunamente estos trastornos puede generar altos costos sociales y económicos, debido a la necesidad de tratamientos prolongados y al riesgo de discapacidad a largo plazo. En este sentido, investigaciones como la presente permiten fundamentar el diseño de programas preventivos, los cuales resultan más eficaces y menos costosos que las intervenciones tardías (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Asimismo, el estudio promueve el enfoque biopsicosocial en la atención integral del cáncer, en coherencia con los lineamientos que reconocen la salud mental como un eje transversal en el manejo de enfermedades crónicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En el contexto local, la Fundación Gloria Latorre desempeña un papel importante en la atención integral de pacientes oncológicos en la ciudad de Santa Marta, brindando apoyo en dimensiones médicas, sociales y emocionales. Sin embargo, no se evidencian estudios sistemáticos que analicen la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en esta población específica. Esta ausencia limita la formulación de estrategias de intervención psicológica ajustadas a las necesidades reales de los pacientes. Por tanto, esta investigación permitirá generar insumos relevantes para el diseño de programas de acompañamiento psicológico, tales como intervenciones cognitivo-conductuales, estrategias de afrontamiento y grupos de apoyo, que contribuyan al bienestar emocional de los pacientes.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio presenta un aporte significativo al analizar de manera conjunta tres variables psicológicas que, aunque ampliamente estudiadas, han sido abordadas en su mayoría de forma aislada. Este enfoque integrador permitirá una comprensión más completa del fenómeno y podrá servir como base para futuras investigaciones en contextos similares (Mehnert et al., 2018).

De igual forma, se destaca que la presente investigación se articula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente con el ODS 3: Salud y bienestar, al promover el bienestar integral de una población vulnerable, y con el ODS 10: Reducción de las desigualdades, al generar conocimiento que favorezca el acceso equitativo a servicios de atención psicosocial en contextos donde estas investigaciones son limitadas (ONU, 2015).

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos diagnosticados con cáncer atendidos en la Fundación Gloria Latorre de la ciudad de Santa Marta.

Objetivos Específicos

Medir los niveles de estrés postraumático en los pacientes oncológicos de la Fundación Gloria Latorre.

Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes oncológicos.

Analizar la relación estadística entre el estrés postraumático y los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes oncológicos.

Marco Referencial

Marco Teórico

Ansiedad

La ansiedad puede comprenderse como una respuesta emocional de anticipación frente a una amenaza futura, real o percibida. A diferencia del miedo, que suele activarse ante un peligro inmediato, la ansiedad se relaciona con la expectativa de daño, incertidumbre o pérdida de control. Barlow (2002) plantea que la ansiedad es una emoción orientada al futuro, acompañada por un estado de alerta en el que la persona se prepara para afrontar eventos que percibe como impredecibles o difíciles de controlar. Desde esta perspectiva, no se trata solo de una reacción afectiva, sino de un sistema de respuesta que involucra activación fisiológica, sesgos cognitivos y conductas de evitación.

Desde el enfoque cognitivo, Beck, et al. (1985) sostienen que la ansiedad surge cuando el individuo procesa la información desde esquemas centrados en la amenaza. Según estos autores, las personas ansiosas tienden a sobreestimar el peligro y a subestimar sus recursos de afrontamiento, lo que favorece pensamientos automáticos de vulnerabilidad, catástrofe e indefensión. En este sentido, el postulado central del modelo cognitivo es que la ansiedad no depende únicamente de la situación objetiva, sino de la interpretación que la persona hace de ella.

Uno de los desarrollos teóricos más influyentes para esta variable es la teoría de la ansiedad estado-rasgo de Spielberger (1983). Este autor diferencia la ansiedad-estado, entendida como una reacción emocional transitoria caracterizada por tensión, nerviosismo y activación autonómica frente a una situación concreta, de la ansiedad-rasgo, concebida como una predisposición relativamente estable a percibir numerosas situaciones como amenazantes. El

valor de este planteamiento radica en que explica por qué dos personas pueden enfrentar un mismo evento crítico y responder de manera emocional distinta: una puede experimentar una reacción situacional pasajera, mientras otra, por su mayor vulnerabilidad disposicional, puede desarrollar respuestas más intensas y persistentes.

En términos de componentes, la ansiedad incluye una dimensión cognitiva, una fisiológica y una conductual. Lang (1968), con su teoría del triple sistema de respuesta, propuso que la ansiedad se expresa a través de pensamientos de amenaza y preocupación, activación corporal como taquicardia, tensión muscular o sudoración, y conductas de escape, evitación o hipercontrol. Este postulado resulta especialmente útil en investigación psicológica porque permite operacionalizar la ansiedad en indicadores observables y diferenciarla en varios planos del funcionamiento humano.

En el plano clínico, el DSM-5 describe que los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos, acompañados de alteraciones conductuales asociadas. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran inquietud, fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño y diversas manifestaciones autonómicas. En pacientes con cáncer, el National Cancer Institute (2013) indica que la ansiedad puede intensificarse por la incertidumbre diagnóstica, el temor a la progresión de la enfermedad, los procedimientos médicos invasivos y la percepción de amenaza vital, afectando la calidad de vida y la capacidad de adaptación al tratamiento.

En el contexto oncológico, esta variable adquiere una importancia especial porque el cáncer confronta al paciente con la posibilidad de dolor, pérdida funcional, cambios corporales y muerte. Por ello, la ansiedad no debe entenderse únicamente como una reacción emocional esperable, sino como una respuesta que, si se intensifica o se cronifica, puede interferir en la

adherencia terapéutica, la comunicación con el equipo de salud y el bienestar psicológico general. Desde la lógica de Spielberger (1983), el diagnóstico puede activar ansiedad-estado, mientras que la ansiedad-rasgo explicaría por qué algunos pacientes muestran una mayor vulnerabilidad emocional durante todo el proceso de enfermedad.

Depresión

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por un estado persistente de tristeza, vacío emocional o irritabilidad, junto con pérdida de interés o placer en actividades que antes resultaban significativas. No se limita a una experiencia subjetiva de desánimo, sino que compromete el pensamiento, la motivación, la conducta, la energía y el funcionamiento global. En el ámbito clínico, la depresión se asocia con una disminución del funcionamiento personal, social y ocupacional, por lo que su comprensión exige una mirada multidimensional. El NCI subraya que en pacientes con cáncer la depresión puede relacionarse tanto con factores emocionales como con dolor, fatiga, discapacidad, cambios biológicos y estrés acumulado por la enfermedad.

Uno de los autores más representativos en la psicología de la depresión es Aaron T. Beck. Desde su modelo cognitivo, Beck (1976) y luego Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) plantearon que la depresión se sostiene en esquemas negativos profundamente arraigados, que llevan al individuo a interpretar la experiencia de manera pesimista. Su postulado central es la tríada cognitiva negativa, según la cual la persona deprimida desarrolla una visión desfavorable de sí misma, del mundo y del futuro. Esta formulación explica por qué la depresión no solo involucra tristeza, sino también desesperanza, inutilidad, culpa y anticipación negativa.

Desde este modelo, las distorsiones cognitivas ocupan un lugar central. Beck plantea que las personas con depresión tienden a incurrir en inferencias arbitrarias, generalización excesiva,

abstracción selectiva y pensamiento dicotómico. En otras palabras, la experiencia cotidiana es filtrada por patrones de pensamiento que privilegian el fracaso, la pérdida y la desvalorización personal. Este enfoque resulta especialmente pertinente en investigación psicológica porque permite vincular síntomas afectivos con procesos cognitivos específicos y medibles.

Otro modelo clásico es el modelo conductual de Lewinsohn. Según Lewinsohn (1974), la depresión puede entenderse como el resultado de una disminución en la frecuencia de reforzamiento positivo contingente a la conducta. Su postulado principal es que, cuando la persona reduce su contacto con actividades gratificantes y con relaciones significativas, se produce un círculo de retraimiento, inactividad y desánimo que mantiene el cuadro depresivo. Este modelo aporta una lectura funcional de la depresión, al mostrar que no solo intervienen pensamientos negativos, sino también pérdidas en las fuentes de recompensa del entorno.

Desde la perspectiva interpersonal, Klerman y Weissman desarrollaron la psicoterapia interpersonal para la depresión sobre la base de que los episodios depresivos suelen vincularse con duelos, disputas interpersonales, transiciones de rol y déficits en relaciones significativas. El postulado de este enfoque es que la depresión se comprende mejor cuando se examina en el contexto de las relaciones sociales actuales, porque los vínculos pueden actuar como factores precipitantes, mantenedores o protectores. Este enfoque resulta muy valioso para estudios clínicos en oncología, dado que el cáncer altera roles familiares, laborales y conyugales, además de afectar la red de apoyo del paciente.

En sus componentes clínicos, la depresión integra síntomas afectivos, cognitivos, somáticos y conductuales. Según el DSM-5, para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor deben presentarse al menos cinco síntomas durante dos semanas, entre ellos estado de ánimo deprimido o pérdida de interés, acompañados de alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de

inutilidad o culpa, dificultades de concentración, cambios en el apetito y pensamientos de muerte. En pacientes con cáncer, esta sintomatología puede verse agravada por la carga física de la enfermedad, lo que exige una evaluación cuidadosa para diferenciar síntomas depresivos de efectos médicos o del tratamiento.

En el ámbito oncológico, la depresión tiene implicaciones profundas porque puede disminuir la motivación para continuar el tratamiento, debilitar la percepción de autoeficacia, afectar la adherencia y deteriorar la calidad de vida. Por ello, su abordaje teórico no debe reducirse a la tristeza reactiva frente al diagnóstico. Más bien, debe entenderse como un fenómeno complejo donde confluyen cogniciones negativas, pérdida de reforzadores, cambios relacionales y sufrimiento físico prolongado.

Trastorno de Estrés postraumático (TEPT)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una alteración psicológica que puede aparecer después de la exposición a un acontecimiento extremadamente amenazante o aterrador. Su importancia dentro de la psicología clínica radica en que no se explica solo por el hecho traumático en sí, sino por la manera en que dicho evento es procesado, almacenado e interpretado por la persona. En otras palabras, el trauma no actúa únicamente como un estímulo externo, sino como una experiencia que reorganiza la memoria, la percepción de seguridad, la regulación emocional y la relación del sujeto con el entorno. Desde esta perspectiva, el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), debe entenderse como un trastorno complejo en el que convergen componentes cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales. El marco diagnóstico actual mantiene esa comprensión multidimensional: en DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) el trastorno se organiza en cuatro grupos sintomáticos, mientras que la CIE11 lo sintetiza en reexperimentación, evitación persistente y sensación continua de amenaza.

Desde la psicología contemporánea, el trauma no se concibe únicamente como un hecho doloroso, sino como una experiencia que desborda la capacidad habitual de afrontamiento del individuo. Esto significa que no toda vivencia difícil genera Trastorno de estrés postraumático (TEPT), sino aquella que compromete profundamente el sentido de seguridad, control e integridad personal. En este marco, el trastorno aparece cuando el sujeto continúa respondiendo como si el peligro siguiera presente, aun cuando el evento ya haya terminado. Esa persistencia de amenaza es uno de los elementos más importantes para distinguir el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) de otras reacciones emocionales intensas. El modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000) precisamente sostiene que el trastorno se mantiene cuando la persona procesa el trauma de tal manera que sigue experimentando una sensación de amenaza actual, debido a interpretaciones negativas del acontecimiento y de sus consecuencias, junto con una memoria traumática fragmentada y poco integrada.

Uno de los aportes clásicos más relevantes es el de Foa y Kozak (1986) y Ehlers y Clark (2000), quienes formularon el modelo de procesamiento emocional del miedo. Según esta teoría, las experiencias traumáticas se organizan en la memoria como una red o estructura de miedo que contiene información sobre estímulos, respuestas y significados asociados al peligro. El postulado central de este modelo es que, en el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), esta red adquiere un carácter patológico porque queda cargada de asociaciones rígidas, sobre generalizadas y fácilmente activables. Por ello, estímulos objetivamente neutros, como un olor, un sonido, una sala médica o una conversación, pueden disparar respuestas intensas de miedo, recuerdos intrusivos y evitación. Foa y Kozak plantean además que el mantenimiento del trastorno se relaciona con la imposibilidad de modificar esa estructura de miedo, especialmente

cuando la persona evita los recordatorios traumáticos y no logra incorporar información correctiva de seguridad.

Este modelo es muy valioso porque explica por qué el trauma sigue irrumpiendo en el presente. No se trata solo de “recordar algo malo”, sino de que la memoria traumática conserva una cualidad de inmediatez y amenaza. Por eso, las experimentaciones del Trastorno de estrés postraumático (TEPT), no funcionan como recuerdos narrativos comunes, sino como vivencias cargadas de emoción y corporalidad, en las que el sujeto siente que el evento vuelve a ocurrir.

En el contexto oncológico, el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) ha cobrado especial interés porque el cáncer puede ser vivido como una experiencia potencialmente traumática. No solo por el momento del diagnóstico, sino por la acumulación de situaciones amenazantes a lo largo del proceso: la posibilidad de muerte, la incertidumbre pronóstica, los procedimientos invasivos, los cambios corporales, el dolor, la pérdida de autonomía y el temor a la recaída. El National Cancer Institute (2014) señala que los síntomas de estrés postraumático relacionados con cáncer pueden aparecer en cualquier momento del trayecto oncológico: desde el diagnóstico, durante el tratamiento, después de finalizarlo o en contextos de recurrencia. Entre los síntomas descritos por esta fuente se encuentran pensamientos intrusivos, conductas evitativas, hiperactivación, sensación de aislamiento y respuesta intensa a recordatorios del cáncer o de su tratamiento.

Desde el punto de vista psicológico, esto significa que algunos pacientes no sólo enfrentan una enfermedad grave, sino también una experiencia que amenaza profundamente su seguridad subjetiva. En ellos, una consulta médica, el olor del hospital, una llamada del especialista o un síntoma corporal pueden reactivar respuestas traumáticas. Además, el National Cancer Institute NCI, advierte que factores como antecedentes traumáticos, bajo apoyo social y

carga emocional previa pueden aumentar la probabilidad de desarrollar síntomas postraumáticos clínicamente significativos.

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

En el contexto internacional, diversos estudios han evidenciado la alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, así como su relación con factores clínicos y psicosociales.

En China, Xu et al. (2020) realizaron un estudio transversal con 209 pacientes diagnosticados con cáncer oral en hospitales de tercer nivel en Shenyang, con el objetivo de analizar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión y sus factores asociados. Para ello, emplearon la *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* como instrumento de evaluación.

Los resultados mostraron que aproximadamente el 45 % de los pacientes presentaban síntomas depresivos y cerca del 38 % ansiedad, evidenciando que factores como el estadio avanzado de la enfermedad, la presencia de dolor persistente y el bajo apoyo social incrementaron significativamente el riesgo de malestar emocional. Los autores concluyen que es fundamental implementar estrategias de detección temprana y acompañamiento psicológico en pacientes con cáncer, dado el impacto de estas variables en su bienestar y proceso de tratamiento.

Por su parte, en Alemania, Faller et al. (2023) desarrollaron un estudio longitudinal multicéntrico con una muestra de 1.398 pacientes con distintos tipos de cáncer, con el propósito de evaluar la evolución de la ansiedad desde el diagnóstico hasta un año posterior al tratamiento. Utilizando el cuestionario *GAD-7*, encontraron que el 13,8 % de los pacientes presentaban niveles clínicamente significativos de ansiedad, los cuales tendían a mantenerse a lo largo del tiempo, especialmente en aquellos con menor acceso a información sobre su enfermedad y tratamiento. Este hallazgo sugiere que la ansiedad no es solo una respuesta inicial al diagnóstico, sino una condición persistente que requiere seguimiento psicológico continuo. Asimismo, una

revisión sistemática y metaanálisis desarrollada en población oncológica adulta en China evidenció que la prevalencia de depresión oscilaba entre el 25,8 % y el 58 %, mientras que la ansiedad se ubicaba entre el 32 % y el 40 %, dependiendo del tipo de cáncer y de los instrumentos de medición utilizados. Estos resultados reflejan la magnitud del problema y respaldan la necesidad de integrar la atención en salud mental dentro de los servicios oncológicos.

A nivel global, el metaanálisis realizado por Amiri et al. (2024), que incluyó 84 estudios con pacientes diagnosticados con cáncer, tuvo como objetivo estimar la prevalencia de ansiedad en esta población. Los resultados indicaron una prevalencia global aproximada del 23 % (IC 95 %: 22-25 %), con mayor incidencia en mujeres y variaciones según el tipo de cáncer. Este estudio resalta que la ansiedad constituye una condición frecuente y clínicamente relevante en pacientes oncológicos, lo que justifica la inclusión de intervenciones psicológicas desde etapas tempranas del tratamiento.

En esta misma línea, una revisión tipo *umbrella* publicada en BMC Psychiatry (2025) analizó múltiples metaanálisis para identificar los determinantes de depresión y ansiedad en sobrevivientes de cáncer. Los resultados mostraron prevalencias del 33,16 % para depresión y del 30,55 % para ansiedad, evidenciando que factores como el estadio avanzado de la enfermedad, la mala calidad del sueño y el bajo apoyo social se asocian significativamente con estas alteraciones emocionales. Este estudio aporta evidencia sólida sobre la interacción entre variables clínicas y psicosociales en el desarrollo del malestar emocional en oncología.

De manera complementaria, investigaciones recientes han demostrado que la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático no sólo coexisten, sino que se presentan de forma concurrente en pacientes con cáncer. En un metaanálisis internacional desarrollado durante la

pandemia de COVID-19, se evidenció que aproximadamente un tercio de los pacientes presentaban síntomas clínicamente significativos de ansiedad, depresión y estrés postraumático, lo que indica una fuerte interrelación entre estas variables (Zhang et al., 2022). Los autores señalan que factores como el aislamiento social, la interrupción de tratamientos y la incertidumbre aumentaron la carga emocional, intensificando la aparición simultánea de estas condiciones.

Antecedentes Nacionales

En Colombia, la investigación sobre salud mental en pacientes oncológicos ha mostrado resultados consistentes con la literatura internacional, destacando la presencia de ansiedad y depresión como problemas relevantes en esta población.

En Bogotá, Ríos (2018) realizó un estudio observacional con 220 pacientes oncológicos, con el objetivo de analizar la relación entre ansiedad, depresión y calidad de vida. Utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de ansiedad de Hamilton, encontró que el 32 % de los pacientes presentaban depresión clínicamente significativa y el 27 % niveles moderados a graves de ansiedad. Estos resultados evidencian el impacto directo de estas variables en el bienestar emocional y la adaptación al tratamiento.

Estos hallazgos permitieron concluir que la salud mental constituye un componente esencial dentro de la atención integral del paciente con cáncer. De igual manera, en Medellín, Moreno Acosta, Natalia Krikorian y Claudia Palacio (2015) realizaron una investigación orientada a evaluar el malestar emocional y la percepción de competencia personal en pacientes con cáncer.

A través de la aplicación de la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Escala de Competencia Percibida, encontraron una relación inversamente proporcional entre la

percepción de capacidad de afrontamiento y los niveles de ansiedad y depresión. Es decir, los pacientes que percibían menores recursos personales para enfrentar la enfermedad tendían a presentar mayor malestar emocional. Los autores concluyen que la percepción de autoeficacia y control personal constituye un factor protector relevante frente a las alteraciones emocionales derivadas del proceso oncológico.

Posteriormente, Tatis Méndez et al. (2023), en un estudio de cohorte realizado con pacientes sometidos a quimioterapia en Medellín, analizaron la relación entre ansiedad, depresión y apoyo social percibido. Los resultados mostraron que los pacientes con menor percepción de apoyo familiar y social presentaban mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Asimismo, identificaron que el acompañamiento emocional y las redes de apoyo favorecían una mejor adherencia al tratamiento y una adaptación psicológica más adecuada frente a la enfermedad.

Este estudio resalta la importancia de considerar los factores psicosociales como elementos fundamentales en el abordaje integral del cáncer. De manera más reciente, Mercado-Lara et al. (2024) evaluaron la relación entre ansiedad, depresión y deterioro cognitivo en pacientes con cáncer durante el tratamiento oncológico. Los investigadores encontraron que la ansiedad clínica se asociaba significativamente con el deterioro cognitivo posterior al inicio del tratamiento, especialmente en procesos relacionados con atención, memoria y velocidad de procesamiento.

Este hallazgo sugiere que la ansiedad no solo afecta el bienestar emocional, sino también funciones neuropsicológicas relevantes para la adaptación del paciente y el seguimiento terapéutico. Adicionalmente, en el contexto colombiano, investigaciones desarrolladas por Krikorian et al. (2013) han señalado que los pacientes con cáncer frecuentemente experimentan

altos niveles de sufrimiento emocional relacionados con incertidumbre, miedo a la progresión de la enfermedad, alteraciones en la imagen corporal y temor a la muerte.

Los autores destacan que el malestar emocional suele mantenerse invisibilizado dentro de la atención médica tradicional, a pesar de su impacto sobre la calidad de vida y la adherencia terapéutica. En este sentido, recomiendan fortalecer la evaluación psicológica sistemática en oncología y promover intervenciones psicooncológicas tempranas. De igual forma, estudios realizados en instituciones hospitalarias colombianas han evidenciado que las mujeres con cáncer de mama presentan mayores niveles de ansiedad y depresión durante las fases iniciales del diagnóstico y tratamiento, especialmente cuando existen cambios corporales, dolor persistente o percepción de bajo apoyo social.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado por la literatura internacional respecto al impacto emocional del cáncer sobre la identidad personal, la autoestima y las dinámicas familiares.

Antecedentes Local (Región Caribe, Santa Marta)

En el contexto local de la Región Caribe, específicamente en Santa Marta, la evidencia empírica sobre la relación entre ansiedad, depresión y estrés postraumático en pacientes oncológicos es aún limitada; sin embargo, existen estudios que permiten aproximarse a la comprensión del malestar emocional en poblaciones con enfermedades crónicas y condiciones de vulnerabilidad.

En Santa Marta, Ferrei (2009) desarrolló un estudio en tres centros oncológicos con el objetivo de identificar la presencia de esquemas desadaptativos tempranos en pacientes con cáncer. A través de la aplicación del *Young Schema Questionnaire (YSQ)* en una muestra de 80 pacientes adultos, se evidenció una alta prevalencia de esquemas relacionados con abandono,

vulnerabilidad al daño y dependencia. Estos hallazgos sugieren que los pacientes oncológicos presentan estructuras cognitivas que incrementan su susceptibilidad a experimentar ansiedad y depresión frente a la enfermedad, dado que interpretan la experiencia desde la inseguridad y la pérdida de control.

Posteriormente, en el ámbito regional, Campo-Arias, Pedrozo-Pupo y Ceballos-Ospino (2021) realizaron un estudio en población con enfermedades crónicas en el Caribe colombiano, encontrando que una proporción significativa de los pacientes presentaba síntomas de ansiedad y depresión que interfieren en su funcionamiento cotidiano y en su capacidad de afrontamiento.

Los autores señalan que el diagnóstico de enfermedades graves, los tratamientos prolongados y las limitaciones funcionales generan una carga emocional sostenida que favorece la aparición de trastornos afectivos, y sugieren que estas condiciones pueden coexistir y potenciarse mutuamente en contextos clínicos.

De igual manera, informes institucionales y diagnósticos situacionales han evidenciado que la ansiedad, la depresión y el estrés constituyen problemáticas relevantes en la salud mental de la población del Magdalena. En este sentido, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del distrito de Santa Marta ha recomendado fortalecer la integración de la salud mental en los servicios de atención, especialmente en grupos vulnerables como pacientes con enfermedades crónicas, entre ellos los oncológicos, debido al impacto que estas condiciones tienen en la calidad de vida y el bienestar psicosocial.

En el ámbito académico regional, reportes de la Universidad del Magdalena (2023) han señalado que la ansiedad, la depresión y el estrés son algunas de las principales problemáticas de salud mental en la población local, destacando que estas condiciones afectan significativamente la vida cotidiana, las relaciones sociales y la capacidad de afrontamiento de los individuos. Estos

hallazgos refuerzan la necesidad de investigar dichas variables en poblaciones clínicas específicas.

Asimismo, la evidencia colombiana permite contextualizar estos hallazgos locales. Investigaciones en pacientes oncológicos han demostrado que la ansiedad y la depresión son altamente prevalentes y suelen coexistir, afectando la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. En este sentido, aunque los estudios específicos en Santa Marta son escasos, es razonable inferir que la población oncológica local enfrenta dinámicas similares de malestar emocional.

Por otro lado, desde la perspectiva institucional, organizaciones como la Fundación Gloria Latorre en Santa Marta han desarrollado programas de acompañamiento integral para pacientes con cáncer, incluyendo apoyo emocional, social y actividades de bienestar. No obstante, no se han identificado estudios científicos que evalúen sistemáticamente la relación entre ansiedad, depresión y estrés postraumático en esta población, lo que evidencia una brecha entre la práctica asistencial y la producción investigativa.

Marco Legal

El marco legal constituye un pilar esencial en esta investigación porque ofrece la base normativa que respalda el derecho de los pacientes oncológicos a recibir una atención integral que no se limite únicamente a los tratamientos médicos, sino que también incluya el cuidado de su salud mental. En este sentido, contar con un marco jurídico que oriente la atención en salud permite garantizar que los pacientes con cáncer tengan acceso a programas de prevención, diagnóstico temprano y acompañamiento psicológico frente a problemas como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Asimismo, el marco legal otorga legitimidad a la investigación, pues la vincula directamente con compromisos nacionales e internacionales. Normas como la Ley 1616 de 2013, que establece la salud mental como un derecho prioritario, y lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) sobre el abordaje de trastornos emocionales, permiten sustentar que el estudio no solo responde a una necesidad académica, sino a una obligación ética y legal. De esta manera, el marco legal contribuye a que los resultados de esta investigación puedan tener un impacto real en la práctica clínica y en la formulación de políticas públicas.

El cáncer es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, y el marco legal que regula la atención en salud mental de pacientes con enfermedades crónicas ha adquirido relevancia en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) reconoció el estrés y los trastornos emocionales como fenómenos ocupacionales, y en el caso de pacientes con cáncer, recomienda la inclusión de la salud mental como componente fundamental de la atención integral. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) ha instado a los países de la región a fortalecer los sistemas de salud mental, promoviendo intervenciones que

aborden tanto el impacto físico como el psicológico de enfermedades de alta carga como el cáncer.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 establece en su artículo que la salud es un derecho fundamental y de carácter obligatorio, lo que ha servido de base para garantizar la atención integral en enfermedades crónicas como el cáncer. En concordancia, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo propósito es garantizar la cobertura y la atención de calidad para toda la población, incluyendo tratamientos de alta complejidad como los oncológicos. Posteriormente, la Ley 1438 de 2011 fortaleció este sistema y subrayó la necesidad de articular la atención en salud física y mental como parte del modelo de atención integral en salud.

Más específicamente, la Ley 1616 de 2013, conocida como la Ley de Salud Mental en Colombia, representa un avance fundamental, ya que establece la salud mental como un derecho prioritario y obliga al Estado a incluir programas de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental en todos los niveles de atención. Esta normativa respalda la importancia de considerar a los pacientes oncológicos no solo desde la dimensión médica, sino también desde el acompañamiento psicológico, garantizando servicios que reduzcan la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático derivados del diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 también reconoció la salud mental como un eje transversal, integrando lineamientos para la detección temprana y la atención de los trastornos emocionales en poblaciones con alta carga de enfermedad, como los pacientes con cáncer. En la actualidad, estos lineamientos se actualizan con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, que recomiendan tamizajes sistemáticos para ansiedad, depresión y estrés en enfermedades crónicas.

A nivel regional, los Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Distrito de Santa Marta han señalado la necesidad de fortalecer la red de salud mental en el territorio, debido a la alta prevalencia de problemas emocionales y la limitada cobertura de servicios especializados. Esta realidad hace aún más pertinente que instituciones como la Fundación Gloria Latorre integren programas de apoyo psicosocial en la atención de pacientes con cáncer, alineándose con las políticas nacionales y respondiendo a las necesidades locales.

En este sentido, el marco legal no sólo es legítimo, sino que exige la inclusión de intervenciones psicológicas en el abordaje integral del cáncer. Reconocer y atender variables como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático en pacientes oncológicos es coherente con las obligaciones internacionales y nacionales en materia de salud mental, y contribuye al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3), que buscan garantizar vidas saludables y promover el bienestar en todas las edades.

Metodología

Paradigma de Investigación

La presente investigación se basó en el paradigma positivista, que asume que la realidad es objetiva, externa al observador y, por lo tanto, susceptible de ser medida y analizada sistemáticamente (Villamar, 2015). Este marco es pertinente dado que el estudio buscó establecer de manera objetiva la relación estadística entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos de la Fundación Gloria Latorre. Para cumplir con esta premisa, el positivismo privilegia el uso de datos cuantitativos obtenidos a través de instrumentos psicométricos estandarizados como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del TEPT (EGSR). La aplicación de métodos científicos y el análisis estadístico garantizan la precisión y confiabilidad de los resultados, rechazando la interpretación subjetiva y buscando patrones que puedan generalizarse a una población más amplia (Hernández-Sampieri et al., 2014; Villamar, 2015).

Tipo de Investigación

El tipo de investigación se basó en cuantitativo y correlacional. Este enfoque permite, mediante la recolección y el análisis estadístico de datos numéricos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), identificar la asociación estadística entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en la población de pacientes oncológicos de la Fundación Gloria Latorre. El diseño se centra en el análisis de estas relaciones sin establecer, en ningún momento, una conexión de causa y efecto o causalidad directa (Velázquez, 2018).

Diseño de Investigación

El diseño fue de carácter no experimental y de corte transversal, debido a que las variables fueron manipuladas, sino observadas en su contexto natural, y los datos se recolectaron en un único momento del tiempo. Este enfoque transversal es pertinente porque permite describir y analizar simultáneamente la relación entre variables psicológicas como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático en un punto específico del proceso de enfermedad, facilitando la identificación de patrones de asociación sin requerir seguimiento longitudinal (Hernández Sampieri et al., 2014). El diseño no experimental y transversal también resulta pertinente porque respeta la naturaleza ética del estudio, al no intervenir ni modificar las condiciones de los pacientes, sino limitarse a observar y analizar la relación entre las variables en su contexto real (Hernández-Sampieri et al., 2014). Esto es especialmente relevante en el ámbito oncológico, donde los procesos de diagnóstico y tratamiento ya implican un alto nivel de vulnerabilidad. De este modo, el diseño permite recolectar información válida sin poner en riesgo a los participantes, garantizando al mismo tiempo la rigurosidad científica del proceso (Mata-Solís, 2019).

Alcance de la Investigación

En cuanto a su alcance, el estudio es descriptivo en un nivel básico, por lo que busca aportar evidencia científica que permita comprender cómo estos factores psicológicos interactúan en una población altamente vulnerable. El alcance de la investigación no se limita únicamente a identificar relaciones estadísticas, sino que busca aportar a la comprensión de la experiencia psicológica de los pacientes oncológicos. Al tratarse de un estudio correlacional de nivel descriptivo inicial, sus hallazgos permitieron reconocer patrones de relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión, lo que servirá como base para investigaciones

posteriores de carácter longitudinal. En este sentido, aunque el diseño no permite establecer causalidad, sí ofrece un panorama sólido sobre cómo estas variables interactúan en la población estudiada y cómo pueden afectar la calidad de vida, la adherencia a tratamientos y el bienestar general de los pacientes (Hernández-Sampieri et al., 2014; Velázquez, 2018).

Población y muestra

La población objeto de estudio estuvo conformada por 60 pacientes oncológicos pertenecientes a la Fundación Gloria Latorre, provenientes de diferentes ciudades y departamentos, pero que reciben atención y tratamiento en la ciudad de Santa Marta. Estos pacientes son atendidos en distintos escenarios clínicos, entre los que se encuentran la Clínica Mar Caribe y su hogar de paso, el Hospital Julio Méndez Barreneche y el Centro Cancerológico del Caribe, instituciones que articulan sus servicios con la Fundación y brindan acompañamiento integral a esta población.

A partir de esta población, se seleccionó una muestra $N= 60$ pacientes oncológicos, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 80 años, quienes cumplieran con los criterios de inclusión establecidos para la investigación. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, considerando la disponibilidad de los participantes y su acceso a los escenarios de atención mencionados. Los participantes presentaban diferentes diagnósticos oncológicos, entre ellos cáncer de mama, matriz, ovario, próstata, leucemia, entre otros, y se encontraban en proceso activo de tratamiento al momento de la recolección de los datos.

Para la selección de la muestra se establecieron criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, garantizando que los participantes contarán con las condiciones necesarias para responder a los instrumentos aplicados y que su participación se realizó de

manera voluntaria, confidencial y respetando los principios éticos establecidos para la investigación en salud.

Criterios de Inclusión

Pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de cáncer de cualquier tipo.

Pacientes que estaban recibiendo tratamiento oncológico (Quimioterapia, quimioterapia oral, radioterapia, cirugía).

Pacientes que hayan firmado un consentimiento informado para participar en el estudio.

Pacientes que reciben su tratamiento oncológico en los escenarios descritos.

Criterios de Exclusión

Pacientes que ya superaron la enfermedad, para la investigación es importante evaluar las variables en tiempo presente para que los resultados sean más factibles y reales.

Pacientes que no puedan completar el cuestionario debido a dificultades de lenguaje o cognitivas o convalecencias.

Pacientes que su atención no sea en Clínica Mar Caribe, Hospital Julio Méndez Barreneche, Centro Cancerológico del Caribe, Hogar de paso de la Clínica Mar Caribe.

Instrumentos de Evaluación

Ficha Sociodemográfica

Se aplicó una ficha sociodemográfica AD HOC, que opera como un instrumento de recolección de datos primarios con el objetivo de obtener información sociodemográfica y clínica relevante de la muestra (Hernández-Sampieri et al., 2014). Esta ficha permitió caracterizar a los pacientes oncológicos de la Fundación Gloria Latorre mediante la recopilación de variables clave, tales como: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y tiempo transcurrido desde el diagnóstico oncológico. La integración de estos datos con las puntuaciones

de los instrumentos psicométricos facilita el análisis de posibles asociaciones entre las variables demográficas y la severidad del estrés postraumático, la ansiedad y la depresión.

Inventario de ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) es un instrumento de autoevaluación diseñado en 1990 por Aaron T. Beck y su equipo para medir la severidad de los síntomas de ansiedad en adultos, destacándose por su utilidad en el diagnóstico diferencial al enfocarse primariamente en los componentes físicos y cognitivos de la ansiedad, diferenciándolos de los síntomas de la depresión (Beck et al., 1990). El BAI está estructurado con 21 ítems que cubren una amplia gama de manifestaciones de ansiedad, incluyendo síntomas como nerviosismo, tensión muscular, sensación de ahogo, temblores, palpitaciones, inquietud y el miedo cognitivo a perder el control. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 0 a 3 según la intensidad experimentada por el individuo durante la última semana, y la suma total de las puntuaciones indica la gravedad de la ansiedad, clasificándose desde leve hasta severa. Este inventario es altamente valorado por sus sólidas propiedades psicométricas (fiabilidad y validez), habiendo sido validado en múltiples poblaciones clínicas y no clínicas (Fydrich et al., 1992). Entre sus principales ventajas se encuentra su brevedad, su facilidad de administración y puntuación, lo que lo convierte en una herramienta eficaz y ampliamente utilizada para evaluar la gravedad de la ansiedad en diversos contextos, incluyendo trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y su comorbilidad con trastornos depresivos.

Inventario de depresión de BECK BDI II

El Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II, BDI-II), una revisión de 1996 del instrumento original de Aaron T. Beck de 1961, es una herramienta de autoevaluación diseñada para medir la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y

adolescentes mayores de 13 años. El BDI-II consta de 21 ítems y está alineado con los criterios diagnósticos actuales del DSM-5, evaluando la presencia e intensidad de síntomas experimentados durante las dos semanas anteriores, incluyendo manifestaciones emocionales (tristeza, irritabilidad), cognitivas (desesperanza, sentimientos de culpa), conductuales y somáticas (cambios en el apetito y sueño, pérdida de interés). La puntuación se obtiene sumando los valores de una escala Likert de 0 a 3 por cada ítem, lo que genera una puntuación total que clasifica el nivel de depresión desde mínimo hasta severo. Gracias a su probada fiabilidad y validez, el BDI-II es uno de los instrumentos más utilizados y confiables en la práctica clínica y la investigación para evaluar la gravedad de la depresión en diversos trastornos del estado de ánimo (Beck et al., 1996; Wang & Gorenstein, 2013). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se evalúa mediante la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R), una entrevista estructurada de 21 ítems diseñada para ser administrada por un profesional y alineada con los cuatro clusters sintomáticos del DSM-5: reexperimentación (o intrusión), evitación, alteraciones negativas persistentes en el estado de ánimo y cognición, y el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica. La EGS-R evalúa la severidad de los síntomas del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) a través de una puntuación total que permite una evaluación detallada, fundamental para la planificación del tratamiento y la investigación. Para discriminar eficazmente a los individuos con el Trastorno de 46 estrés postraumático (TEPT), la escala ha establecido un punto de corte de 20, logrando una alta eficacia diagnóstica (82.48%).

Procedimiento Aplicado

La presente investigación se estructuró en cinco fases consecutivas, organizadas de manera lógica para responder a los objetivos planteados de forma rigurosa y coherente.

Fase 1: Planeación y diseño del estudio. En la primera etapa se formuló la propuesta de investigación, definiendo el problema, los objetivos, la justificación y las hipótesis orientadas a comprender la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos. Para fundamentar el estudio, se llevó a cabo una revisión documental de antecedentes internacionales, nacionales y locales, lo que permitió contextualizar la problemática y construir un marco teórico robusto con el soporte conceptual de cada variable.

Fase 2: Diagnóstico inicial y preparación del trabajo de campo. En esta fase se organizaron los materiales necesarios para la recolección de información, incluyendo la ficha sociodemográfica y los instrumentos psicométricos seleccionados: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada para TEPT (EGS-R). Antes de iniciar el trabajo de campo, se presentó formalmente el proyecto a la Fundación Gloria Latorre para solicitar la autorización institucional. Una vez obtenida la aprobación, se socializó el propósito de la investigación con los pacientes y se explicó de forma clara el contenido del consentimiento informado, destacando la voluntariedad de la participación, la confidencialidad y el respeto por sus derechos. Tras recibir los consentimientos debidamente diligenciados, se procedió a aplicar los instrumentos a la muestra seleccionada, dando inicio a la sistematización inicial de los datos.

Fase 3: Aplicación de los instrumentos y análisis preliminar. Durante esta fase se realizó la aplicación completa de los cuestionarios a los pacientes participantes, quienes fueron evaluados en un ambiente tranquilo y con consentimiento informado. La información recolectada permitió obtener una primera caracterización de los niveles de estrés postraumático, ansiedad y depresión presentes en la población oncológica beneficiaria de la Fundación. Posteriormente, se organizaron los datos en bases estructuradas para su análisis estadístico.

Fase 4: Procesamiento y análisis de datos. Una vez finalizada la recolección, los resultados fueron procesados en el software SPSS, aplicando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central) y análisis correlacional para determinar la relación entre las variables. Esta etapa tuvo como propósito evidenciar patrones de asociación entre los síntomas emocionales reportados por los pacientes y establecer el grado de significancia estadística de dichas relaciones.

Fase 5: Discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente, los hallazgos fueron interpretados a la luz de los objetivos de investigación y contrastados con estudios previos y teorías relevantes en el campo de la psicooncología. A partir del análisis crítico, se elaboraron conclusiones orientadas a resaltar la importancia de atender la salud mental de los pacientes oncológicos, así como recomendaciones dirigidas a fortalecer las estrategias de apoyo psicosocial dentro de la Fundación Gloria Latorre. De este modo, se espera que los resultados contribuyan no sólo al conocimiento científico, sino también al diseño de intervenciones integrales que mejoren la calidad de vida de esta población.

Análisis de los Datos

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). En una primera etapa se aplicaron estadísticos descriptivos, tales como frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, con el fin de caracterizar las variables sociodemográficas de la muestra y describir el comportamiento de las variables psicológicas objeto de estudio: ansiedad, depresión y estrés postraumático. Posteriormente, se efectuó un análisis correlacional con el propósito de identificar la relación existente entre dichas variables. Para ello se emplea el coeficiente de correlación de Pearson (r) en caso de que los datos presenten una distribución normal; en caso contrario, se utilizaron el coeficiente de

correlación de Spearman (ρ), adecuado para variables con distribución no paramétrica. En ambos casos, el análisis se realizó considerando un nivel de significancia estadística de $p \leq 0,05$, lo que permitirá determinar si las relaciones encontradas entre las variables son estadísticamente significativas.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se desarrolló siguiendo los principios éticos establecidos en la Asociación Médica Mundial, específicamente en la Declaración de Helsinki (2013), así como en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que regula la investigación con seres humanos. Dado que los participantes corresponden a pacientes oncológicos, se reconoce su condición de vulnerabilidad, lo que implica un mayor compromiso en la protección de sus derechos, dignidad y bienestar durante todo el proceso investigativo. De igual manera, la investigación se orientó bajo los principios éticos establecidos en el Código Deontológico y Bioético del psicólogo en Colombia, consignados en la Ley 1090 de 2006, garantizando el respeto por la dignidad humana, la autonomía, la confidencialidad, la responsabilidad profesional y la beneficencia. En este sentido, se procuró en todo momento salvaguardar la integridad psicológica de los participantes, evitando cualquier tipo de daño o afectación derivada de su participación en el estudio, y promoviendo un ejercicio investigativo ético, responsable y respetuoso. Uno de los aspectos fundamentales fue la aplicación del consentimiento informado, en el cual se explicó de manera clara y comprensible el propósito de la investigación, los procedimientos, los posibles riesgos mínimos y los beneficios esperados. Los participantes contaron con plena libertad de aceptar o rechazar su participación, así como de retirarse en cualquier momento sin que ello afectara la atención que reciben en la Fundación Gloria Latorre, respetando así el principio de autonomía. De igual forma, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información recolectada, mediante la asignación de códigos a los participantes en lugar de sus nombres y el resguardo de los datos en archivos protegidos, accesibles únicamente al equipo investigador. La información obtenida fue utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos, en concordancia con el principio de confidencialidad y manejo

responsable de la información. Se declara que la investigación se clasifica como de riesgo mínimo, dado que no se manipulan variables ni se aplican procedimientos invasivos, limitándose al uso de instrumentos psicológicos estandarizados. No obstante, se dispuso de acompañamiento de mi parte como encuestadora y estudiante de psicología, en caso de que algún participante presentó malestar emocional durante la aplicación de los instrumentos, atendiendo al principio de beneficencia y no maleficencia. Finalmente, el estudio fue sometido a la revisión y aprobación de un comité de ética en investigación, asegurando el cumplimiento de los estándares de integridad científica y el respeto por los derechos de los participantes, en coherencia con los lineamientos establecidos por la American Psychological Association (2017) para la investigación con seres humanos.

Resultados

Características Sociodemográficas de Pacientes Oncológicos

Tabla 1

Datos Sociodemográficos de Paciente Oncológicos – Genero

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	47	78,3	78,3	78,3
	Masculino	13	21,7	21,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Nota. Respecto a la distribución por sexo, se observa un predominio significativo del sexo femenino, representando el 78,3% de la muestra, mientras que el 21,7% corresponde al sexo masculino.

Tabla 2*Edad Datos Sociodemográficos de Paciente Oncológicos – Edad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20-40	15	25,0	25,0
	41-60	28	46,7	71,7
	61-80	17	28,3	100,0
	Total	60	100	100,0

Nota. En cuanto a la edad, el grupo etario con mayor representación corresponde a personas entre 41 y 60 años (46,7%), seguido por el rango de 61 a 80 años (28,3%) y finalmente el grupo de 20 a 40 años (25,0%).

Tabla 3*Datos Sociodemográficos de Paciente Oncológicos – Nivel Educativo*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	3	5,0	5,0	5,0
	Secundaria	4	6,7	6,7	11,7
	Bachiller	31	51,7	51,7	63,3
	Técnico	14	23,3	23,3	86,7
	Tecnología	4	6,7	6,7	93,3
	Profesional	4	6,7	6,7	100,
					0
	Total	60	100,	100,	
			0	0	

Nota. En cuanto al nivel educativo, se encontró que el 51,7% de los participantes cuenta con formación de bachillerato, seguido por nivel técnico (23,3%). Un 6,7% reportó formación tecnológica y otro 6,7% nivel profesional. Los niveles de primaria (5,0%) y secundaria básica (6,7%) presentan menor representación.

Tabla 4*Datos Sociodemográficos de Paciente Oncológicos – Diagnostico*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cáncer de mama	28	46,7	46,7	46,7
	Cáncer de matriz	9	15,0	15,0	61,7
	Lupus	2	3,3	3,3	65,0
	Cáncer de tejidos	1	1,7	1,7	66,7
	Cáncer de próstata	7	11,7	11,7	78,3
	Cáncer de colon	7	11,7	11,7	90,0
	Leucemia	2	3,3	3,3	93,3
	Cáncer de vejiga	4	6,7	6,7	100, 0
	Total	60	100,	100,	
			0	0	

Nota. Respecto al diagnóstico médico, el cáncer de mama presenta la mayor prevalencia (46,7%), seguido por cáncer de mama (15,0%). En proporciones menores se identifican cáncer de próstata (11,7%), cáncer de colon (11,7%), cáncer de vejiga (6,7%), leucemia (3,3%), lupus (3,3%) y cáncer de tejidos (1,7%).

Tabla 5*Datos Sociodemográficos de Paciente Oncológicos – Tratamiento*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Quimioterapia	45	75,0	75,0	75,0
	a				
	Radioterapia	12	20,0	20,0	95,0
	Hierro	3	5,0	5,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	
			0	0	

Nota. En relación con el tratamiento recibido, el 75,0% de los pacientes se encuentra en quimioterapia, el 20,0% en radioterapia y el 5,0% recibe tratamiento con hierro.

Tabla 6*Datos Sociodemográficos de Paciente Oncológicos – Antecedentes Psicológicos*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Depresión	5	8,3	8,3	8,3
	Ansiedad	8	13,3	13,3	21,7
	Estrés	1	1,7	1,7	23,3
	Ninguno	46	76,7	76,7	100, 0
	Total	60	100, 0	100, 0	

Nota. En relación con los antecedentes psicológicos, el 76,7% de los participantes manifestó no presentar antecedentes previos. Sin embargo, un 13,3% reportó antecedentes de ansiedad, el 8,3% de depresión y un 1,7% de estrés.

Tabla 7*Datos Sociodemográficos de Paciente Oncológicos – Red social y Apoyo*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Amigos	6	10,0	10,0	10,0
	Familia	35	58,3	58,3	68,3
	Hijos	11	18,3	18,3	86,7
	Esposo/a	8	13,3	13,3	100, 0
	Total	60	100,	100,	
			0	0	

Nota. En relación con la red social y el principal apoyo percibido por los pacientes oncológicos, se encontró que la mayoría de los participantes (58,3%) identifican a la familia como su principal fuente de apoyo. En menor proporción, el 18,3% señaló a sus hijos, el 13,3% a su esposo(a) y el 10,0% a sus amigos.

Objetivo Específico 1. Medir los niveles de estrés postraumático en los pacientes oncológicos de la Fundación Gloria Latorre.

Tabla 8

Niveles de Estrés Postraumático en Pacientes Oncológicos

	Reexperimentación	Evitación conductual	Alteraciones cognitivas negativas
Media	0,77	0,98	10,68
N	60	60	60
Desv. típ.	1,015	0,873	2,288

Nota. La evaluación del estrés postraumático se analizaron las dimensiones de

reexperimentación, evitación conductual y alteraciones cognitivas negativas, considerando las medias y desviaciones estándar obtenidas.

En la dimensión de reexperimentación, se obtuvo una media de 0,77 (DE = 1,015; N = 60), lo cual indica una baja frecuencia promedio de síntomas asociados a la reactivación del evento traumático, como recuerdos intrusivos o malestar psicológico intenso ante estímulos relacionados con la enfermedad.

En cuanto a la evitación conductual, la media fue de 0,98 (DE = 0,873; N = 60), evidenciando niveles bajos de conductas orientadas a evitar pensamientos, emociones o situaciones vinculadas con la experiencia oncológica. La desviación estándar relativamente cercana a la media sugiere una dispersión moderada de los puntajes en la muestra.

Por su parte, la dimensión de alteraciones cognitivas negativas presentó una media de 10,68 (DE = 2,288; N = 60), siendo esta la puntuación más elevada entre las dimensiones evaluadas. Este resultado sugiere una mayor presencia de pensamientos negativos persistentes, emociones displacenteras o percepciones adversas relacionadas con la enfermedad. La

desviación estándar indica una variabilidad moderada en la intensidad de estas alteraciones dentro del grupo estudiado.

Objetivo Específico 2. Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes oncológicos.

Tabla 9

Niveles de Ansiedad en Pacientes Oncológicos (BAI)

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ansiedad moderada	49	81,7	81,7	81,7
	Ansiedad severa	11	18,3	18,3	100, 0
	Total	60	100,	100,	
			0	0	

Nota. En la tabla se ilustran los niveles de ansiedad, indicando que el 81,7% de los pacientes se ubica en nivel de ansiedad moderada y el 18,3% en ansiedad severa, lo que evidencia una presencia significativa de sintomatología ansiosa en la totalidad de los pacientes oncológicos.

En este resultado de la variable ansiedad, la distribución de frecuencias sugiere una media general situada dentro del rango moderado, con una tendencia hacia niveles clínicamente relevantes, considerando que casi una quinta parte de los participantes presenta ansiedad severa. Este patrón indica mayor afectación emocional en términos de activación fisiológica, preocupación persistente y tensión asociada al proceso oncológico.

Tabla 10*Niveles de Depresión (BDI)*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mínima	58	96,7	96,7	96,7
	Leve	2	3,3	3,3	100, 0
	Total	60	100, 0	100, 0	

Nota. En relación con los niveles de depresión evaluados mediante el BDI, se identificó que el 96,7% de los participantes se ubica en nivel mínimo y el 3,3% en nivel leve. Estos resultados evidencian que la mayoría de la muestra presenta sintomatología depresiva en rangos no clínicamente significativos.

Desde una perspectiva descriptiva, la concentración de los puntajes en el nivel mínimo sugiere una baja media general de depresión en el grupo, con escasa variabilidad entre los participantes, dado que solo dos casos se ubican en nivel leve. Este comportamiento indica que, en términos generales, la depresión no se configura como una condición predominante en la muestra estudiada.

Objetivo 3. Relaciones de Variables: Estrés Postraumático y los Niveles de Ansiedad y Depresión en los Pacientes Oncológicos.

Con el propósito de analizar la relación entre depresión, ansiedad y las dimensiones del trastorno de estrés postraumático (TEPT), se realizó un análisis de correlación no paramétrica Rho de Spearman, considerando un nivel de significancia de $\alpha = .05$.

Los resultados evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas entre algunas variables clínicas evaluadas.

Tabla 11

Correlación de Variables: Ansiedad, Depresión y Estrés Postraumático

Variable	Estadístico	DIAGNÓSTICO	BDI_TOTALE	BAI	Reexperiencia	Evitación Conductual	Alteraciones Cognitivas Negativas
DIAGNÓSTICO de Correlación Sig. (bilateral)	Coef. de Correlación	1,000	,026	,001	-,125	,056	,029
			,846	,992	,341	,674	,827
		60	60	60	60	60	60
	N						

BDI_TOT	Coef.	,026	1,000	-	,264*	,003	,022
AL	de				,088		
	Correl						
	ación	,846	.		,041	,983	,869
	Sig.				,504		
	(bilate						
	ral)	60	60		60	60	60
	N			60			
BAI_TOT	Coef.	,001	-,088	1,00	-,168	,228	,614**
AL	de			0			
	Correl						
	ación	,992	,504		,201	,080	,000
	Sig.			.			
	(bilate						
	ral)	60	60		60	60	60
	N			60			
Reexperi	Coef.	-,125	,264*	-	1,000	,310*	-,125
mentación	de				,168		
	Correl						
	ación	,341	,041		.	,016	,341
	Sig.				,201		
	(bilate						
	ral)	60	60		60	60	60

	N			60			
Evitación	Coef.	,056	,003	,228	,310*	1,000	,291*
Conductu	de						
al	Correl						
ación		,674	,983	,080	,016	.	,024
	Sig.						
	(bilate						
	ral)	60	60	60	60	60	60
	N						
Alteracion	Coef.	,029	,022	,614	-,125	,291*	1,000
es	de			**			
Cognitiva	Correl						
s	ación	,827	,869		,341	,024	.
	Sig.			,000			
	(bilate						
	ral)	60	60		60	60	60
	N			60			

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Se indica la correlación de Ansiedad (Prueba BAI), Depresión (Prueba BDI) y estrés postraumático (Subvariables de Reexperimentación, Evitación conductual y Alteraciones

cognitivas negativas) a un nivel de significancia: $p < .05$. La muestra estuvo conformada por 60 participantes ($N = 60$).

Variabes Depresión (BDI TOTAL) y Reexperimentación (TEPT). En primer lugar, se encontró una correlación positiva baja y significativa entre los niveles de depresión (BDI TOTAL) y la dimensión de reexperimentación del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) ($\rho = .264$; $p = .041$).

Este hallazgo podría indicar que, a mayores niveles de sintomatología depresiva, mayores niveles de reexperimentación traumática, caracterizada por recuerdos intrusivos, reviviscencias o malestar intenso ante estímulos asociados al evento traumático.

Ansiedad (BAI TOTAL) y Alteraciones Cognitivas Negativas (TEPT). En segundo lugar, se identificó una correlación positiva alta y altamente significativa entre ansiedad (BAI TOTAL) y alteraciones cognitivas negativas del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) ($\rho = .614$; $p = .000$). Esta asociación sugiere que el incremento en los niveles de ansiedad se relaciona de manera importante con la presencia de pensamientos negativos persistentes, distorsiones cognitivas, culpa, percepción negativa de sí mismo o del entorno y estados emocionales persistentes de carácter negativo. Esta fue la correlación de mayor magnitud encontrada en el análisis.

Reexperimentación y Evitación Conductual. Asimismo, se evidenció una correlación positiva moderada y significativa entre reexperimentación y evitación conductual ($\rho = .310$; $p = .016$), lo cual indica que, a mayor presencia de recuerdos intrusivos o reviviscencias, mayor tendencia a desarrollar conductas de evitación frente a estímulos asociados al trauma.

Evitación Conductual y Alteraciones Cognitivas Negativas. De igual manera, se encontró una correlación positiva baja y significativa entre evitación conductual y alteraciones cognitivas

negativas ($\rho = .291$; $p = .024$), lo que sugiere que el aumento de conductas evitativas se asocia con una mayor presencia de pensamientos negativos persistentes y cambios cognitivos disfuncionales.

Tratamiento y Variables evaluadas. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el diagnóstico y las demás variables evaluadas, ni entre depresión y ansiedad en esta muestra ($p > .05$).

Discusión

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos atendidos en la Fundación Gloria Latorre de la ciudad de Santa Marta. En términos generales, los resultados evidencian un perfil psicológico caracterizado por niveles elevados de ansiedad, niveles mínimos de depresión y una manifestación del estrés postraumático centrada principalmente en alteraciones cognitivas negativas, más que en síntomas clásicos de reexperimentación o evitación; además, se identificó una asociación significativa, particularmente entre la ansiedad y las alteraciones cognitivas negativas del estrés postraumático, lo que sugiere una articulación entre la percepción de amenaza y los procesos cognitivos asociados al malestar emocional.

En relación con las características sociodemográficas y clínicas, el predominio del sexo femenino, la mayor concentración etaria entre los 41 y 60 años y la alta frecuencia de cáncer de mama son hallazgos consistentes con lo reportado en la literatura psicooncológica. Diversos estudios han señalado que las mujeres con cáncer de mama suelen presentar una mayor carga emocional asociada al impacto de la enfermedad en la imagen corporal, los roles sociales y la percepción de feminidad, lo que podría incidir en la experiencia psicológica del proceso oncológico (Amiri et al., 2024). En este sentido, el tipo de diagnóstico puede interpretarse como un factor relevante en la configuración del malestar emocional, aunque en este estudio no se establecieron relaciones inferencias directas.

Respecto al primer objetivo específico, se observó que las dimensiones de reexperimentación y evitación conductual del estrés postraumático presentaron niveles bajos, mientras que la dimensión de alteraciones cognitivas negativas mostró una mayor presencia

sintomatológica. Este patrón sugiere que la experiencia del cáncer, en la población estudiada, podría estar asociada más con procesos cognitivos de amenaza sostenida que con manifestaciones traumáticas clásicas. Lo anterior, se asocia a lo propuesto desde el modelo cognitivo del Trastorno de estrés postraumático (TEPT), el cual ha planteado que los eventos altamente estresantes pueden generar cambios persistentes en las creencias sobre el mundo, el futuro y la propia vulnerabilidad, aun cuando los síntomas de reexperimentación no sean predominantes (Ehlers & Clark, 2000).

En esta misma línea, investigaciones en psicooncología han propuesto que el cáncer puede ser vivido como una experiencia de amenaza continua más que como un evento traumático delimitado, lo que favorece la presencia de pensamientos negativos persistentes relacionados con la incertidumbre, el control y la percepción de riesgo (Cordova et al., 2017). Por tanto, los resultados del presente estudio podrían interpretarse como indicativos de una reorganización cognitiva asociada a la enfermedad, más que de un trastorno traumático en su forma clásica.

En cuanto a la baja presencia de reexperimentación, este hallazgo podría relacionarse con la variabilidad en las respuestas adaptativas frente a eventos altamente estresantes. Bonanno (2020) plantea que no todas las personas expuestas a situaciones adversas desarrollan sintomatología traumática intensa, debido a que los factores individuales y contextuales pueden favorecer procesos de adaptación o resiliencia. De manera similar, la baja evitación conductual podría interpretarse en función de las características propias del contexto oncológico, en el cual los pacientes se ven expuestos de manera constante a estímulos relacionados con la enfermedad, lo que limitaría la posibilidad de evitar completamente dichas experiencias; en este sentido, algunos autores han señalado que, en pacientes con cáncer, la exposición continua a procedimientos médicos, controles clínicos y recordatorios de la enfermedad reduce la evitación

conductual manifiesta, favoreciendo otras formas de afrontamiento más centradas en la regulación cognitiva y emocional (Cordova et al., 2017).

En relación con el segundo objetivo específico, los resultados mostraron que la ansiedad se presentó en niveles elevados en la totalidad de la muestra, mientras que la depresión se mantuvo en niveles mínimos en la mayoría de los participantes. Este hallazgo sugiere que el malestar emocional en esta población podría estar estructurado principalmente en torno a la ansiedad, entendida como una respuesta anticipatoria frente a la incertidumbre y la amenaza. Desde el modelo de Barlow (2014), la ansiedad se asocia con una percepción de falta de control y una tendencia a anticipar eventos negativos, lo cual resulta particularmente pertinente en el contexto del cáncer, caracterizado por la incertidumbre diagnóstica y pronóstica.

Este resultado encuentra respaldo en la literatura empírica, la cual ha señalado que la ansiedad constituye una de las respuestas psicológicas más frecuentes en pacientes oncológicos. En un metaanálisis realizado por Mitchell et al. (2011), se evidenció que una proporción significativa de pacientes con cáncer presenta síntomas clínicamente relevantes de ansiedad, incluso desde las fases iniciales del diagnóstico. De manera similar, Mehnert et al. (2018) reportaron que cerca de un tercio de los pacientes oncológicos experimentan niveles elevados de ansiedad, especialmente durante el tratamiento activo, lo que sugiere que esta variable se configura como una respuesta central ante la enfermedad.

Asimismo, Holland y Breitbart (2021) plantean que la ansiedad en pacientes con cáncer se encuentra estrechamente relacionada con factores como el temor a la progresión de la enfermedad, la incertidumbre frente al tratamiento y la percepción de amenaza a la vida, lo que favorece una activación emocional sostenida. En esta misma línea, estudios más recientes han

señalado que la ansiedad puede incluso presentarse con mayor intensidad que la depresión en determinadas fases del proceso oncológico, particularmente cuando el paciente se encuentra en tratamiento o en etapas de vigilancia clínica, donde la incertidumbre es persistente (Pitman et al., 2018).

Por su parte, la baja prevalencia de depresión podría interpretarse a la luz de varios factores. En primer lugar, la literatura ha señalado que la expresión de la depresión en pacientes oncológicos puede variar según el momento del proceso de enfermedad, siendo más frecuente en fases avanzadas o en contextos de deterioro funcional significativo (Mitchell et al., 2011). En segundo lugar, algunos estudios han sugerido que la presencia de redes de apoyo social puede estar asociada con una menor expresión de síntomas depresivos, al facilitar procesos de afrontamiento emocional y adaptación (Mehnert et al., 2018). No obstante, en el presente estudio esta relación no fue evaluada de manera inferencial, por lo que debe considerarse como una posible hipótesis interpretativa.

En relación con el tercer objetivo específico, los análisis correlacionales mostraron asociaciones significativas entre algunas de las variables estudiadas. La correlación positiva alta entre ansiedad y alteraciones cognitivas negativas del estrés postraumático constituye el hallazgo más relevante. Este resultado sugiere que niveles elevados de ansiedad podrían estar asociados con una mayor presencia de pensamientos negativos persistentes, percepciones de vulnerabilidad y evaluaciones amenazantes de la experiencia oncológica. Desde el enfoque cognitivo, Beck y Clark (1997) plantean que la ansiedad se relaciona con esquemas centrados en la amenaza, mientras que Ehlers y Clark (2000) sostienen que el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) se mantiene por evaluaciones negativas persistentes y sensación continua de peligro. De forma empírica, Field et al. (2008) encontraron que las cogniciones negativas sobre sí mismo y sobre el

mundo se asocian con mayor severidad de síntomas postraumáticos, y Shahar et al. (2013) señalaron que estas cogniciones pueden conformar un ciclo que mantiene el malestar traumático.

En oncología, Cordova et al. (2017) y revisiones más recientes han indicado que la ansiedad suele coexistir con síntomas postraumáticos, especialmente cuando el miedo a la recurrencia o progresión activa cogniciones persistentes de amenaza; además, Wang et al. (2025) reportaron un sesgo de interpretación negativa en pacientes con cáncer de mama y síntomas postraumáticos. En conjunto, estos hallazgos respaldan que la correlación encontrada en este estudio es consistente con la evidencia que vincula ansiedad, amenaza cognitiva y malestar postraumático en pacientes con cáncer.

Asimismo, se identificó una correlación positiva baja entre depresión y reexperimentación, lo que podría indicar que, en algunos casos, la presencia de síntomas depresivos se acompaña de una mayor recurrencia de pensamientos intrusivos o malestar asociado a la experiencia de la enfermedad. Este hallazgo es consistente con los modelos cognitivos del trauma, que señalan que la rumiación y la focalización en experiencias negativas pueden estar relacionadas con la persistencia de recuerdos intrusivos (Ehlers & Clark, 2000).

Desde la evidencia empírica, diversos estudios han señalado que la depresión y el estrés postraumático comparten procesos cognitivos comunes, particularmente aquellos relacionados con la rumiación, la autovaloración negativa y la dificultad para procesar emocionalmente los eventos adversos. En este sentido, Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky (2008) plantean que la rumiación, característica de los estados depresivos, implica una atención repetitiva sobre experiencias negativas, lo cual puede intensificar y mantener el malestar emocional. De manera consistente, Michael, Halligan, Clark y Ehlers (2007) encontraron que la rumiación se asocia

significativamente con la persistencia de síntomas de estrés postraumático, incluyendo la reexperimentación, al dificultar la elaboración adaptativa del evento.

En el ámbito del trauma, Olatunji, Naragon-Gainey y Wolitzky-Taylor (2013) evidenciaron que los síntomas depresivos se relacionan con una mayor frecuencia de recuerdos intrusivos y con una mayor severidad del malestar postraumático, lo que sugiere que la depresión puede estar vinculada a un procesamiento cognitivo más centrado en la negatividad y la amenaza. En esta misma línea, Ehring y Watkins (2008) señalan que los estilos de procesamiento cognitivo repetitivo, como la rumiación, no solo están presentes en la depresión, sino que también contribuyen al mantenimiento de los síntomas postraumáticos, especialmente en lo que respecta a la reexperimentación.

En el contexto oncológico, algunos estudios han indicado que los pacientes con mayores niveles de depresión pueden presentar también mayor malestar asociado a la experiencia de la enfermedad, incluyendo pensamientos recurrentes sobre el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico. Cordova et al. (2017) señalan que, en pacientes con cáncer, los síntomas depresivos pueden coexistir con respuestas de tipo traumático, especialmente cuando la enfermedad es percibida como una amenaza significativa para la vida, lo que favorece la aparición de pensamientos intrusivos y preocupación persistente.

La correlación entre reexperimentación y evitación conductual también se alinea con la literatura, en la medida en que los recuerdos intrusivos suelen asociarse con intentos de reducir el malestar mediante la evitación de estímulos relacionados (Foa, Hembree & Rothbaum, 2019). Desde el modelo de procesamiento emocional del miedo, se plantea que la activación de recuerdos intrusivos puede generar respuestas orientadas a disminuir la activación emocional,

entre ellas la evitación, la cual, aunque puede ofrecer alivio a corto plazo, tiende a mantener el malestar al impedir la elaboración adecuada de la experiencia (Foa y Kozak, 1986). De manera complementaria, Ehlers y Clark (2000) señalan que la evitación cognitiva y conductual limita la integración de la memoria traumática, favoreciendo la persistencia de los síntomas postraumáticos. No obstante, esta relación debe interpretarse como una asociación y no como un efecto causal, dado el diseño transversal del estudio.

Por otra parte, no se encontró una correlación significativa entre ansiedad y depresión. Este resultado podría explicarse por la distribución de los datos en la muestra, caracterizada por una alta homogeneidad en los niveles de ansiedad y una baja variabilidad en la depresión. Desde el punto de vista metodológico, Field (2018) señala que la baja variabilidad en una variable reduce la probabilidad de identificar correlaciones significativas, incluso cuando teóricamente dichas variables podrían estar relacionadas. Asimismo, aunque la literatura reporta con frecuencia la coexistencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos (Mitchell et al., 2011), algunos estudios han evidenciado que estas variables pueden presentar trayectorias diferenciadas dependiendo de factores como la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y los recursos de afrontamiento del paciente (Mehnert et al., 2018). En este sentido, la ausencia de correlación en el presente estudio podría reflejar una particularidad de la muestra más que una contradicción con la evidencia existente.

De igual manera, la ausencia de relación significativa entre el tipo de diagnóstico y las variables psicológicas podría estar asociada a la heterogeneidad de la muestra y al tamaño reducido de algunos subgrupos diagnósticos, lo que limita la capacidad para identificar diferencias estadísticamente significativas. En estudios con muestras clínicas, se ha señalado que la comparación entre grupos requiere tamaños muestrales equilibrados para garantizar suficiente

potencia estadística (Field, 2018). Además, investigaciones en psicooncología han mostrado que, más allá del tipo de cáncer, variables como la percepción de amenaza, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento pueden tener un mayor peso en la experiencia emocional del paciente (Holland & Breitbart, 2021). Por tanto, este hallazgo no debe interpretarse como evidencia de ausencia de relación, sino como una limitación del estudio que abre la posibilidad de futuras investigaciones con muestras más amplias y análisis más específicos por tipo de diagnóstico.

Los resultados del presente estudio sugieren que el malestar psicológico en los pacientes oncológicos evaluados se expresa principalmente a través de ansiedad elevada y alteraciones cognitivas negativas, lo que podría reflejar una experiencia de amenaza sostenida asociada al proceso de enfermedad. Desde modelos contemporáneos, se ha planteado que el cáncer puede ser vivido como una condición de estrés continuo más que como un evento puntual, lo que favorece la activación persistente de cogniciones relacionadas con vulnerabilidad, incertidumbre y riesgo (Cordova et al., 2017). En este sentido, la depresión no se presentó como una condición predominante en la muestra, lo que invita a considerar la variabilidad en la expresión emocional en contextos oncológicos y la influencia de factores individuales y contextuales en la configuración del malestar. En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de abordar la salud mental desde una perspectiva integral, considerando tanto los procesos cognitivos como emocionales en la experiencia del cáncer, tal como lo plantean los enfoques actuales en psicooncología (Holland & Breitbart, 2021).

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio evidencian que las respuestas emocionales en pacientes oncológicos no se manifiestan de manera homogénea, sino que presentan patrones diferenciales según la variable psicológica evaluada. En este sentido, se identificó una mayor prevalencia de síntomas asociados a la ansiedad y a las alteraciones cognitivas negativas del estrés postraumático, mientras que la depresión se mantuvo en niveles predominantemente mínimos dentro de la muestra. Este resultado permite afirmar que, en el contexto oncológico, la respuesta emocional se orienta principalmente hacia estados de hiperactivación, incertidumbre y anticipación de amenaza, más que hacia estados depresivos persistentes.

De manera específica, la dimensión de alteraciones cognitivas negativas del estrés postraumático presentó las puntuaciones más elevadas, lo que confirma el papel central de los procesos cognitivos en la experiencia psicológica del cáncer. Estos resultados indican que los pacientes tienden a desarrollar interpretaciones negativas sobre sí mismos, el entorno y el futuro, acompañadas de pensamientos intrusivos y malestar emocional sostenido, configurando una vivencia marcada por la percepción de amenaza constante.

En relación con los análisis correlacionales, se identificaron asociaciones significativas entre las variables estudiadas. La correlación positiva entre depresión y reexperimentación traumática evidencia que, aunque los niveles generales de depresión sean bajos, su incremento se relaciona con una mayor presencia de recuerdos intrusivos y reactivaciones emocionales. Asimismo, la correlación alta entre ansiedad y alteraciones cognitivas negativas constituye uno de los hallazgos más relevantes, al demostrar que la ansiedad actúa como un factor estrechamente vinculado a la presencia de distorsiones cognitivas y pensamientos negativos persistentes en pacientes oncológicos.

Por otra parte, las relaciones encontradas entre las dimensiones del estrés postraumático confirman la interdependencia entre los componentes del trauma psicológico, especialmente entre reexperimentación, evitación y alteraciones cognitivas negativas. Estos resultados respaldan los modelos teóricos contemporáneos del TEPT, los cuales plantean que las respuestas traumáticas se configuran a partir de la interacción entre procesos cognitivos, emocionales y conductuales.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio demuestra la pertinencia del uso de análisis correlacionales no paramétricos, específicamente el coeficiente Rho de Spearman, para la identificación de relaciones significativas entre variables psicológicas en poblaciones clínicas, aportando evidencia empírica útil para el campo de la psicooncología.

Finalmente, estos hallazgos proyectan nuevas líneas de investigación orientadas a profundizar en el papel mediador de los procesos cognitivos en la relación entre ansiedad y estrés postraumático, así como en la interacción entre sintomatología depresiva y experiencias traumáticas en pacientes con enfermedades crónicas. De igual manera, se plantea la necesidad de incorporar variables protectoras como la resiliencia, el apoyo social, el afrontamiento adaptativo y la regulación emocional, con el fin de comprender de manera integral los factores que modulan la experiencia psicológica del cáncer.

En conjunto, el estudio contribuye al fortalecimiento del conocimiento en psicología de la salud y psicooncología, al evidenciar la importancia de abordar de manera integrada los componentes emocionales y cognitivos en la atención psicológica de pacientes oncológicos, orientando futuras intervenciones hacia modelos más comprensivos y contextualizados.

Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, se considera pertinente que las instituciones de salud que brindan atención a pacientes oncológicos fortalezcan los programas de acompañamiento psicológico como parte fundamental del proceso de atención integral. El diagnóstico y tratamiento del cáncer suelen representar experiencias altamente estresantes que pueden generar diversas respuestas emocionales en los pacientes, entre ellas ansiedad, síntomas depresivos y manifestaciones asociadas al estrés postraumático. En este sentido, la incorporación de evaluaciones psicológicas periódicas permitiría identificar oportunamente posibles afectaciones emocionales y ofrecer intervenciones tempranas orientadas a promover el bienestar psicológico de los pacientes durante las diferentes etapas de la enfermedad.

De igual manera, resulta importante promover la participación activa de profesionales de la psicología dentro de los equipos interdisciplinarios encargados de la atención oncológica. La intervención psicológica puede contribuir significativamente al fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, a la regulación emocional frente a las demandas del tratamiento y al desarrollo de recursos personales que faciliten la adaptación al proceso de enfermedad. Diversos estudios han señalado que el apoyo psicosocial en pacientes con cáncer favorece la adherencia al tratamiento médico, mejora la calidad de vida y contribuye a disminuir los niveles de angustia emocional asociados al diagnóstico y la evolución de la enfermedad (Holland & Breitbart, 2021).

Asimismo, se sugiere que las organizaciones que trabajan con población oncológica, como la Fundación Gloria Latorre, continúen desarrollando y fortaleciendo espacios de intervención psicosocial orientados a promover la expresión emocional, el apoyo social y la construcción de redes de acompañamiento entre pacientes y familiares. La implementación de actividades grupales, programas psicoeducativos y estrategias terapéuticas basadas en el

bienestar emocional puede constituir un recurso valioso para disminuir el impacto psicológico del proceso oncológico y favorecer una experiencia de atención más humana e integral.

En el ámbito académico, se recomienda continuar desarrollando investigaciones que profundicen en el análisis de las variables psicológicas asociadas a enfermedades crónicas como el cáncer, especialmente en contextos locales y regionales donde aún existe una limitada producción científica. Estudios futuros podrían ampliar el tamaño de la muestra, incluir diferentes tipos de diagnóstico oncológico o incorporar variables adicionales como el apoyo social, la resiliencia, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, lo cual permitiría obtener una comprensión más amplia de los factores que influyen en el bienestar psicológico de esta población.

Finalmente, resulta pertinente que las entidades del sistema de salud y las instituciones responsables de la formulación de políticas públicas continúen promoviendo estrategias orientadas a la atención integral de los pacientes con enfermedades oncológicas, reconociendo que la salud mental constituye un componente esencial del bienestar general. La inclusión de programas de atención psicológica dentro de los servicios oncológicos no solo contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sino que también favorece procesos de atención más integrados y centrados en las necesidades biopsicosociales de las personas que atraviesan por este tipo de enfermedades.

Referencias Bibliográficas

- Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). (2024). Crecimiento previsto de casos de cáncer para 2050. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
- Almeida, R. A., Campos, J. A., & Ferreira, A. L. (2022). Psychological distress and resilience among cancer patients undergoing chemotherapy: The role of coping and social support. *Supportive Care in Cancer*, 30(2), 1107–1116. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06512-2>
- Amado Sepúlveda, L., Escorcía Díaz, F., & Hernández, M. (2020). Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico. Universidad del Norte. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/10920>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. APA. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Amiri, S., Behnezhad, S., & Azad, E. (2024). Prevalence of anxiety among cancer patients: A global systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1422540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1422540>
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5th ed.). Guilford Press.
- Barnhill, J. W. (s/f). Trastorno de ansiedad generalizada. *Manual MSD versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969–977.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1990). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Bonanno, G. (2020). *The resilience paradox: New insights into human adaptation to extreme stress*. Basic Books.
- Bravo, L. E. (2018). Epidemiología del cáncer en Colombia. *Colombian Medical Journal*, 49(1), 14-27. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6018829/>

- Campo-Arias, A., Pedrozo-Pupo, J. C., & Ceballos-Ospino, G. A. (2021). Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Estudio en consulta externa de Santa Marta, Colombia. *Acta Médica Colombiana*, 46(2).
<https://doi.org/10.36104/amc.2021.1644>
- Caracol Radio. (2023, 21 de mayo). Estudio revela que la ansiedad, depresión y estrés son recurrentes en los magdalenenses. *Caracol Radio*.
- Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Gaceta Constitucional.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral*. Diario Oficial No. 41.148.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 47.957.
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013. Por la cual se expide la ley de salud mental*. Diario Oficial No. 48.680.
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Coryell, W. (s/f). Trastornos depresivos. *Manual MSD versión para profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos->

[psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos?ruleredirectid=752](#)

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 37–48.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.16014>

Echeburúa, E., Corral, P. D., & Amor, P. J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clinica y Salud*, 15(3), 273-292.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617834003>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

El País. (2025, junio 26). Radiografía del cáncer en el mundo: pulmón es el más frecuente y el de colon aumenta en adultos jóvenes. *El País*. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2025-06-26/radiografia-del-cancer-en-el-mundo-el-de-pulmon-es-el-mas-frecuente-y-el-de-colon-aumenta-en-adultos-jovenes.html>

Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. (2016). *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128.

<https://teps.cl/index.php/teps/article/view/100>

Faller, H., Hönig, K., & Keller, M. (2023). Prevalence and course of anxiety in cancer patients compared with the general population: Results from a longitudinal multicenter study.

Psycho-Oncology, 32(3), 437–445. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36757620/>

- Ferreira. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 23(2), 219–245.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press.
- Fundación Gloria Latorre. (2025). *Nosotros / Personas Únicas*.
<https://www.fundacionglorialatorre.com/>
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(1), 55-61.
[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90026-4)
- Gómez Sancho, M. (2018). *El cáncer y el sufrimiento emocional: retos en la atención integral*. Editorial Médica Panamericana.
- Grassi, L., Sabato, S., Rossi, E., Marmai, L., & Travado, L. (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: Prevalence, associated factors and impact on clinical outcomes. *Psycho-Oncology*, 32(1), 56-65. <https://doi.org/10.1002/pon.6031>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.
- Holland, J. C., & Breitbart, W. (2021). *Psycho-Oncology* (4th ed.). Oxford University Press.

- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). (2023). Información para el posicionamiento de tecnologías en salud: Ansiedad y depresión en APS (versión en español). Ministerio de Salud y Protección Social.
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2022). Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). (2018). Prevalence of mental illness. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
- Jiménez-Fonseca, P., Carmona-Bayonas, A., Calderón, C., Mut, M., Hernández, R., Beato, C., & Feliu, J. (2018). Factors associated with quality of life in cancer patients: The role of psychosocial variables. *Clinical & Translational Oncology*, 20(12), 1438–1445. <https://doi.org/10.1007/s12094-018-1870-3>
- Kangas, M., Milross, C., & Bryant, R. A. (2020). Posttraumatic stress disorder after cancer: A meta-analysis of prevalence and correlates. *Psycho-Oncology*, 29(8), 1272–1285. <https://doi.org/10.1002/pon.5454>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific treatment*. Basic Books.
- Korman, Guido Pablo, & Sarudiansky, Mercedes. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100005&lng=es&tlng=es

- Leske, M., et al. (2024). Combined healthy lifestyle factors and psychosocial outcomes among cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*.
- Liu, T., Tian, M., Ning, Z., Huang, Q., Li, S., & Wei, J. (2022). Stress and cancer: The mechanisms of immune dysregulation and management. *Brain, Behavior, and Immunity*, 109, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2022.11.010>
- López, A., García, M., & Pérez, J. (2019). Incidencia de los principales tipos de cáncer en la región Caribe de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(3), 250-260. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n3.70889>
- López, M., Jiménez, Y., & Gutiérrez, A. (2017). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 165-173. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.002>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32(1), 57-71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>
- Mata Solís. (2019). Diseños de investigaciones con enfoque cuantitativo de tipo no experimental. Investigalia. <https://investigaliacr.com/investigacion/disenos-de-investigaciones-con-enfoque-cuanti>
- Mayo Clinic. (2022, 17 de agosto). El cáncer y la salud mental: Sobrellevar la carga emocional del diagnóstico. *Mayo Clinic Cancer Blog*. cancerblog.mayoclinic.org

- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., ... & Koch, U. (2018). Four-week prevalence of mental disorders in cancer patients across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3540–3546.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.0086>
- Mercado-Lara, M. F., Hernández-Herrera, G. N., Palacio-González, C., Vallejo-Mesa, H. Y., Tatis-Méndez, J. F., & García-García, H. I. (2024). Factores psicosociales asociados al deterioro cognitivo relacionado con el cáncer en adultos en tratamiento con quimioterapia en un centro oncológico de Colombia: estudio de cohorte. *Psicooncología*.
<https://doi.org/10.5209/psic.98172>
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Diario Oficial No. 41.148.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2018). *Política Nacional de Salud Mental*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Informe de situación del cáncer en Colombia*. Recuperado de <https://concepto.de/informe/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Análisis de la situación de salud del Distrito de Santa Marta - 2022*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrito-santa-marta-2022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Política nacional de salud mental:*

Lineamientos estratégicos 2023–2030.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011).

Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)

Moreno Acosta, A. I., Krikorian, A., & Palacio González, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3).

<https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10>

Moreno Acosta, P., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 63–74.

<https://doi.org/10.12804/apl33.1.2015.05>

Moreno, S., & Alvarado, M. (2020). Estrés postraumático en pacientes con enfermedades crónicas: una revisión narrativa. *Revista de Psicología Clínica Contemporánea*, 25(2), 45-56.

Mosher, C. E., Redd, W. H., DuHamel, K. N., & Greenberg, D. B. (2021). Prevalence and correlates of depressive and anxiety symptoms among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*, 127(15), 2753–2765.

<https://doi.org/10.1002/cncr.33547>

National Cancer Institute (NCI). (2025, 28 de marzo). Estrés postraumático relacionado con el cáncer (PDQ®) – Versión en español. Instituto Nacional del Cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de*

enfermedades y problemas relacionados con la salud (11.^a ed.). <https://icd.who.int/>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Depresión*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

[sheets/detail/depression](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastorno de estrés postraumático*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estrategia mundial y plan de acción para reducir la carga de morbilidad por cáncer: informe de la Secretaría*.

<https://www.who.int/cancer/publications/GlobalStrategyandActionPlan/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre el cáncer*. OMS.

<https://www.who.int/es>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.). *Salud mental* (sección en español).

Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/>

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Estrategia y plan de acción sobre la salud mental 2020-2025*. OPS. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Cáncer en las Américas: Situación actual y perspectivas*. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Situación del cáncer en las Américas: incidencia y mortalidad*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, 361, k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>
- Ramírez, P., González, L., & Müller, H. (2024). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients: Adherence and quality of life. *European Journal of Psycho-Oncology*, 13(2), 85–96. <https://doi.org/10.1007/s12345-024-00056>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Press.
- Revista Colombiana de Cancerología. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 134–143. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(15\)00043-8](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(15)00043-8)
- Revista Colombiana de Cancerología. (2020). Depresión en pacientes con cáncer: Retos para la práctica clínica en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24(3), 150–158. <https://doi.org/10.35509/01239015.124>

- Revista Colombiana de Cancerología. (2024). Incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer en Colombia, 2017-2021. *Revista Colombiana de Cancerología*, 28(2), 73-98.
<https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/download/1061/1045/14832>
- Ríos, J. (2018). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer: Un estudio observacional en Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 95–103.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.004>
- Ríos, M. C. V., et al. (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), 203–212.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Psicología positiva: Una introducción. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sierra, Juan Carlos, Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es
- Super User. (s/f). Teorías Relevantes sobre la Ansiedad. Ícaro Psicología Madrid.
<https://www.icaropsicologia.com/teorias-relevantes-sobre-la-ansiedad>
- Tami, A. C. J. (2020). *Ansiedad y depresión en pacientes oncológicos* (Trabajo académico). Repositorio Universidad Cooperativa de Colombia.
- Tatis Méndez, J., Agudelo Restrepo, A., & Cardona Arias, J. (2023). Relación entre ansiedad, depresión, apoyo social y deterioro cognitivo en pacientes con cáncer en Medellín. *Psicología Conductual*, 31(2), 245–263.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/98172>

- Tatis Méndez, J., González, M., & Ospina, A. (2023). Apoyo social, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos en tratamiento. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*, 15(2), 45-58.
- Universidad del Magdalena. (2023, 19 de mayo). Ansiedad y depresión en magdalenenses: resultados del proyecto Salud Mental SGR (nota institucional). unimagdalena.edu.co
- Velázquez, A. (2018, agosto 17). ¿Qué es la investigación correlacional? QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-correlacional/>
- Villamar, J. P. (2015). El positivismo y la investigación científica. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6419741>
- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Xu, J., et al. (2020). Anxiety and depression among patients with oral cancer: A cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 29(6), 1137-1143.
- Xu, L., Wang, Y., & Li, C. (2020). Prevalence and predictors of depression and anxiety in patients with oral cancer. *BMC Psychiatry*, 20, 477. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02796-6>
- Xu, X., Wang, M., Yu, K., Xu, S., Qiu, P., Lyu, Z., & Xu, Y. (2023). Chronic psychological stress promotes breast cancer pre-metastatic niche formation by mobilizing splenic MDSCs via TAM/CXCL1 signaling. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 42(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s13046-023-02696-z>

Zhang, L., et al. (2022). The prevalence of psychological disorders among cancer patients during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9538248/>

Apéndice B

Carta de Aval para aplicación de Instrumentos por parte de la CEO de la fundación.

Link para acceder al recurso: https://docs.google.com/document/d/1fvIjIaWwrUQBn7-lcme0vkxyCauVMF7_Bs61ixJY0Ck/edit?usp=sharing