

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.671>

Lobatón Sanabria, Paula Andrea<sup>1</sup>; Baza Rodriguez, Adriana<sup>2</sup>; Cubillos Vargas, Shirly Estefany<sup>3</sup>

## Resumen

El cáncer tiene una incidencia estimada de 182 por 100.000 habitantes y una mortalidad cercana a 84 por 100.000 habitantes. El servicio de Salud Mental de la Clínica Universitaria Colombia, específicamente el área de Psicología del programa de Soporte Oncológico “Programa estás con Nosotros” atiende a pacientes oncológicos desde sus procesos diagnósticos, hospitalarios y ambulatorios. El objetivo de este artículo es describir el servicio de psicología del “Programa Estas con Nosotros”, de la Clínica Universitaria Colombia; entre los meses de abril y septiembre del 2022. Se realizó un estudio descriptivo, de alcance inferencial, con comparación pre-post de la población atendida en el servicio de Psicología del “Programa Estas con Nosotros”, en los meses de abril a septiembre del 2022. Se realiza comparación de medias entre test y retest para reconocer cambios afectivos dentro de los pacientes en los 3 meses posteriores al tamizaje inicial. Se identifica presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en un 18.84% de la muestra de menores de 60 años, tendiendo a una incidencia mayor de síntomas ansiosos (19.9%), en relación a los síntomas depresivos (17.8%); así, en la población adulta mayor, un 14.5% de los pacientes presentaron síntomas depresivos significativos, a la vez que presentaban difícil manejo del dolor alto riesgo en la Escala de Soledad. Finalmente, en el servicio de atención psicológica del “Programa Estas con Nosotros”, las necesidades psicosociales de los pacientes son variantes en relación tanto a sus procesos diagnósticos y tratamientos, como a sus etapas etáreas.

**Palabras clave:** *cáncer, ansiedad, depresión, unidad de salud mental*

## Abstract

Cancer has an estimated incidence of 182 per 100,000 inhabitants and a mortality rate of around 84 per 100,000 inhabitants. The Mental Health Service of the Colombia University Clinic, specifically the Psychology area of the Oncology Support Program "Estás con Nosotros" attends oncology patients from their diagnostic, hospital and outpatient processes. The objective of this article is to describe the psychology service of the "Estás con Nosotros" program, of the Clinica Universitaria Colombia; from April to September 2022. A descriptive study was carried out, with inferential scope, with pre-post comparison, of the population attended at the Psychology service of the program, from April to September 2022. Comparison between test and retest is performed to recognize affective changes within the patients in the 3 months after the initial screening. The presence of depressive and anxiety symptoms was identified in 18.84% of the sample of patients under 60 years of age, tending to a higher incidence of anxious symptoms (19.9%), in relation to depressive symptoms (17.8%); thus, in the older adult population 14.5% of the patients presented significant depressive symptoms, chronic pain and 1.3% of this sample

<sup>1</sup> Lobatón Sanabria Paula Andrea  
Psicooncóloga, del Equipo de Soporte Oncológico, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá Colombia, palobaton@colsanitas.com

<sup>2</sup> Baza Rodriguez Adriana  
Psicóloga Clínica y de la Salud, Master en psicoterapia Cognitivo Conductual, del Equipo de Soporte Oncológico, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá Colombia, abaza@colsanitas.com

<sup>3</sup> Cubillos Vargas Shirly Estefany  
Psicóloga Clínica y de la Salud, del Equipo de Soporte Oncológico, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia, shecubillos@colsanitas.com

presented risk in the Loneliness Scale. Finally, in the psychological care service, the psychosocial needs of oncology patients vary according to their diagnostic processes and treatments, as well as to their age.

**Keywords:** *cancer, anxiety, depression, mental health unit.*

---

## Introducción

---

En Colombia, desde el año 2020 hasta enero de 2021 según la estadísticas presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el cáncer continúa considerándose como la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares (Ministerio de Salud y Protección Social y Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020). El cáncer tiene una incidencia estimada de 182 por 100.000 habitantes y una mortalidad cercana a 84 por 100.000 habitantes, por lo cual se han desarrollado diferentes estrategias para la atención de dicha problemática en salud pública, como lo son: El Plan Decenal en Salud Pública 2011-2021, El Plan Decenal para el control del Cáncer y las Rutas Integrales de Atención en Salud (Observatorio Nacional de Cáncer, 2021).

Dentro de estas acciones en pro del bienestar de los pacientes oncológicos, se desarrolla una atención integral con el fin de garantizar, además de su atención médica, acompañamiento en salud mental, brindando apoyo tanto a los pacientes como a sus familias, ya que pueden presentar diferentes niveles de estrés emocional relacionados a la experiencia de carácter multifactorial, reconociendo “tanto ándoles psicológicas, sociales y/o espirituales

que interfieren en la capacidad del paciente para afrontar su diagnóstico, síntomas físicos y tratamientos” (Hernandez, 2013); por ello es necesario intervenir de manera integral en favor de responder a la calidad de vida de los pacientes. Las reacciones de ajuste presentadas ante un diagnóstico oncológico identificamos cambios emocionales como: tristeza, irritabilidad, desesperanza, ansiedad, estrés, entre otros, asociados a su proceso de adaptación. (Moreno *et al.*, 2015). Las manifestaciones clínicas afectivas del paciente pueden darse desde la propia reactividad de los procesos adaptativos hasta la misma aparición y/o transversalidad de trastornos de carácter psiquiátrico y psicológico.

El servicio de Salud Mental de la Clínica Universitaria Colombia, cuenta con el área de Psicología del programa de Soporte Oncológico “Programa estás con Nosotros”, previamente incluido en la ruta oncológica y formalizado en el 2014 con el plan de garantizar la atención integral a pacientes oncológicos, bajo la Ley 1384 de 2010 de Cáncer en Colombia. Este servicio de psicología atiende a pacientes oncológicos desde sus procesos diagnósticos, hospitalarios y ambulatorios; además de reconocer el apoyo no solamente al paciente que cursa por este proceso sino también a su familia.

Por lo tanto, es necesario identificar las principales necesidades del servicio para focalizar las intervenciones futuras; para ello el objetivo se centra en describir el servicio de psicología del “Programa Estas con Nosotros”, de la Clínica Universitaria Colombia; entre los meses de abril y septiembre del 2022, así poder recopilar las principales características de la población alcanzada, sus necesidades emocionales en procesos de adaptación; para ello se analizará el tamizaje de valoración inicial que se realiza a cada paciente nuevo del servicio y una segunda aplicación de seguimiento.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, de alcance inferencial, con comparación pre-post, de la población atendida en el servicio de Psicología del “Programa Estas con Nosotros”, en los meses de abril a septiembre del 2022. En el análisis se hace uso de los indicadores mensuales del servicio, el tamizaje realizado con pacientes nuevos, y el re-tamizaje realizado trimestralmente a los pacientes.

El tamizaje realizado a los pacientes nuevos por el servicio cuenta con dos formatos de entrevista semi-estructurada que incluye datos sociodemográficos del paciente: edad, sexo y tipo de diagnóstico; y escalas según corresponda a la edad, entre ellas: i) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para adultos, es un cuestionario autoaplicable conformado por 14 ítems, en escala tipo likert de 0 a 3, cuenta con sus dos subescalas correspondientes de siete ítems intercalados, su puntaje total varía de 0 a 21 en cada subescala, con puntos de corte de 0-5: bajo; 6-9: medio; mayor de 10: elevado (Rico *et al.*, 2005); ii) Test de Yesavage (GDS-5), esta escala evalúa depresión geriátrica en personas adultas mayores de 60 años en contexto hospitalario o con algún deterioro cognitivo; consta de 5 ítems de respuestas dicotómicas, presentando síntomas significativos ante punto de corte de 2 (Bacca *et al.*, 2005); y Escala de Soledad (Escala Este II) la cual se compone de 3 factores: percepción de apoyo social, uso de nuevas tecnologías e índice de participación social subjetiva, constando de un total de 15 ítems tipo likert (0-3), ante mayor puntaje mayor percepción de soledad (0-10: bajo; 11-20: medio; 21-30: alto) (Quintero *et al.*, 2018); iii) En el caso de pacientes con cáncer de mama y programas de cirugía (ERAS y SUGARBAKER) se utiliza Test de Rosenberg, esta escala de autoestima es una escala de autoinforme que consta de 10 ítems tipo likert de 1 a 4, puntuando 30-40: autoestima elevada; 26-29: media; menos de 25: baja autoestima (Lugo *et al.*, 2016). Igualmente, a todos los pacientes se evalúan presencia o ausencia de: factores de riesgo de maltrato, Escala Columbia de ideación suicida (C-SSRS), Termómetro de distrés; y

valoración subjetiva del paciente de su Escala Análoga de Dolor (EVA) y Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), modificadas a las necesidades del tamizaje.

Las valoraciones realizadas corresponden tanto a actividades en consulta externa como en hospitalización, por lo cual el análisis se centra en la tamizaje inicial en pro de reconocer las necesidades emocionales de los pacientes. A su vez, para el análisis del re-tamizaje se realiza comparación de medias entre test y retest según corresponda, así reconocer cambios afectivos dentro de los pacientes en los 3 meses posteriores al tamizaje inicial; además de ello, el re-tamizaje permitirá identificar la continuidad o no del paciente dentro del servicio.

## Resultados

En el período de 6 meses, entre abril y septiembre de 2022, se atendieron 1809 pacientes por consulta externa, con una media de 301,5 por mes, de los cuales se remitió un total de 184 pacientes a psiquiatría, y 24 pacientes se remitieron a psicología por EPS, debido a que las necesidades emocionales no responden al proceso oncológico.

**Tamizaje:** Se realizó tamizaje inicial a 1075 pacientes tanto en consulta externa como en hospitalización, aproximadamente 176 pacientes nuevos por mes. De estos pacientes el 61,3% fueron mujeres y 38,8% hombres; siendo todos mayores de edad (mayores de 18), en donde el 48,7% corresponde a población adulta mayor (mayores de 60 años). El diagnóstico oncológico más frecuente entre la población tamizada se encuentra que un 23% corresponde a cánceres hematológicos, un 22,5% a cáncer de mama, seguido por un 10,3% de cáncer de colon, en menor medida encontramos los cánceres gástricos 7% y un 5,3% de cáncer de próstata;

por último entre el 31,8% de la población valorada se encuentran diferentes diagnósticos tales como cáncer de ovario, pulmón, páncreas, cérvix, tiroides, o en definición de diagnóstico oncológico.

Se observa que los pacientes valorados entre abril y septiembre del 2022 (n=1075), el 81,15% de la población menor a 60 años no presentó malestar emocional significativo; a su vez no se identifican alteraciones en su percepción de calidad de vida (87.7%). Sin embargo, se identifica presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en un 18.84% de la muestra de menores de 60 años, tendiendo a una incidencia mayor de síntomas ansiosos (19.9%), en relación a los síntomas depresivos (17.8%); así, en la población adulta mayor un 14.5% de los pacientes presentaron síntomas depresivos significativos y 1.3% de esta muestra presentó riesgo en la Escala de Soledad.

Entre toda la población observada, solamente se presentó riesgo suicida en un 0.2 %. El 29,5% de los pacientes presentaron difícil manejo de dolor, tendiendo a un 13.8% de dolor modulado y un 15.7% de dolor elevado. De los pacientes tamizados con Rosemberg (n=224), se encontró que 89.7% refiere autoestima elevada, un 5.8% presenta autoestima baja.

**Retamización:** Los pacientes que presentaron riesgo emocional durante su valoración inicial en junio, julio y agosto del 2022, cumplen indicación para ser revalorados pasados 3 meses; de estos 230 pacientes se logró tamizar nuevamente a 95 pacientes, teniendo una pérdida de sujetos dado que algunos ingresaron al programa de Cuidados Paliativos (n=28), fallecieron (n=18), no se pudo contactar nuevamente al paciente o de hacerlo no quisieron participar (n=89).

Dentro de esta muestra obtenida (n=95) se tiene una edad promedio de 52,6 años, siendo 63 sujetos menores de 60 años, y 32 mayores de 60 años. Así mismo observamos mayor participación por parte de mujeres (n=68) en relación a los hombres (n=27). 64 pacientes continuaban en seguimiento por el servicio de psicología al momento del tamizaje, y 31 sujetos no asistieron a controles. Dado que la muestra obtenida no cumple una distribución normal, se realiza análisis pre-post con Wilcoxon.

Dentro de las escalas aplicadas a toda la muestra se observaron tendencias de cambio, por ejemplo se presenta aumento en la percepción de calidad de vida, disminución de percepción de dolor, y disminución de distrés emocional.

A continuación se expresa el análisis de medias pretest y posttest de la muestra tamizada, en relación a su grupo etario, y seguimiento por psicología.

**Edad:** Como se observa, en la Tabla 3, existe cambio significativo entre las medias de la aplicación pre y post en HADS, en donde se observa disminución en la presencia de sintomatología tanto ansiosa como depresiva. En la población adulta mayor se observa que no hay cambios significativos en síntomas depresivos, sin embargo se observa que disminuye la fluctuación entre sus puntajes post del test Yesavage y Test de Soledad, y tendencias de aumento en sus puntuaciones.

En la escala EVA de dolor se evidencian diferencias significativas en la muestra general observando disminución de percepción de dolor, sin embargo, al comparar por muestra de pacientes menores de 60 años y mayores, se evidencia que en la muestra de adulto mayor no se evidencian cambios significativos, presentandose respectivamente W: 351,500, p: ,015; y W:114,500, p: ,195.

Tanto en la identificación de factores de riesgo y en la escala de ideación suicida, siendo variables categóricas, no se identifican cambios significativos, en este sentido se evidencia estabilidad en la misma población. En la percepción de calidad de vida se denotan cambios significativos, en tanto aumenta la percepción de la misma, tanto en adulto mayor como en menores de 60 años.

En el termómetro de distrés no se identifican cambios significativos en la población general ni dividida por los dos grupos etarios, sin embargo se logra identificar disminución de percepción de distrés en un 33,68% de la población general y mantenimiento de su percepción inicial en un 45,26%, se reconoce que la media de esta medición es tendiente a ausencia de estrés.

Para el análisis de Rosemberg, en la autopercepción de autoestima, se reconoce una pérdida significativa de datos, en tanto solamente se logra comparar 6 sujetos de la muestra total, en los que se da un aumento de autopercepción (n=2), y solamente en un sujeto se identifica disminución de autoestima.

**Seguimiento:** Al momento de comparar los grupos entre pacientes que continuaron un acompañamiento por psicología (seguimiento) (n=64), en relación con aquellos que solamente tuvieron una valoración inicial (valoración) (n=31), se logra reconocer diferencias significativas (tabla 4 y 5). Por ejemplo, es importante reconocer que en población menor a 60 años, los participantes disminuyeron sus puntajes en depresión y ansiedad, sin embargo se denota para los pacientes que continuaron en seguimiento hubo una disminución de sintomatología en un 79,16 % y en paciente con valoración inicial disminuyó en el 62,5% de la muestra (HADS ansiedad). A su vez, en el grupo de seguimiento se reconoce disminución en un 66,66% de la muestra, y un 75% de la muestra que solamente fueron valorados inicialmente.

Por el contrario, en población adulta mayor tanto en seguimiento como con valoración inicial no se evidencian cambios significativos en síntomas depresivos, sin embargo se identifica un aumento de síntomas depresivos en pacientes que se encuentran en seguimiento, y pacientes que solamente tienen valoración inicial se mantiene estable tanto las diferencias negativas como positivas. En el Test de Soledad, en los pacientes en seguimiento aumenta su percepción de soledad, mientras que en los pacientes sin seguimiento se mantiene nuevamente neutra la diferencia.

En la percepción de dolor (EVA), los pacientes que solamente tuvieron valoración inicial, presentaron un cambio significativo en tanto disminuyó su puntaje, en los pacientes en seguimiento, esta percepción también disminuye sin embargo no logra ser significativa en tanto a su vez se dan aumentos o mantenimiento de la misma. Así, en la percepción de calidad de vida, según las muestras distribuidas por seguimiento y valoración, se evidencia un aumento favorable

correspondiente al 48,43% y 51,6%. Así mismo, se logra evidenciar disminución de distrés emocional en la muestra seleccionada, ya que si bien no se evidencia cambio significativo, si se reconoce disminución en la percepción de distrés emocional.

---



---

## Discusión

---



---

A partir del objetivo principal de describir las necesidades del servicio de psicología del “Programa Estas con Nosotros”, se logró identificar la presencia de sintomatología tanto depresiva como ansiosa en pacientes oncológicos con respecto a su diagnóstico y tratamiento.

Se evidencia que en la población tamizada por el grupo de psicología de la Clínica Universitaria Colombia (Bogotá, Colombia), se tendió a presentar síntomas depresivos y de ansiedad en un 40.38%, tendiendo a una incidencia mayor en síntomas ansiosos (19.9%), y en menor medida en síntomas depresivos significativos (17.8%), lo cual corresponde a lo visto en la literatura Linden *et al.* (2012), en donde refieren que los pacientes de diferentes tipos de cáncer muestran mayor prevalencia de sintomatología ansiosa que depresiva.

Frente a la relación etaria, se evidencia que en la muestra de adultos menores de 60 años la sintomatología de ansiedad y depresión se relacionan principalmente como una reacción de ajuste, sustentado en un mejoramiento de la sintomatología en relación a la intervención psicológica y la capacidad de implementación de estrategias de afrontamiento que permiten un mejor proceso de adaptación, así reconocer que ante la persistencia de sintomatología afectiva, se evidencia la necesidad de generar intervenciones adicionales como grupos de apoyo, que faciliten la psicoeducación y adquisición de herramientas de afrontamiento y adaptación al proceso de salud enfermedad; se ha evidenciado la eficacia de los grupos terapéuticos, por ejemplo, en la investigación realizada por Ochoa *et al.* (2010),

quienes a partir de la implementación de un programa de psicología positiva grupal, logró desarrollar en los pacientes estrategias que mejoran su percepción de calidad de vida y sintomatología afectiva.

Así mismo, el re-tamizaje logra identificar necesidades del servicio tales como, generar una intervención prioritaria y estrecha a los adultos mayores en proceso oncológico, en tanto se denotan relación del malestar emocional con la sintomatología física, por lo cual, procurar el adecuado manejo de síntomas físicos, tanto por la enfermedad como por los tratamientos, proveer un adecuado manejo de dolor, y disminuir sensación de minimización y/o invisibilización de estos síntomas, proveerá mejoría en los procesos de adaptación y disminución de síntomas afectivos del paciente, como se evidencia en la literatura de Grassi (2020), en donde demuestra la importancia de atención desde psiquiatría y psicología, tanto al individuo como a la familia de pacientes oncológicos por la presencia de distrés emocional y alteraciones mentales.

---

## Conclusiones

---

Se logra reconocer que dentro del servicio de atención psicológica del Programa Estas con Nosotros, las necesidades psicosociales de los pacientes son variantes en relación tanto a sus procesos diagnósticos y tratamientos, como a sus etapas etáreas, lo que lleva a reconocer intervenciones diferenciales que logren solventar las necesidades particulares.

Dentro del desarrollo de la investigación se logra identificar como principal limitación del servicio, la distribución normal de la población atendida con respecto al diagnóstico, debido a que los pacientes a los cuales se les realiza valoración son principalmente remitidos por parte de la Unidad Funcional de Cáncer de Mama, el servicio de Hematooncología, y el Programa ERAS gástrico, por lo cual esto no da cuenta de la distribución real de los tipos de cánceres en la población, sino de la capacidad de talento humano para dar respuesta a la necesidad de atención integral.

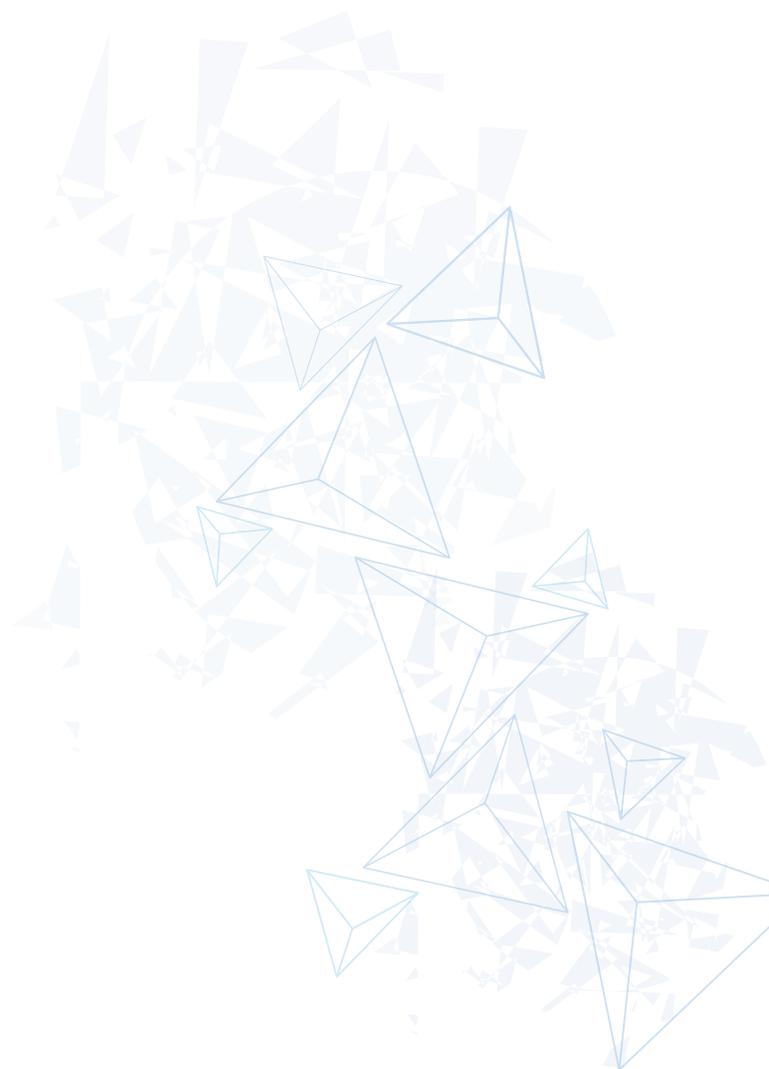
A través de los resultados brindados por la re-tamización de los pacientes, se evidencia una pérdida significativa de la muestra al tener diferentes grupos etarios y pacientes que aún se encontraban en proceso diagnóstico, mayormente se dio una dificultad en el restablecimiento de contacto con los pacientes. De esto se observa necesidad protocolizar la recaptación de pacientes de tal forma se permita comparar adecuadamente la muestra poblacional.

---

## Conflictos de interés

---

Durante el desarrollo de esta investigación no se presentaron situaciones de conflicto de interés real, potencial o evidente, en relación con la ejecución ni financiación del mismo.



## Anexos

**Tabla 1:** Descripción de la población tamizada.

	Edad		Sexo		Dx Oncológico (prevalente)
	(< 60a)	(> 60a)	Masc.	Fem.	
<b>Abril</b>	65	91	60	96	Hematooncológico
<b>Mayo</b>	131	112	90	145	Hematooncológico
<b>Junio</b>	69	57	50	76	Ca. mama
<b>Julio</b>	75	77	52	100	Ca. mama
<b>Agosto</b>	97	96	83	110	Hematooncológico
<b>Septiembre</b>	115	90	74	131	Ca. mama
<b>Total</b>	552	523	417	658	

(<60a)= menores de 60 años; (>60a) = mayores de 60 años

**Tabla 2:** Pretest -Postest.

	Pretest M (DT)	Postest M (DT)
<b>HADS - Ansiedad</b>	7,35 (3,36)	11 (3,87)
<b>HADS - Depresión</b>	15,62 (3,33)	13 (3,22)
<b>Yesavage</b>	0,86 (1,026)	1,22 (0,88)
<b>Escala de Soledad</b>	8,07 (4,38)	9,19 (3,80)
<b>EVA</b>	2,89 (2,89)	1,75 (0,54)*
<b>Calidad de Vida</b>	3,45 (0,94)	3,91 (0,79)*
<b>Termómetro de distrés</b>	1,75 (0,54)	1,65 (0,61)*
<b>Rosemberg</b>	37,00 (2,84)	36,94 (1,84)

Nota: Test Yesavage y Escala de Soledad solamente son aplicados a población adulta mayor.

M= media; DT: Desviación típica

**Tabla 3:** Pretest -Postest. Edades

	W	P	Diferencias		
			-	+	=
<b>HADS - Ansiedad</b>	245,000	,000*	46	14	2
<b>HADS - Depresión</b>	358,000	,000*	42	16	4
<b>Yesavage</b>	171,000	,126	8	14	8
<b>Escala de Soledad</b>	165,500	,401	9	14	4
<b>EVA</b>	854,000	,006*	46	27	22
<b>Calidad de Vida</b>	1585,000	,000*	18	47	30
<b>Termómetro de distrés</b>	568,000	,220	32	20	43
<b>Rosemberg</b>	4,500	,816	1	2	3

M= media; DT: Desviación típica; W: Estadístico de contraste; P: significancia asintótica (prueba bilateral); diferencias positivas (+), negativas (-) y empates(=); \*:Diferencias significativas.

**Tabla 4:** Pretest -Postest. Valoración

	W	P	Diferencias		
			-	+	=
HADS - Ansiedad	20,50	,025*	10	5	1
HADS - Depresión	17,00	,014*	12	3	1
Yesavage	33,00	1,000	6	5	3
Escala de Soledad	40,00	,937	6	6	2
EVA	74,00	,017*	17	8	6
Calidad de Vida	177,00	,027*	5	16	10
Termómetro de distrés	56,00	,491	10	6	15

W: Estadístico de contraste; p: significancia asintótica (prueba bilateral); diferencias positivas (+), negativas (-) y empates(=); \*: Diferencias significativas.

**Tabla 5:** Pretest -Postest. Seguimiento

	W	P	Diferencias		
			-	+	=
HADS - Ansiedad	133,50	,000*	38	9	1
HADS - Depresión	233,00	,001*	32	13	3
Yesavage	53,00	,067	2	9	3
Escala de Soledad	40,00	,532	3	8	2
EVA	426,50	,097	29	19	16
Calidad de Vida	718,50	,007*	13	31	20
Termómetro de distrés	274,00	,305	22	14	28

W: Estadístico de contraste; p: significancia asintótica (prueba bilateral); diferencias positivas (+), negativas (-) y empates(=); \*: Diferencias significativas.

## Referencias bibliográficas

- Bacca, A. M., González, A. y Rodríguez, A. F. U. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*, 1(5), 53-64.
- Grassi L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 9 (29): e89. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>.
- Hernandez, M y Cruzado. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. 1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a1>
- Linden W, Vordermaier A, Mckenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord* 2012; 141 (2-3): 343-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>.
- Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F. y Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, validation, reliability and factorial equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish population. *The Spanish Journal of Psychology*, 19, E6
- Ministerio de Salud y Protección Social y Departamento de Epidemiología y Demografía. (2020). Mortalidad en Colombia periodo 2020-2021: Medición por todas las causas y Covid-19. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/mortalidad-colombia-periodo-2020-2021.pdf>
- Moreno, A, Krikorian, A. y Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. DOI: <https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10>
- Observatorio Nacional de Cáncer. (2021). Boletín No. 2 Día Mundial del Cáncer. Recuperao de: [https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc\\_boletin\\_02\\_cancer.aspx](https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc_boletin_02_cancer.aspx)
- Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención integral psicosocial del superviviente de cáncer. *Psicooncología* Vol. 7, Núm. 1, 2010, pp. 7-34. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC1010120007A/15092>
- Porro, M. L., Andrés, M. y Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología latinoamericana*, 30(2), 341-355. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a10.pdf>
- Quintero, A., Villamil, M., Henao, E., Cardona, J. y Atehortúa, W. (2018). Validación escala ESTE II para medir la soledad social en la población adulta mayor, Colombia. Recuperado de: <https://repositorio.uniremington.edu.co/xmlui/handle/123456789/392>
- Rico, J. L., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en medición*, 3(1), 73-86.
- Rodríguez, N. (2005). Caracterización de familias con pacientes oncológicos adultos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología ESE, Bogotá DC, Colombia: una mirada desde la perspectiva de riesgo. *Revista Colombiana de Cancerología*, 9(2), 13-20. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/623/43>
- Viaña González, L. (2020). Retos para el control del cáncer en Colombia: ante todo más acción. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24(3), 101-102. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/712/513>