

Impacto psicológico del COVID-19 en los pacientes de Oncología Médica, Hemato-Oncología y Oncología Radioterápica de un hospital público en España

Elena Force Castells¹, Irina Denisa Toader², Alberto Carpio Moreno³, Almudena Narváez Arróspide^{4*}, Anhara García Valverde⁵, Luis Paz-Ares Rodríguez⁶

Recibido: 1 de julio de 2023 / Aceptado: 1 de septiembre de 2023

Resumen. Objetivo: determinar el impacto psicológico del COVID-19 en los pacientes con cáncer y valorar las variables clínicas y sociodemográficas que influyen en este. Método: se evaluó mediante una metodología observacional, analítica y transversal (T1), el impacto psicológico de la pandemia en 88 pacientes con cáncer de los servicios de Oncología Médica ($n=31$), Oncología Radioterápica ($n=31$) y Hemato-Oncología ($n=26$) del Hospital Universitario 12 de Octubre. Para ello se empleó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)*. Además, se evaluaron las variables sociodemográficas y clínicas empleando un cuestionario de elaboración propia. Resultados: no se hallaron diferencias significativas en la sintomatología presentada por los pacientes de los tres servicios. Del total de participantes, un 22,7%, un 13,6% y un 15,9% obtuvieron puntuaciones clínicas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, respectivamente. Asimismo, se encontró una relación directa entre el miedo a contraer el virus y la sintomatología ansioso-depresiva y postraumática ($p<0,001$). También entre el miedo a contagiar el virus y la depresión ($p=0,002$) y el miedo a contagiarlo y la sintomatología ansiosa y postraumática ($p<0,001$). Conclusiones: a pesar de la elevada presencia de sintomatología ansioso-depresiva y postraumática en los participantes, los porcentajes hallados son parecidos a los obtenidos en estudios pre-pandémicos. Los pacientes con un mayor miedo a contraer/contagiar el virus presentaron mayores puntuaciones en la sintomatología clínica, indicando esto la relevancia de evaluar el miedo y la posibilidad de emplearlo como herramienta de cribado.

- 1 Elena Force Castells. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Psicooncología. Avenida de Córdoba, s/n, 28041. Madrid. Spain. ORCID: 0009-0005-8192-2596
E-mail: forcelenag@gmail.com
 - 2 Irina Denisa Toader. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Psicooncología. Avenida de Córdoba, s/n, 28041. Madrid. Spain. ORCID: 0009-0002-6537-0742
E-mail: irina.toader@uam.es
 - 3 Alberto Carpio Moreno. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Avenida de Atenas, s/n, 28922 Alcorcón. Madrid. Spain. ORCID: 0000-0002-1616-315X
E-mail: alberto.carpio@urjc.es
 - 4 Almudena Narváez Arróspide. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Psicooncología. Avenida de Córdoba, s/n, 28041. Madrid. Spain.
E-mail: almunarvaez@hotmail.com
 - 5 Anhara García Valverde. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Psicooncología. Avenida de Córdoba, s/n, 28041. Madrid. Spain.
E-mail: anharavalverde@hotmail.com
 - 6 Luis Paz-Ares Rodríguez. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Psicooncología. Avenida de Córdoba, s/n, 28041. Madrid. Spain. ORCID: 0000-0002-1947-3364
E-mail: lpazaresr@seom.org
- * Dirección de correspondencia: Almudena Narváez Arróspide. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Psicooncología. Avenida de Córdoba, s/n, 28041 (Madrid). E-mail: psicoconco@h12o.es

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, pandemia, cáncer, ansiedad, depresión, estrés postraumático.

[en] Psychological impact of COVID-19 on Medical Oncology, Haemato-Oncology and Radiation Oncology patients at a public hospital in Spain

Abstract. Objective: Determine the psychological impact of COVID-19 in cancer patients and assess how clinical and socio-demographic variables contribute to it. Methods: this study uses an observational, analytical and cross-sectional methodology (T1) to explore the degree of psychological distress in 88 cancer patients from the Medical Oncology ($n=31$), Radiation Oncology ($n=31$) and Haemato-Oncology ($n=26$) units of the Hospital Universitario 12 Octubre in Madrid, Spain. Mental health was measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5). A self-elaborated questionnaire was also used to evaluate the effect of sociodemographic and clinical variables in mental health. Results: No significant differences were found in the symptoms presented by patients from the three different departments. 22.7%, 13.6% and 15.9% of the cancer patients surveyed obtained pathological scores for anxiety, depression and post-traumatic stress, respectively. In addition, a direct correlation was found between fear of contracting COVID-19 and anxious, depressive and post-traumatic symptomatology ($p<0.001$). Also between fear of spreading the virus and depression ($p=0,002$) and fear of spreading it and anxiety and post-traumatic stress ($p<0.001$). Conclusions: Despite the high prevalence of anxiety, depression and post-traumatic symptoms that the patients showed, percentages are similar to those obtained in pre-pandemic studies. Respondents who were more afraid of contracting or spreading COVID-19 scored higher in the clinical symptoms, which highlights the importance of evaluating such fears and to use them as a screening tool.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, pandemic, cancer, anxiety, depression, post-traumatic stress.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Análisis Estadístico 4. Resultados 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Force Castells E, Toader ID, Carpio Moreno A, Narváez Arróspide A, García Valverde A, Paz-Ares Rodríguez L. Impacto psicológico del COVID-19 en los pacientes de Oncología Médica, Hemato-Oncología y Oncología Radioterápica de un hospital público en España. *Psicooncología* 2023; 20: 305-328. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.91255>

1. Introducción

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Se trata de la sexta declaración de una ESPII en los últimos 11 años: virus de la influenza A (H1N1) pdm09 en 2009, Poliovirus en 2014, virus del Zika en 2016 y virus del Ébola en 2014 y 2019⁽¹⁾. Sin embargo, esta situación se considera la más grave desde la Gripe Española en 1918⁽²⁾.

De hecho, la OMS⁽³⁾ declaró el nuevo coronavirus como pandemia el 11 de marzo de 2020, tan solo un mes después de que lo bautizara ‘COVID-19’.

Hasta el momento, 28 de junio de 2023, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias⁽⁴⁾ ha notificado en España un total de 13.914.811 casos confirmados de COVID-19 y 121.760 fallecidos, siendo las cifras totales en la comunidad autónoma de Madrid de 2.016.900 infectados y 21.361 muertos.

Con todo lo transcurrido con el COVID-19 hasta la fecha (alta transmisión del virus, con una tasa de mortalidad en España de 256 muertos por cada 100.000

habitantes, más de dos meses de confinamiento, desescalada desigual en todo el territorio y rebrotes) no es extraño imaginar que de ello pueda derivarse un amplio abanico de alteraciones psicológicas en la población general. Estudios como el de González-Sanguino et al.⁽⁵⁾ así lo confirman. Estos autores encontraron sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático en su muestra. Asimismo, Xiong et al.⁽⁶⁾ observaron en su revisión sistemática porcentajes relativamente altos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, malestar emocional y estrés en población general de China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Irán, Italia, Nepal y Turquía. Ambos estudios determinaron que ser mujer y/o joven constituían factores de riesgo^(5,6). Asimismo, el estudio de Xiong et al.⁽⁶⁾ determinó que presentar una enfermedad crónica o mental también lo era.

De este último dato se deriva la posibilidad de que la pandemia pueda afectar negativamente a la salud mental de los pacientes con cáncer, que son más susceptibles que las personas sin una historia oncológica o hemato-oncológica previa a presentar malestar emocional y sintomatología ansiosa y depresiva⁽⁷⁾. Es más, Sarna et al. y Pitman et al., citados en Wang et al.⁽⁸⁾, refieren que los problemas de salud mental no tratados pueden disminuir la adherencia de los pacientes oncológicos a los tratamientos, su calidad de vida e incluso su tasa de supervivencia, además de aumentar los costes sanitarios. Se hace patente, pues, la necesidad de evaluar el efecto de la pandemia en la salud mental de los pacientes.

En este sentido varias investigaciones han encontrado una elevada prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y postraumática en dichos pacientes durante la pandemia^(8,9). Juanjuan et al.⁽¹⁰⁾ describieron, además de altas tasas de ansiedad y depresión, malestar emocional e insomnio.

En cuanto a los factores de riesgo, Romito et al.⁽⁹⁾ observaron que las mujeres y los pacientes más jóvenes eran más vulnerables a la ansiedad y al trastorno de estrés postraumático. Por su parte, Wang et al.⁽⁸⁾ concluyeron que las personas con historia psiquiátrica previa y/o que estaban más preocupadas por los efectos de la pandemia en su tratamiento también eran más susceptibles a esta sintomatología.

El miedo al COVID-19, junto con la preocupación por el progreso del cáncer, puede ser otro factor que explique el fuerte malestar emocional presentado por los pacientes⁽¹⁰⁾. Resulta comprensible que estos tengan miedo a contraer el virus puesto que la morbilidad y la mortalidad de este es mayor en personas mayores y/o con alguna enfermedad crónica⁽¹¹⁾.

Aunque existen estudios que determinan una mayor prevalencia del COVID-19 en personas con cáncer frente a la población general⁽¹²⁻¹⁵⁾, el informe de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad del 2021⁽¹⁶⁾ concluye que en España no existe dicha diferencia.

Sí parece haber consenso y una evidencia clara, no obstante, de que los pacientes con cáncer que contraen COVID-19 tienen más riesgo de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, ventilación mecánica o fallecimiento, así como de una progresión más rápida de la enfermedad⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Los estudios advierten, además, que la vulnerabilidad es aún mayor en aquellos pacientes que han recibido quimioterapia o cirugía recientemente, como consecuencia de la inmunosupresión que estas ocasionan^(12,16).

Ante el riesgo existente, Petrova et al.⁽¹⁹⁾ explican en su artículo que la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) adoptaron en 2020, momento en que se llevó a cabo el presente estudio, varias

medidas para proteger a los pacientes: posponer las visitas no imprescindibles, implementar servicios de telemedicina, recomendar el asilamiento completo en el domicilio e incluso retrasar los tratamientos y/o disminuir la dosis de algunos tratamientos inmunosupresores, siempre y cuando esto último no supusiera un riesgo para su salud. Es necesario mencionar también la posibilidad de demoras en los diagnósticos, no solo por el colapso del sistema sanitario, sino por una decisión de los propios pacientes de evitar ir a los centros de salud ante síntomas que parecían poco urgentes⁽²⁰⁾.

Aunque todas estas precauciones y medidas fueron necesarias para proteger a los enfermos, no podemos olvidar que tuvieron unas consecuencias inevitables sobre estos⁽²¹⁾. En este sentido, encontramos que son muchas las amenazas psicológicas que el COVID-19 ha supuesto y supone hoy en día para las personas con cáncer. Garutti et al.⁽²²⁾ las denominan *Seven Shades of Black Thoughts*, en español *Siete Sombras de los Pensamientos Oscuros*: (1) sobrecarga de responsabilidad e información médica recibida por el paciente debido a la imposibilidad de acudir a los centros de salud acompañado; (2) sensación de soledad por la falta de proximidad social y contacto físico tanto con familiares y amigos como con profesionales de la salud; (3) miedo a contraer el COVID-19 y a que la pandemia influya en la atención recibida; (4) pensamientos contradictorios (sensación de que el hospital es el lugar donde se recibe tratamiento, pero también donde uno se puede contagiar; sensación de que el tratamiento ayuda al cáncer, pero que a su vez puede inmunodeprimir al organismo haciéndolo más vulnerable al COVID-19...); (5) impotencia e indefensión; (6) frustración; y (7) asedio emocional (sensación de estar recibiendo malas noticias constantemente y de estar peleando una batalla imposible de ganar). Si a todo esto le sumamos que el diagnóstico de cáncer *per se* puede conllevar el establecimiento de numerosas dinámicas psicológicas como el miedo a morir, la incertidumbre, la pérdida de control y el cambio en la imagen corporal y en las relaciones interpersonales⁽²³⁾, la situación actual se convierte en un potencial amplificador del malestar psicológico de estos pacientes.

Resulta evidente después de todo lo expuesto que es necesario y urgente evaluar las consecuencias psicológicas del COVID-19 en las personas con cáncer.

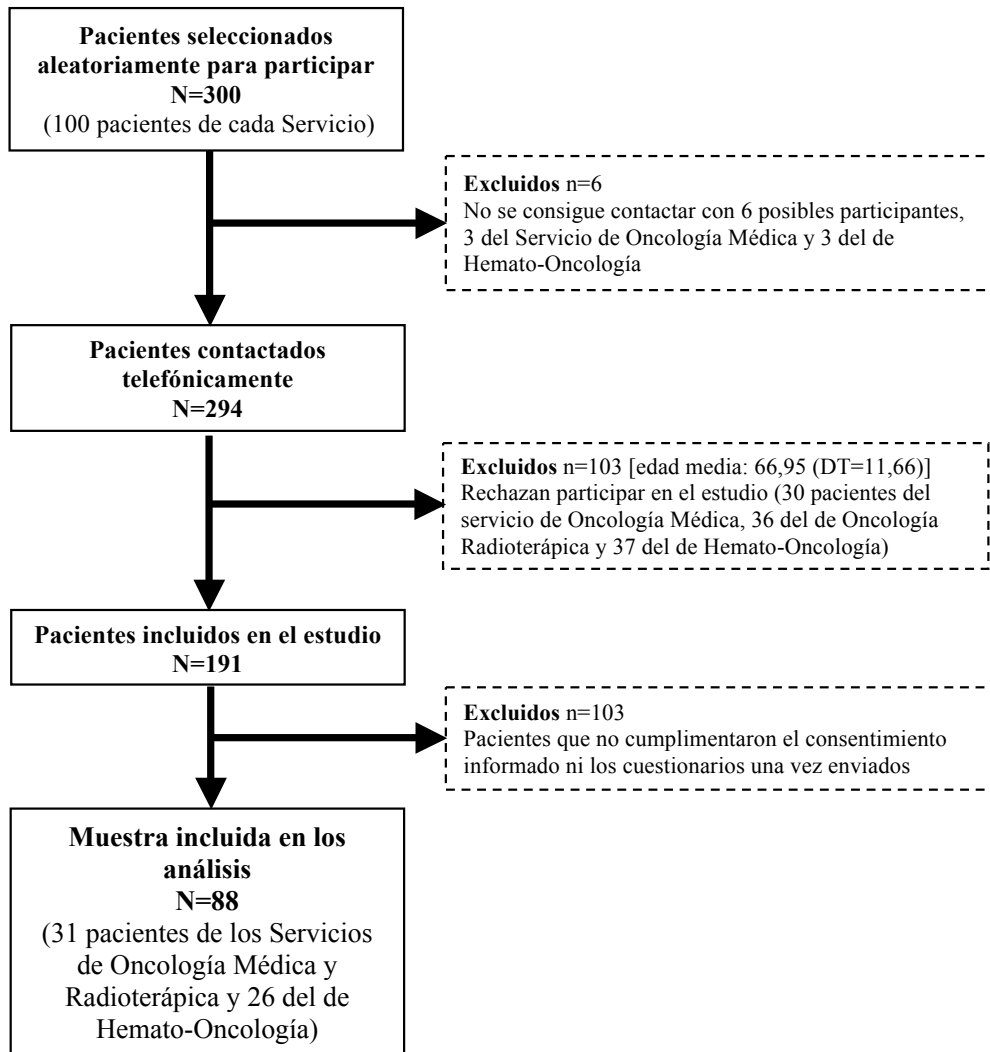
Es por ello, que el presente estudio tiene como objetivo determinar el impacto psicológico del COVID-19 en los pacientes con cáncer de los servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hemato-Oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre, así como valorar las variables clínicas y sociodemográficas que influyen en este. De esta manera, podremos delimitar aquellos sujetos que presentan un mayor riesgo de tener *distress* psicológico.

2. Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta finalmente por 88 pacientes de los 294 contactados de forma inicial (tasa de participación del 29,93%). Todos ellos pertenecían a los servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hemato-Oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. El diagrama de inclusión-exclusión se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de inclusión-exclusión de los participantes



La estimación de la muestra requerida a priori se realizó a través del software estadístico G*Power 3.1.9.2⁽²⁴⁾. Para ello, se seleccionaron los siguientes parámetros: un tamaño del efecto mediano de 0,3, una α de 0,05 y una potencia $(1-\beta)$ de 0,8. Al aplicar estos parámetros y teniendo en cuenta que se quería poder comparar a los pacientes de los tres servicios, G*Power arrojó una muestra mínima necesaria de 84 sujetos ($N=84$) con un poder estadístico del 80%.

Los criterios de inclusión y de exclusión se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con cáncer de los servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hemato-Oncología - Pacientes mayores de edad - Pacientes en régimen ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con dificultades de lectoescritura - Pacientes sin acceso a un correo electrónico - Largos supervivientes* - Pacientes menores de edad - Pacientes ingresados

Nota. *Se entiende por largos supervivientes a aquellos pacientes curados que ya no reciben tratamiento. Tiene que haber transcurrido al menos un periodo de cinco años desde el diagnóstico⁽²⁵⁾.

Diseño

Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal, con un único momento de medición: T1.

Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se inició en el mes de diciembre de 2020 en los servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hemato-Oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre, tras recibir la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de dicho hospital. Con el fin de reclutar a los participantes se accedió durante un día a la agenda de los médicos del primer servicio (25 de noviembre de 2020) y durante dos a la de los médicos de los servicios restantes (25 y 26 de noviembre de 2020).

Con el objetivo de que los profesionales pudieran ponerse en contacto con el equipo investigador si consideraban que no era conveniente que alguno de sus pacientes participara en el estudio, estos fueron informados en sus correspondientes *staff* y con al menos una semana de antelación de cuál iba a ser el día de acceso a su agenda. Al no haber ninguna objeción se procedió a contactar por teléfono con 100 pacientes de cada servicio para informarles de la puesta en marcha del presente proyecto e invitarles a participar. Este contacto telefónico con los pacientes se inició el 10 de diciembre de 2020 y finalizó el día 22 del mismo mes. Es importante destacar que los 300 participantes a los que se llamó fueron seleccionados de manera aleatoria de las listas de pacientes obtenidas mediante el acceso a las agendas y que, en el Servicio de Hemato-Oncología, se eliminó de las listas a aquellos pacientes que no tenían cáncer.

A todas aquellas personas que accedieron a participar se les envió un correo electrónico que contenía un número de identificación individual de cuatro cifras, así como un enlace que daba acceso a la hoja de información del estudio, al consentimiento informado y a los cuestionarios a cumplimentar. Además, a los tres días de mandarles el primer correo, se les mandó otro en forma de recordatorio.

La evaluación se llevó a cabo, pues, de forma *online*, individual y autoadministrada mediante un cuestionario sociodemográfico y clínico desarrollado por los investigadores y dos cuestionarios que evaluaban sintomatología ansioso-depresiva y sintomatología de estrés postraumático. La plataforma empleada para cumplimentar los cuestionarios fue Google Forms, donde los pacientes se identificaron mediante el código de cuatro cifras que se les había facilitado por correo electrónico.

Variables e Instrumentos

A continuación se describen las variables medidas y los instrumentos empleados para ello (ver Tabla 2).

Tabla 2. Variables e instrumentos de medida

Variables	Instrumentos
Sociodemográficas y clínicas* (sexo; edad; nacionalidad; estado civil; nivel educativo; situación laboral; convivencia con hijos menores de 18 años/personas de riesgo/dependientes; historia psiquiátrica previa; contracción del COVID-19; miedo a contraer o contagiar el virus***; modalidad de la asistencia médica recibida desde marzo de 2020; percepción de afectación en la calidad asistencial recibida y satisfacción con esta desde el inicio de la pandemia; sentimiento de soledad percibido; y recepción de asistencia psicológica en algún momento desde marzo de 2020)	20 preguntas de elaboración propia con distintos formatos de respuesta
Sintomatología ansioso-depresiva**	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)
Síntomas de estrés postraumático**	<i>The Posttraumatic Stress Disorder Checklist</i> (PCL-5)

Nota. *Variables independientes; **Variables dependientes; ***Variables dependientes e independientes.

Preguntas Sociodemográficas y Clínicas de elaboración propia

Se preguntó a los participantes por las variables sociodemográficas y clínicas descritas en la Tabla 2. Se incluyeron 20 preguntas con distintos formatos de respuesta (ver Figura 2).

Figura 2. Preguntas Sociodemográficas y Clínicas de elaboración propia

Sexo: M/H

Edad:

Nacionalidad:

Estado civil:

- Soltero
- Casado o con pareja
- Divorciado
- Viudo

Nivel educativo:

- Educación básica (preescolar, primaria y secundaria)
- Educación media (bachillerato y ciclos formativos de grado medio)
- Educación superior (ciclos formativos de grado superior, estudios universitarios y de postgrado)

Situación laboral:

- Activo
- ERTE
- En paro
- En situación de desempleo (sin ninguna prestación)
- Incapacidad laboral transitoria o permanente
- Jubilado
- Trabajo doméstico no remunerado

¿Tiene usted hijos menores de 18 años a cargo?

- Sí
- No

¿Vive usted con alguna persona que padezca alguna enfermedad crónica grave o que sea considerada población de riesgo?

- Sí
- No

¿Vive usted con alguna persona dependiente que requiera de una elevada atención?

- Sí
- No

¿Ha contraído usted el COVID-19?

- Sí
- No
- No lo sé

Indique el miedo que ha sentido o siente a contraer el COVID-19:

0. No siento ni he sentido miedo en ningún momento
 1. He sentido o siento poco miedo
 2. He sentido o siento un miedo moderado
 3. He sentido o siento bastante miedo
 4. He sentido o siento mucho miedo
-

Indique el miedo que ha sentido o siente a poder contagiar el COVID-19 a sus familiares y amigos:

0. No siento ni he sentido miedo en ningún momento
1. He sentido o siento poco miedo
2. He sentido o siento un miedo moderado
3. He sentido o siento bastante miedo
4. He sentido o siento mucho miedo

Desde marzo de 2020 a la actualidad, ¿se ha sentido usted más solo que de costumbre?

0. No me siento ni me he sentido más solo que de costumbre en ningún momento
1. Me he sentido o me siento un poco más solo que de costumbre
2. Me he sentido o me siento moderadamente más solo que de costumbre
3. Me he sentido o me siento bastante más solo que de costumbre
4. Me he sentido o me siento mucho más solo que de costumbre

Desde marzo de 2020, ¿cómo han sido sus citas médicas?

- Telefónicas
 Presenciales
 Ambas

¿Ha sentido usted en algún momento que la pandemia de COVID-19 estaba afectando a la calidad de la asistencia médica que recibía?

- Sí
 No

En caso afirmativo, indique por qué razón (puede marcar todas las casillas que quiera):

- Mi tratamiento ha sido pospuesto
 Mis escáneres han sido pospuestos
 Mis visitas de seguimiento han sido pospuestas
 Mi diagnóstico oncológico se ha visto retrasado
 Por otras razones

En caso de haber respondido por otras razones en la pregunta anterior, a continuación se le deja un espacio para que las explique si así lo desea:

¿Cómo de satisfecho está usted con la asistencia médica recibida desde marzo de 2020?

0. Nada satisfecho
1. Un poco satisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Bastante satisfecho
4. Muy satisfecho

¿Ha recibido usted asistencia psicológica en alguna ocasión dentro de este periodo (marzo de 2020-actualidad)?

- Sí
 No

¿Tiene usted o ha tenido alguna enfermedad mental (diagnosticada por un psicólogo o un psiquiatra)?

- Sí
 No
-

Sintomatología Ansioso-Depresiva: Adaptación Española de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) – Caro e Ibáñez⁽²⁶⁾

Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (preguntas impares) y otra de depresión (preguntas pares).

El cuestionario presenta un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0-3) y las puntuaciones en cada subescala pueden oscilar entre 0 y 21. Una puntuación mayor o igual a 11 indica una probable alteración clínica; una entre 8 y 10, una posible alteración; y una entre 0 y 7, se considera normal.

López-Roig et al.⁽²⁷⁾, al evaluar las propiedades psicométricas de la escala en pacientes oncológicos, encontraron una fiabilidad de $\alpha=0,85$ para la subescala de ansiedad y de $\alpha=0,87$ para la de depresión. Para evaluar la validez emplearon el índice KMO y el test de Bartlett y obtuvieron una puntuación de 0,935 y de 2955,6, respectivamente. La fiabilidad test-retest fue de 0,60.

Sintomatología de Estrés Postraumático: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) – Blevins et al.⁽²⁸⁾

Se trata de un cuestionario compuesto por 20 ítems que cubren los síntomas de los criterios diagnósticos del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) según el DSM-5⁽²⁹⁾. Cada uno de los 20 ítems se valora en escalas Likert de 5 puntos (0-4). Se pregunta a la persona sobre la molestia que tales síntomas han causado en ella en el último mes, desde “ninguna” a “extremada”. La puntuación total puede oscilar entre 0-80.

La investigación inicial sugiere que un punto de corte de entre 31 y 33 sería indicativo de un probable TEPT. No obstante, los autores advierten que siempre se tiene que tener en cuenta la población que se está evaluando para determinar el punto de corte.

Las propiedades psicométricas del cuestionario según Blevins et al.⁽²⁸⁾ fueron: una fiabilidad de $\alpha=0,94$, una validez convergente de 0,74 a 0,85 y una discriminante de 0,31 a 0,60. En cuanto a la fiabilidad test-retest, esta fue de 0,82.

3. Análisis Estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis univariante con el objetivo de describir a los participantes de una manera exhaustiva (datos sociodemográficos y variables clínicas). Posteriormente, se procedió a llevar a cabo un análisis bivariante.

El presente análisis estadístico se llevó a cabo empleando el *software* IBM SPSS 26.0⁽³⁰⁾. Los resultados se obtuvieron mediante las siguientes pruebas paramétricas y considerando un nivel de significación de (α) de 0,05: (1) test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si los datos cumplían con el criterio de normalidad; (2) prueba de homogeneidad de varianzas (Test de Levene) para evaluar la igualdad de las varianzas; (3) diagramas de caja y bigotes (*Box-Whisker*) para detectar los datos atípicos (*outliers*); (4) correlación de Pearson para conocer el grado de asociación lineal entre dos variables cuantitativas y la dirección de la misma; (5) prueba T de Student para comparar las medias de dos grupos; (6) análisis de varianza (ANOVA) de un factor para comparar las medias de las varianzas de tres o más grupos; (7) ajuste de Bonferroni ($\alpha=0,05$) para las comparaciones *post hoc* con la finalidad de controlar la tasa global de errores de Tipo I.

4. Resultados

La muestra del estudio fue de 88 personas, de las cuales 26 (29,5%) estaban en seguimiento en el Servicio de Hemato-Oncología, 31 (35,2%) en el de Oncología Médica y 31 (35,2%) en el de Oncología Radioterápica.

En primer lugar, para ver si existían diferencias entre grupos, concretamente para comparar si había diferencias entre las medias de las puntuaciones obtenidas en los dos cuestionarios (HAD y PCL-5) por los pacientes de los diferentes servicios, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor. No se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) ni en la HAD ni en la PCL-5 (HAD-D, $p = 0,106$; HAD-A, $p = 0,649$; PCL-5, $p = 0,473$), por lo que se aceptó la igualdad de las varianzas y se concluyó que la muestra se comportaba como un grupo único. Por lo tanto, se procedió a realizar el resto de análisis con la totalidad de los participantes del estudio.

Tratando a los 88 participantes como un grupo único, se encontró que 45 eran mujeres (51,1%) y 43 hombres (48,9%), siendo la edad media del grupo de 59,89 ($DT = 15,41$). En la Tabla 3 se exponen el resto de características sociodemográficas.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes (N=88)

Características	n (%)
Estado civil	
Soltero/a	61 (69,3%)
Casado/a o con pareja	9 (10,2%)
Divorciado/a	6 (6,8%)
Viudo/a	12 (13,6%)
Nacionalidad	
Española	82 (93,2%)
Otra nacionalidad	6 (6,8%)
Nivel educativo	
Educación básica (preescolar, primaria y secundaria)	29 (33%)
Educación media (bachillerato y ciclos formativos de grado medio)	22 (25%)
Educación superior (ciclos formativos de grado superior, estudios universitarios y de postgrado)	37 (42%)
Situación laboral	
Activo	14 (15,9%)
ERTE	0 (0%)

Características	n (%)
En paro	2 (2,3%)
En situación de desempleo (sin ninguna prestación)	10 (11,4%)
Incapacidad laboral transitoria o permanente	22 (25%)
Jubilado	34 (38,6%)
Trabajo doméstico no remunerado	6 (6,8%)
Hijos menores de 18 años a cargo	
Sí	15 (17%)
No	73 (83%)
Convivencia con personas que sean población de riesgo ante el COVID-19	
Sí	22 (25%)
No	66 (75%)
Convivencia con personas dependientes	
Sí	6 (6,8%)
No	82 (93,2%)

Al analizar las características clínicas, se encontró que 13 de los participantes habían contraído COVID-19 (14,8%), 59 no (67%) y 16 no lo sabían (18,2%). En la Tabla 4 se exponen el resto de características clínicas y en la Tabla 5, la media (*M*) y la desviación típica (*DT*) de las puntuaciones de los cuestionarios administrados (HAD y PCL-5).

Tabla 4. Características clínicas de los participantes (N=88)

Características	n (%)
Miedo a contraer el COVID-19	
Ningún miedo	16 (18,2%)
Poco miedo	13 (14,8%)
Miedo moderado	32 (36,4%)
Bastante miedo	20 (22,7%)
Mucho miedo	7 (8%)
Miedo a contagiar el COVID-19	
Ningún miedo	13 (14,8%)

Características	n (%)
Poco miedo	8 (9,1%)
Miedo moderado	31 (35,2%)
Bastante miedo	21 (23,9%)
Mucho miedo	15 (17%)
Soledad percibida desde marzo de 2020	
Igual que anteriormente	41 (46,6%)
Un poco más que anteriormente	17 (19,3%)
Moderadamente más que anteriormente	15 (17%)
Bastante más que anteriormente	8 (9,1%)
Mucha más que anteriormente	7 (8%)
Citas médicas desde marzo de 2020	
Telefónicas	5 (5,7%)
Presenciales	21 (23,9%)
Ambas	62 (70,5%)
Percepción de afectación en la calidad de la asistencia médica debido al COVID-19	
Sí	32 (36,4%)
No	56 (63,6%)
Razones por las que se percibe que la calidad de la asistencia médica está siendo afectada por el COVID-19 (<i>múltiple respuesta</i>)	
Tratamiento pospuesto	10 (11,4%)
Escáneres pospuestos	3 (3,4%)
Visitas de seguimiento pospuestas	13 (14,8%)
Diagnóstico tardío	14 (15,9%)
Otras	14 (15,9%)
Satisfacción con la asistencia médica recibida desde marzo de 2020	
Ninguna	2 (2,3%)
Poca	5 (5,7%)
Moderada	14 (15,9%)
Bastante	29 (33%)
Mucha	38 (43,2%)

Características	n (%)
Percepción de asistencia psicológica en algún momento desde marzo de 2020	
Sí	16 (18,2%)
No	72 (81,8%)
Antecedentes psiquiátricos	
Sí	7 (8%)
No	81 (92%)

Tabla 5. Sintomatología clínica de los participantes (N=88)

Cuestionarios	M (DT)	Puntuación (mínima y máxima)
HAD-A	7,12 (4,27)	0 - 21
HAD-D	5,61 (3,97)	0 - 21
PCL-5	16,16 (14,79)	0 - 80

Nota. M=media; DT=desviación típica; HAD-A: subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HAD-D: subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; PCL-5: *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist*.

Es importante mencionar que 20 de los 88 participantes (22,73%) obtuvieron una puntuación en la HAD-A igual o superior a 11 y que 12 de los 88 (13,64%) la obtuvieron en la HAD-D, indicando esta puntuación una probable alteración clínica. Asimismo, 14 de los participantes (15,9%) pasaron el punto de corte en la PCL-5 (puntuación ≥ 33), indicando esto la presencia de un probable Trastorno de estrés postraumático. Si se tiene en cuenta que en la HAD-A y la HAD-D una puntuación igual o superior a 8 es indicativa de una posible alteración clínica y tomamos esa puntuación como punto de corte, encontramos que lo alcanzaron 37 participantes (42,05%) en la HAD-A y 23 (26,4%) en la HAD-D.

En primer lugar, y después de haber realizado una descripción de frecuencias para comprobar la dispersión de los sujetos, se decidió realizar los análisis comparativos en las variables donde la muestra estuviera equiparada en número (sexo, edad, nivel educativo, miedo a contraer el COVID-19, miedo a contagiar el COVID-19, percepción de afectación en la calidad de la asistencia médica recibida y satisfacción con esta).

Es importante mencionar, antes de proceder con los análisis comparativos, que en este estudio no se encontró ningún dato atípico (*outlier*) que pudiera detectarse mediante los diagramas de caja y bigotes (*Box-Whisker*).

Se empezó el análisis comparativo, pues, evaluando si existían diferencias en las puntuaciones de los test según el sexo de los participantes. Se llevó a cabo la prueba T de Student para la HAD-A, la HAD-D y la PCL-5. No se encontraron diferencias en la sintomatología ansiosa ($t_{(86)}=1,895$; $p=0,062$) ni en la de estrés postraumático ($t_{(86)}=1,748$; $p=0,084$) según el sexo, pero sí en la sintomatología

depresiva ($t_{(86)}=2,278$; $p=0,025$). La media de las puntuaciones en la HAD-D de las mujeres fue de 6,53, mientras que la de los hombres fue de 4,65.

Para ver la correlación existente entre la edad y las puntuaciones en la HAD-A, la HAD-D y la PCL-5 se empleó la correlación de Pearson. Se encontró una relación inversa y significativa entre la edad y la ansiedad ($r=-0,213$; $p=0,046$) y la edad y la sintomatología de estrés postraumático ($r=-0,285$; $p=0,007$), pero no en la sintomatología depresiva ($r=0,082$; $p=0,448$). Es decir, los pacientes de menor edad presentaron mayores puntuaciones en ansiedad y estrés postraumático, pero no en depresión.

La correlación de Pearson fue empleada también para valorar si la edad de los participantes correlacionaba con el miedo a contraer o a contagiar el COVID-19. No se encontró una relación significativa entre la edad y el miedo a contraer el COVID-19 ($r=-0,197$; $p=0,066$), pero sí una entre la edad y el miedo a contagiar el virus ($r=-0,213$; $p=0,046$), presentando aquellos pacientes de menor edad un mayor miedo a contagiar el COVID-19, pero no a contraerlo.

Por su lado, el análisis de varianza (ANOVA) de un factor no arrojó diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad ($p=0,291$), estrés postraumático ($p=0,213$) y miedo a contraer o a contagiar el COVID-19 ($p=0,362$; $p=0,627$; respectivamente) según el nivel educativo. Sin embargo, sí mostró diferencias significativas en las puntuaciones de depresión según el nivel educativo ($p=0,020$).

Para realizar el análisis post-hoc se empleó el ajuste de Bonferroni, llevando a cabo las comparaciones por pares. En la sintomatología depresiva, se encontraron diferencias significativas entre los sujetos de nivel educativo medio y superior ($p=0,016$), pero no entre el resto ($p>0,050$), siendo la media de las puntuaciones en la HAD-D de los primeros de 7,41 y de los segundos de 4,46. El nivel educativo solo influyó, pues, en la sintomatología depresiva mostrada por los participantes, pero no en la demás sintomatología clínica ni en el miedo a contraer/contagiar el virus.

Posteriormente, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para averiguar si existía una relación entre el miedo a contraer o a contagiar el COVID-19 y la sintomatología ansiosa (HAD-A), depresiva (HAD-D) y de estrés postraumático (PCL-5), encontrándose una relación significativa y directa entre el miedo a contraer/contagiar el virus y la sintomatología clínica (ver Tabla 6).

Tabla 6. Correlaciones entre el miedo a contraer o contagiar el COVID-19 y la sintomatología clínica de los participantes (N=88)

	HAD-A	HAD-D	PCL-5
Miedo a contraer el virus	$r=0,624$ $p<0,001$	$r=0,456$ $p<0,001$	$r=0,548$ $p<0,001$
Miedo a contagiar el virus	$r=0,408$ $p<0,001$	$r=0,328$ $p=0,002$	$r=0,388$ $p<0,001$

Nota. r =correlación; p =significación estadística; HAD-A: subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HAD-D: subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; PCL-5: *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist*.

Siguiendo con las variables clínicas, se pretendió comprobar si la percepción por parte de los participantes de una afectación o no en la calidad de la asistencia médica recibida resultaba en diferencias significativas en las puntuaciones de los test. Para ello se llevó a cabo la prueba T de Student. Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad ($t_{(86)}=2,062$; $p=0,042$). Aquellos pacientes que percibían que la calidad de la asistencia médica se había visto perjudicada presentaron una puntuación media de 8,34, mientras que aquellos que no habían percibido tal afectación obtuvieron una de 6,43. No obstante, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de depresión ($t_{(86)}=1,425$; $p=0,158$) y estrés postraumático ($t_{(86)}=0,237$; $p=0,813$) entre los dos grupos.

Por otro lado, el análisis de varianza (ANOVA) de un factor no encontró diferencias en las puntuaciones de ansiedad según la satisfacción que los participantes referían con la asistencia médica recibida ($p=0,151$). Tampoco arrojó diferencias en las puntuaciones de depresión ($p=0,867$) ni en las de estrés postraumático ($p=0,898$).

5. Discusión

A pesar de los numerosos trabajos existentes que evalúan el malestar emocional en los pacientes con cáncer antes de la pandemia^(7,31-35), no son tantos los que se han centrado en esta población de estudio a raíz del COVID-19^(8-10,36). Esto puede ser debido, en parte, a la gran presión asistencial que han sufrido los servicios sanitarios y al poco tiempo restante disponible para llevar a cabo una labor investigadora.

En primer lugar, y teniendo en cuenta que existen más de 200 tipos de cáncer⁽³⁷⁾, es importante destacar que no se encontraron diferencias en la sintomatología ansioso-depresiva y postraumática presentada por los pacientes de los diferentes servicios (Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hemato-Oncología). Aunque es verdad que determinados tipos de cáncer, como los pancreáticos, los cerebrales y los de cabeza y cuello, suelen ir más asociados a la presencia de depresión⁽³⁸⁾, son varias las investigaciones, como la de Unsel et al.⁽³⁴⁾, que han agrupado los pacientes de diferentes servicios en un solo grupo por no encontrarse diferencias entre ellos. Del mismo modo, el meta-análisis realizado por Mitchell et al.⁽³⁵⁾ concluyó que no se disponía de datos suficientes para analizar la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en función de los diferentes tipos de cáncer y su duración. No es de extrañar, pues, que al ser la muestra de este estudio muy heterogénea (presentando los participantes, independientemente del servicio al que pertenecieran, diagnósticos muy dispares), no se encontraran diferencias entre los pacientes de los tres servicios.

En cuanto a los datos sociodemográficos, cabe destacar que la edad media de la muestra fue de 59,89 años. Un 44,3% de los participantes tenía 65 años o más y un 55,7% menos de 65. Al comparar estos porcentajes con los proporcionados por la SEOM⁽³⁹⁾, se observa que están invertidos. En su estimación del número de nuevos casos de cáncer en España para el 2020, un 61% tenía 65 años o más y un 39%, menos de esa edad. El hecho de que esta investigación cuente con un mayor porcentaje de personas menores de 65 años puede ser explicado, en parte, por el formato de administración de los cuestionarios (*online*).

Respecto a las características clínicas de los participantes, se encontró que el 14,8% había contraído COVID-19. Se observa, pues, que el porcentaje de contagios

fue muy similar al de la población general. En este sentido, en diciembre de 2020 (momento donde se recogió nuestra muestra) el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁽⁴⁰⁾ estableció una prevalencia global (porcentaje de personas en la población con anticuerpos IgG frente a SARS-CoV-2) del 9,9%, aumentando esta a cifras cercanas o superiores al 15% en el núcleo central, alrededor de Madrid.

En cuanto a la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y postraumática, una de las conclusiones más relevantes del presente estudio es que el 22,7% y el 13,6% de los participantes obtuvieron puntuaciones indicativas de una *probable* alteración clínica en la HAD-A y la HAD-D, respectivamente. Es más, si tenemos en cuenta que la HAD ofrece un punto de corte más bajo para indicar una *posible* alteración clínica, encontramos que un 42,1% y un 26,4% de los participantes lo sobrepasaron en la HAD-A y la HAD-D, respectivamente. Un alto porcentaje de pacientes, pues, presenta sintomatología ansiosa y depresiva. Asimismo, el 15,9% de los participantes pasaron el punto de corte de la PCL-5, indicando esto la presencia de un probable Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Hay que tener en cuenta, eso sí, que la PCL-5 es un cuestionario de *screening*, no diagnóstico.

Estas elevadas tasas de prevalencia son similares a las de la población general durante la pandemia. En la revisión sistemática de Xiong et al.⁽⁶⁾ se observaron porcentajes relativamente altos de ansiedad (del 6,3% al 50,9%), depresión (del 14,6% al 46,3%) y estrés postraumático (del 7% al 53,8%) en la población de distintos países. Asimismo, González-Sanguino et al.⁽⁵⁾ observaron sintomatología depresiva, ansiosa y postraumática en un 18,7%, 21,6% y 15,8% de sus participantes (población general de España), respectivamente.

En este sentido, Musche et al.⁽⁴¹⁾ concluyeron en su estudio que no había diferencias en las variables de malestar emocional y miedo al COVID-19 entre los pacientes con cáncer y los controles sanos. La ausencia previsible de diferencias entre los dos grupos podría ser explicada por los elevados niveles de información sobre la pandemia de los que disponían los pacientes, su adherencia superior a las medidas de prevención del COVID-19, así como por su mayor experiencia en desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones estresantes⁽⁴¹⁾.

Por lo que se refiere a estudios específicos con pacientes oncológicos y hemato-oncológicos durante la pandemia, Romito et al.⁽⁹⁾ encontraron en Italia que un 36% de sus participantes (pacientes hemato-oncológicos) presentaba ansiedad, un 31%, depresión y un 36%, un posible TEPT. Estas cifras son bastante superiores a las descritas en España por Toquero et al.⁽⁴²⁾, los cuales refirieron que un 14,4% de su muestra presentaba síntomas clínicos de ansiedad y un 19,2%, de depresión. La disparidad de resultados entre ambos estudios podría ser explicada por las diferencias culturales y/o la situación epidemiológica en el momento de la recogida de la muestra (confinamiento en el primer estudio y reapertura gradual del país en el segundo).

Asimismo, si comparamos las puntuaciones en sintomatología ansiosa, depresiva y postraumática de nuestra muestra con las encontradas previamente a la aparición del COVID-19, se observa que estas no difieren mucho. En su revisión bibliográfica, Hernández et al.⁽⁷⁾ concluyeron que la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer era bastante alta, siendo la primera de entre un 15% y un 36% en poblaciones españolas y europeas; y la segunda, de entre un 17% y un 25%. Parece, pues, que nuestros participantes no presentaron peores puntuaciones debido al COVID-19. Esto último, difiere con lo encontrado por Wang et al.⁽⁸⁾ y Yélamos et al.⁽⁴³⁾.

En cuanto a la sintomatología de estrés postraumático encontrada en el presente estudio, esta tampoco difiere mucho de la descrita en estudios prepandémicos. En este sentido, Costa-Requena y Gil⁽⁴⁴⁾ encontraron que un 10,1% de su muestra oncológica presentaba síntomas compatibles con un TEPT antes de la pandemia. Otros estudios, como la revisión teórica de Olivares et al.⁽³²⁾, concluyeron que la prevalencia de este trastorno (evaluada mediante cuestionarios) fluctuaba entre el 5% y el 19%.

Se esperaba encontrar, también, una mayor vulnerabilidad de las mujeres a presentar ansiedad, depresión y/o estrés postraumático, tal y como ha sido descrito por numerosos trabajos con pacientes con cáncer antes de la pandemia^(34,45) y durante la misma en población general⁽⁵⁾ y hemato-oncológica⁽⁹⁾. No obstante, este no fue el caso. Solo se encontró una relación entre el sexo y la depresión, presentando las mujeres una mayor puntuación en este tipo de sintomatología.

Otra variable sociodemográfica que nos interesaba explorar era la edad, pues se había descrito en otras investigaciones realizadas durante la pandemia como un factor de riesgo para la ansiedad, la depresión y/o el estrés postraumático en población general⁽⁶⁾ y en pacientes con cáncer^(9,36,43). Nuestro estudio encontró que los pacientes de menor edad presentaban una mayor sintomatología de ansiedad y estrés postraumático, pero no de depresión. De manera similar, y en un artículo precedente al COVID-19, Unsel et al.⁽³⁴⁾ encontraron, administrando la HAD en pacientes oncológicos y hemato-oncológicos, una relación inversa entre la edad y la ansiedad, pero no entre la edad y la depresión.

Esta disparidad de sintomatología según la edad podría ser explicada por: (1) la experiencia vital de las personas mayores, quienes emplearían algunas estrategias de afrontamiento que les conferirían un efecto protector y les permitirían mantener su satisfacción vital ante eventos negativos⁽⁴⁶⁾; (2) la mayor exposición de los pacientes más jóvenes a las redes sociales y a los medios de comunicación⁽⁴³⁾; y (3) la percepción de amenaza de la pandemia a un proyecto vital aún en construcción en los pacientes de menor edad⁽⁴³⁾.

Cabe mencionar aquí, que la edad de los participantes no influyó en el miedo a contraer el COVID-19, pero sí en el de contagiarlo, siendo los pacientes de menor edad los que más miedo describían. Estos resultados coinciden parcialmente con los de Yasin⁽⁴⁷⁾, quien encontró un mayor temor al COVID-19 (al virus en sí, a que no tuviera cura, a contraerlo y a contagiarlo, entre otros) en las personas más jóvenes de la población general. Martínez-Lorca et al.⁽⁴⁸⁾ observaron también, en estudiantes universitarios españoles, mayores tasas de miedo en los más jóvenes. La ausencia de diferencias en el miedo a contraer el virus según la edad parece lógica, en nuestro caso, teniendo en cuenta que para todos los pacientes oncológicos y hemato-oncológicos su contracción supone un riesgo considerable para la salud^(12,15). Podría ser que la disparidad observada en el miedo a contagiarlo fuera debida a que las personas más jóvenes tuvieran en su entorno familiar personas de mayor riesgo (padres mayores, abuelos...), así como al recordatorio constante de los medios de comunicación de que los jóvenes eran el gran vector de contagio, amplificando así su sentido de la responsabilidad.

A pesar de estas diferencias, sí se encontró un denominador común: independientemente de la edad de los participantes, existía un mayor miedo a propagar el virus (un 76,1% lo describía de moderado a grande) que a contraerlo (un 67,1% lo describía de moderado a grande). Esto coincide con lo descrito por Temsah et al., citados en Yasin⁽⁴⁷⁾, quienes encontraron en los profesionales de la salud más preocupación por contagiar el COVID-19 a sus seres queridos que por contraerlo.

Otra de las variables sociodemográficas, el nivel educativo, no resultó ser un predictor de la ansiedad, la sintomatología de estrés postraumático o el miedo. Sí, de la depresión; presentando los pacientes con un nivel educativo medio mayores puntuaciones que los de un nivel educativo superior. Tal y como establecen Sánchez et al.⁽⁴⁹⁾, el rol del nivel educativo sobre la salud mental de los pacientes oncológicos ha sido descrito por varios estudios, pero no se ha podido llegar a conclusiones claras; determinando algunas investigaciones prepandémicas que las personas con estudios superiores presentaban más ansiedad y depresión⁽⁴⁹⁾, y otras realizadas durante la pandemia, que el nivel educativo estaba inversamente relacionado con la sintomatología ansioso-depresiva y postraumática⁽⁵⁰⁾. Se observa, pues, una falta de consenso.

Con respecto a la percepción de los pacientes sobre la afectación en la calidad de la atención médica recibida durante la pandemia, un 63,6% de la muestra afirmó no notar ninguna alteración. No obstante, aquellos que sí la percibieron (36,4%), mencionaron, sobre todo, el retraso en los diagnósticos y la posposición de las visitas de seguimiento y de los tratamientos; situaciones ya descritas por otros autores^(19,20). Asimismo, se encontró que aquellos pacientes que percibieron una mayor afectación en la calidad de la asistencia sanitaria presentaron mayores niveles de ansiedad, pero no de depresión ni de estrés postraumático. Estudios como el de Juanjuan et al.⁽¹⁰⁾ ya pusieron de relieve que la preocupación por la progresión de la enfermedad era un factor de riesgo y que aquellos pacientes que habían sufrido una interrupción en el tratamiento antineoplásico presentaban mayores niveles de ansiedad. Su estudio encontró también, no obstante, mayores niveles de depresión en dichos casos, no como el nuestro.

Por su parte, la satisfacción con la asistencia médica recibida no influyó en la sintomatología clínica, hecho que podría ser explicado porque un elevado porcentaje de los participantes (76,2%) estaba entre bastante y muy satisfecho. Otra posible explicación para esta ausencia de relación entre la satisfacción y la salud mental, podría ser la moderación ejercida por la empatía de los pacientes hacia los sanitarios; impidiendo esta nueva variable moderadora la presencia de un correlato, sí descrito en estudios previos⁽⁵¹⁾, entre insatisfacción y afectividad negativa.

Del resto de variables independientes identificadas en el estudio destacó, por su valor predictivo, el miedo a contraer o a contagiar el COVID-19. Aquellos pacientes con mayor miedo a contraer/propagar el virus presentaron también mayores tasas de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático.

Esta correlación entre miedo y salud mental ha sido también descrita por Fitzpatrick et al.⁽⁵²⁾. Estos autores observaron una relación directa entre el temor al COVID-19 y la sintomatología ansioso-depresiva en la población general.

Se observa, pues, que la evaluación del miedo al COVID-19 puede ser de gran utilidad para detectar a aquellas personas que presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos. En este sentido, Ahorsu et al., citados en Martínez-Lorca et al.⁽⁴⁸⁾, desarrollaron la Escala de Miedo al COVID-19 (*Fear of COVID-19 Scale*; FCV-19S), que está compuesta por 7 ítems y ha sido validada en España. Su uso extendido podría servir como instrumento de cribado.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta el momento, resulta comprensible que un 18,2% de los participantes de nuestro estudio haya recibido asistencia psicológica en algún momento entre marzo y diciembre de 2020. Aunque este pudiera parecer un porcentaje bajo, dada la elevada prevalencia de malestar emocional, es muy superior

a los descritos por otros estudios llevados a cabo con pacientes oncológicos y hemato-oncológicos durante la pandemia. En este sentido, Wang et al.⁽⁸⁾ encontraron que solo un 1,6% de su muestra buscó ayuda. Cabe indicar que nuestro porcentaje coincide con la petición de asistencia psicosocial realizada por los pacientes con cáncer antes de la pandemia (entre un 6% y un 28%)⁽⁵³⁾.

En resumen, el presente estudio observa que las variables sociodemográficas son las que tienen un papel menos claro y las que ejercen un menor grado de influencia sobre la sintomatología clínica. Destaca la relación encontrada entre el miedo a contraer o a contagiar el COVID-19 y la presencia de malestar emocional, indicando esto la relevancia de evaluar el miedo para detectar pacientes sobre los que aplicar protocolos de prevención.

Para finalizar este apartado, es necesario hablar de las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, no se puede garantizar que la muestra no esté sesgada, puesto que muchos de los pacientes que rechazaron participar citaron un bajo estado de ánimo y/o ansiedad elevada. Además, otros pacientes, normalmente los de mayor edad, no pudieron participar por no tener acceso a un correo electrónico. Es probable que, si estos pacientes hubieran formado parte del estudio, las tasas de prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva y de estrés postraumático hubieran variado, así como también la edad media de la muestra, siendo esta más representativa. Asimismo, esta investigación no permite establecer relaciones de causalidad, puesto que no se dispone de un grupo control ni de una evaluación de las mismas variables en los mismos participantes pre-COVID-19.

Por último, cabe indicar que la situación epidemiológica podría haber influido en la sintomatología presentada por los participantes. En este sentido se quiere dejar constancia de cuál era la situación en la Comunidad de Madrid al inicio de la recogida de la muestra (10 de diciembre): (1) 1298 pacientes hospitalizados y 298 en la Unidad de Cuidados Intensivos; (2) tasa de incidencia acumulada (casos por cada 100.000 habitantes) de los últimos 14 días en el distrito de Madrid-Usera, donde se encuentra el Hospital Universitario 12 de Octubre, de 198,94⁽⁵⁴⁾.

6. Conclusiones

Son varias las conclusiones que se derivan del presente estudio. A continuación, se exponen:

1. Los pacientes de los tres servicios (Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hemato-Oncología) no presentan diferencias en las puntuaciones obtenidas en ansiedad, depresión y estrés postraumático.
2. Los pacientes con cáncer presentan elevadas tasas de sintomatología ansioso-depresiva y de estrés postraumático, aunque los porcentajes encontrados son similares a los obtenidos en estudios previos a la aparición del COVID-19.
3. Las mujeres presentan mayores puntuaciones en sintomatología depresiva, pero no en ansiedad y estrés postraumático.
4. Los pacientes de menor edad presentan mayores tasas de ansiedad y estrés postraumático, pero no de depresión.
5. La edad de los participantes no influye en el miedo a contraer el COVID-19, pero sí en el de contagiarlo, siendo los pacientes de menor edad los más temerosos.

6. El nivel educativo de los pacientes influye en la sintomatología depresiva, presentando los pacientes con un nivel educativo medio mayores puntuaciones en depresión en comparación con los que tienen estudios superiores.
7. Los pacientes que perciben una afectación en la calidad de la asistencia médica debido al COVID-19 presentan mayores puntuaciones en ansiedad, pero no en depresión ni estrés postraumático. No obstante, la satisfacción de los pacientes con la asistencia médica recibida no influye en la sintomatología clínica.
8. Los participantes con mayor miedo a contraer o a contagiar el COVID-19 presentan también mayores tasas de sintomatología ansioso-depresiva y postraumática.

7. Referencias bibliográficas

1. Eurosurveillance Editorial Team. Note from the editors: World Health Organization declares novel coronavirus (2019-nCoV) sixth public health emergency of international concern. *Euro Surveill* 2020;25:200131e. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.200131e>
2. Morens DM, Daszak P, Taubenberger JK. Escaping Pandora's box – another novel coronavirus. *N Engl J Med* 2020;382:1293–5. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2002106>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. 29 de junio de 2020 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
4. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización nº 672. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 30.06.2023 [Internet]. 30 de junio de 2023 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Actualizacion_672_COVID-19.pdf
5. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun* 2020;87:172–6. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
6. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord* 2020;277:55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
7. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2012;9:233–57. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
8. Wang Y, Duan Z, Ma Z, Mao Y, Li X, Wilson A, et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry* 2020;10:263. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
9. Romito F, Dellino M, Loseto G, Opinto G, Silvestris E, Cormio C, et al. Psychological Distress in Outpatients with Lymphoma during the COVID-19 Pandemic. *Front in Oncol* 2020;10:1270. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01270>
10. Juanjuan L, Santa-Maria CA, Hongfang F, Lingcheng W, Pengcheng Z, Yuanbing X, et al. Patient-reported outcomes of patients with breast cancer during the COVID-19

- outbreak in the epicenter of China: A cross-sectional survey study. *Clin Breast Cancer* 2020;20:e651–62. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2020.06.003>
11. Silvestris N, Apolone G, Botti G, Ciliberto G, Costantini M, De Paoli P, et al. A moonshot approach toward the management of cancer patients in the COVID-19 time: what have we learned and what could the italian network of cancer centers (alliance against cancer, ACC) do after the pandemic wave? *J Exp Clin Cancer Res* 2020;39:109. <https://doi.org/10.1186/s13046-020-01614-x>
 12. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020;21:335–7. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
 13. de Rojas T, Pérez-Martínez A, Cela E, Baragaño M, Galán V, Mata C, et al. COVID-19 infection in children and adolescents with cancer in Madrid. *Pediatr Blood Cancer* 2020;67:e28397. <https://doi.org/10.1002/pbc.28397>
 14. Desai A, Sachdeva S, Parekh T, Desai R. COVID-19 and Cancer: Lessons From a Pooled Meta-Analysis. *JCO Glob Oncol* 2020;6:557-9. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00097>
 15. Rogado J, Obispo B, Pangua C, Serrano-Montero G, Martín Marino A, Pérez-Pérez M, et al. Covid-19 transmission, outcome and associated risk factors in cancer patients at the first month of the pandemic in a Spanish hospital in Madrid. *Clin Transl Oncol* 2020; 22:2364-8. <https://doi.org/10.1007/s12094-020-02381-z>
 16. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. COVID-19 en distintos entornos y grupos de personas [Internet]. 2 de agosto de 2021 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/20210802_GRUPOSPERSONAS.pdf
 17. ElGohary GM, Hashmi S, Styczynski J, Kharfan-Dabaja MA, Alblooshi RM, de la Cámara R, et al. The risk and prognosis of COVID-19 infection in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Hematol Oncol Stem Cell Ther* 2020;15:45–53. <https://doi.org/10.1016/j.hemonc.2020.07.005>
 18. Tian Y, Qiu X, Wang C, Zhao J, Jiang X, Niu W, et al. Cancer associates with risk and severe events of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 2021; 148:363-74. <https://doi.org/10.1002/ijc.33213>
 19. Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sánchez MJ. Implicaciones de la pandemia por COVID-19 sobre el cáncer en España. *Med Clin* 2020;155:263-6. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.011>
 20. Willan J, King AJ, Djebbari F, Turner G, Royston DJ, Pavord S, et al. Assessing the impact of lockdown: Fresh challenges for the care of haematology patients in the COVID-19 pandemic. *Br J Haematol* 2020;189:e224-7. <https://doi.org/10.1111/bjh.16782>
 21. Bergerot PG, Bergerot CD, Philip EJ. Emotional distress during the COVID-19 pandemic: Psycho-oncology perspective. *Oncology (Williston Park)* 2020;34:270–1.
 22. Garutti M, Cortiula F, Puglisi F. Seven Shades of Black Thoughts: COVID-19 and its psychological consequences on cancer patients. *Front Oncol* 2020;10:1357. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01357>
 23. Gregucci F, Caliandro M, Surgo A, Carbonara R, Bonaparte I, Fiorentino A. Cancer patients in Covid-19 era: Swimming against the tide. *Radiother Oncol* 2020;149:109–10. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2020.04.002>
 24. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39:175-91. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>

25. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Plan Integral de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer [Internet]. 2013 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PLAN_INTEGRAL_LARGO_SUPERVIVIENTE.pdf
26. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología* 1992;36:43–69.
27. López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massutí B, Rodríguez-Marín J, et al. Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HAD en Pacientes Oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 2000;12:127-55.
28. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress* 2015;28:489-98. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
30. IBM Corp., developer. IBM SPSS Statistics for Windows [Software]. Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp, 2019. Disponible en: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
31. Arnaboldi P, Riva S, Crico C, Pravettoni G. A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2017;9:473–85. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S111101>
32. Olivares ME, Sanz A, Roa, A. Trastorno de estrés postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés* 2004;10:43–61.
33. Gil Moncayo FL, Costa Requena G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin* 2008;130:90–2. <https://doi.org/10.1157/13115354>
34. Unseld M, Krammer K, Lubowitzki S, Jachs M, Baumann L, Vyssoki B, et al. Screening for post-traumatic stress disorders in 1017 cancer patients and correlation with anxiety, depression, and distress. *Psychooncology* 2019;28:2382–8. <https://doi.org/10.1002/pon.5239>
35. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160-74. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
36. Yélamos C, Luque S, de Haro D, Berzal E, Fernández B, Ruesga M, et al. Malestar psicológico y preocupaciones psicosociales durante la tercera ola de la pandemia en pacientes oncológicos y familiares: Un análisis exploratorio. *Psicooncología* 2023; 20:11–26. <https://doi.org/10.5209/psic.87569>
37. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). ¿Qué es el cáncer? [Internet]. 2021 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer>
38. Massie MJ, Lloyd-Williams M, Irving G, Miller K. The prevalence of Depression in People with Cancer. En: Kissane DW, Maj M, Sartorius N, editors. *Depression and cancer*. Chichester (UK): John Wiley & Sons Ltd, 2011. p. 1–36.
39. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2020 [Internet]. 2020 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf

40. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estudio ENE-COVID: Cuarta ronda estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-COV-2 en España [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/15.12151220163348113.pdf>
41. Musche V, Bäuerle A, Steinbach J, Schweda A, Hetkamp M, Weismüller B, et al. COVID-19-related fear and health-related safety behavior in oncological patients. *Front Psychol* 2020;11:1984. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01984>
42. Toquero P, Garrido A, Vera B, Méndez ER, Bañón D, Romero N, et al. Impacto emocional y social en pacientes oncológicos (Proyecto Psico-Covid). Experiencia de la vida real. En: SEOM, editor. SEOM 2020 virtual [Internet]. 19-23 de octubre de 2020; p. 60–2 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://congresoseom.org/2020/Libro_Comunicaciones_SEOM2020.pdf
43. Yélamos C, Berzal E, de Haro D, Fernández B, Navarro JM. Psychosocial impact of the COVID-19 outbreak and lockdown on Spanish oncological patients: a quantitative approach. *J Psychosoc Oncol* 2021;39:385–98. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1880523>
44. Costa-Requena G, Gil F. Posttraumatic stress disorder symptoms in cancer: psychometric analysis of the Spanish Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version. *Psychooncology* 2010;19:500–7. <https://doi.org/10.1002/pon.1601>
45. Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychol Health Med* 2016;21:562–70. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1125006>
46. Rubio L, Dumitrache CG, Di Giusto C, Buedo-Guirado C. Estrategias de afrontamiento eficaces para un envejecimiento con éxito. En: Padilla D, Aguilar JM, López R, editors. *Salud y Ciclo Vital*. Madrid: Dykinson, 2019; p. 243–52.
47. Yasin SA. Prevalence, Intensity and Manifestation of COVID-19 Fear: A Cross Sectional Analysis. *Psychiatr Danub* 2020;32:499-504. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.499>
48. Martínez-Lorca M, Martínez-Lorca A, Criado-Álvarez JJ, Armesilla MDC, Latorre JM. The fear of COVID-19 scale: Validation in Spanish university students. *Psychiatry Res* 2020;293:113350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>
49. Sánchez E, González AC, González C, Caballero F, Moyano JL, Castiñeiras J. Prevalence of anxiety and depression in prostate cancer patients and their spouses: an unaddressed reality. *Prostate Cancer* 2020;2020:4393175. <https://doi.org/10.1155/2020/4393175>
50. Gu Y, Zhu Y, Xu F, Xi J, Xu G. Factors associated with mental health outcomes among patients with COVID-19 treated in the Fangcang shelter hospital in China. *Asia Pac Psychiatry* 2020;13:e12443. <https://doi.org/10.1111/appy.12443>
51. Boinon D, Dauchy S, Charles C, Fasse L, Cano A, Balleyguier C, et al. Patient satisfaction with a rapid diagnosis of suspicious breast lesions: Association with distress and anxiety. *Breast J* 2018;24:154-60. <https://doi.org/10.1111/tbj.12856>
52. Fitzpatrick KM, Harris C, Drawve G. Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychol Trauma* 2020;12(S1):S17-21. <https://doi.org/10.1037/tra0000924>
53. Carolan CM, Smith A, Davies GR, Forbat L. Seeking, accepting and declining help for emotional distress in cancer: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018;27:e12720. <https://doi.org/10.1111/ecc.12720>
54. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Datos COVID-19 Comunidad de Madrid [Internet]. 10 de diciembre de 2020 [Acceso el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/201210_cam_covid19.pdf