

ISEO[®]
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

POSGRADO
TESIS



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DEL SUR DE
SONORA**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORADO EN SALUD MENTAL
PRESENTA:

GABRIEL ARMANDO TREVIZO MARTÍNEZ
CÓDIGO ORCID: 0009-0001-8455-2501

DIRECTOR:

DRA. RAQUEL GARCÍA FLORES
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-2786-5069

CODIRECTOR:

DRA. MIREYA ALEJANDRA CHÁVEZ OLIVEROS
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-1064-2096

CIUDAD OBREGÓN, SONORA, MÉXICO, ENERO, 2026

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumno: Gabriel Armando Trevizo Martínez
Programa académico: **DOCTORADO EN SALUD MENTAL**

Matrícula: A231036

Título de la tesis:

Ansiedad y Depresión En Pacientes Con Cáncer Del Sur De Sonora

Nombre del Director de Tesis: **Dra. Raquel García Flores**

Nombre del Codirector de Tesis: **Dra. Dra. Mireya Alejandra Chávez Oliveros**

Fecha de aprobación: 7 de enero de 2026

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada **“Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer del sur de Sonora”**, presentada por el alumno **Gabriel Armando Trevizo Martínez**, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL**.

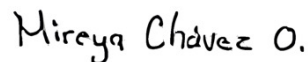
COMITÉ DE TESIS

DIRECTORA DE TESIS



DRA. RAQUEL GARCÍA FLORES

CODIRECTORA DE TESIS



DRA. MIREYA ALEJANDRA CHÁVEZ OLIVEROS



DRA. PAULA CAROLINA ESTRADA AGUILERA
DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN



**INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS
DE OCCIDENTE**

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **Gabriel Armando Trevizo Martínez**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado **“Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer del sur de Sonora”**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA"**.

ATENTAMENTE

Gabriel Armando Trevizo Martínez



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE ORIGINALIDAD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Gabriel Armando Trevizo Martínez
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Ansiedad y Depresión En Pacientes Con Cáncer Del Sur De So...
Nombre del archivo:	TESIS_FINAL_7_de_enero_corregido.docx
Tamaño del archivo:	230.64K
Total páginas:	70
Total de palabras:	16,851
Total de caracteres:	93,993
Fecha de entrega:	08-ene-2026 12:11p. m. (UTC-0600)
Identificador de la entrega:	2854064767



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

CAMPUS VIRTUAL

Ansiedad y Depresión En Pacientes Con Cáncer Del Sur De Sonora

Tesis para obtener el grado de:

Doctor en Salud Mental

Procedente:

Gabriel Armando Trevizo Martínez

Director:

Dra. Raquel García Flores

Codirector:

Dra. Mireya Alejandra Chávez Oliveros

Ciudad Obregón, Sonora, México

24 septiembre 2025

DEDICATORIA

Al dador de la vida que ha puesto a cada persona que, desde su esencia y su amor, me acompañaron en este camino y prueban la existencia de Dios quien está a mi favor.

Dedico este trabajo a una persona que además de creer en mí, me acompaña a crecer Luis Adrián Espinoza Ruelas, cuya paciencia, comprensión y cariño fueron el motor que me sostuvo en los momentos de mayor dificultad. Tu compañía y amor incondicional me recordaron que nunca estaba solo y que rendirse nunca fue una opción.

A mi madre Adela Martínez, una mujer de la cual siempre estaré orgulloso de ser su hijo por su ejemplo congruente de fe, amor y fortaleza. Por siempre estar pendiente de mí y darme la certeza de que su amor me pertenece.

A mi inseparable compañero Beletín, quien con su ternura y presencia silenciosa me dio calma y alivio en cada jornada de estudio, y continúa ahora con su hermano Prieto siendo un bálsamo amor para mi alma.

También a mi amiga Lucía Robles Martínez, que fue más que un apoyo: una luz constante, un hombro firme y un sostén sincero durante todo este proceso, siempre su amor es un refugio seguro para estar a salvo.

A mis motorcitos que me dan vida, solo por existir, mis amados sobrinos Haru y Kenji, un rol en la vida que les agradezco que me hayan dado: ser su tío. Un tío que les abre brechas y certezas de que: si se puede.

Este trabajo es reflejo no solo de un esfuerzo académico, sino del amor, la amistad y la compañía que hicieron posible que una meta se convirtiera en ahora un logro.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por dotarme de dones, en momentos oscuros fue mi luz que me llevaron a la sabiduría y entendimiento para conectar con el amor a la ciencia de una manera autentica, estructurada y creativa.

A mi directora de tesis, la Dra. Raquel García Flores por su guía comprometida, por compartir su conocimiento con generosidad y por acompañarme en cada etapa de este proceso de investigación, por su cálida presencia, que con solo estar en contacto con ella me hacía estar en paz y sentir que la posibilidad era un hecho tangible y así fue. El amor y el conocimiento son palabras que la describen.

A mi codirectora de tesis, la Dra. Mireya Alejandra Chávez Oliveros por su acompañamiento profesional, por su guía, sus enseñanzas y su confianza en mi trabajo, por la vida que me regaló compartiendo su tiempo con sus observaciones y sugerencias que enriquecieron significativamente esta investigación y mi vida profesional.

A mis profesores del programa de doctorado en Psicología, por su entrega y compromiso, y a mis compañeros, quienes hicieron de este proceso una experiencia compartida de aprendizaje y crecimiento mutuo.

A las instituciones y personas que colaboraron en la recolección de datos, sin cuya participación este estudio no habría sido posible, reitero mi gratitud a cada participante, porque el padecimiento del diagnóstico de cáncer no fue un impedimento para mostrar una actitud activa y abierta a participar en este proyecto.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	14
1.1 ANTECEDENTES	14
1.2 CONTEXTO	18
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
1.4. OBJETIVO GENERAL	26
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
1.6 JUSTIFICACIÓN	28
1.7. BENEFICIOS ESPERADOS	31
1.8. LIMITACIONES	32
1.9. ALCANCES	32
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	34
2.1 CÁNCER	34
2.1.1 CONCEPTO Y DEFINICIÓN	34
2.1.2 INCIDENCIA Y PREVALENCIA	34
2.1.3 CAUSAS Y DIAGNÓSTICO	35
2.1.4 TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA	37
2.1.5 MORTALIDAD	39
2.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	39
2.2.1. ANSIEDAD	41
2.2.1.2. DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS.....	41
2.2.1.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	42
2.2.2. DEPRESIÓN	45
2.2.2.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS.....	45
2.2.2.3. DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS.....	46
2.2.2.4. TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO	46
CAPÍTULO III. MÉTODO.....	48
3.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	48
3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS	61
3.2 METODOLOGÍA UTILIZADA	49
3.3. DISEÑO METODOLÓGICO	51
3.4. POBLACIÓN	53
3.5. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	54
3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	55
3.6. PARTICIPANTES.....	56
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS EMPLEADOS	56
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
3.9 DESARROLLO DE ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN	57
3.9. 3. ETAPA 3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	60
3.9.1 ETAPA 1. SELECCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	58

3.9.2. ETAPA 2. TRABAJO DE CAMPO	59
3.9.4. ETAPA 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	60
3.9.5. ETAPA 5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y CONCLUSIONES	61
CAPITULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
RESULTADOS	68
CAPÍTULO V	75
REFERENCIAS	81
ANEXOS	86

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en un hospital de Ciudad Obregón, Sonora, así como su relación con variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron 151 pacientes adultos con diagnóstico oncológico confirmado, de los cuales 123 fueron mujeres y 28 hombres. Para evaluar la sintomatología emocional se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión —HADS—, integrada por 14 reactivos distribuidos en dos subescalas de siete ítems, además de un cuestionario para obtener información sociodemográfica y clínica. La media de ansiedad fue de 6.57 puntos, la de depresión de 4.90 y la puntuación total de la HADS de 11.47. En la clasificación reportada, el 49.5% presentó ansiedad normal, el 32.5% leve, el 14.5% moderada y el 3.5% grave; respecto de la depresión, el 1.3% se clasificó como normal, el 14% leve, el 65.5% moderada y el 19.2% grave. Debido a que las puntuaciones no presentaron distribución normal, se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según sexo, estado civil, tipo de tratamiento, tiempo desde el diagnóstico ni otras variables clínicas analizadas. Sin embargo, se identificó una correlación negativa entre la edad y la ansiedad, lo que indica que los pacientes de menor edad presentaron mayor sintomatología ansiosa. Se concluye que la ansiedad y la depresión representan problemas relevantes en la población oncológica estudiada, por lo que se recomienda incorporar evaluaciones psicológicas sistemáticas y acompañamiento

psicooncológico desde las primeras etapas del tratamiento, mediante una atención multidisciplinaria que favorezca el bienestar integral y la adherencia terapéutica.

Palabras clave: ansiedad, depresión, cáncer, pacientes oncológicos, salud mental, HADS.

Abstract

The objective of this study was to analyze anxiety and depression levels in patients diagnosed with cancer and treated at a hospital in Ciudad Obregón, Sonora, as well as their relationship with sociodemographic and clinical variables. A quantitative, observational, cross-sectional study was conducted using non-probability convenience sampling. The sample included 151 adult patients with a confirmed cancer diagnosis, of whom 123 were women and 28 were men. Emotional symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which consists of 14 items divided into two seven-item subscales, along with a questionnaire to collect sociodemographic and clinical information. The mean anxiety score was 6.57, the mean depression score was 4.90, and the mean total HADS score was 11.47. According to the reported classifications, 49.5% of participants had normal anxiety levels, 32.5% mild anxiety, 14.5% moderate anxiety, and 3.5% severe anxiety. Regarding depression, 1.3% were classified as normal, 14% as mild, 65.5% as moderate, and 19.2% as severe. Because the scores were not normally distributed, nonparametric statistical tests were used. No statistically significant differences were found according to sex, marital status, type of treatment, time since diagnosis, or the other clinical variables analyzed. However, a negative correlation was identified between age and anxiety, indicating that younger

patients presented greater anxiety symptoms. It is concluded that anxiety and depression represent relevant mental health concerns in the oncology population studied. Therefore, systematic psychological assessment and psycho-oncological support should be incorporated from the early stages of treatment through a multidisciplinary approach that promotes comprehensive well-being and treatment adherence.

Keywords: anxiety, depression, cancer, oncology patients, mental health, HADS.

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES

Para abordar el tema en salud mental, es importante tener una claridad acerca del concepto propio de salud, como referencia se toma el concepto que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), que sugiere que consta de un equilibrio en tres dimensiones: salud física, mental y social. El término salud, como ausencia de la enfermedad ha quedado obsoleto.

La salud mental ha estado en voga y ha buscado desarrollar conocimiento en donde se sustenten variables cognitivas y emocionales como factores desencadenantes en la afectación de la salud física o bien, variables cognitivas y emocionales que sirven como factores protectores para el bienestar del ser humano.

La salud física ha representado por mucho tiempo una de las preocupaciones sociales, económicas y políticas en nuestro contexto. Los presupuestos gubernamentales se han enfocado en atender más los problemas que demandan

atención correctiva, que en prevenir a través de técnicas psicoeducativas y de reestructuración cognitiva en la sociedad, para el cuidado del bienestar.

Se ha desarrollado conocimiento para incrementar los años de vida y para que la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con cáncer sea la mejor posible, buscando que reciban tratamiento con base en un diagnóstico oportuno que pueda ofrecer mejor beneficio para el paciente. La idea aprendida del diagnóstico cáncer en un paciente, por mucho tiempo, ha sido una asociación con la muerte y/o a una calidad de vida invasiva, con procesos dolorosos y con bajas expectativas de vida (Terol-Cantero et al., 2015).

La disciplina de la Medicina Oncológica ha buscado desarrollar las mejores opciones de tratamiento para erradicar anatómicamente el cáncer en los pacientes con este diagnóstico, analizando las distintas perspectivas del ser humano desde la concepción de la salud, se ha considerado, sumar esfuerzos multidisciplinarios, en donde se busque la atención integral que considerada como de vital importancia, que las personas que presentan un diagnóstico con deficiencias y deterioro en su salud física (cáncer) reciban atención en el tema de sus estados de ánimo (Maté et al., 2004).

Se han llevado estudios para confirmar la presencia de ansiedad y depresión en personas con diagnóstico de cáncer de mama. Participaron voluntariamente 107 mujeres adultas con diagnóstico de cáncer de mama en diferentes etapas. El 68% de las pacientes estaba recibiendo quimioterapia y el resto recibían radioterapia y cuidados paliativos. Se identificó ansiedad clínica en el 84% de las participantes y depresión clínica

en el 25%, lo cual indica una alta prevalencia de estos problemas emocionales (Valderrama Ríos y Sánchez Pedraza, 2018).

En este sentido, Arrieta et al., (2013) llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la depresión, la ansiedad, la calidad de vida relacionada a la salud, la adherencia al tratamiento y el pronóstico en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas. Participaron un total de 82 pacientes, fue un estudio prospectivo de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa IIIB o IV. La depresión y la ansiedad se midieron mediante la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, la entrevista neuropsiquiátrica internacional y la calidad de vida relacionada a la salud con los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-LC13. Se aplicaron los instrumentos antes del tratamiento y se repitieron a los 3 y 6 meses. Se consideró falta de adherencia al tratamiento a los pacientes que dejaron de acudir a sus citas de consulta.

Los resultados de la primera medición indican presencia de depresión y ansiedad en 33 y 34% de los pacientes, respectivamente. La depresión se asoció con el género femenino ($p = 0,034$) y pobre estado funcional ($p = 0,048$). La depresión y ansiedad mostraron una asociación con la calidad de vida relacionada a la salud. Los pacientes deprimidos mostraron una mediana de supervivencia de 7 meses, mientras que para los pacientes no deprimidos fue de 14 meses. El 58% de los pacientes con depresión presentaron una baja adherencia al tratamiento frente al 42% de los pacientes sin depresión ($p = 0,004$).

Se puede concluir que la depresión y ansiedad estuvieron presentes en el 30% de los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas de diagnóstico reciente. La depresión y la ansiedad se asociaron con una calidad de vida relacionada con la salud disminuida y la depresión se asoció de forma independiente con la adherencia al tratamiento y con mal pronóstico (Arrieta et al., 2013).

Velázquez Leyva et al. (2015) desarrollaron una investigación sobre la ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. En el estudio participaron voluntariamente 65 personas de entre 30 y 65 años, que recibían quimioterapia en un hospital de Hermosillo, Sonora, México. Se aplicaron la escala de Hamilton para medir ansiedad y el WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instruments) para medir la calidad de vida con las dimensiones de salud psicológica, salud física, relaciones sociales y ambiente, además de salud general y calidad de vida global. De manera general, puede concluirse que la ansiedad se concentra principalmente en el nivel grave, con un 36 % de los casos. Del mismo modo, la ansiedad se ubica mayoritariamente en el nivel grave, alcanzando un 39%, mientras que los niveles moderado y leve presentan ambos 20%. Únicamente el 7% de los participantes indicó ausencia de ansiedad. Al analizar las variables de la ansiedad psíquica, se identifican niveles muy graves principalmente en tensión e insomnio (20%), así como en el estado ansioso (18%). En cuanto a la ansiedad somática, el 32% experimenta el nivel grave. De forma individual, tres variables presentan porcentajes relativamente elevados en el nivel

ausente: los síntomas genitourinarios (24%), los síntomas cardiovasculares (29%) y los síntomas respiratorios (30%).

Acerca de la calidad de vida en general, el nivel normal fue el reportado con mayor frecuencia (56%). Nadie respondió “Muy buena”, indicando la tendencia hacia una baja calidad de vida. Respecto a la “Salud en general”, las mujeres se muestran “Insatisfechas” (60%), un nivel “Normal” (38%). Cabe señalar que nadie refirió un nivel alto en la satisfacción con su salud. Respecto a las dimensiones relaciones sociales y medio ambiente, salud física y psicológica, la opción que se reportó con mayor frecuencia fue “Normal” y la respuesta “Muy satisfecha” se presentó de manera escasa en las 4 dimensiones.

Los resultados que se obtuvieron mostraron que la ansiedad moderada se asocia con una baja calidad de vida, tanto en lo general, como en los dominios psicológicos, sociales y del entorno además de físicos. El estudio permitió identificar algunos elementos como la imagen corporal, la recreación y el ocio, el ámbito sexual y los diferentes dominios que integran la salud física, que la mujer percibe que impactan negativamente la calidad de vida. Se destaca la relevancia de la prevención y el desarrollo de intervenciones que promuevan la mejora de la calidad de vida (Velázquez Leyva et al., 2015).

1.2. CONTEXTO

Situando las variables en las que se pondrán atención en la investigación, se resalta el diagnóstico de cáncer y el impacto significativo que puede tener, en el estado de ánimo de una persona, sin duda los pacientes requieren de apoyo psicológico, para ayudarles a manejar sus emociones y afrontar la enfermedad de manera efectiva.

En esta ocasión el estudio se desarrolló en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) institución de salud pública mexicana que se creó en 1943, con el presidente Ávila Camacho, para asegurar el acceso completo de las personas trabajadoras a temas de salud; así mismo se publicó la Ley del Seguro Social, en el Diario Oficial de la Federación (Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH, 2020).

Desde su creación, el IMSS ha tenido un papel socialmente relevante en la lucha contra el cáncer en el país; en la década de 1950, el IMSS comenzó a ofrecer servicios de detección y tratamiento del cáncer. La mayoría de los casos de cáncer se diagnosticaban en etapas avanzadas, lo que dificultaba su tratamiento y la eficiencia del mismo. Con el tiempo, el IMSS fue ampliando sus servicios oncológicos y mejorando la capacidad de detección temprana del cáncer.

En la década de 1980, el IMSS estableció el Programa de Cáncer de Mama y el Programa de Cáncer Cervicouterino, que se enfocan en el tratamiento y la detección temprana del cáncer. Estos programas han favorecido la disminución de la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México.

Los servicios oncológicos del IMSS han estado progresando en los últimos años, con técnicas vanguardistas con el uso de tecnología en estudios con datos más puros en tomografía, resonancia magnética, estudios de medicina nuclear para el tratamiento

y diagnóstico del cáncer, así como la creación de unidades especializadas en oncología pediátrica y en la atención de pacientes con cáncer avanzado.

La psicología tiene un papel importante en el IMSS como parte de los servicios de atención médica y salud mental que ofrece a sus afiliados. En unidades médicas y hospitales del IMSS han ofrecido el servicio de atención psicológica a pacientes con trastornos mentales y emocionales, así como para ayudar a las personas a manejar situaciones de estrés, crisis, adherencias al tratamiento, con base a técnicas que favorezcan la salud (Gobierno de México, 2020).

Los servicios de psicología en el IMSS incluyen diagnóstico, evaluación y tratamiento de problemas emocionales, así como intervención en crisis y terapia psicológica individual, de pareja y familiar; como también se proporciona asesoramiento y educación en temas relacionados con la salud mental y el bienestar emocional.

Se han implementado programas específicos de salud mental, como el Programa Nacional de Salud Mental, que se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y emocionales en la población mexicana (Gobierno de México, 2020).

Es cierto que la demanda de servicios de atención psicológica en el IMSS es alta, lo que puede generar insuficiencias en la atención a los pacientes afiliados. La salud mental es uno de los ámbitos de mayor demanda en todo el mundo, y México no es la excepción.

El IMSS cuenta con un gran número de unidades médicas y hospitales en todo el país, pero el número de psicólogos y otros profesionales de la salud mental disponibles

puede ser insuficiente para atender a la gran cantidad de pacientes que requieren atención. Esto puede llevar a largos tiempos de espera para citas y a una atención limitada en algunos casos. Es bien sabido que los profesionales en la salud mental es importante dar seguimiento personalizado a los pacientes, por des fortuna los lapsos entre una cita y otra, tienden a ser bastante espaciosas.

Para hacer frente a esta situación, el IMSS ha implementado diversas estrategias, como la contratación de más psicólogos y la capacitación de personal de enfermería y médicos generales para que puedan identificar y atender problemas de salud mental en sus pacientes; que, aunque no es lo ideal, son estas las necesidades que se plantean como un problema a resolver (IMSS, 2022).

Se han desarrollado también programas de atención psicológica en línea y otros servicios de salud mental a distancia para brindar atención a más pacientes. Por ejemplo, el programa de atención psicológica en línea permite a los pacientes recibir terapia a través de videoconferencia y otros medios digitales, lo que puede ayudar a reducir los tiempos de espera para citas y aumentar el acceso a los servicios de salud mental. El Instituto cuenta con una línea de atención telefónica en la que especialistas en psicología y psiquiatría orientan a trabajadores y derechohabientes. Los motivos identificados de las llamadas son depresión, irritabilidad, problemas de sueño, ansiedad, miedo, tristeza, ideación suicida y consumo de sustancias, entre otros (Gobierno de México, 2020).

A pesar de estas estrategias, aún hay retos en la atención psicológica en el IMSS, y es importante seguir trabajando para mejorar la calidad y el acceso de los servicios de

atención a la salud emocional para los afiliados del IMSS (Comunicación social: IMSS, 2022).

El diagnóstico de cáncer es una experiencia que puede tener un impacto relevante en el estado emocional de una persona, una gran cantidad de pacientes experimentan una variedad de emociones, como miedo, tristeza, ansiedad e incertidumbre, después de recibir un diagnóstico de cáncer (Navarro Jiménez et al., 2022).

El estado de ánimo de un paciente puede influir en la forma en que maneja la enfermedad y puede afectar en la tomar decisiones para su tratamiento. Por ejemplo, los pacientes que se sienten muy ansiosos o deprimidos pueden tener dificultades para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, lo que puede afectar negativamente su recuperación, o bien decidir no aceptar ninguna opción de tratamiento, esto con origen al estado de ánimo y a sus pensamientos catastróficos frente a la enfermedad (Hernández et al., 2012).

Por lo tanto, es importante que los pacientes reciban apoyo psicológico y emocional después de recibir un diagnóstico de cáncer. Los psicólogos y otros profesionales de la salud mental pueden ser útiles a los pacientes para manejar sus emociones y a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas para enfrentar la enfermedad. Los pacientes también pueden obtener beneficios de terapias complementarias, como la meditación, el yoga y la terapia de arte, que pueden ayudar a reducir sintomatología relacionada con el estrés y beneficiar el bienestar emocional.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, el cáncer se identifica como una de las principales causas de muerte. Se ha observado un incremento en la incidencia de estos padecimientos, actualmente se estima que aproximadamente un poco más de 18 millones de personas en el mundo se diagnostican con algún tipo de cáncer y la mortalidad asociada a este, se reportó en alrededor de 9 millones de muertes al año (International Agency for Research on Cancer, 2020).

En los últimos años, los avances en términos de tratamiento contra el cáncer, han impactado de forma positiva en términos de supervivencia en los pacientes con este padecimiento, lo cual significa que algunos pacientes aspiran a tener una supervivencia más prolongada con una expectativa de vida de al menos 10 años. Sin embargo, es importante denotar que en este grupo de pacientes los múltiples síntomas derivados tanto de la enfermedad como del tratamiento, como son dolor, comorbilidades y síntomas psicológicos, están fuertemente relacionados con un decremento en la calidad de vida (Pitman et al., 2018). Sumado a esto, es importante denotar que los padecimientos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión son frecuentes en pacientes oncológicos y a menudo sub diagnosticados y desatendidos, pudiendo influir además en términos de adherencia al tratamiento, ideación de muerte, suicidio, incremento en ingresos y estancia hospitalaria y finalmente en la supervivencia asociada a la enfermedad (Smith, 2015).

Se calcula que la depresión y la ansiedad afectan hasta al 20 % y al 10 % de los pacientes con cáncer respectivamente, independientemente de la etapa clínica al

momento del diagnóstico, la evolución de la enfermedad y las metas del tratamiento ya sea curativo o paliativo (Mitchell et al., 2015).

Las mayores frecuencias de ansiedad y depresión se presentan en pacientes con cáncer gástrico, seguido de pacientes con cáncer pancreático, cáncer de cabeza y cuello y cáncer pulmonar (Brintzenhofe-Szoc et al., 2009).

Pese a que la relación entre depresión y mortalidad aún es tema de debate, algunos estudios sugieren que la depresión tiene un impacto negativo en término de supervivencia global en comparación con aquellos pacientes que no presentan este trastorno del estado de ánimo (Pirl et al., 2008).

El diagnóstico de estos trastornos del estado de ánimo en población oncológica está subestimado no solo en México, si no a nivel mundial, esto subraya la necesidad, no solo de identificar, sino también de tratar la ansiedad, la depresión y por consecuente mejorar la sensación de angustia buscando un impacto en el bienestar psicológico.

Considerando lo anterior, se vuelve una necesidad, la identificación de factores clínicos y sociodemográficos asociados a la ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer, que permita a futuro establecer un protocolo de actuación personalizado e individualizado en atención cuando sea necesario (González-Ling et al., 2022).

Anteriormente se han implementado múltiples escalas que permiten identificar estos trastornos en población general, sin embargo, algunas de ellas cuentan con validación para su aplicación específicamente en pacientes con algún diagnóstico oncológico subyacente, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS por sus

siglas en inglés), ha reportado la prevalencia de depresión y ansiedad en paciente oncológicos de 25 y 28% respectivamente (Temel et al., 2010).

En México, Galindo et al. (2015) aplicaron la HADS en 400 pacientes con diagnóstico de cáncer con edades que oscilaron entre 16 y 80 años de edad (56% de sexo femenino y 43% de sexo masculino). El instrumento presentó una consistencia adecuada al compararse con otros instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al. 1961), del cual se cuenta con una estandarización en México por Jurado et al. (1998); el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988), estandarizado por Robles et al. (2011); y el Termómetro de Distrés (Holland, 1998), contando con una estandarización de Almanza-Muñoz et al. (2008). Estos instrumentos mostraron una correlación significativa con la HADS.

Actualmente debe priorizarse la evaluación temprana e identificar pacientes con mayor riesgo de angustia emocional, y permita adaptar el tratamiento del paciente, no solo enfocarse en el tratamiento antineoplásico, si no también considerando, un abordaje y manejo multidisciplinario, priorizando el apoyo psicológico y el manejo farmacológico de estos padecimientos (Mosleh et al., 2018).

En México, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2024), el cáncer se ha registrado como la tercera causa de muerte, lo que representa un índice alto de la población que recibe este diagnóstico. La situación económica del país y de muchos pacientes, restringe el acceso a tratamientos oportunos, o bien a cuidados paliativos, para el manejo del dolor. Personas con el diagnóstico de la

enfermedad y los familiares, pueden tener poco acceso a la información, y desconocer el progreso de la enfermedad, el acceso a los tratamientos y/o a los cuidados del paciente con cáncer, lo cual podría detonar incertidumbre acerca del futuro, alimentando la emoción del miedo, desarrollando con ello situaciones de ansiedad, o a su vez, podrían los pacientes generar bajas expectativas de vida, detonando una desesperanza, sentimientos de tristeza que lo lleven a un estado de desánimo, cayendo en un trastorno depresivo.

Debido a lo anteriormente descrito, surge la pregunta de investigación: ¿cuáles son los niveles de depresión y ansiedad que experimentan pacientes con diagnóstico de cáncer en el estado de Sonora? ¿cuál es la relación entre variables sociodemográficas, variables relacionadas con la enfermedad y los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer?

1.4. OBJETIVO GENERAL

El objetivo del estudio será analizar los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer y su relación con variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo y actividad laboral) y variables relacionadas con la enfermedad (tipo de cáncer, tiempo con el diagnóstico, etapa de la enfermedad, tipo de tratamiento).

El objetivo general que persigue esta investigación es incrementar y desarrollar literatura científica que respalde programas de intervención según las necesidades psicológicas en temas de salud mental en pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer, buscando desarrollar conocimiento con solidez acerca del impacto del cáncer en

trastornos del estado de ánimo, tal como es: la ansiedad y depresión. El trabajo se realizará con base a pruebas estandarizadas, que lleven a tener un fundamento en la información, para que haya conocimiento de las necesidades que requiere la población estudiada, como también ofrecer propuestas de intervención integral, con equipos multidisciplinarios, a instituciones que acompañan al paciente oncológico y puedan desarrollar una mejor adherencia al tratamiento y tener expectativas reales en su proceso de la enfermedad, planteándose metas a corto y mediano plazo que lleve al paciente a un mejor bienestar.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Medir los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer.

Describir la relación entre variables sociodemográficas y variables relacionadas con la enfermedad y los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres con diagnóstico de cáncer.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad por grupos de edad en pacientes diagnosticados con cáncer.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad por estado civil en pacientes diagnosticados con cáncer.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad en relación con el nivel socioeconómico en los participantes del estudio.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad en relación con el nivel educativo en los participantes del estudio.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad en relación con la actividad laboral de los participantes del estudio.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad en relación con el tipo de cáncer en los participantes del estudio.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad en relación con el tiempo con el diagnóstico de cáncer en los participantes del estudio.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad en relación con la etapa de la enfermedad en los participantes del estudio.

Comparar los niveles de depresión y ansiedad en relación con el tipo de tratamiento en los participantes del estudio.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El hablar de cáncer ha sido un tema que ha desatado una problemática en nuestro entorno social debido a la pérdida de la salud, no solo física sino también mental, que ha rebasado a la sociedad. La ciencia se ha quedado corta en desarrollar programas que lleven a tomar medidas de diagnósticos oportunos y medicamentos que favorezcan el tratamiento de la enfermedad. La economía, por otra parte, ha resultado insuficiente para cubrir esta demanda que se presenta en el tema de la salud, el cáncer se ha convertido en una de las primeras causas de muerte, que ha llevado a la sociedad en general a desarrollar cierta angustia por la posibilidad y la expectativa a desarrollar este padecimiento.

Siguiendo el concepto de salud, que ofrece la Organización Mundial de la Salud, que conceptualiza a la salud como el equilibrio óptimo y equilibrado del bienestar físico, mental y social, podemos deducir que un cuerpo enfermo, incrementa la posibilidad no sólo de desarrollar trastornos mentales en el paciente, sino también un impacto en las familias de los pacientes afectados.

El miedo es una emoción innata de los seres vivos, útil para desarrollar un instinto de supervivencia que tiene como objetivo mantener una alerta encendida, que promueva la defensa frente a posibles amenazas reales o imaginarias, que puedan poner en riesgo la vida. Hablar de seres vivos pone al humano en igualdad frente a cualquier especie animal; pero cuando nos referimos específicamente al ser humano, es relevante hacer mención de la capacidad mental que tenemos los humanos y lo ingeniosa que puede ser la mente para desarrollar ciertos pensamientos que despiertan el sentido de alerta en las personas, aun cuando no están sucediendo las situaciones que se piensan.

El cerebro activa la alarma cuando identifica ciertos miedos, sin importar si estos miedos son racionales (con probabilidades que sucedan) o irracionales (con muy bajas o nulas posibilidades de que sucedan). Una noticia como el diagnóstico de cáncer desde el aprendizaje social, lleva a una asociación en ocasiones involuntaria hacia pensamientos catastróficos de dolor, sufrimiento y/o muerte, en la mayor parte de los casos. Aunque el progreso de la eficiencia en los tratamientos farmacológicos de oncocirugía, radioterapia, quimioterapia, entre otros tratamientos de oncología médica, han resultado favorables, las personas desconocen de la eficiencia de los medicamentos.

Una de las emociones centrales que entran en juego con la enfermedad y se asocia a un trastorno del estado de ánimo, es la emoción de la tristeza, la cual, cuando se vive, viene desencadenada por un evento desfavorable, como, por ejemplo: secuestro, fraude, descubrimiento de mentiras, divorcio, o como en este caso: enfermedad representada en pérdida de la salud o en algunos otros casos, la muerte está asociada a la tristeza. Una tristeza mal afrontada, conlleva al desarrollo de malos pensamientos, ideas irracionales, catastrofismo, desesperanza, e incluso deseos de acabar voluntariamente con la misma vida (ideación e intentos de suicidio), descontrol el sueño, en el sexo y en el apetito (Salcedo, 2024).

Cuando la tristeza está asociada a la pérdida de la salud física, presentando sintomatología que genera estragos, como lo hace el cáncer con el cuerpo; inevitablemente esto podría desencadenar un trastorno de depresión.

Cuidar las emociones de los pacientes que están atravesando por un episodio de colapso en su cuerpo, es una necesidad que los profesionales en la salud mental deben atender, debido a que esto puede ser un factor que lleve al individuo a perder sin antes poner de su parte para tomar el desafío de la lucha contra el cáncer.

Existen pensamientos automáticos que se refieren al cáncer, los cuales por lo general se asocian al dolor, demandas fuertes en lo económico, a un proceso desgastante y a la asociación con la muerte. Los mismo con el tema de la psiquiatría y la psicología, disciplinas que por estigmas las personas siguen asociando estas necesidades en la salud, como sinónimo de locura (Salcedo, 2024).

Trabajar con la erradicación de estas ideas es una tarea que, aunque parezca inalcanzable, es de mucha utilidad, no solo para concientizar a los pacientes y a los familiares de los pacientes que padecen de esta enfermedad, sino también al personal de salud, quién en ocasiones no son libres de tener estos prejuicios al momento de brindar una atención en algunas otras necesidades que un paciente oncológico pueda llegar a tener. Es decir, en ocasiones si el paciente requiere de otra atención médica, es posible que se le niegue la atención o que se le ponga un menor empeño al cuidado de su salud.

La tarea es erradicar ciertas ideas que se tienen acerca del cáncer, y normalizar el respetar el proceso socioemocional que los pacientes comienzan al momento de estar enterados de su diagnóstico, como también llevar a una sensibilización y concientización acerca de los logros que se han desarrollado en la medicina y como el fusionar la salud mental, esto llevará a potencializar un mejor acompañamiento para el bienestar de quien padece esta enfermedad que representa la tercer causa de muerte en México.

1.7. BENEFICIOS ESPERADOS

La investigación proporcionará información sobre la necesidad de un acompañamiento psicoterapéutico reconociendo la importancia de la salud mental en los pacientes como también en sus familias.

Reconocimiento e importancia de la labor del psicólogo en el tema de la salud, la enfermedad, en específico en la oncología.

Desarrollar programas para grupos de trabajo de auto ayuda, en dónde las personas puedan beneficiarse de testimonios abordados de una manera sana y realista.

Concientizar y brindar una capacitación al personal de salud: médicos, enfermeros, camilleros, trabajadores sociales, asistentes médicos, radiólogos, psicólogos, entre otros servidores de la salud, que puedan reconocer la importancia del manejo de las emociones en pacientes oncológicos.

Desarrollar programas de intervención para pacientes oncológicos, familiares de pacientes en el servicio de oncología, y profesionales en la salud que intervienen en el proceso.

Encaminar una línea de investigación para investigadores que pretendan desarrollar futuro conocimiento en el tema y en la localidad o bien, la implementación de esta misma investigación en otro contexto que favorezca a la ciencia y a la salud mental de nuestra sociedad.

Difundir la concientización de la enfermedad y la salud mental, promoviendo se desarrollen más investigaciones en relación a enfermedades específicas con el impacto en el bienestar de los pacientes.

1.8. LIMITACIONES

Los recursos con los que se cuentan son personas voluntarias como asesores que aportan con base a sus conocimientos metodológicos al desarrollo científico, colaborarán en la aplicación de encuestas, la realización de una base de datos para el análisis estadístico y obtener los resultados de la investigación.

Se pretende llevar un cronograma con los tiempos estipulados para el proceso que conlleva la investigación. El acceso a los pacientes con diagnóstico de cáncer están

derivados de la institución y del médico tratante, de quién dependerá el acceso a esa información.

Los pacientes serán voluntarios a responder o no, los instrumentos que se aplicarán, razón por la que podrían voluntariamente acceder o no a participar en esta investigación, aunque se les dará el conocimiento informado de la confidencialidad del manejo de datos y de la información, con base a la ética se respetará el deseo de participar o de no hacerlo.

1.9. ALCANCES

Estimar de forma objetiva el porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer que padecen trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión.

Identificar características psicosociales asociadas al desarrollo de estos trastornos.

Realizar intervenciones de forma temprana, en el ámbito médico y psicológico que impacten de forma positiva en el proceso de la intervención.

Buscar estrategias de tratamiento psicológico acorde a las características clínico patológicas de este grupo de pacientes, para implementar estrategias de psicoterapia en pacientes oncológicos, teniendo con ello, un mejor impacto.

Referencia oportuna a servicios de psiquiatría, para inicio de manejo farmacológico, buscando siempre el mayor bienestar posible para el paciente.

Desarrollar un conocimiento científico, ampliando la bibliografía existente acerca del diagnóstico de cáncer en relación a la repercusión de los trastornos del estado de ánimo: ansiedad y depresión.

Reconocer la importancia del profesionalista en salud mental, como una necesidad del paciente oncológico para ser acompañado en su proceso de salud enfermedad.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 CÁNCER

2.1.1 CONCEPTO Y DEFINICIÓN

El cáncer, es un término amplio que describe un conjunto de alteraciones que se pueden presentar en cualquier tejido u órgano del organismo, caracterizado por un crecimiento anormal y descontrolado, aunado a la capacidad de invasión y propagación a tejidos adyacentes u otros órganos (Marin y Flores, 2024).

2.1.2 INCIDENCIA Y PREVALENCIA

El cáncer constituye un problema de salud pública importante. Acorde con los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), se estima que en 2020 hubo alrededor de 19,3 millones de casos de personas que fueron diagnosticadas con cáncer en todo el mundo. En México para 2020 se diagnosticaron poco más de 195000 casos nuevos de cáncer, ocupando el cáncer de mama el primer lugar en incidencia independientemente del sexo. A nivel mundial, el cáncer de pulmón quien ocupa el primer lugar en incidencia (INEGI, 2024).

Datos más actualizados reportan que Estados Unidos de Norteamérica, para 2023, los cánceres más comunes diagnosticados en hombres y mujeres, son: El cáncer de próstata, pulmón y colorrectal, representando casi la mitad (48%) de todos los casos incidentes en hombres, de los cuales el cáncer de próstata por sí solo representa el 29% de los diagnósticos. Mientras que, en mujeres, el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal, el cáncer de mama representan el 52% de todos los diagnósticos nuevos; constituyendo el cáncer de mama por sí solo, el 31% de los cánceres femeninos (Siegel et al., 2023).

2.1.3 CAUSAS Y DIAGNÓSTICO

Con los avances de la ciencia, el conocimiento sobre la etiología del cáncer ha aumentado de forma considerable. Estudios muestran que existen múltiples factores tanto intrínsecos como no intrínsecos, como son el medio ambiente o el estilo de vida como los factores de riesgo más frecuentes para desarrollar cáncer. Sin embargo, por otro lado, es sabido que los principales factores de riesgo en la aparición de cáncer están causados por errores de replicación del ADN (conocidos como factores intrínsecos)

empero solo el 10% de todos los cánceres son alteraciones genéticas heredadas, siendo la mayoría de estas alteraciones a nivel del ADN secundario a la influencia de los factores extrínsecos los que desencadenan

Los factores de riesgo asociados a cáncer se pueden subclasificar en varios subgrupos:

- Factores de riesgo modificables: constituidos por algunas conductas o exposiciones que pueden ser favorecidas o evitadas por la mayoría de la población, en estas se incluyen aquellas como el consumo de tabaco y Alcohol, la dieta, exposición prolongada a luz solar, contacto con sustancias químicas (mayoritariamente en un contexto laboral), obesidad, sedentarismo, exposición a radiación, infecciones virales, por nombrar algunas.

Existe otro subgrupo de factores intrínsecos no modificables, como son el sexo, la edad, algunas alteraciones genéticas heredadas, raza principalmente.

El diagnóstico de cáncer en un paciente parte de una sospecha de síntomas de enfermedad, seguido de una valoración médica, que incluya historia clínica y exploración física. Los hallazgos de dicha valoración se complementan con pruebas de diagnóstico por imágenes: donde se incluyen resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y ecografías para obtener imágenes detalladas del organismo y localizar posibles tumores. Así como algunas técnicas de imagen más avanzadas que incluyen uso de radio fármacos como son el PET CT o estudios gamma gráficos que permiten valorar tanto morfológica como funcionalmente una tumoración y se utilizan para la adecuada tipificación del paciente.

El diagnóstico confirmatorio se obtiene mediante la toma de biopsia, esta implica la extracción de una muestra de tejido del tumor sospechoso, que luego se examina en un laboratorio para determinar si contiene células tumorales.

Y más recientemente se ha implementado la realización de pruebas moleculares y genéticas: que permiten analizar las características moleculares y genéticas de cada tumor con intención de guiar la estrategia terapéutica en el paciente con cáncer (Castañeda et al., 2024).

2.1.4 TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA

El tratamiento del cáncer es un proceso complejo y variado que depende del tipo de cáncer, su etapa al momento del diagnóstico, la ubicación del tumor, así como el estado de salud general del paciente (Castañeda et al., 2024). Las principales opciones de tratamiento para el cáncer incluyen:

La cirugía, en algunos casos es el primer enfoque para tratar el cáncer, debido a que a través de la cirugía se erradica el tumor y, en algunos casos, los tejidos circundantes afectados. La cirugía puede ser curativa si se elimina todo el tumor, o puede utilizarse para reducir el tamaño tumoral antes de otro tratamiento.

Radioterapia: La radioterapia utiliza radiación de alta energía para causar un daño en el ADN de las células tumorales y con ello evitar el crecimiento. Puede usarse como

tratamiento principal o después de la cirugía como complemento de la misma. En un subgrupo de pacientes el tratamiento con Radioterapia se encamina a control de síntomas.

Quimioterapia: son un grupo de medicamentos utilizados con la intención de detener el crecimiento de las células cancerosas o eliminarlas. La quimioterapia puede brindarse oralmente o vía intravenosa y puede afectar tanto a las células cancerosas como a las sanas.

Terapia dirigida: Estos tratamientos se dirigen específicamente a las características moleculares o genéticas que impulsan el crecimiento del tumor. Son más precisos que la quimioterapia convencional y a menudo tienen menos efectos secundarios.

Inmunoterapia: Esta opción estimula el sistema inmune para que reconozca y elimine las células cancerosas. Puede incluir terapias con inhibidores de puntos de control inmunitario o anticuerpos monoclonales, además de otras estrategias.

Terapia hormonal: Se utiliza en cánceres dependientes de hormonas, como el cáncer mamario o próstata. Implica bloquear o disminuir los niveles de hormonas que favorecen el crecimiento del tumor.

El tratamiento debe ser individualizado acorde a las características de cada paciente y en muchas ocasiones se otorga un tratamiento multimodal con la intención de

ofrecer un tratamiento más eficaz y un mejor impacto en términos de supervivencia (Herrera, 2024).

Acorde a los datos reportados por EEUU, la tasa de supervivencia relativa a 5 años se ha incrementado del 49 %, a mediados de la década de 1970, a un 68 % para los diagnósticos entre 2012 y 2018. Algunos de ellos con un pronóstico muy favorable con tasas de supervivencia mayor al 90% en donde se encontró a los cánceres de: tiroides, próstata, testículo y melanoma; otros diagnósticos con un panorama mucho más sombrío con supervivencias no mayores al 20% a 5 años, se destacan pacientes con cáncer de páncreas, hígado y esófago (Vidal et al., 2025).

Un factor importante que ha denotado un impacto positivo en términos de supervivencia, es el tamizaje que ha permitido la detección de algunos de estos padecimientos en etapas más tempranas, con una probabilidad de mayor éxito.

2.1.5 MORTALIDAD

El cáncer representa un problema de salud pública importante, representando la segunda causa de muerte a nivel mundial, acorde a los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), se estima que en 2020 hubo alrededor 10 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad. Tan solo en México se registraron cerca de 90000 muertes asociadas a cáncer, representado el 8% del total de defunciones, posicionándose el cáncer de mama como la primera causa de muerte asociada a cáncer en población mexicana (INEGI, 2024).

2.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los trastornos del estado de ánimo, se derivan de los estados emocionales aunados a la gestión de conductas y pensamientos que afronten la cotidianidad de la vida, muchos autores refieren que las emociones centrales son cuatro, definidas como alegría, tristeza, enojo y miedo. Haciendo una fusión con las emociones y la conjugación de un verbo, se identifica el pasado, presente y futuro (Chacón et al., 2021).

Cuando se identifica una experiencia vivida en el pasado y este recuerdo se asocia con una carga emocional de tristeza, puede el pensamientos dictar ideas irracionales, con ello se agotan estrategias de afrontamiento saludable, y esto condiciona a desarrollar un trastorno de depresión, tomando en cuenta las variables de afectación que son el exceso del pasado, eventos desafortunados y emociones de tristeza, con prolongación a más de 6 meses con criterios y síntomas propios a el diagnóstico de depresión.

El exceso de cortisol, es la hormona del estrés, la cual representa exceso de presente, en donde el individuo siente la constante amenaza del deber hacer y producir pendientes, percibiendo el exceso de responsabilidades, en donde la reducción del tiempo y el exceso de las tareas pareciera no embonar, cuando esto lleva un tiempo prolongado de más de 6 meses podría desencadenar síntomas del trabajador quemado y cumplir con criterios para un diagnóstico de estrés.

Una manera de conjugar un verbo es asociarlo al futuro, con la intención de expresar lo que pueda pasar, es ahí en donde la composición humana, tiene una conexión con las emociones y su relación con el proceso de imaginación de la mente. Es

decir, la emoción del miedo aparece y se fusiona con los pensamientos destructivos, racionales e irracionales, pensamientos catastróficos que podrían o no cumplirse. Esto podría en la mente de algunos individuos prolongarse y desarrollar un exceso de miedo a lo que pueda pasar en el futuro y cumplir con criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada o algún otro trastorno de ansiedad.

2.2.1. ANSIEDAD

Los trastornos del estado de ánimo incluyen el Trastorno de Ansiedad (TA) el cual trata de un padecimiento mental que ha resultado un problema que ha estado en incremento (Chacón et al., 2021). La OMS ha registrado que los trastornos de ansiedad son de los más frecuentes a nivel mundial ya que en 2021 afectaron a 359 millones de personas. Y las mujeres los padecen más que los hombres.

Los Trastornos de Ansiedad (TA) son caracterizan por respuestas de miedo y preocupaciones frecuentes a lo largo de la vida. Estos síntomas tienen un origen en situaciones que representan o no, un peligro real para la persona, es decir, el peligro también puede ser imaginario y aun así la mente se predispone a vivir las reacciones, como si lo que se imagina fuera real, esto podría desencadenar alteraciones conductuales. El miedo es una respuesta ante una amenaza próxima; la ansiedad es una respuesta de anticipación ante una amenaza en el futuro, lo que lleva a la necesidad de la activación de una respuesta de defensa o fuga. Estas respuestas muestran una etiología compleja tales como la genética y factores estresores que se asocian a eventos en la vida (Chacón et al., 2021).

2.2.1.2. DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

La ansiedad suele desencadenarse por pensamientos anticipatorios asociados al miedo. Como parte de la naturaleza humana, lo desconocido genera inquietud, y el futuro, por definición, es incierto. Por ello, las interpretaciones que cada persona hace de lo que podría ocurrir influyen directamente en el desarrollo o no de sintomatología ansiosa. Contar con herramientas psicoterapéuticas o estrategias cognitivas permite orientar esos pensamientos hacia posibilidades más favorables y disminuir el impacto emocional.

El DSM-5 (2014) señala que los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada pueden manifestarse de la siguiente manera: preocupación y ansiedad excesivas relacionadas con diversas actividades o situaciones —como responsabilidades laborales o académicas— que se presentan la mayoría de los días durante al menos seis meses con exceso de preocupación, inquietud, tensión, fatigabilidad aumentada, problemas para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.

2.2.1.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los trastornos de ansiedad, tienen diferentes criterios para su diagnóstico, una de las herramientas de evaluación para la clasificación en los trastornos mentales más utilizados es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-V). Estos trastornos de ansiedad se clasifican en 11 grupos, *ansiedad generalizada e inducida por sustancias, fobia específica, ansiedad por separación, mutismo selectivo,*

pánico, agorafobia, ansiedad social, ansiedad atribuibles a condiciones médicas y otros trastornos específicos de ansiedad, ansiedad no especificado (Agudelo et al., 2011).

La ICD-10 utilizada por la OMS, tiene criterios para su diagnóstico en 9 grupos clasificatorios, los cuales son los trastornos de ansiedad, trastorno generalizado de ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, agorafobia, fobia social, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

El trastorno de ansiedad que se busca identificar en los pacientes a los que se pretende evaluar, es específicamente a pacientes con características diagnósticas al trastorno de ansiedad generalizada.

2.2.1.4. TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un modelo terapéutico muy recomendado y efectivo para tratar la ansiedad y algunos trastornos del estado de ánimo. Este enfoque tiene resultados basados en la evidencia. En este modelo Cognitivo-Conductual se trabajan los patrones de pensamientos (cogniciones como ideas y creencias), y los comportamientos que pueden estar desencadenando la ansiedad (Romero et al., 2025). Algunas técnicas que se recomiendan y se utilizan en el manejo de la ansiedad son las siguientes:

1.- Identificación y cuestionamiento de pensamientos automáticos: Ayudar a los pacientes a reconocer y analizar los pensamientos automáticos, negativos o

distorsionados que contribuyen a su ansiedad. Luego se cuestiona la evidencia detrás de esos pensamientos y se busca una manera de pensar más realista.

2.- *Reestructuración cognitiva*: Ayudar a los pacientes a sustituir pensamientos distorsionados por pensamientos más realistas. Esto implica desafiar las interpretaciones catastróficas y buscar evidencias que respalden otras perspectivas.

3.- *Técnicas de exposición*: consiste en exponer gradualmente a las personas a situaciones que provocan ansiedad para ayudarles a enfrentar sus miedos de manera controlada. Esto puede hacerse a través de la exposición en vivo o mediante la imaginación guiada.

4.- *Técnicas de relajación*: Enseñar a las pacientes a respirar para lograr una relajación profunda e inducir a la meditación. Esto baja los síntomas de ansiedad generando bienestar.

5.- *Diario de ansiedad*: Mantener un registro de los síntomas de ansiedad, los pensamientos asociados y las situaciones desencadenantes. Esto puede ayudar a identificar patrones y desencadenantes específicos.

6.- *Detención del pensamiento*: Enseñar a los pacientes a detener conscientemente pensamientos ansiosos o rumiantes y redirigir su atención hacia algo más positivo o presente.

7.- Técnicas de atención plena: Enseñar a los pacientes a centrar su atención en el presente y a detectar sus pensamientos y emociones sin juicios. La atención plena puede ayudar a reducir la rumiación y la preocupación excesiva.

8.- Desensibilización sistemática: Utilizar la relajación y la imaginación guiada para exponer gradualmente al paciente a situaciones que provocan ansiedad, permitiendo que se acostumbre y reduzca su respuesta de miedo.

9.- Establecimiento de metas y planificación: Ayudar al paciente a establecer metas realistas y a desarrollar un plan paso a paso para alcanzar esas metas, lo que puede reducir la sensación de incertidumbre y descontrol.

Es importante destacar que las técnicas específicas utilizadas pueden variar según el terapeuta y las necesidades individuales del paciente. Además, estas técnicas suelen ser parte de un enfoque más amplio de tratamiento que puede incluir otras estrategias y técnicas adaptadas a la situación particular del paciente (Romero et al., 2025).

2.2.2. DEPRESIÓN

Por mucho tiempo se ha buscado tener una explicación en el origen biológico de la depresión y la eficacia de los tratamientos antidepresivos, aunque han sido años de estudio, hay poca claridad en la asociación de resultados. El trastorno de la depresión mayor, por su alta prevalencia, representa un problema en la salud pública. La etiología

ha resultado compleja debido a que el origen tiene lugar en factores: genéticos, biológicos y psicosociales (Pérez et al., 2017).

2.2.2.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS

Un trastorno depresivo se presenta como un estado emocional alterado, con predominio de tristeza, vacío o irritabilidad, acompañado de cambios físicos y mentales que interfieren en el funcionamiento habitual de la persona, los cuales pueden estar clasificados en trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos, trastorno depresivo persistente, trastorno depresivo debido a otra enfermedad u otro trastorno depresivo especificado o no especificado (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, 2014).

2.2.2.2. DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Los síntomas de la depresión se caracterizan por un ánimo deprimido persistente, pérdida de interés o placer, alteraciones del apetito y del sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades cognitivas, cambios psicomotores y pensamientos recurrentes sobre la muerte.

2.2.2.3. TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

Sin duda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una herramienta que puede favorecer al desarrollo del bienestar del paciente, debido a que, a través de programas basados en la evidencia, se han desarrollado casos de éxito. Similar a las técnicas

utilizadas para la ansiedad, la TCC se enfoca en identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos y distorsionados, transformando las ideas irracionales en racionales, identificando conductas desadaptativas y conductas que generen bienestar físico, mental y social, para que contribuya con esto a erradicar la depresión (Clark y Beck, 2012).

Los tratamientos que sugieren Karon y Keysi (2025) de la TCC son:

Terapia Interpersonal: Se centra en las relaciones y la comunicación interpersonal, ayudando a mejorar la calidad de las conexiones sociales y la resolución de conflictos.

Terapia de Activación Conductual: Se enfoca en reactivar actividades placenteras y significativas en la vida del individuo para contrarrestar la pérdida de interés y el aislamiento.

Terapia de Aceptación y Compromiso: Fomenta la aceptación de los pensamientos y emociones negativos, al tiempo que se promueve el compromiso con los valores personales y las acciones constructivas.

Ejercicio y Actividad Física: El ejercicio regular puede mejorar el estado de ánimo al liberar endorfinas y promover una sensación de logro.

Técnicas de Relajación y Mindfulness: Prácticas como la meditación y la atención plena pueden ayudar a reducir la rumiación y mejorar la regulación emocional.

Apoyo Social: Mantener conexiones con amigos y seres queridos puede proporcionar un sistema de apoyo crucial.

Medicación: En algunos casos, los médicos pueden recetar antidepresivos para ayudar a aliviar los síntomas, para ello es importante canalizar al paciente con un especialista en psiquiatría, para que le brinde el mejor esquema de tratamiento, trabajando con el paciente las ideas irracionales que pueda tener acerca de la medicación y la consulta psiquiátrica.

Establecimiento de Metas Pequeñas: Romper las tareas en pasos pequeños y alcanzables puede ayudar a superar la sensación de a brumación.

Buscar Ayuda Profesional: Trabajar con un terapeuta capacitado puede proporcionar orientación y estrategias específicas para afrontar la depresión, es por ello que es importante que el paciente se vea acompañado por un profesional y de ser posible por un equipo multidisciplinario como: psiquiatra, nutriólogo, entrenador físico y/o psicólogo.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se categoriza en el marco de la salud mental y desarrollo biopsicosocial, debido a que se busca evaluar trastornos del estado de ánimo, tales como la ansiedad y depresión que tienen un origen en la salud mental y la asociación con notificación de la enfermedad oncológica. El desarrollo de este conocimiento científico se fundamenta en el concepto que ofrece la OMS en 1946 quién argumenta que la salud, no solo se refiere a un cuerpo anatómico con ausencia de enfermedad, sino que define a la salud, como el funcionamiento óptimo en un aspecto físico, mental y social y el

equilibrio en cada una de estas áreas. Concepto que fundamenta el Modelo de atención integral propuesto por George Engel en 1977 el cual conceptualiza al cuerpo, a la psique y al contexto social, como una integración conjunta en la que el ser humano debe de buscar un desarrollo óptimo en cada aspecto, teniendo en cuenta que cada lado que se vea afectado, repercutirá a los otros lados de la salud, según sea el caso del estado de salud física, mental o social.

Por las razones anteriormente descritas se fundamenta que esta investigación busca relacionar un diagnóstico médico oncológico y el impacto en su salud mental de los que participan en la investigación. Esto con el fin de desarrollar un conocimiento científico que sirva para describir el estado de ánimo en pacientes oncológicos, con ello pueden futuras investigaciones hacer propuestas para programas de prevención, evaluación e intervención psicosocial, útiles para personas que viven con un diagnóstico de cáncer, como también para familiares, cuidadores y para la capacitación en el manejo de los trastornos del estado de ánimo en el personal de salud. Razón que justifica la categorización en la sub línea de prevención de los trastornos mentales.

3.2 METODOLOGÍA UTILIZADA

Estudio cuantitativo, transversal, observacional.

Un estudio transversal observacional es un diseño del estudio observacional de medición única para recopilar información sobre una muestra de individuos o grupos de población.

El término transversal significa que la recopilación de datos se realiza en un momento específico o en un período muy corto. En lugar de seguir a los participantes a lo largo del tiempo, se observa la información de todos los participantes simultáneamente.

El término observacional, indica que los investigadores observan y registran eventos o características sin intervenir directamente en el entorno del estudio. A diferencia de los estudios experimentales, donde se realizan intervenciones controladas, en los estudios observacionales, los investigadores simplemente observan lo que ya está ocurriendo, sin manipular las condiciones de la población de estudio.

Se trata de un estudio cuantitativo, el cual se enfatiza en la recopilación y el análisis de datos cuantificables y medibles, mediante encuestas estructuradas. En este tópico específicamente, el enfoque transversal nos permitirá obtener una fotografía de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en un momento específico. Esto proporcionará información valiosa sobre la magnitud del problema en la población estudiada; además de la prevalencia de estas condiciones, al observar a los pacientes en un solo punto en el tiempo, se puede identificar la presencia de factores de riesgo asociados con estas condiciones clínicas, lo que permitirá guiar intervenciones preventivas y de apoyo psicológico.

La naturaleza transversal de este estudio facilita la comparación de diferentes grupos de pacientes con cáncer, así como la influencia de las diferentes etapas de la

enfermedad, las modalidades de tratamiento (quirúrgicas, quimioterapia, radioterapia), e incluso las diferencias asociadas a algún tipo específico de cáncer.

Los resultados obtenidos mediante este estudio pueden ayudar a la elaboración de intervenciones psicológicas acordes a las demandas específicas de los pacientes oncológicos. Comprender la relación entre la ansiedad, la depresión y el cáncer contribuirá a mejorar un abordaje integral del paciente que incluya los aspectos físicos y psicológicos de la enfermedad, sirviendo como punto de partida para nuevas hipótesis.

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO

Considerando el propósito de la investigación, el presente protocolo se enfoca dentro del rango de investigación básica, conocida como investigación fundamental o pura, la cual tiene como propósito fundamental la búsqueda del conocimiento por sí mismo.

Dentro de los propósitos de la investigación básica se encuentra:

1. Generar conocimiento fundamental, ampliando la comprensión en una determinada área de estudio.
2. Explorar fenómenos desconocidos de la naturaleza, sociedad o ciencia, en busca de nuevas teorías, conceptos o relaciones causales.
3. Desarrollo de teorías y modelos en diversas disciplinas, proporcionando la base para la investigación aplicada, formulando hipótesis y predicciones.

4. Proporcionar conocimiento sólido a través de datos duros, sirviendo como base para la investigación aplicada y la innovación. El conocimiento adquirido en la investigación básica puede ser esencial para el desarrollo de nuevas tecnologías, enfoques terapéuticos, y estrategias en diversas áreas.
5. La investigación básica es fundamental para la formación académica y la educación superior. Los resultados de estas investigaciones a menudo se incorporan en programas educativos, contribuyendo al desarrollo de conocimientos y habilidades en estudiantes.

El propósito fundamental de la investigación básica es ampliar el conocimiento humano sin la presión inmediata de aplicarlo. Aunque no busca resolver problemas prácticos específicos, su impacto a largo plazo para continuar con otras investigaciones.

Acorde al método de obtención de datos, el presente estudio se engloba dentro de una investigación de campo, misma que se caracteriza por la recolección directa de información en el contexto natural de los fenómenos estudiados. Estas investigaciones son valiosas para obtener información detallada y específica sobre situaciones o contextos particulares.

La principal característica es la captación directa de información en el lugar donde ocurren los eventos. Esto implica la presencia física del investigador en el campo, los investigadores observan y registran comportamientos, eventos y situaciones tal como ocurren, sin manipulación, dentro de un contexto temporal y espacial, la recopilación de

datos considera un momento específico en que ocurren los eventos y el lugar en el que se desarrollan; los investigadores pueden elegir áreas específicas o grupos de interés.

Atendiendo al nivel de conocimientos que pretenden adquirirse en el presente protocolo, el diseño descriptivo se enfoca en detallar las características, propiedades, comportamientos y fenómenos de un grupo específico sin modificar las variables de estudio ni analizar relaciones causales. El propósito central es ofrecer una representación clara y fiel de la realidad en un momento determinado. Este tipo de estudios puede abarcar, por ejemplo, la caracterización de los rasgos demográficos de una población, el análisis de conductas en un grupo específico o la estimación de la frecuencia de una condición de salud dentro de una comunidad.

Desde el método utilizado, la presente utiliza un método analítico, el cual es un enfoque de investigación que se centra en descomponer un problema o fenómeno en sus componentes más pequeños para comprender mejor su estructura y funcionamiento, mediante el examen detallado y sistemático de las partes de un todo con el objetivo de comprender la relación entre ellas y cómo contribuyen al fenómeno.

3.4. POBLACIÓN

La obtención de la muestra fue por conveniencia en un hospital de Ciudad Obregón, Sonora. Los participantes fueron reclutados durante el proceso de atención clínica del servicio de Oncología (oncología médica, Cirugía oncológica, Radioterapia, Psicología y Clínica del dolor / Cuidados paliativos), en el marco temporal comprendido entre el 20 y 28 marzo de 2025.

El estudio contó con la aprobación del Comité Científico y de Bioética del Instituto Tecnológico de Sonora, Campus Obregón en Ciudad Obregón, Sonora, todos los participantes manifestaron su consentimiento de forma libre y voluntaria, tras la lectura, comprensión y firma del documento de consentimiento informado diseñado para el presente estudio. como la prueba HADS instrumento que se utilizó como instrumento para la investigación aunado de datos sociodemográficos.

En la población se incluye cualquier género, hombres y/o mujeres adultas. Los pacientes son remitidos por los profesionales en la salud para participar en el estudio, es desde la voluntad de los pacientes, su disposición y en sus tiempos. El lugar sede para la aplicación del instrumento es en Ciudad Obregón, y los pacientes pueden ser de distintas localidades de Sonora como Ciudad Obregón, Navojoa, Huatabampo, Empalme, Guaymas, Hermosillo, Santa Ana, Caborca, Cananea, Agua Prieta, Magdalena, Ímuris, Nogales y comunidades pertenecientes a las ciudades y municipios de Sonora.

Los participantes están diagnosticados con algún tipo de cáncer, aunque el cáncer más común suele ser de mama, pulmón, cérvix, páncreas. Se parte de la idea que cualquier deterioro en algún aspecto de la salud física, viene a afectar a la salud mental y social. La intención es que a través del método científico, se pruebe la relevancia del cáncer asociado al bienestar psicológico específicamente en la afección de la depresión y ansiedad de la población a estudiar.

3.5. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se consideró el muestro por conveniencia ya que es importante que las personas estén dispuestas a participar en el estudio y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Los participantes incluidos en la muestra se integraron atendiendo a los requisitos previamente establecidos:

Inclusión:

1. Personas con diagnóstico de Cáncer confirmado histológicamente.
2. Pacientes recibiendo un tratamiento oncológico (curativo o paliativo) o aquellos en vigilancia con un periodo de seguimiento posterior a término de tratamiento máximo de medio año.
3. Cualquier tipo de diagnóstico de enfermedad oncológica y etapa del proceso.
4. Conocimiento de lectura y escritura o comprensión de reactivos.
5. Edad entre 18 y 90 años.
6. Pacientes con capacidad de comunicación (pacientes que puedan comunicarse efectivamente y comprender los cuestionarios o entrevistas).

Exclusión:

1. Personas que presenten problemas mentales disfuncionales.
2. Paciente con alteraciones clínicas agudas.
3. Paciente con déficits severos en la capacidad de oír y ver.

4. Paciente con tratamiento psiquiátrico activo.
5. Paciente que no tenga voluntad en participar.

De eliminación:

1. Retiro de consentimiento informado.
2. Perfiles incompletos.

3.6. PARTICIPANTES

Personas con diagnóstico de cáncer que viven en el estado de Sonora, que acepten participar en el estudio y que estén siendo atendidos en el Hospital General Regional #1 en Ciudad Obregón, Sonora.

3.7. Técnicas e Instrumentos empleados

1. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). El instrumento de evaluación HADS consta de dos subescalas de siete ítems intercalados para medir ansiedad y de siete ítems intercalados para medir depresión, sumando un total de 14 reactivos en total. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. En las instrucciones se pide al participante que describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy, las opciones de respuesta son tipo Likert, las cuales se puntúan del cero a tres, ofreciendo cuatro opciones de respuesta, dando un puntaje mínimo de cero y máximo de 21 para cada subescala. Los reactivos 1, 3, 5, 8, 10, 11 y 13 miden ansiedad y los números pares miden depresión. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de depresión, se

considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once; a mayor puntaje mayor número de síntomas emocionales (Noguera et al., 2013).

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los participantes fueron seleccionados de manera cuidadosa, asegurándose de que cumplan con los criterios de inclusión del estudio. Esto puede incluir pacientes recién diagnosticados con cáncer que no hayan recibido tratamiento previo para la ansiedad o la depresión.

Se obtuvo la aprobación informada de los sujetos antes de comenzar la recolección de información. Se proporcionó información detallada sobre el estudio, sus objetivos, los procedimientos y dónde se podrán obtener los resultados del estudio una vez concluido, en caso de que lo requieran.

Se seleccionó el instrumento de medición, verificando su validez y confiabilidad, adecuados para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes en una atención hospitalaria. Se incluyeron datos sociodemográficos de forma inicial con los participantes para recopilar información general, antecedentes médicos, socioeconómicos y psicosociales. Estas entrevistas pueden ayudar a comprender mejor el contexto individual y social en la población.

3.9 DESARROLLO DE ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo de las etapas de esta investigación fue prospectado, en donde se dio seguimiento a los pasos que demanda el método científico, detalladamente desde la

recogida de información, utilizando los permisos pertinentes del comité bioético y la aceptación voluntaria y documentada de los participantes.

Analizar el contexto desde los estudios que se han realizado fuera de la población a estudiar, para generar ideas partiendo de estudios realizados en otras poblaciones con variables iguales y similares, con la intención de generar nuevo conocimiento científico en una nueva población.

Redactar un marco conceptual para identificar y esclarecer las variables que componen el estudio ha sido una necesidad en el marco teórico para tener identificadas las variables con las que se trabajaron en el estudio.

La metodología, los instrumentos, el diseño, las estrategias se han plasmado partiendo de conocimiento teóricamente científico al que corresponde esta investigación. Llegar a generar la idea de estudio, atravesar por la contextualización del tema, definir variable.

3.9.1 ETAPA 1. SELECCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La necesidad en salud mental en pacientes diagnosticados con cáncer puede ser obvia, ofrecer el desarrollo de conocimiento científico a través de un estudio en la población identificada ha sido así como necesaria, también compleja, debido a que se presentan algunas limitaciones referentes a la actividad profesional, tiempos, servicios, disponibilidad de los profesionales y directivos en la salud, empatar agendas, responder en tiempo y forma en ocasiones puede salirse de los tiempos planteados desde un inicio. Estas limitaciones, son importantes para el investigador que conozca y maneje la

flexibilidad en sus tiempos, para imprevistos e intolerancia a la frustración que puedan llevar situaciones ajenas a su capacidad de control.

Con el propósito de garantizar un trabajo de carácter profesional, se realizaron los procedimientos correspondientes para cumplir con el proceso de acceder al personal de salud, a la población que será el objeto de estudio, como a las personas involucradas para desarrollar y ejecutar la investigación.

Se obtuvieron permisos para tener acceso al personal de salud y al hospital, debido a que, por seguridad, la institución en donde fue realizado el estudio se encuentra resguardada por la guardia nacional y el acceso a las instalaciones suele ser restringido para personas que no se dedican al ejercicio y participación para el funcionamiento del hospital y pacientes con cita comprobable.

3.9.2. ETAPA 2. TRABAJO DE CAMPO

La recogida de información estuvo prevista para su inicio a partir del mes de marzo del 2025 pacientes afiliados a hospitales públicos de Ciudad Obregón, como derechohabientes, atendidos desde los servicios de oncología médica, cirugía oncológica, radioterapia, psicología y clínica del dolor / cuidados paliativos, durante el periodo comprendido entre el mes de marzo de 2025, con un diagnóstico de cáncer.

Los instrumentos por acceso y facilidad de los pacientes identificados como población en el estudio, se administraron de manera física y presencial, con documentos impresos y bolígrafo, abordando al paciente al momento de estar en la sala de quimioterapia, en la sala de espera de radioterapia o cirugía, previo de su cita médica o bien posteriormente a la consulta médica, para responder el instrumento.

Los profesionales en la salud están en acuerdo con el encuestador, consensuados en mencionar en la consulta la importancia de participar en el estudio, para favorecer la disposición y la actitud de los pacientes a responder y acceder a la participación del estudio. Se cuenta con el consentimiento del equipo de enfermería y asistentes médicos para colaborar con la disposición y apertura en la aplicación del instrumento.

3.9. 3. ETAPA 3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se recoge la información y posterior a esto se procede a realizar el registro de información, es alimentado con los datos sociodemográficos de los participantes como también la emisión de respuestas en el instrumento HADS en cada reactivo según lo que cada paciente contestó.

Una vez recopilada la información, se procedió al análisis estadístico para analizar y correlacionar la información según, el sexo, edad, ocupación, ingreso económico, tipo de cáncer, tiempo con el diagnóstico, etapa de la enfermedad, tratamientos recibidos, con los ítems del instrumento HADS. Obteniendo datos estadísticos para analizar significancias en las correlaciones.

3.9.4. ETAPA 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentan a través de discusiones narrativas, explicación de correlaciones y significancias encontradas en el estudio, categorizaciones, presentación de diagramas, tablas, descripción del análisis, entre otros elementos que podamos extraer de la base de datos para dar una explicación y describir los hallazgos encontrados, cumpliendo con el objetivo del estudio.

3.9.5. ETAPA 5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos con base a otras investigaciones realizadas ha sido tomado como referencia y en comparativa a los resultados encontrados, con el fin de discutir diferencias y similitudes en poblaciones con diagnósticos, síntomas y variables sociodemográficas similares para discutir y concluir con sugerencias apropiadas al estudio.

3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS

Para la realización del estudio, todos los participantes autorizaron la intervención previa, firma de consentimiento informado, posterior a proporcionar Se proporcionó a los participantes información accesible y fácil de entender acerca de los fines del estudio, las actividades a realizar, los posibles riesgos y beneficios, así como la libertad de abandonar la investigación en cualquier etapa. Se garantizó la protección de los datos proporcionados, mediante la adopción de medidas para salvaguardar que la información

de los participantes sea manejada de manera segura y que los datos no se divulguen de manera que pueda identificar a los participantes, anteponiendo la ética en todo momento durante el manejo de la información obtenida, asegurando que los datos recopilados se manejen de manera responsable. Esto incluye la recopilación, almacenamiento, análisis; además de la presentación de datos de una manera que asegure el respeto a la intimidad y dignidad de las personas participantes.

Otro de los aspectos que se priorizan son los principios de beneficencia y no maleficencia, evaluando cuidadosamente los posibles beneficios y riesgos de la investigación. Asegurando que la investigación tenga un propósito valioso y que los riesgos sean mínimos y justificables, garantizando además que la investigación no cause daño innecesario a los participantes.

Se buscó siempre la equidad al momento de la selección de los sujetos, se garantizó que la selección de participantes fuese equitativa y no discriminatoria, evitando la explotación de poblaciones vulnerables y asegurando de que todos los participantes tengan la oportunidad de contribuir, a beneficio de los resultados de la investigación.

Al término del estudio se busca comunicar los resultados de manera clara, precisa y transparente. Evitar la exageración o distorsión de los hallazgos y reconocer las limitaciones de la investigación.

Antes de iniciar se obtuvo la aprobación del comité de ética del Instituto Tecnológico de Sonora, tras someter el protocolo de investigación a revisión ética para garantizar que se cumplen los estándares éticos y de protección a los participantes.

Se brindó la certeza de que la investigación cumpla con estándares científicos y metodológicos sólidos. La validez y confiabilidad de los métodos analíticos utilizados fueron esenciales para garantizar que los resultados sean precisos y útiles. Además, se garantiza que los resultados se utilicen de manera ética y que cualquier beneficio derivado de la investigación se distribuya de manera justa.

Al abordar estos aspectos bioéticos, se lleva a cabo la investigación analítica descriptiva de manera ética y respetuosa con los participantes, contribuyendo al avance del conocimiento de manera responsable.

Por varias razones, la bioética en un proyecto de investigación es fundamental, esta proporciona un marco ético que guía la conducta de la investigación, especialmente cuando involucra a seres humanos u organismos vivos.

Los puntos básicos de la bioética se enfocan en:

1. Protección de los Participantes: Se centra en la protección de la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes en la investigación. Asegura que se implementen medidas adecuadas para minimizar cualquier riesgo potencial y garantizar que los participantes otorguen su consentimiento informado de manera voluntaria.
2. Consentimiento Informado: Destaca la importancia del consentimiento informado, que es fundamental en cualquier investigación que involucre seres humanos. Consultar la bioética garantiza que se proporcione información completa y comprensible a las

personas que participan en estudios, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su involucramiento en investigaciones.

3. Revisión Ética: Involucra la revisión ética por parte de comités de ética de la investigación. Consultar la bioética implica someter el protocolo de investigación a una revisión ética antes de comenzar el estudio, asegurando que se cumplan estándares éticos y que la investigación sea éticamente justificada.

4. Consideraciones Culturales y Sociales: Reconoce la importancia de considerar las diferencias culturales y sociales en la investigación. Consultar la bioética implica adaptar los procedimientos y la comunicación para ser culturalmente sensibles, evitando la imposición de valores culturales y respetando la diversidad.

5. Manejo Ético de Datos: Aborda el manejo ético de datos, garantizando la confidencialidad y privacidad de la información recopilada de los participantes. Consultar la bioética asegura que se proteja la identidad de los participantes y que los datos se manejen de manera segura.

6. Validación Científica: La bioética y la integridad científica van de la mano. Consultar la bioética implica diseñar la investigación de manera que los resultados sean confiables y válidos, evitando sesgos y asegurando la calidad científica del proyecto.

7. Ética en la Publicación: Se extiende a la ética en la publicación de los resultados del estudio. Consultar la bioética implica seguir prácticas éticas al informar y divulgar los hallazgos, evitando la falsificación, plagio o manipulación de datos.

8. Equidad en la Distribución de Beneficios: Enfatiza la equidad en la distribución de beneficios y la justicia en la investigación. Consultar la bioética implica considerar cómo los resultados de la investigación benefician a la sociedad y asegurar que estos beneficios sean accesibles de manera justa.

9. Cumplimiento Normativo: Consultar la bioética también implica cumplir con las regulaciones y normativas éticas establecidas por las instituciones y organismos gubernamentales pertinentes.

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

OBTENCIÓN DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS.

Se recoge información con base a una entrevista estructurada para el análisis y datos digitales en los sistemas del hospital.

EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Los datos cuantitativos se obtendrán utilizando la versión en español de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, para detectar síntomas de depresión y ansiedad. Este

cuestionario auto aplicable de 14 elementos compuesto por tres subescalas de 7 elementos para depresión y 7 para ansiedad. Su utilidad ha sido comparable a otras escalas utilizadas en entornos clínicos. La versión en español ha sido validada entre individuos hispanos, de los cuales más de un tercio fueron pacientes de origen mexicano. Los límites que se toman en cuenta para estas variables son: ≥ 5 puntuación para la depresión y ≥ 4 puntuaciones para la ansiedad.

OBTENCIÓN DE DATOS CLÍNICO PATOLÓGICO

Una vez aplicada la escala psicométrica diagnóstica, se procede a la obtención de datos clínico patológicos del expediente electrónico de los pacientes, los datos de interés se recogerán y registrarán directamente en la base de datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos en escala continua se resumieron como medias, medianas, rangos y desviaciones estándar.

Las variables categóricas se reportan como proporciones e intervalos de confianza (IC) del 95 %. El chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher se utiliza para determinar diferencias estadístmicamente significativas entre las variables categóricas.

La significación estadística será predeterminada para estar presente en un valor *de p* <,05 en una prueba bilateral.

Los resultados continuos y categóricos del instrumento Hads se considera en modelos de regresión para determinar su papel teniendo en cuenta las siguientes variables de confusión: edad, sexo, tipo de cáncer, etapa clínica, línea de tratamiento, tipo de tratamiento.

Todos los análisis estadísticos se llevan a cabo utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales en su versión más actualizada (SPSS Inc, Chicago, IL).

Se parte a evaluar a pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer confirmado (independientemente de la estirpe histológica) para su inscripción en este estudio prospectivo de cohortes entre el mes de marzo de 2025 y abril de 2025. Los pacientes son canalizados por el servicio de oncología del hospital general regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, un centro público de referencia para tratamiento de paciente con cáncer ubicado en Ciudad Obregón, al sur del estado de Sonora. La autorización previa del estudio, será a través del departamento de enseñanza y el comité de ética de investigadores, quiénes buscarán que todos los participantes proporcionen su consentimiento informado por escrito. La totalidad de las actividades de investigación se realizaron de acuerdo con la declaración de Helsinki y los principios de buenas prácticas clínicas.

OBTENCIÓN DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Se recoge información con base a una entrevista estructurada para el análisis y datos digitales en los sistemas del hospital.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se describieron las variables sociodemográficas mediante análisis descriptivos y puntajes del HADS. Las variables de tipo continuos se expresaron como medias, medianas, rangos y desviaciones estándar. Se determinaron los análisis de normalidad para decidir si se usaría estadística paramétrica o no paramétrica.

La significación estadística será predeterminada para estar presente en un valor de $p < .05$ en una prueba bilateral.

Todos los análisis estadísticos se llevan a cabo utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales en su versión más actualizada (SPSS Inc, Chicago, IL).

REDACCIÓN DEL INFORME Y CORRECCIONES

Una vez realizado el procesamiento de los datos, se procedió a la redacción del informe final, se sometió en forma de borrador a revisión por parte del asesor de tesis, tras autorización del informe final por parte del mismo se dio paso a la presentación de datos finales.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Se incluyeron 151 pacientes con diagnóstico de cáncer de un hospital en Ciudad Obregón, Sonora. El 81.5% fueron mujeres y el 18.5% hombres (123 y 28 respectivamente).

El promedio de edad fue de 55.18 años, con una desviación estándar de 12.84, mínima de 24 y máxima de 86 años. El 61.5% de los pacientes es casado. El 48% de los pacientes refieren una educación básica, mientras que un 26% (39) refieren haber completado la educación superior de los cuales el 4% (6) tiene un posgrado. Una tercera

parte de la población analizada se dedica a tareas del hogar mientras un 15% de los mismos son pensionados, la tasa de desempleo solo se encontró en el 4%. El ingreso medio de la población evaluada fue de \$1099.00 pesos 00/100 M.N. por mes (ver tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra (N = 151)

Variable	Nivel	n	%
Sexo	Mujer	123	81.5
	Hombre	28	18.5
Estado civil	Casado	93	61.6
	Soltero	27	17.9
	Viudo	20	13.2
	Divorciado	11	7.3
Educación	Primaria	30	19.9
	Secundaria	42	27.8
	Preparatoria	31	20.5
	Comercio	7	4.6
	Universidad	33	21.9
	Posgrado	6	4.0
	Carrera técnica	1	0.7
	Sin estudios	1	0.7
Situación laboral	Hogar	54	35.8
	Pensión	22	14.6
	Desempleado	6	4.0
	Negocio	12	7.9
	Profesionista	19	12.6
	Oficio	10	6.6
	Empleado	28	18.5

Nota. Los porcentajes (%) fueron calculados con base en el total de participantes (N = 151).

El 49% de los pacientes tiene diagnóstico de cáncer de mama, un 14.5% cáncer de cérvix y 12% presentan cáncer de tracto gastrointestinal (en los cuales se incluyen gástrico, colon, recto, páncreas e hígado). El 49% de los pacientes (74) presentan una enfermedad metastásica, mientras un 23% presentan una enfermedad temprana, la

media de seguimiento desde el diagnóstico fue de 28 meses con una desviación estándar de 41.8; del total de los pacientes el 80% ha recibido tratamiento de quimioterapia en algún momento desde el diagnóstico, solo un 49% de la población se ha sometido a tratamiento de radioterapia, y el 60% de los pacientes ha sido sometido a algún tratamiento quirúrgico para el tratamiento del cáncer (ver Tabla 2).

Tabla 2

Características clínicas de los participantes

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de cáncer	Mama	74	49.0
	Ovario	4	2.6
	Cérvico-uterino	22	14.6
	Próstata	10	6.6
	Digestivo	18	11.9
	Otro	23	15.2
Etapas clínicas	Inicial	35	23.2
	Inicial avanzada	42	27.8
	Avanzado	50	33.1
	Metástasis	24	15.9
Quimioterapia	No	29	19.2
	Sí	122	80.8
Radioterapia	No	76	50.3
	Sí	75	49.7
Cirugía	No	61	40.4
	Sí	90	59.6

El 18% de los pacientes identificaron con un cuadro de ansiedad moderado o grave (14.5 y 3.5% respectivamente); los síntomas de depresión se observaron en 128 de los pacientes analizados, el 65.5% de los pacientes se clasificaron con un cuadro moderado de depresión y el 19.2% con cuadro grave (ver Tabla 3).

Tabla 1*Niveles de Ansiedad y Depresión.*

N: 151	N	%
Ansiedad		
Normal	75	49.5
Leve	49	32.5
Moderado	22	14.5
Grave	5	3.5
Depresión		
Normal	2	1.3
Leve	21	14
Moderado	99	65.5
Grave	29	19.2

Se evaluó la distribución normal de los datos sobre depresión, ansiedad y el puntaje total del HADS (ver tabla 4). Puede identificarse en la asimetría que todos los valores son positivos por lo que los datos están cargados a la derecha, es decir, que en general los pacientes presentaron con mayor frecuencia datos bajos.

Tabla 4*Estadísticos Descriptivos y Normalidad de las Puntuaciones*

Variable	N	M	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk (p)	Mínimo	Máximo
Depresión	151	4.90	4.14	01.01	0.58	<.001	0.00	18.00
Ansiedad	151	6.57	04.03	0.59	0.11	<.001	0.00	18.00
HADS	151	11.47	7.52	0.85	0.40	<.001	0.00	35.00

Todas las variables mostraron valores de asimetría positivos (rango de 0.59 a 1.01), indicando un sesgo hacia la derecha. La curtosis fue positiva para las tres variables

(rango de 0.11 a 0.58), sugiriendo una distribución ligeramente más puntiaguda (leptocúrtica) que la distribución normal. La prueba de Shapiro-Wilk indicó que ninguna de las tres variables se distribuyó normalmente (depresión, $p < .001$; HADS, $p < .001$; Ansiedad, $p < .001$).

Debido a que el supuesto de normalidad no se cumplió para ninguna de las variables, se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas para los análisis inferenciales que involucren estas puntuaciones.

También en la tabla 4 se presentan los datos recabados de la depresión que presenta una media de 4.9, mientras que la ansiedad una media de 6.5. un indicador en la media del total HADS es de 11.4, lo cual indica una necesidad de tener una atención profesional.

En cuanto a las correlaciones en el estudio, se analizaron las asociaciones entre el ingreso, meses con el diagnóstico de cáncer, ansiedad, depresión y el puntaje total del HADS, en donde no se encontró significancia. Sin embargo, en la correlación que se hizo referente a la edad, se ha encontrado que a mayor edad menor ansiedad, es decir que la población más joven suele tener más sintomatología de ansiedad y esto también se refleja en el puntaje total del HADS (ver Tabla 5).

Tabla 5
Correlaciones entre las variables de estudio

Variable		1	2	3	4	5	6
1. Edad	Rho de Spearman	—					
	Valor p	—					

Correlaciones entre las variables de estudio

Variable		1	2	3	4	5	6
2. Depresión	Rho de	-					
	Spearman	0.116	—				
	Valor p	0.156	—				
3. HADS	Rho de	-					
	Spearman	0.220	0.904	—			
	Valor p	0.007	< .001	—			
4. Ansiedad	Rho de	-					
	Spearman	0.284	0.653	0.905	—		
	Valor p	< .001	< .001	< .001	—		
5. Ingreso	Rho de	-	-	-			
	Spearman	0.168	0.056	0.002	0.062	—	
	Valor p	0.040	0.493	0.978	0.450	—	
6. Meses	Rho de	-	-	-	-	-	
	Spearman	0.103	0.071	0.048	0.025	0.237	—
	Valor p	0.206	0.388	0.558	0.757	0.003	—

Se aplicó la prueba U de Mann Whitney para identificar diferencias en los puntajes del HADS entre hombres y mujeres, se puede observar que no hubo diferencias estadísticamente significativas en depresión y ansiedad, como tampoco en los puntajes total del HADS (ver Tabla 6).

Tabla 6

Comparación de hombres y mujeres en depresión, HADS y ansiedad

Variable	Grupo	n	M	DE	U	gl	p
Depresión	Mujer	123	5.065	4.302	1865.500	149	.308
	Hombre	28	4.179	3.312			
Total HADS	Mujer	123	11.902	7.834	2019.000	149	.139
	Hombre	28	9.571	5.653			
Ansiedad	Mujer	123	6.837	4.201	2105.000	149	.087
	Hombre	28	5.393	2.936			

Se aplicó la prueba U de Mann Whitney para identificar diferencias entre los pacientes que reciben quimioterapia y los que no reciben, pudiendo identificar que no existen diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 7).

Tabla 7
Comparación por tipo de tratamiento

Variable	Grupo	n	Media	DE	U	p
HADS	Quimio	29	10.276	5.257	1648.500	0.569
	Otro	122	11.754	7.951		
Ansiedad	Quimio	29	6.069	2.927	1681.500	0.681
	Otro	122	6.689	4.249		
Depresión	Quimio	29	4.207	3.063	1694.000	0.724
	Otro	122	5.066	4.352		

Se aplicó la prueba de Kruskal Wallis para identificar diferencias en el puntaje del HADS por estado civil y no se observaron diferencias (Tabla 8). Los resultados indicaron que no hubo diferencias importantes en los valores obtenidos entre los distintos grupos de estado civil, ($\chi^2(3)=1.03$, $p=0.793$).

Tabla 8
Estadísticos descriptivos

Estado civil	N	Media	DE
CASADO	93	11.613	7.286
SOLTERO	27	11.852	7.960
VIUDO	20	9.800	6.955
DIVORCIADO	11	12.364	9.760

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La depresión y la ansiedad en sujetos con enfermedad oncológica surgen con mayor frecuencia, secundario a las reacciones psicológicas derivadas del diagnóstico, tratamiento, recurrencia o supervivencia derivada del padecimiento; las pérdidas inherentes asociadas al tratamiento (pérdida del cabello, función sexual u otros órganos),

las expectativas con respecto a los resultados del mismo que impactaran de forma positiva o negativa en el curso de la enfermedad, el ausentismo laboral, la pérdida de ciertos roles sociales. Todos estos factores pueden conducir a periodos prolongados de estrés psicológico, y finalmente este estrés sostenido conlleva a la activación del eje hipotálamo - hipófisis - suprarrenal, dando lugar a síntomas que alcanzan los umbrales diagnósticos de depresión y ansiedad.

Los datos disponibles estiman que hasta un 15% de los pacientes en tratamiento por cáncer presentan un cuadro de depresión mayor, un 20% un cuadro depresivo menor y hasta un 10% de los pacientes se diagnostican con ansiedad, observando un claro incremento en dichos niveles con respecto a los años anteriores donde la presencia de depresión en este subgrupo de pacientes solo alcanzaba el 5% mientras que la ansiedad, un 7%.

Existe variabilidad acorde a la tasa de presencia de depresión mayor y el tipo de cáncer, se han reportado tasas de hasta el 13% en paciente con cáncer de pulmón, siendo estos los más afectados, seguido de pacientes con algún cáncer ginecológico hasta en el 11% y aquellas personas con neoplasia mamaria hasta en 9%. La evidencia clínica sugiere que existe una asociación directa entre el pronóstico derivado de la enfermedad, los niveles de dolor y el grado de alteración de la imagen corporal.

El grado de presencia de depresión mayor es más elevada durante la fase de tratamiento, Burgess et al. (2005) encontraron que la prevalencia de ansiedad, depresión o ambas en pacientes con cáncer de mama fue de hasta el 50% durante el primer año de diagnóstico y mientras que hubo un descenso en las tasas de presencia en enfermos

con más de 5 años de diagnóstico, en las cuales la presencia de estos padecimientos se reportó en un 15%. Considerando lo anterior es importante recalcar que el riesgo de ansiedad y depresión en población oncológica es hasta 2 a 3 veces mayor que en población general. Nuestros datos revelan que hasta 3/4 partes de la población presentan síntomas de ansiedad y más del 98% de los sujetos incluidos en el estudio presentan síntomas sugestivos de depresión, empero hasta un 80% de los pacientes presentan síntomas depresivos en rangos patológicos, siendo la ansiedad mucho menos prevalente (18%). Estos datos son contrastantes comparado con los datos reportados previamente por otros autores. Alvarez Pardo et al. (2023) encontró en una población similar a la nuestra con cáncer de mama tratadas en el estado de Sonora, una prevalencia del 10% para casos graves de depresión, mientras que en nuestra población hasta un 20% de la población se diagnosticó con un cuadro grave de depresión (puntuación mayor a 16), mientras que solo un 18% de la población presenta una puntuación entre 11 y 21 puntos para la escala de ansiedad vs 70.2% de la población estudiada por Alvarez Pardo et al. (2023).

Ornelas Mejorada et al. (2011) estudiaron ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en una población de Ciudad de México, encontrando un promedio de 52.46 años en el grupo con presencia de ansiedad y depresión de 27 y 28% respectivamente. Martínez Bautista et al. (2018) evaluaron una población con cáncer de mama atendida en una unidad de medicina familiar en ciudad de México, reportaron una media de edad de 59.41 años y niveles de ansiedad y depresión de 18.8% y 3.96%, denotando la variabilidad de la prevalencia de este tipo de

padecimientos en población oncológica; la media de edad en nuestra población fue de 55.18 años, y el nivel de ocurrencia de estos padecimientos son consistentes en paciente que presentan ansiedad, sin embargo discrepan enormemente en aquellos pacientes con depresión, donde nuestros resultados datos reportan un problema clínico en 85% de la población analizada.

El 60% de los pacientes incluidos en nuestra muestra presentan una evolución de la enfermedad menor o igual a 12 meses desde el diagnóstico, con tasas de depresión en cualquier grado de hasta un 85%, sin encontrarse una asociación estadísticamente significativa al momento del análisis. Los datos obtenidos son equiparables con los reportados por otros autores, con una mayor presencia de ansiedad en pacientes con enfermedad oncológica durante la fase aguda del tratamiento e incluso durante los primeros meses desde el diagnóstico. Maass et al. (2015) realizaron una revisión sistemática encontrando tasas de depresión del 12% en aquellos con 0-2 años de diagnóstico. Un meta análisis realizado por Krebs et al. (2016) reportaron una mayor prevalencia de depresión en la fase aguda del tratamiento para esta enfermedad con una tasa del 14%, frente a una prevalencia del 9% durante el primer año posterior al tratamiento y el 8% después de 1 año o más concluido el tratamiento. También se reportó una mayor prevalencia de depresión en la fase aguda de la enfermedad en el 27 %, con un decremento de la misma a un 15% posterior al primer año.

El análisis exploratorio de los datos recolectados sociodemográficos y clínico patológicos en nuestra población no encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo, edad, tipo de cáncer, etapa clínica de la enfermedad, estado

civil, nivel socioeconómico, tratamiento aplicado y tiempo desde la identificación de la enfermedad, el único ítem que presenta una asociación estadísticamente significativa es la edad, denotando que aquellos pacientes jóvenes tiene una mayor probabilidad de síntomas asociada ansiedad y depresión en comparación con población de mayor edad. Cvetkovic et al. (2016) analizaron una población en Kosovo, encontrando resultados afines a los obtenidos en el presente estudio, la población según intervalo etario de 41 a 60 años presentó mayores índices de depresión (25 - 27%) en comparación con aquellos mayores de 61 años.

CONCLUSIONES

A través de esta investigación se logró identificar la presencia significativa de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en un hospital en Ciudad Obregón, Sonora. Los hallazgos confirman que la salud mental constituye un componente fundamental en la atención integral en los pacientes oncológicos, además de enfrentar el reto físico de la enfermedad, experimentan una elevada carga emocional que afecta directamente su calidad de vida.

Si bien no se evidenciaron vínculos estadísticamente relevantes en la mayoría de los análisis realizados en las variables sociodemográficas y clínicas analizadas como sexo, estado civil, tipo de tratamiento o tiempo desde el diagnóstico, se observó una correlación relevante con la edad, mostrando que los enfermos con menor edad presentan mayor sintomatología de ansiedad en comparación con aquellos de mayor edad. Este hallazgo resulta especialmente relevante, pues revela la necesidad de diseñar estrategias de intervención psicológica enfocadas al grupo de edad. Los resultados obtenidos sugieren que el acompañamiento psico oncológico debe ser prioritario desde el inicio del tratamiento, a fin de favorecer la adherencia terapéutica y promover un mejor pronóstico en términos de bienestar integral.

La investigación aporta evidencia que refuerza la importancia de incluir evaluaciones psico diagnósticas de ansiedad y depresión dentro de los protocolos hospitalarios de atención oncológica y resalta la necesidad de fortalecer la atención multidisciplinaria, incorporando profesionales de la salud mental de manera activa en los equipos médicos.

Este trabajo contribuye al conocimiento científico en la línea de la salud mental referente a la relación entre cáncer y trastornos emocionales en el contexto mexicano, resaltando la urgencia de políticas públicas y programas de intervención que garanticen la atención integral, con el propósito de contribuir al bienestar y a la esperanza de vida de quienes viven con esta condición.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Casadiegos, C., & Sánchez, G. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34–39.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.; DSM-5). American Psychiatric Publishing.
- Arrieta, O., Angulo, L. P., Núñez-Valencia, C., Dorantes-Gallareta, C., Macedo, E. O., Martínez-López, D., ... Oñate-Ocaña, L. F. (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with

- advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 20(6), 1941–1948.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7493), 702–705.
- Brintzenhofe-Szoc, K. M., Levin, T. T., Li, Y., Kissane, D. W., & Zabora, J. R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383–391. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.4.383>
- Chacón, X., Xatruch, F., Fernández, J., & Murillo, J. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23–36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee de Brouwer.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2020). Se promulga la Ley de Seguridad Social, base del Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.cndh.org.mx/noticia/se-promulga-la-ley-de-seguridad-social-base-del-instituto-mexicano-del-seguro-social>
- Cvetkovic, J., Jancic, J., Radovanovic, S., Jeremic, I., & Simic, S. (2016). Depression in breast cancer patients. *Medical Review/Medicinski Pregled*, 69(1-2), 1–5. <https://doi.org/10.2298/MPNS1602001C>
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., ... Alvarado, M. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253–259. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, J., & Salgado, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(1), 63–70.
- Gobierno de México. (2020, junio). Por la emergencia sanitaria COVID-19, el IMSS ha atendido mil 379 llamadas para la atención en salud mental. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/394>

- Gonzalez-Ling, A., Galindo Vázquez, O., Espinoza Bello, M., Robles, R., Rascón-Gasca, M. L., Lara-Mejía, L., ... Arrieta, O. (2022). Quality of life, anxiety, depression, and distress in patients with advanced and metastatic lung cancer. *Palliative & Supportive Care*, 1–8. <https://doi.org/10.1017/S147895152200116X>
- Hernández, A., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, F., Hernández, R., González, M., & Martín, J. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2–3), 233–257. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2020). *GLOBOCAN 2020: Cancer fact sheets – Mexico*. Global Cancer Observatory. [<https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>] (<https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero)*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_DMvsCancer25.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2023, noviembre). Ofrece IMSS atención con médicos familiares, psicólogos y psiquiatras para lograr y mantener una adecuada salud mental. Gobierno de México. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202211/603>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024). Estadísticas de mortalidad. <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Tabulados>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024). *Estadísticas de defunciones registradas en 2023 (Comunicado de prensa núm. 646/24)*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2023.pdf>.
- Jorge Maté, M., Hollenstein, M. F., & Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2–3), 211–230.

- Krebs, A. M., de Bock, G. H., Berendsen, A. J., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2016). The prevalence of depression in patients with cancer: A meta-analysis of studies using diagnostic interviews and self-report instruments. *European Journal of Cancer Care*, 25(6), 1001–1011. <https://doi.org/10.1111/ecc.12354>
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010>
- 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)
- Mosleh, S. M., Alja'afreh, M., Alnajar, M. K., & Subih, M. (2018). The prevalence and predictors of emotional distress and social difficulties among surviving cancer patients in Jordan. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.006>
- Navarro Jiménez, A., Cruzado Rodríguez, J., Domínguez Cruz, C., García García, L., Honrado López, A., & Boya Cristiá, E. (2022). Los deseos de información en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 19(2), 173–190. <https://doi.org/10.5209/psic.80803>
- Noguera Orozco, J., Pérez Terán, A., Barrientos Casarrubias, M., Robles García, R., & Sierra Madero, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29–37. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>
- Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño Tufiño, M. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud (2025). *Salud mental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pérez, G., Cervantes, L., Hijuelos, F., Pineda, R., & Salgado, J. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28, 89–115.
- Pirl, W. F., Temel, J. S., Billings, A., Dahlin, C., Jackson, V., Prigerson, H. G., ... Lynch, T. J. (2008). Depression after diagnosis of advanced non-small cell lung cancer and survival: A pilot study. *Psychosomatics*, 49(3), 218–224. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.3.218>
- 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>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. CA: *A Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17–48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology Letters*, 9(4), 1509–1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>
- Sun, D., Li, H., Cao, M., He, S., Lei, L., Peng, J., & Chen, W. (2020). Cancer burden in China: Trends, risk factors and prevention. *Cancer Biology & Medicine*, 17(4), 879–895. <https://doi.org/10.20892/j.issn.2095-3941.2020.0387>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>

- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión *Hospitalaria muestras españolas. (HAD)* en *Anales de Psicología*, 31(2), 494–503. https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia_clinica13.pdf
- Valderrama Ríos, M., & Sánchez Pedraza, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.11.004>
- Velázquez Leyva, M., Ruiz Paloalto, A., Padilla Raygoza, N., Favela Ocaño, F., & Barragán Hernández, R. (2015). Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama. *Epistemeus*, 19(9), 14–23.
- Zaimy, M. A., Saffarzadeh, N., Mohammadi, A., Pourghadamyari, H., Izadi, P., Sarli, A., ... Tavakkoly-Bazzaz, J. (2017). New methods in the diagnosis of cancer and gene therapy of cancer based on nanoparticles. *Cancer Gene Therapy*, 24(6), 233–243. <https://doi.org/10.1038/cgt.2017.16>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Hads-Cáncer

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en **esta última semana** incluyendo el día de hoy.

#	Reactivo			
1	Me siento tenso(a) o nervioso(a):			
	Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
2	Sigo disfrutando de las cosas como siempre:			
	Igual que antes	No tanto como antes	Solamente un poco	Ya no disfruto como antes
3	Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:			
	Si, muy intenso	Si, pero no muy intenso	Si, pero no me preocupa	No siento nada de eso
4	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:			
	Igual que siempre	Actualmente, algo menos	Actualmente mucho menos	Actualmente, nada
5	Tengo la cabeza llena de preocupaciones:			
	Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
6	Me siento lento(a) y torpe			
	Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
7	Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a):			
	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca

8	He perdido el interés por mi aspecto personal:			
	Completamente	A menudo	Rara vez	Nada
9	Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:			
	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
10	Espero las cosas con ilusión:			
	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
11	Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:			
	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
12	Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:			
	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
13	Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:			
	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca