



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Ansiedad, depresión, distrés y calidad  
de vida en pacientes con cáncer antes y  
durante la pandemia por COVID-19**

TESIS PRESENTADA POR

**Kenlys Yera Rodríguez**

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

**Maestra en Psicología**

COMITÉ TUTORAL

**Ferran Padrós Blázquez (Tutor)**

*Doctor en Psicología*



MORELIA, MICH., AGOSTO DE 2021

## ÍNDICE

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| RESUMEN.....                                                                                  | 1  |
| ABSTRACT .....                                                                                | 2  |
| INTRODUCCIÓN.....                                                                             | 3  |
| CAPÍTULO I. ESTUDIO DEL CÁNCER: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD..... | 7  |
| 1.1. Epidemiología del cáncer en el mundo y en México.....                                    | 8  |
| 1.2. Desarrollo del cáncer: fases, estadios y técnicas diagnósticas.....                      | 10 |
| CAPÍTULO II. CÁNCER Y COVID-19. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL ....                      | 13 |
| Pregunta de investigación .....                                                               | 26 |
| Objetivo general .....                                                                        | 26 |
| Objetivos Particulares.....                                                                   | 26 |
| Hipótesis.....                                                                                | 26 |
| CAPÍTULO III. MÉTODO .....                                                                    | 27 |
| 3.1. Participantes .....                                                                      | 27 |
| 3.2. Instrumentos.....                                                                        | 27 |
| 3.3. Procedimientos .....                                                                     | 29 |
| 3.4. Análisis de Datos.....                                                                   | 30 |
| 3.5. Aspectos de cuidado ético .....                                                          | 31 |
| RESULTADOS .....                                                                              | 32 |
| DISCUSIÓN.....                                                                                | 40 |
| Conclusiones.....                                                                             | 44 |
| Limitaciones .....                                                                            | 45 |
| Sugerencias .....                                                                             | 45 |
| REFERENCIAS .....                                                                             | 47 |
| ANEXOS .....                                                                                  | 58 |
| Anexo A. Consentimiento informado. ....                                                       | 58 |
| Anexo B. QLQ-C30 EORTC (versión 3).....                                                       | 60 |
| Anexo C. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). ....                             | 63 |
| Anexo D. Termómetro de distrés.....                                                           | 64 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Tabla 1. Datos sociodemográficos de los grupos de estudio.....</b>                                               | <b>32</b> |
| <b>Tabla 2. Datos de los tipos de cánceres por grupos de estudio. ....</b>                                          | <b>33</b> |
| <b>Tabla 3. Datos de tratamientos del cáncer por grupos de estudios.....</b>                                        | <b>34</b> |
| <b>Tabla 4. Diferencias entre las medias de distrés, ansiedad y depresión en los grupos de estudio.....</b>         | <b>35</b> |
| <b>Tabla 5. Diferencias entre las medias de calidad de vida y escalas funcionales en los grupos de estudio.....</b> | <b>36</b> |
| <b>Tabla 6. Diferencias por sexos en los niveles de ansiedad, depresión y distrés. ....</b>                         | <b>37</b> |
| <b>Tabla 7. Diferencias por sexos en los niveles de calidad de vida.....</b>                                        | <b>38</b> |
| <b>Tabla 8. Correlación entre edad y niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida. ....</b>            | <b>39</b> |

## **Agradecimientos**

*Estudiar en México se ha convertido en unas de las mejores experiencias de mi vida por todos los aprendizajes adquiridos y momentos vividos. Aunque ha sido difícil separarme de mi hija y del resto de mi familia, he tenido la satisfacción de conocer, aprender y compartir con maravillosas personas que contribuyeron al logro de esta gran meta. Por esta razón hoy quiero agradecer:*

*A mi hija Katherine Bárbara, el mejor regalo que la vida me ha dado, a ti dedico este logro porque tú has sido mi mayor motivación, mi motor impulsor en los días que no he tenido fuerzas para soportar la distancia que nos separa. Mi sacrificio vale, pero el tuyo vale más, tesoro mío. Gracias por esperar a que mamá cumpliera su meta, gracias por entenderme, gracias por tu dulzura.*

*A mi esposo, mis padres, mi hermana y mi hermano por el apoyo que me dieron desde el día en que tomé la decisión de estudiar en el extranjero. Gracias por apoyarme para el logro de este sueño, por sus cuidados y atenciones, por su amor y comprensión. Gracias por todos los sacrificios que hicieron por mí.*

*Al Dr. Ferrán Padrós Blázquez, mi director de tesis, la persona que desde el primer día me abrió las puertas, gracias por aceptarme y acompañarme en este camino. Eres de las personas con quien más aprendí en este trayecto, me guiaste, me orientaste, me ayudaste con tu gran profesionalismo, tus asesorías, tu carisma y tu paciencia. Gracias por tu apoyo infinito y por darme la oportunidad de compartir momentos de alegría y de tristeza.*

*A la Mtra. Victoria González Ramírez, mi co-directora de tesis, quien siempre estuvo en la disposición de apoyarme. Gracias por aportar tu conocimiento y por tus excelentes recomendaciones para el enriquecimiento de este trabajo.*

*A la Mtra. Mariana Sierra Murguía, sin la cual no hubiese sido posible la realización de esta tesis. Gracias por brindarme tu apoyo incondicional, por facilitarme el acceso al Centro Oncológico donde laboras para poder realizar esta investigación y por tu amabilidad ante tantas veces que tocaba a tu puerta.*

*A la Dra. María Elena Rivera Heredia y al Dr. Esteban Gudayol Ferré, revisores de esta tesis, gracias por sus valiosas recomendaciones, gracias por su comprensión y disposición.*

*Al Dr. Erwin Villuendas, coordinador de esta maestría, gracias por la aceptación en el posgrado, gracias por dirigirme y guiarme en este proceso de una manera excelente, gracias por el apoyo.*

*A la Dra. Mónica Fulgencio Juárez, gracias por tu disposición, comprensión y apoyo en el momento que más lo necesité, miles de gracias.*

*A los profesores de la Maestría en Psicología de la de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, quienes contribuyeron mediante la impartición de sus materias a mi formación como investigadora. Gracias por sus conocimientos, por la exigencia y por el apoyo brindado.*

*A mi compañera de estudios Alondra Infante Zavala, quien se convirtió en una gran amiga. Gracias por tu ayuda en todos los tiempos, por tus consejos y facilitarme la vida en este país, gracias por los momentos compartidos.*

*A mis amigos Pedro Villa, Yaxiri García y Susi Andrade, gracias por brindarme su apoyo en el camino recorrido, gracias por los momentos vividos.*

*A CONACYT por el apoyo con la beca para estudios de la maestría.*

*De Cuba para México, eternamente agradecida.*

## RESUMEN

La propagación del coronavirus SARS-CoV-2 se extendió por todo el mundo de manera rápida y sorprendente. A raíz de ello, se tomaron medidas y políticas de salud pública para evitar la infección y reducir el contagio por lo que actualmente millones de personas se encuentran en situación de aislamiento o cuarentena. Esta pandemia y el confinamiento tendrá un impacto en la salud mental, bienestar psicológico y calidad de vida de las personas principalmente en la de aquellas que presentan mayor vulnerabilidad al contagio y mayor riesgo de complicaciones como los enfermos de cáncer. Por tales razones, se realizó un estudio en pacientes con cáncer, con la finalidad de comparar niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida antes de la pandemia y en el transcurso de ella. Se conformó una muestra de 339 participantes, de los cuales 147 formaron parte del grupo precovid y 192 del grupo covid. Los principales instrumentos utilizados fueron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), el Termómetro de Distrés (TD) y el Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ-C30) de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC). Entre los principales hallazgos se obtuvo que el grupo covid presentó niveles más altos de ansiedad, depresión y distrés y peores indicadores de calidad de vida que el grupo precovid cuyas diferencias significativas mostraron un tamaño del efecto mediano de modo general.

**Palabras claves:** ansiedad, depresión, distrés, calidad de vida, COVID-19, cáncer.

## ABSTRACT

The SARS-CoV-2 virus spread was extended all over the world so fast. Following this were carried out in the public health attention some measures and politics to avoid the infection and reduce the contagion. Therefore a million of people are actually in isolation or in quarantine. This pandemic and confinement have had an impact in the mental and physic health and in the people life's quality mainly those who are more vulnerable to catch the virus and have a great risk of complications such as the cancer patients. That's why a study on patients with cancer was made to compare the levels of anxiety, depression, distress and life quality, before the pandemic and in the course of this. It was taken a sample of 339 patients, 147 of them were pre-covid group and 192 belonged to the covid group. We used instruments such as the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Distress Thermometer and the Quality of Life Test of the european organization questionnaire for the research and treatment of cancer. From this applied instruments we can deduced that the covid group presents higher levels of anxiety, depression, distress and worse quality life than the pre-covid group. These differences result being significant with a size of the medium effect in the general way.

**Keywords:** anxiety, depression, distress, quality of life, COVID-19, cancer.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos (Bustamante et al., 2012).

En el mundo actual la prevalencia del cáncer ha ido en aumento, de modo que se ha convertido en una de las principales causas de muerte. En la mayoría de los casos se trata de padecimientos crónico-degenerativos, por lo que sus incidencias y tasas de mortalidad tienden a incrementarse con la edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2018), esta enfermedad en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones y una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. En 2016, se identificaron cinco tipos de cánceres responsables del mayor número de fallecimientos: cáncer pulmonar (1,69 millones de muertes), cáncer hepático (788,000 defunciones), cáncer colorrectal (774,000 muertes), cáncer gástrico (754,000 defunciones) y de mama (571,000 muertes) (OMS, 2017).

En México, el cáncer constituye la tercera causa de muerte, entre los cánceres más recurrentes en la población mexicana se encuentran: los cánceres de mama con 20 mil casos anuales, de próstata y cervicouterino, entre ambos 14 mil casos al año, el colorrectal y el de pulmón con más de 8 mil casos en un año (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer [IARC], 2019).

También las personas con enfermedades como el cáncer pueden estar entre las que tienen mayor riesgo de padecimientos graves por una infección debido a que sus sistemas inmunitarios a menudo pueden estar debilitados por el cáncer y

los tratamientos (American Cancer Society [ACS], 2020). Estos pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones por COVID-19 como, por ejemplo, el desarrollo de síntomas graves/críticos, ingresos a la unidad de cuidados intensivos, utilización de ventilación mecánica invasiva, infección prolongada y muerte en comparación con la población general (Dai et al., 2020). En estas personas principalmente en los que tienen cáncer hematológico la concentración de células inmunitarias es anormal o baja, no crean suficientes anticuerpos contra los virus producto de la enfermedad o su tratamiento (Doroshov, 2020).

Según la Real Academia Española (RAE, 2021) y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, 2020), COVID-19 es el nombre de la enfermedad causada por un nuevo tipo de coronavirus "SARS-CoV-2". Los coronavirus son una familia de virus que pueden generar resfriados comunes, así como enfermedades respiratorias más graves, como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG, o SARS en inglés) y el Síndrome Respiratorio de Medio Oriente (SRME, o MERS en inglés).

Gosain et al. (2020), refiere que las sociedades oncológicas de todo el mundo como: la Sociedad de Oncología Médica (ESMO), la Sociedad Americana de Oncología clínica (AOS), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN), y otras más, han desarrollado pautas para aminorar los efectos negativos de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer y los hospitales en todo el mundo han publicado pautas internas para oncólogos, con el objetivo de disminuir la exposición del paciente al SARS-CoV-2.

Dado la naturaleza inmunodeprimida de la población de pacientes con cáncer los centros se han adherido a estrictas directrices de control de infecciones, en entornos para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Las consultas ambulatorias y visitas de quimioterapia, se han reducido y se ha considerado retrasar la terapia en pacientes con cáncer estable. Para el caso de los cánceres agresivos, se justifica tener una evaluación de riesgo-beneficio y proceder con el tratamiento del cáncer si los beneficios superan los riesgos (Gosain et al., 2020).

Asimismo, se ha tratado de reducir más la exposición de los pacientes con cáncer al SARS-CoV-2 pues los médicos pueden considerar la opción de un descanso de la quimioterapia y la posibilidad de realizar extracciones de laboratorio domiciliarias. También los pacientes o sus familiares para el caso de la adquisición de fármacos pueden utilizar el servicio de recogida o los hospitales podrían utilizar un servicio de entrega de medicamentos por mensajería. La cirugía como uno de los componentes vitales en el tratamiento del cáncer por parte de los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC) y el Colegio Americano de Cirujanos (ACS) se ha recomendado reprogramarla en caso de ser posible (Addeo y Friedlaende, 2020). Wang et al. (2020), plantean que el principal factor de riesgo para los pacientes con cáncer durante la pandemia COVID-19 es su incapacidad para recibir suficiente apoyo médico, pues se trata de que tengan el menor contacto posible con otros y con el entorno que le rodea.

Esta realidad, la situación de la pandemia, ha traído consigo una serie de restricciones en la vida de todas las personas, particularmente en quienes con una enfermedad como el cáncer han tenido que redoblar medidas de cuidado por el hecho de que son propensas a complicaciones más graves si se contagian con el SARS-CoV-2. Como plantea el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2020), la contingencia que se está viviendo puede permear en los estilos de vida de manera permanente, pues con las repercusiones económicas en el ingreso de los hogares; las afectaciones en el acceso, disponibilidad y asequibilidad de los alimentos; el sobreconsumo de alimentos por la ansiedad, depresión o aburrimiento; el confinamiento en el hogar y medidas de distanciamiento social, se afecta el tiempo libre, el tiempo destinado al cuidado personal y de familiares y se afecta el tiempo destinado a la satisfacción de necesidades de cualquier naturaleza que implique salir del hogar (Brooks et al., 2020).

Algunas emociones como tristeza, incertidumbre, desesperación, nostalgia, miedo, enojo, frustración, así como la percepción de abandono de la vida anterior a la llegada de la pandemia, la sensación de que los proyectos son inalcanzables, por

lo menos a corto o mediano plazo son las que experimentan la mayoría de las personas que han tenido la obligación de modificar su estilo de vida. Si estas emociones no son correctamente reguladas, pueden provocar ansiedad, depresión y otro tipo de malestares que si se mantienen en el tiempo pueden alterar el bienestar y la salud mental (Hernández, 2020).

A partir de los referentes anteriores se puede evidenciar que el cáncer es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que pone en mayor riesgo de complicaciones a las personas que lo padecen si se contagian con el SARS-CoV-2. La vida para todos, pero de manera particular para estos pacientes se ha tornado más compleja por todas las restricciones y cambios en sus estilos de vida a raíz del confinamiento, lo que probablemente afecta no solo su salud física sino su salud mental. El presente estudio analiza referentes acerca de estos pacientes enfermos de cáncer, la pandemia y las afectaciones desde el punto de vista psicológico y en la calidad de vida, a partir de la comparación de los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida en un grupo de pacientes evaluado antes de la COVID-19 y otro en tiempos de la COVID-19.

## **CAPÍTULO I. ESTUDIO DEL CÁNCER: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD**

El cáncer es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que en la actualidad se diagnostica de manera más frecuente en la población mundial. Existen más de cien tipologías de cánceres, cada uno con sus síntomas, pruebas de diagnóstico, intervenciones y cuidados específicos. Aunque comparada con algunas décadas atrás ha habido una evolución notable sobre el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad se considera que faltan cuestiones por descubrir al respecto (Segerstrom y Miller, 2004).

El Instituto Nacional del Cáncer (INC, 2015), define el cáncer como el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas, donde algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos y órganos del rededor. Bustamante et al. (2012), refiere que una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales y lo define como un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo.

Las células humanas en su proceso natural crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita, cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren y células nuevas las remplazan. Sin embargo, en el cáncer este proceso ordenado se descontrola y a medida que las células se hacen más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias, llegándose a formar masas que se llaman tumores (AECC, 2018).

Al crecer los tumores que pueden ser benignos o malignos, sucede en el caso de estos últimos que algunas de sus células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes en el organismo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original. Al contrario de los tumores malignos, los tumores benignos no se extienden a los tejidos cercanos, no

los invaden y al extirparse, generalmente no vuelven a crecer, mientras que los tumores malignos pueden volver a crecer (AECC, 2018).

Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos: los físicos, químicos y biológicos. Los carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; los carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida), y los carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2019).

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad (OMS, 2019).

La OMS (2019), señala entre los principales factores de riesgo de cáncer en el mundo y de otras enfermedades no transmisibles: el consumo de tabaco y de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física. Debido a los cambios en el crecimiento poblacional y todos los factores anteriores se estima que para el 2030 los casos nuevos sobrepasarán los 20 millones anuales.

### **1.1.Epidemiología del cáncer en el mundo y en México**

En la epidemiología del cáncer los datos que más se utilizan son la prevalencia y la incidencia. La prevalencia incluye todas las personas que están vivas tanto las que reciben tratamiento como las que ya se han curado. La incidencia es la cantidad de personas que reciben el diagnóstico en un período de tiempo a lo que se le conoce como nuevos casos. La prevalencia se relaciona con la mortalidad, que es

el número de personas que fallece a causa de la enfermedad (Global Cancer Observatory [GLOBOCAN], 2018).

Según la AECC (2018), el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

La OMS (2018), plantea que los cánceres de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón son los más recurrentes en la población en general en ambos sexos. Para los hombres, los cánceres más mortales son de próstata, de pulmón, colorrectal, de hígado y gástrico mientras que para las mujeres son el de seno, cervicouterino, de hígado, colorrectal y de ovario.

Desde la década de 1960 en México el cáncer se ubicó entre las diez principales causas de muerte, siendo en 1960 y 1970 el sexto motivo de mortalidad ascendiendo diez años después al quinto puesto. Para 1990 ocupó la segunda posición hasta 2004, periodo donde descendió un lugar mismo que ocupa hasta 2014. En la actualidad en México, el cáncer se ha mantenido en tercer puesto como una de las principales causas de muerte (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

Las principales neoplasias causantes de mortalidad para 2014 en población femenina fueron cáncer de mama (15.3%), cérvico-uterino (10.4%), hígado y vías biliares (8.0%) y estómago (7.0%), en hombres, próstata (16.7%), traque, bronquios y pulmón (11.3%), estómago (8.1%) e hígado y vías biliares (7.9%) fueron los que mayormente provocaron fallecimientos (Reynoso-Noverón y Torres-Domínguez, 2020).

En México, tumores de próstata, tráquea bronquios y pulmón y estómago son los que más afectan al género masculino representando 36.1% de los fallecimientos,

mama y cérvico-uterino constituyen el 25.7% de las defunciones en lo que se refiere a población femenina. Se reportan los cánceres de mama con 20 mil casos como el más recurrente, es en el 2016 donde se registra la tasa más alta de tumores de mama en mujeres, con 16 defunciones por cada 100,000 mujeres a partir de 20 años de edad (INEGI, 2018).

## **1.2. Desarrollo del cáncer: fases, estadios y técnicas diagnósticas**

El proceso de aparición del cáncer se denomina carcinogénesis. La carcinogénesis dura años y pasa por diferentes fases. La SEOM (2019), describe detalladamente este proceso de desarrollo del cáncer haciendo referencia a las fases que a continuación se mencionan.

La primera fase comienza cuando estos agentes carcinógenos actúan sobre la célula alterando su material genético. Una primera mutación no es suficiente para que se genere un cáncer, pero es el inicio del proceso. La condición indispensable para que se desarrolle un cáncer es que la célula alterada sea capaz de dividirse. Como resultado, las células dañadas comienzan a multiplicarse a una velocidad ligeramente superior a la normal, transmitiendo a sus descendientes la mutación. A esto se le llama fase de iniciación tumoral y las células involucradas en esta fase se llaman células iniciadas. La alteración producida es irreversible, pero insuficiente para desarrollar el cáncer.

La siguiente fase tiene lugar cuando sobre las células iniciadas actúan de nuevo y de forma repetida los agentes carcinógenos, dando lugar a la multiplicación celular de manera más rápida y aumentando la probabilidad de que se produzcan nuevas mutaciones. A esto se le llama fase de promoción y las células involucradas en esta fase se denominan células promocionadas.

En la última fase, las células iniciadas y promocionadas sufren nuevas mutaciones haciéndose cada vez más anómalas en su crecimiento y comportamiento hasta adquirir la capacidad de invasión, tanto a nivel local

infiltrando los tejidos de alrededor, como a distancia, originando las metástasis, lo que es conocido como fase de progresión.

Desde el punto de vista médico se han establecido diferentes etapas en el proceso del cáncer: etapas de diagnóstico, de tratamiento, libre de enfermedad, de recidiva y de enfermedad avanzada donde ocurre el duelo anticipado. En la etapa de diagnóstico se realiza lo que se denomina estadificación que es el medio por el que el médico describe el tamaño del tumor y su grado de diseminación. Dicha etapa es importante porque determina el tipo de tratamiento que será necesario utilizar (Barrera, 2017).

Este mismo autor plantea que se realizan pruebas de imágenes para estudiar la localización y distribución de la enfermedad, entre ellas: la tomografía computarizada (TAC) o la resonancia magnética (RM) y otros procedimientos como la cirugía. Cada tipo de tumor requiere una serie de exploraciones concretas, bien definidas en las guías oncológicas. La determinación del estadio puede ser “clínica” ante exámenes diagnósticos o “patológica” durante la intervención.

El *American Joint Committee on Cancer* (AJCC, 2018), refiere que uno de los sistemas de estadificación es el TNM (Tumor, Node, Metastases) que se emplea para diferentes tipos de cánceres, aunque otros requieren sistemas más específicos. A la T se le da un valor de 1 a 4, de menor a mayor tamaño; a la N se le califica de 0 a 3, donde 0 quiere decir que no hay invasión ganglionar y 3 que hay muchos ganglios afectados; finalmente la M se da 0 cuando no hay metástasis y como 1 cuando ha diseminado. Estos datos TNM sirven para agrupar a los pacientes en cuatro clases o estadios.

Según la clasificación del INC (2015), la mayoría de los cánceres tienen cuatro estadios: estadios I al IV, aunque algunos tienen estadio 0, que es cuando se describe el cáncer en su lugar de origen, es la etapa más larga de la enfermedad y se denomina fase de inducción; esta fase puede durar hasta 30 años. El estadio I es un cáncer o tumor pequeño que no ha crecido profundamente en los tejidos adyacentes. La segunda etapa se denomina fase “in situ”, se caracteriza por la

existencia de la lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido donde se ha originado. En los adultos suele durar entre 5 y 10 años dependiendo del tipo de cáncer.

Siguiendo con la clasificación anterior, en los estadios II y III, la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invade tejidos u órganos adyacentes, es la fase de invasión local. En la edad adulta dura entre 1 y 5 años. La aparición de síntomas de la enfermedad depende del tipo de cáncer, de su crecimiento y de su localización. El estadio IV significa que el cáncer se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo, es la etapa de invasión a distancia. La sintomatología que presenta el paciente suele ser compleja. Depende del tipo de tumor, de la localización y extensión de las metástasis.

La duración de este proceso en adultos depende del tipo de cáncer y oscila entre meses y décadas. En el caso de los niños, todo este proceso se produce con mayor rapidez, pudiendo incluso durar sólo unos meses. Esto es debido a que las células que constituyen los tumores en la infancia son células más inmaduras, que se dividen y multiplican con mayor rapidez que las que constituyen los cánceres del adulto, por lo que el desarrollo y evolución de los tumores en niños se producen en un periodo de tiempo menor (OMS, 2019).

Otro de los factores que ayudan al diagnóstico, a la determinación de cuán avanzada está la enfermedad e incluso a conocer la efectividad de un tratamiento, son los marcadores biológicos. En el estudio del cáncer desde el punto de vista médico, los biomarcadores: moléculas biológicas que se encuentran en la sangre, otros líquidos o tejidos del cuerpo, son un signo de un proceso normal o anormal, o de una afección o enfermedad y son muy útiles dado a que permiten monitorizar la respuesta al tratamiento físico, monitorizar la propia enfermedad y predecir, en muchos casos, el pronóstico del proceso tumoral y su evolución (Martín et al., 2003).

## **CAPÍTULO II. CÁNCER Y COVID-19. IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL**

Los pacientes con cáncer han merecido una particular atención en cuanto a las consecuencias psicológicas que se desencadenan en el proceso de afrontamiento a la enfermedad y su tratamiento. Según estudios (Maté et al., 2004; Mellin, 2019; Tyndall et al., 2019), entre las alteraciones y trastornos frecuentes en el paciente con cáncer se describen algunas como: el estrés, la ansiedad y la depresión.

La ansiedad se define como un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático (Sierra et al., 2003).

La ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria si solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Es desadaptativa cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo y puede tener un origen biológico (Maté et al., 2004).

Los síntomas de ansiedad pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales y pueden aparecer juntos formando síndromes o trastornos de ansiedad que se han de diagnosticar y tratar de forma adecuada. Uno de los trastornos de ansiedad crónicos como el Trastorno de Ansiedad Generalizada o el Trastorno de Pánico pueden verse intensificados ante el diagnóstico neoplásico o durante el tratamiento (Reyes-Ticas, 2017).

Se han realizado investigaciones acerca de la tendencia según el sexo a desarrollar trastornos de ansiedad, por ejemplo, Posada-Villa et al. (2006), hicieron un estudio con 4544 adultos entre los 18 y los 65 años. Su principal resultado estuvo en que la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad era mayor en mujeres que en hombres, revelando que tres de cada diez mujeres han presentado trastorno de ansiedad alguna vez en la vida mientras que a dos de cada diez hombres le sucede esto. Asimismo, concluyen que este tipo de trastornos se presenta cada vez más en edades tempranas.

Arena y Puigcerver (2009), quienes en una investigación sobre diferencias entre hombres y mujeres en los distintos trastornos de ansiedad según el DSM IV, concluyeron que las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) presentan entre dos o tres veces más probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad que los hombres. Asimismo, señalan que el 17,5% de mujeres frente a un 9.5% de hombres han padecido trastornos de ansiedad a lo largo de su vida.

Por otro lado, se hace referencia a la depresión como uno de los trastornos más frecuentes. El *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2021), refiere que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión, esta enfermedad puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (OMS, 2017).

Algunos estudios han establecido la relación que existe entre depresión con el sexo y la edad, pues se considera que las mujeres se deprimen más que los hombres (Gaviria, 2009). Montesó-Curtoa y Aguilar-Martín (2014), hicieron una investigación con 157 mujeres y 160 hombres para verificar esta hipótesis y obtuvieron que el 53.5% de las mujeres presentó depresión mientras que solo el 40 % de los hombres tuvo este trastorno. Los resultados también arrojaron que en las mujeres a partir de los 65 años la tendencia a presentar depresión comienza a disminuir mientras que en los hombres comienza a aumentar a esa edad.

En otro estudio De los Santos y Carmona (2018), obtuvieron que existe una prevalencia de depresión en personas mayores de 74.3%. Según estos autores, la edad es una variable que incide de forma directa en la ocurrencia de un trastorno de depresión y lo asocian con las diferentes pérdidas que van ocurriendo en la medida que se envejece, tales como pérdidas físicas, económicas, cognitivas, emocionales, entre otras.

Otros autores consideran que la aparición de síntomas y trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión está estrechamente vinculado al estrés (Gallego et al., 2018). Con ello, hacían referencia a un estrés negativo que dificulta la disposición para enfrentarse a las demandas del medio, que afecta la salud y el bienestar en todos los sentidos.

Según Brannon y Feist (2001), las personas que padecen de estrés crónico o sea que experimentan estrés intenso y prolongado son más susceptibles de padecer ansiedad y depresión. Normalmente el organismo reacciona a la presión física, mental o emocional liberando hormonas de estrés que aumentan la presión arterial, aceleran el ritmo cardíaco y elevan las concentraciones de glucosa en la sangre, lo que ayuda a las personas a actuar con mayor fuerza y rapidez para escapar de una amenaza percibida. Sin embargo, cuando el nivel de estrés es elevado y constante la situación estresante no se puede manejar y enfrentar adecuadamente.

El distrés es conceptualizado por la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCW, 2020), como una experiencia desagradable multifactorial de naturaleza

psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social, espiritual o física que puede interferir con la capacidad de la persona para hacer frente de manera efectiva al cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. Se describe como un estado de angustia que se extiende a lo largo de un continuo, que va desde sentimientos normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temores hasta problemas que pueden resultar incapacitantes como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis existencial y espiritual.

Se plantea el estudio del estrés como factor que complica la evolución del cáncer y como consecuencia del mismo. La incertidumbre, los costos de diagnóstico y tratamiento, las barreras psicosociales, los sistemas de salud y los factores individuales imponen cargas estresantes sobre la enfermedad, empobreciendo el panorama y pronóstico de aquellos afectados. Las consecuencias de no controlar o modular el estrés son la disminución de los índices de calidad de vida: reduce el optimismo, disminuye la adherencia a tratamientos antineoplásicos y aumenta los índices hospitalización, depresión y ansiedad (Sierra et al., 2003).

Rivera-Ledezma et al. (2013) y Segura y Pérez (2016), realizaron estudios donde refieren que las mujeres tienden a estresarse con mayor frecuencia que los hombres. Esto lo asocian a los roles, estereotipos asociados y a las expectativas de comportamientos en hombres y mujeres.

Hernández-Zamora y Romero-Pedraza (2010), realizaron un estudio comparativo entre adultos mayores y estudiantes y concluyeron que los jóvenes presentan mayor estrés que los ancianos. Entre los principales síntomas se detectan: cansancio, falta de energía, falta de satisfacción con lo que se hace, intranquilidad, problemas para la toma de decisiones, vida apresurada, falta de seguridad y protección, miedo al futuro y a las responsabilidades, falta de tiempo para sí mismo y plazos de tiempo.

Se debe mencionar que la presencia de estas alteraciones psicológicas afecta la calidad de vida de las personas. Se define la calidad de vida como la percepción que tiene el individuo de su inserción en la vida en el contexto de la cultura y los

sistemas de salud, valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Se define objetivamente, atendiendo a la posición del individuo y sus relaciones establecidas en la sociedad y subjetivamente, teniendo en cuenta el conocimiento de las condiciones físicas, emocionales, sociales y espirituales resumido como un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 1996).

Perafán (2007), en su investigación pudo observar que los hombres y mujeres mayores perciben la calidad de vida relacionada a la salud de una forma muy parecida, aunque se detectan algunas diferencias entre los dos sexos no son significativas. Diferente a estos resultados, Soria-Romero y Montoya-Arce (2017) en otro estudio respecto a calidad de vida por sexo concluyen que el 44.45% del sexo masculino presenta calidad de vida alta y muy alta mientras que el sexo femenino alcanza un 39.88% en niveles altos de calidad de vida.

Gallardo-Peralta et al. (2018), en una investigación con un total de 777 adultos mayores evidenciaron que a mayor edad existen menor calidad de vida, esto asociado a los cambios en todas las dimensiones que ocurren durante el envejecimiento. También sus resultados arrojaron que las mujeres presentan peor calidad de vida que los hombres entre otras razones debido a que estas padecen más enfermedades tanto físicas como mentales, toman más medicamentos, presentan mayor deterioro cognitivo, tienen menor participación en actividades económicas que los hombres, aunque mayor participación en actividades sociales y familiares. Además, señala que las mujeres presentan mayores dificultades en la satisfacción de necesidades, sin embargo, éstas tienen una percepción más alta de su calidad de vida que los hombres.

Estos problemas en la salud y la vida de las personas, afectan tanto a mujeres y hombres, jóvenes y adultos, personas sanas y enfermas en cualquier contexto bajo la presencia de un estresor, se conoce que todos estamos propensos a enfermar, aunque unos son más vulnerables que otros. La situación actual con la

COVID-19 es un gran agente estresor por todas las cuestiones que ha traído consigo, algunas de las cuales se mencionarán posteriormente.

La pandemia de la COVID-19 causada por el SARS-CoV-2 es una emergencia de salud pública de preocupación internacional que hoy representa un gran desafío a la salud mental. Estudios acerca de las consecuencias de epidemias anteriores han revelado un número considerable de efectos físicos, psicológicos y sociales durante los brotes que, asimismo lo evidencian investigaciones recientes enfocadas en el gran impacto que ha tenido esta pandemia en la población general (Lozano-Vargas, 2020).

En el contexto de una pandemia se señalan consecuencias que afectan indudablemente al ser humano, una de ellas la inactividad física que afecta la salud de manera global. No ha sido difícil observar los efectos físicos en la vida de las personas pues estos son notables desde el momento en el que se prohíbe hacer deporte al aire libre o acudir a algún sitio para practicarlo y desde el momento en que han quedado restringidas las actividades cotidianas y los movimientos de personas para lo estrictamente necesario como ir a los mercados o trabajos en algunos casos (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012).

De este modo, al existir una limitación en la realización de actividad física se puede estar incidiendo en la calidad de vida, dado a que estos dos componentes se encuentran relacionados, pues varios estudios coinciden en que existen asociaciones positivas entre la actividad física y la calidad de vida relacionada a la salud (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012; Leiva et al., 2017).

Una investigación en un entorno urbano con bajo índice de actividad física evidenció que los sujetos que más actividad física realizaron y los que tenían más aptitud física, fueron los sujetos que reportaron mayor calidad de vida. Además, hace referencia a que la reincorporación de actividad física a nuestra vida cotidiana promueve la mejora de la calidad de vida basándose en los resultados de estudios longitudinales (Farinola, 2014).

La relación entre actividad física y calidad de vida se ha investigado principalmente en poblaciones clínicas. En el caso de los beneficios para la calidad de vida que se asocian con el ejercicio físico en sujetos con cáncer, estos incluyen una disminución de la sintomatología, un aumento de la capacidad funcional y un mejoramiento del bienestar físico y psicológico (Hacker, 2009).

Otra consecuencia del encierro que implica la pandemia, es la falta de exposición a los rayos de sol. Esto podría tener consecuencias para la salud dado que los rayos solares son importantes pues los necesitamos para producir vitamina D. La piel produce este micronutriente gracias a los rayos ultravioletas del sol y aunque también podemos obtenerla a través de la alimentación la mayor parte de esta vitamina se adquiere de la exposición a los rayos solares (INC, 2020).

La vitamina D tiene un papel importante en el mantenimiento de la salud ósea, la absorción del calcio, en el sistema inmune, en los músculos, en los dientes y otros. Deficiencias en vitamina D están asociadas a mayor riesgo de varias enfermedades: infecciones del aparato respiratorio superior, enfermedades autoinmunes o alergias, problemas cardiovasculares e incluso mayor mortalidad (Beltrá y Ropera, 2020).

La *World Cancer Research Foundation* es la institución internacional de referencia en materia de cáncer y en su informe de 2018 indica que una ingesta adecuada de vitamina D podría estar relacionada con una menor incidencia de diferentes cánceres entre ellos, el colorrectal. Se ha reportado su función reguladora para el sistema inmunológico incluyendo la modulación de la inflamación y prevención de diversos cánceres (Calmarza et al., 2018).

La falta de luz solar no solo puede llevar a un déficit de vitamina D sino también a sufrir efectos psicológicos como el trastorno afectivo estacional, también conocido como depresión invernal, fatiga, falta de concentración, cansancio, falta de energía,

cambio de humor, irritabilidad y trastornos del sueño pues la cantidad y la calidad de luz que captan nuestros ojos es importante para el adecuado funcionamiento del ritmo circadiano, además que la luz solar incide en la regulación de la Melatonina, la hormona del sueño (INC, 2020).

Las medidas tomadas para evitar la propagación del virus como el confinamiento en los hogares es una situación difícil que también ha causado consecuencias negativas psicológicas. Un estudio realizado por psicólogos del *King's College* de Londres, asegura que la cuarentena como la provocada por el coronavirus suele ser una experiencia desagradable debido a la separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la epidemia y el aburrimiento que pueden conllevar a efectos psicológicos negativos como la depresión, ansiedad, estrés, bajo estado de ánimo o ira, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo (Brooks et al., 2020).

Por ejemplo, Zelikowsky (2018), concluye que el aislamiento social crónico tiene efectos debilitantes sobre la salud mental, a menudo se asocia con depresión y trastorno de estrés postraumático en humanos. Estudios sobre brotes infecciosos y pandemias anteriores evidencian los efectos nocivos para la salud mental del aislamiento social, por ejemplo, Razai et al. (2020), en una investigación sobre el tema plantea que después de la pandemia de influenza A (H1N1) de 2009 en los EE. UU., las puntuaciones de estrés postraumático fueron cuatro veces más altas en los niños en cuarentena que en los que no estaban en cuarentena, y el 28% de los padres en cuarentena informaron síntomas de trastornos de salud mental relacionados con el trauma en comparación con el 6% de los padres que no estaban en cuarentena.

Algunos estudios realizados por Wang et al. (2020) y Qiu et al. (2020), en población general en China concluyeron que las principales alteraciones psicológicas que se presentaron debidas al aislamiento por la cuarentena fueron la depresión, la ansiedad y el distrés, evidenciándose en el primer estudio que el

53.8% de los evaluados calificó el impacto psicológico del virus como moderado o severo; el 16.5% presentó síntomas depresivos moderados a severos; el 28,8% síntomas de ansiedad moderada a severa; y el 8.1% niveles de estrés moderados a severos. Asimismo, en el otro estudio se detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, predominantemente en los grupos de edades de 18-30 años y en los mayores de 60 años.

Ojeda-Casares y de Cosío (2020), como resultado de investigaciones en el 2003 con el SARS-CoV y en 2020 con el COVID-19 reportan problemas de salud mental, que incluyen depresión persistente, ansiedad, ataques de pánico, excitación psicomotora, síntomas psicóticos, delirium e incluso tendencias suicidas. Según los resultados del estudio las personas más propensas a presentar mayores niveles de estrés son los adultos mayores, los niños y adolescentes, los trabajadores de la salud que enfrentan la crisis, las personas con enfermedades mentales y crónicas. Además, señalan que los factores de estrés específicos del brote de COVID-19 son: el riesgo de estar infectado e infectar a otros; los síntomas comunes de otros problemas de salud que pueden confundirse con el COVID-19; el riesgo del deterioro de la salud física y mental de personas vulnerables, entre otros.

En México un grupo de investigadores evaluaron síntomas psicológicos en estudiantes universitarios durante siete semanas de confinamiento por la pandemia de COVID-19. Se encontraron síntomas moderados a severos de estrés (31.92%), psicosomáticos (5.9%), problemas para dormir (36.3%), disfunción social en la actividad diaria (9.5%) y depresivos (4.9%) (González-Jaime et al., 2020).

Otro grupo muy afectado es el personal de salud, en quienes se ha visto la aparición de trastornos mentales posterior a un incremento de casos de SARS-CoV-2, en especial Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) hasta en un 20%, trastornos depresivos o desarrollo de reacciones de ajuste con niveles aumentados de ansiedad. Esto se debe principalmente al aislamiento social, separación de seres queridos impuesta en algunas ocasiones por el compromiso social; la exposición

directa a la enfermedad, miedo a contraer la infección mientras prestan el servicio, dilemas éticos en relación a la asignación de recursos escasos a pacientes igualmente necesitados y brindar atención para los pacientes gravemente enfermos con recursos limitados o inadecuados (Ramírez-Ortiz, 2020).

Según Lai et al. (2020), en un estudio con trabajadores de la salud en 34 hospitales de atención para pacientes con COVID-19 en China, se encontró que entre el personal médico y de enfermería que trabaja en Wuhan, el 71.5% presentó distrés, el 50.4% tuvo síntomas de depresión, el 44.6% presentó síntomas de ansiedad y el 34% padeció de insomnio, después de la epidemia. En esa línea de investigación, según estudios de pandemias anteriores, en Hong Kong se reportó que el 89% de los trabajadores de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo informaron síntomas psicológicos (Chua et al., 2004). Otro estudio realizado en la misma región halló que en los profesionales de salud había tasas más altas de TEPT en comparación con los sobrevivientes del SARS-CoV (40.7% vs 19%) (Mak et al., 2009).

En Brasil, otro de los países con más casos confirmados con COVID-19, hicieron una recopilación de 33 estudios de los que concluyen que específicamente las enfermeras han desarrollado varios problemas de salud mental, como ansiedad, estrés e incluso depresión, todo ello debido a la frustración, el agotamiento físico y mental, los sentimientos de impotencia y la inseguridad profesional (Martín y Pacheco, 2020). También en España, Dosil et al. (2020), llegaron a similares conclusiones, agregando los problemas de sueño.

Como se puede evidenciar, el rol que desempeña el personal sanitario y la manera en que estos vivencian la crisis ocasionada por la COVID-19 ha propiciado que presenten problemas de salud mental como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor (Dantas et al., 2020). Estos problemas emocionales no solo pueden afectar la calidad de atención que brindan, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, lo

que podría dificultar la lucha contra la infección de la COVID-19, sino que también pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida (Álvarez et al., 2020).

El impacto de la crisis de la COVID-19 se ha notado también en las personas que padecen enfermedades crónicas, aunque no hayan pasado la infección, existe un temor al contagio por las complicaciones que pueden ocurrir considerando la muerte (Teixeira et al., 2020). Sanyaolu et al. (2020), establecen que se tiene más riesgo de contraer una forma grave de la COVID-19 si se padece de afecciones como: tensión arterial alta, diabetes, cardiopatías, accidente cerebrovascular, afecciones respiratorias crónicas y cánceres.

El primer estudio que explicó la relación entre la COVID-19 y los pacientes con cáncer se realizó en China en enero de 2020 y demostró que estos pacientes podían tener un peor pronóstico y mayor riesgo de muerte por COVID-19, ya que, si bien los eventos graves causados por la COVID-19 en pacientes sin cáncer fueron del 8%, en pacientes con cáncer fue del 39% (Liang et al., 2020). Además de este estudio, un análisis comparativo entre pacientes con cáncer y sin cáncer de Desai et al. (2021), mostró que los pacientes con cáncer son más susceptibles a la infección que los individuos sin cáncer debido a su estado inmunosuprimido causado por tratamientos contra el cáncer, como quimioterapia o cirugía.

Los impactos de la cuarentena pueden percibirse en los pacientes con cáncer por síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos de ansiedad y otros efectos negativos desencadenados por aburrimiento, estrés, miedo, duración de la cuarentena e información inadecuada sobre la enfermedad (Dellazzana-Zanon et al., 2020). De ellos, se hace especial énfasis en el estrés, dado que la activación crónica del eje neuroendocrino por estrés puede generar el efecto inmunosupresor por liberación de glucocorticoides. Cuando se trata de pacientes con cáncer, esta inmunosupresión se vuelve aún más problemática, ya que el cuerpo está debilitado debido a la enfermedad y el tratamiento, por lo que el estrés es aún más dañino para la salud, generando otras consecuencias como por

ejemplo cambio en los patrones de sueño, que comprometen no solo la salud física y psicológica de la persona sino su calidad de vida.

En una investigación sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer concluyen que tanto la dimensión biológica y psicológica se encuentran afectadas. Entre varios aspectos, refieren que es debido a la mayor susceptibilidad a ser infectado por SARS-CoV-2 como resultado de la inmunosupresión; al posible retraso en el tratamiento y diagnóstico; a los cambios en la dieta pues con la actual medida de aislamiento, se reduce la compra de alimentos frescos y saludables, mientras que se han aplicado prácticas alimentarias poco saludables (Marques et al., 2020).

Estos autores también refieren que hay una afectación en la calidad de vida por la falta de una rutina de ejercicios, se conoce que su práctica por parte de pacientes oncológicos promueve beneficios como la reducción del estado inflamatorio crónico y la fatiga, la prevención y tratamiento de la caquexia (pérdida de peso corporal, masa muscular y debilidad), además de una mayor adherencia al tratamiento convencional. Sin embargo, con la pandemia las opciones de actividad física se restringieron al entorno del hogar, a menudo sin un seguimiento adecuado, lo que ha favorecido un estilo de vida sedentario (Marques et al., 2020).

En otro estudio donde se analiza el impacto de la pandemia desde el punto de vista social, se plantea una dicotomía, explica que el aislamiento social no se puede aplicar en su totalidad a los pacientes con cáncer, ya que necesitan continuar el tratamiento, pero simultáneamente, existe la necesidad de aislamiento social de amigos y familiares. El tratamiento del cáncer requiere la interacción con diferentes áreas de la salud, lo que implica el contacto con diferentes profesionales en hospitales, clínicas y laboratorios, esto significa que el aislamiento social, si se aplica en su totalidad a pacientes con cáncer, resultará en abandonos del tratamiento. Así, la recomendación de quedarse en casa no puede ser seguida estrictamente por los pacientes con cáncer, lo que aumenta su riesgo de

contaminación y con ello, la angustia, temor o miedo a contagiarse con el virus y de ahí toda la cadena de efectos (Kutikov et al., 2020).

A modo de resumen, se puede señalar que todas las personas que están en aislamiento social, con movilidad restringida y pobre contacto con los demás son sensibles a presentar alteraciones psicológicas que pueden derivar en complicaciones psiquiátricas que van desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental. Entre ellos destacan: el insomnio, la ansiedad, la depresión y el trastorno por estrés postraumático, los cuales se exacerban en el contexto de una pandemia. Asimismo, se plantea que a pesar de la vulnerabilidad de todos los grupos de la sociedad a desarrollar uno u otro, son más propensas a desarrollarlos las personas con cáncer, quienes debido a su padecimiento y al tratamiento tienen un sistema inmune deprimido. Por ello, se infiere que aumenta el temor de contagiarse con el coronavirus, pues se conoce que de ser contagiados con el SARS-CoV-2, el riesgo de complicaciones graves aumenta y las posibilidades de supervivencia disminuyen.

Al integrar todos estos aspectos físicos, psíquicos y sociales se observa una afectación importante en la calidad de vida de estos pacientes que también influye de manera proporcional en todas las áreas de la vida de estas personas. Se han encontrado investigaciones que, aunque estudian los efectos de la pandemia en este tipo de pacientes con y sin COVID-19, no han establecido una diferenciación entre un antes y un después, sino que lo han hecho, tomando como referencia estudios de otras epidemias como las SARS-CoV, la Influenza H1N1 y otras.

Por tales motivos, surge la necesidad de estudiar la ansiedad, depresión, el estrés y la calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer tratados antes del comienzo de la pandemia y otro grupo de pacientes con cáncer tratados en tiempos de pandemia. Para ello, es importante analizar las diferencias entre las variables mencionadas para evidenciar el impacto psicológico de la pandemia en un grupo que se encuentra bajo condiciones como el aislamiento social, la inactividad física,

el encierro y otro que no lo estuvo, señaladas estas condiciones como algunos de los factores que pueden incidir en la salud mental y la calidad de vida de pacientes con cáncer en la actual contingencia. Por tanto, el estudio también permitirá identificar los factores de riesgo para el deterioro de la salud mental en tiempos de pandemia. Además, los resultados de la investigación serán válidos para proponer intervenciones o estrategias con la finalidad de reducir niveles ansiedad, depresión, distrés y mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer ante una situación epidemiológica mundial.

### **Pregunta de investigación**

¿Existen diferencias entre los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida de pacientes con cáncer antes y durante la pandemia por COVID-19?

### **Objetivo general**

Determinar las diferencias entre los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida de pacientes con cáncer antes (grupo precovid) y durante (grupo covid) la pandemia por COVID-19.

### **Objetivos Particulares**

Estudiar las posibles diferencias entre sexos en los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida.

Estudiar la relación entre la edad y los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida.

### **Hipótesis**

H1. El grupo covid presenta mayores niveles de ansiedad, depresión, distrés y menor índice de calidad de vida que el grupo precovid.

No se plantean otras hipótesis, al no encontrarse estudios sobre las diferencias en el sexo y relación de la edad respecto a los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida en pacientes con cáncer.

## CAPÍTULO III. MÉTODO

**Tipo de Metodología.** Se utilizó una metodología cuantitativa.

**Tipo de Diseño.** No experimental.

**Tipo de estudio.** Estudio transversal de tipo comparativo.

**Tipo de muestreo.** No probabilístico y por conveniencia.

### 3.1. Participantes

Se trabajó con una muestra de 339 participantes dividida en dos grupos. Un grupo evaluado antes del inicio de la pandemia, conformado por 147 personas (grupo precovid) y un grupo evaluado durante la pandemia, conformado por 192 personas (grupo covid). Se eligió como fecha de corte el 24 de marzo de 2020 para marcar un antes y un después en la conformación de los grupos pues esta fecha indica el momento en que el gobierno de México comenzó a tomar las medidas para prevenir el contagio por COVID-19.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

#### Criterios de Inclusión:

- Pacientes con cualquier tipología de cáncer.
- Mayores de 18 años de edad.
- Ambos sexos.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes analfabetos

#### Criterios de eliminación:

- Pacientes que no lograron responder los cuestionarios por determinadas razones.

### 3.2. Instrumentos

#### ➤ **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).**

Esta escala fue validada para población oncológica mexicana por Galindo, et al. (2015). Consta de 12 reactivos que evalúan ansiedad y depresión, tiene una

consistencia interna de la escala global satisfactoria ( $\alpha$  de Cronbach =.86). Las alfas de Cronbach de cada subescala tuvieron un valor de .79 y .80 que explicaron el 48.04% de la varianza. La validez mostró resultados significativos ( $r$  de Pearson de .51 a .71,  $p < 0.05$ ), por medio de correlación con las medidas concurrentes utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Termómetro de distrés.

Para calcular los puntos de corte se tomaron los valores obtenidos a partir del percentil 75 para considerar como caso leve de sintomatología ansiosa o depresiva. Se considera pacientes sin depresión (0-5), depresión leve (6-8), depresión moderada (9-11) y depresión grave (12 en adelante). Para la subescala de ansiedad: sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante).

#### ➤ **Termómetro de distrés (TD)**

Es un instrumento adaptado y validado con parámetros clinimétricos sólidos que lo hacen confiable para su uso clínico y de investigación del impacto emocional del cáncer. El TD fue creado por Roth en 1998, es una escala análoga visual del 0 al 10, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro, originalmente creada en idioma inglés, traducida y adaptada y validada en población oncológica mexicana por Almanza, Juárez y Pérez (2008). Tiene dos partes, la primera incluye un reactivo que mide qué tanto distrés se ha experimentado en la última semana hasta el día actual. La segunda parte, pide que, de una lista de problemas, se señale la existencia o no de los mismos, marcando Sí o No. El análisis ROC mostró un Área Bajo la Curva/ABC (Area Under de Curve/AUC), de 0.631, se determinó la sensibilidad, encontrando un valor de 93%, y una especificidad de 76%, lo cual coincide con lo determinado por el análisis ROC, y determina como el punto de corte óptimo que indica la presencia de distrés de 4 hacia arriba.

➤ **Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ-C30) de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC).**

(Cerezo et. al, 2012) refiere que el QLQ-C30 versión 3.0 fue desarrollado por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, el cual tiene un enfoque modular integrado para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer y tiene una extensión de 30 ítems. Está comprendida por una dimensión funcional (físico, actividades, emocional, cognitivo, social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náusea/vómito), escala global del estado de salud, seis escalas de un solo ítem (disnea, insomnio, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras). Asimismo, se emplea un rango de tiempo de una semana y una escala de tipo Likert de 4 puntos que varía de 1 (en absoluto) a 4 (mucho); y 2 ítems con una puntuación del 1 (pésimo) al 7 (excelente). La confiabilidad por consistencia interna para los puntajes de las dimensiones de ítems múltiples supera el .70. Se halló el coeficiente de confiabilidad test-retest entre .80 y .90.

Este mismo autor señala que a partir de la puntuación obtenida que puede encontrarse de 0 a 100 se obtienen tres mediciones, donde el puntaje máximo representa una mejor salud global, estado funcional o los peores síntomas según la propiedad de medición, es decir una puntuación alta para una escala funcional representa una calidad de vida más alta. Sin embargo, una puntuación alta para una escala de síntomas representa mayor presencia y gravedad de síntomas.

### **3.3. Procedimientos**

Para la realización de la presente investigación, se obtuvo la autorización de la dirección del Cancer Center Tec100 de Querétaro. A partir de dicha aprobación se procedió a seleccionar la muestra mediante el cumplimiento de determinados criterios de inclusión y de exclusión empleando el muestreo no probabilístico por

conveniencia. El ingreso a la población y la selección de la muestra se realizó en cooperación con la psicóloga del centro.

El siguiente paso incluyó la adaptación de los instrumentos (QLQ-30; HADS y TD) a formato digital pues su aplicación se hizo de manera online a través de la herramienta Google Forms. Mediante esta vía se implementó un consentimiento informado donde se explicó a los participantes “grosso modo” en qué consistía la investigación y algunos aspectos éticos, con los cuales mostraron su conformidad a participar. Los instrumentos se realizaron en una sesión de trabajo con una duración aproximada de 40 minutos.

Tras haber obtenido toda la información arrojada de la aplicación de los instrumentos se realizó el análisis de los datos obtenidos en el programa SPSS mediante pruebas estadísticas como la t de Student para muestras independientes

### **3.4. Análisis de Datos**

El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows. Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación se hizo empleo de la estadística descriptiva haciendo referencia a las frecuencias relativas, medias y desviaciones estándares de las variables sociodemográficas tales como el sexo, la edad, tipo de cáncer y tratamiento. También se estudió a través de la prueba t de Student para muestras independientes y la Chi-Cuadrada las diferencias respecto a la edad y sexo entre los grupos de estudio. El análisis central estuvo dirigido a las diferencias entre las variables ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida en los grupos de estudio, a partir de la prueba t de Student para muestras independientes. Además, se hizo un análisis de las diferencias entre sexos en los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida respecto al mediante una t de Student para muestras independientes, así como de la relación entre dichas variables respecto a la edad mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson.

### **3.5. Aspectos de cuidado ético**

Entre los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la investigación se destaca primeramente la aprobación del centro oncológico para la realización del estudio, con el fin de preservar los derechos de los participantes y establecer las reglas de trabajo del investigador. Seguidamente, la realización del consentimiento informado para los participantes donde se plantearon elementos como el manejo de la información, la voluntariedad, los riesgos y beneficios, la confidencialidad y utilidad del proceso, la devolución de la información y la comprensión, el respeto de ambas partes y el agradecimiento (Ver anexo A).

De manera general, entre las cuestiones éticas que se destacaron en el proceso se encuentran: el respeto en todo momento a la otra persona, el derecho manifiesto de los participantes de hacer las preguntas pertinentes acerca de dudas en el procedimiento, ante lo cual se les ofreció el contacto de los investigadores. Además, la posibilidad de recibir ayuda psicológica en caso de necesitarla y e incluso de abandonar el proceso en caso de no sentirse en condiciones de continuarlo.

## RESULTADOS

Se realizaron análisis respecto a las variables sociodemográficas. El grupo precovid quedó conformado por 87 mujeres (59.2%) y 60 hombres (40.8%) y el grupo covid por 112 mujeres (58.3%) y 77 hombres (41.7%). Se observó a través de la prueba Chi Cuadrada que no existen diferencias significativas en el sexo entre los grupos estudiados ( $\chi^2 = .000$ ,  $p = .989$ ). Por otro lado, se analizó si existían diferencias respecto a la edad observándose ausencia de diferencias de media al respecto entre el grupo precovid y el grupo covid ( $t = -.884$ ,  $p = .377$ ) (Ver la tabla 1).

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos de los grupos de estudio*

|                          | <i>Precovid</i> | <i>Covid</i> | <i>Muestra total</i> |
|--------------------------|-----------------|--------------|----------------------|
| <i>n</i>                 | 147             | 192          | 339                  |
| <i>Sexo</i>              |                 |              |                      |
| <b>Mujeres</b>           | 87 (59.2%)      | 112 (58.3%)  | 199(59.2%)           |
| <b>Hombres</b>           | 60 (40.8%)      | 80 (41.7%)   | 137 (40.8%)          |
| <i>Edad</i>              |                 |              |                      |
| <b>Media</b>             | 53,93           | 55,54        | 54.84                |
| <b>Desviación típica</b> | 16,32           | 16,70        | 16.53                |

Otros de los datos de los participantes tomados en cuenta fueron el diagnóstico del tipo de cáncer y el tratamiento recibido. A partir de un análisis de frecuencias se analizaron los tipos de cánceres que predominaban y se obtuvo como resultado que los más comunes en ambos grupos fueron el cáncer de mama, gástrico, de cabeza y cuello, ginecológico y urológico. Asimismo, se analizaron los tratamientos recibidos, evidenciándose que los más frecuentes en ambos grupos fueron la quimioterapia en primer lugar, seguido de tratamientos combinados como quimioterapia y cirugía, quimioterapia, radioterapia y cirugía, y quimioterapia y radioterapia (Ver las tablas 2 y 3).

**Tabla 2***Datos de los tipos de cánceres por grupos de estudio*

|                           | <i>Precovid</i> | <i>Covid</i> | <i>Muestra total</i> |
|---------------------------|-----------------|--------------|----------------------|
| <i>n</i>                  | 147             | 192          | 339                  |
| Cáncer de mama            | 44 (29.9%)      | 42(21.9%)    | 86(25.4%)            |
| Cáncer gástrico           | 15(10.2%)       | 22(11.5%)    | 37(10.9%)            |
| Cáncer de cabeza y cuello | 16(10.9%)       | 14(7.3%)     | 30(8.8%)             |
| Cáncer ginecológico       | 14(9.5%)        | 12(6.2%)     | 26(7.7%)             |
| Cáncer urológico          | 14(9.5%)        | 10(5.2%)     | 4(7.1%)              |
| Cáncer de próstata        | 11(7.5%)        | 8(4.2%)      | 19(5.6%)             |
| Cáncer de pulmón          | 4(2.7%)         | 13(6.8%)     | 17(5%)               |
| Cáncer hematológico       | 8(5.4%)         | 9(4.7%)      | 17(5%)               |
| Cáncer renal              | 2(1.4%)         | 7(3.6%)      | 9(2.7%)              |
| Tumor del SNC             | 4(2.7%)         | 5(2.6%)      | 9(2.7%)              |
| Cáncer de páncreas        | 7(4.8%)         | 0            | 7(2.1%)              |
| Cáncer de piel            | 2(1.4%)         | 3(1.6%)      | 5(1.5%)              |
| Cáncer de hígado          | 0               | 4(2.1%)      | 4(1.2%)              |
| Cáncer óseo               | 0               | 2(1%)        | 2(0.6%)              |
| Liposarcoma               | 0               | 2(1%)        | 2(0.6%)              |
| Cáncer de pene            | 1(0.7%)         | 0            | 1(0.3%)              |
| Cáncer de vulva           | 1(0.7%)         | 0            | 1(0.3%)              |
| Osteosarcoma              | 1(0.7%)         | 0            | 1(0.3%)              |
| Otros                     | 3(2%)           | 6(3.1%)      | 9(2.7%)              |
| No especificado           | 0               | 33(17.1%)    | 33(9.7%)             |

**Tabla 3***Datos de tratamientos del cáncer por grupos de estudios*

|                                       | <i>Precovid</i> | <i>Covid</i> | <i>Muestra total</i> |
|---------------------------------------|-----------------|--------------|----------------------|
| <i>n</i>                              | 147             | 192          | 339                  |
| Quimioterapia                         | 22(15%)         | 52(27.1%)    | 74(21.8%)            |
| Radioterapia                          | 8(5.4%)         | 12(6.2%)     | 20(5.9%)             |
| Cirugía                               | 1(0.7%)         | 2(1%)        | 3(0.9%)              |
| Otros                                 | 1(0.7%)         | 2(1%)        | 3(0.9%)              |
| Quimioterapia y Radioterapia          | 19(12.9%)       | 21(10.9%)    | 40(11.8%)            |
| Quimioterapia y Cirugía               | 41(27.9%)       | 30(15.6%)    | 71(20.9%)            |
| Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía | 33(22.4%)       | 20(10.4%)    | 53(15.6%)            |
| Radioterapia y Cirugía                | 17(11.6%)       | 18(9.%)      | 35(10.3%)            |
| Cirugía y Otros                       | 2(1.4%)         | 1(0.5%)      | 3(0.9%)              |
| Radioterapia y Otros                  | 2(1.4%)         | 2(1%)        | 4(1.2%)              |
| No especificado                       | 1(0.7%)         | 32(16.7%)    | 33(9.7%)             |

En relación con las variables principales del estudio, se analizó en primer lugar la ansiedad y la depresión a partir de los datos obtenidos en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se obtuvo que los niveles de ansiedad en el grupo precovid fueron significativamente inferiores a los niveles de ansiedad presentados por el grupo covid ( $t=3.550$ ,  $p<.001$ ). De igual modo, el nivel de depresión en el grupo precovid resultó significativamente menor que el obtenido en el grupo covid ( $t=5.353$ ,  $p<.001$ ). En el caso de la ansiedad se obtuvo un tamaño del efecto mediano bajo mientras que para la depresión se obtuvo un tamaño del efecto mediano alto (Ver la tabla 4).

Respecto al distrés como otras de las variables de la investigación, se procedió al análisis de los datos arrojados por el test Termómetro de Distrés en el que se obtuvo que el grupo covid presenta mayores niveles de distrés que el grupo

precovid. Al considerar el punto de corte que establece la escala para determinar la presencia de distrés (4), se observó que el grupo precovid tuvo un 46% de pacientes con distrés mientras que en el grupo covid el 65% lo manifiesta. Los datos se analizaron con una prueba t de Student para medidas independientes y las diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $t= 2.785$ ,  $p=.006$ ) con un tamaño del efecto mediano bajo (Ver la tabla 4).

**Tabla 4**

*Diferencias entre las medias de distrés, ansiedad y depresión en los grupos de estudio*

|           | Precovid   | Covid      | Prueba Levene | t de Student Fisher |       | Tamaño del efecto |
|-----------|------------|------------|---------------|---------------------|-------|-------------------|
|           | Media (DE) | Media (DE) | F (p)         | t (gl)              | p     | d                 |
| Ansiedad  | 4,01(3,58) | 5,65(4,91) | 22.448(.000)  | 3.550(336.28)       | <.001 | 0.38              |
| Depresión | 3,99(2,59) | 6,16(4,77) | 60.429(.000)  | 5.353(307.05)       | <.001 | 0.57              |
| Distrés   | 3,82(2,86) | 4,65(2,56) | 5.191(.023)   | 2.785(295.31)       | .006  | 0.31              |

Por otro lado, se observan los resultados obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ-C30) atendiendo al estado de salud global y calidad de vida y cinco escalas funcionales entre ellas: funcionamiento físico, en actividades, emocional, cognitivo y social. Los datos se analizaron con una prueba t de Student para medidas independientes y se observó que el estado de salud global y calidad de vida en el grupo precovid es superior al obtenido en el grupo covid y las diferencias son estadísticamente significativas ( $t= 2.395$ ,  $p=.017$ ). Se obtuvo un tamaño de efecto mediano bajo en este caso (Ver la tabla 5).

En cuanto al funcionamiento físico, se observó que el grupo precovid presenta mayores niveles de buen funcionamiento en comparación con el grupo covid y las diferencias son estadísticamente significativas ( $t=3.821$ ,  $p<.001$ ) con un tamaño del

efecto mediano alto. En cuanto al funcionamiento en actividades se aprecia que el grupo precovid presenta mayores niveles que el grupo covid, hallándose estas diferencias muy próximas a la significación ( $t=1.744$ ,  $p=.082$ ).

También, se evidenció que el funcionamiento cognitivo, emocional y social muestran mejores índices en el grupo precovid que en el grupo covid y las diferencias fueron estadísticamente significativas en los tres casos ( $t=4.238$ ,  $p<.001$ ); ( $t=2.922$ ,  $p=.004$ ) y ( $t=2.216$ ,  $p=.027$ ) respectivamente, con un tamaño del efecto mediano alto en la primera y mediano bajo en las dos últimas (Ver tabla 5).

**Tabla 5**

*Diferencias entre las medias de calidad de vida y escalas funcionales en los grupos de estudio*

|                                          | Precovid           | Covid              | Prueba<br>Levene      | t de Student<br>Fisher             | Tamaño del<br>efecto |      |
|------------------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|------------------------------------|----------------------|------|
|                                          | Media<br>(DE)      | Media<br>(DE)      | <i>F</i> ( <i>p</i> ) | <i>t</i> ( <i>gl</i> )<br><i>p</i> | <i>d</i>             |      |
| Estado salud global y<br>calidad de vida | 65,04<br>(24.71)   | 58,66<br>(23.98)   | .096<br>(.757)        | 2.395<br>(337)                     | .017                 | 0.26 |
| Funcionamiento físico                    | 81,29<br>(23.40)   | 70,21<br>(29.98)   | 17.834<br>(.000)      | 3.821<br>(336.87)                  | <.001                | 0.41 |
| Funcionamiento en<br>actividades         | 68,61<br>(33.24)   | 61,96<br>(35.87)   | 3.264<br>(.072)       | 1.744<br>(337)                     | .082                 | 0.19 |
| Funcionamiento<br>emocional              | 66,97<br>(24.54)   | 58,52<br>(28.66)   | 5.865<br>(.016)       | 2.922<br>(332.75)                  | .004                 | 0.32 |
| Funcionamiento cognitivo                 | 84,29<br>(20.63)   | 73,15<br>(27.7 5)  | 26.496<br>(.000)      | 4.238<br>(336.73)                  | <.001                | 0.46 |
| Funcionamiento Social                    | 72,7619<br>(28.98) | 65,6146<br>(29.78) | .149<br>(.699)        | 2.216<br>(337)                     | .027                 | 0.24 |

Se hizo un análisis de las posibles diferencias entre los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida respecto al sexo. En este sentido se encontró que las mujeres mostraron mayor puntaje que los hombres en cada una de las variables. Sin embargo, estas diferencias no resultaron significativas únicamente en el caso de la depresión, el distrés y en el funcionamiento cognitivo en la calidad de vida. En este sentido, los niveles de depresión fueron mayores en las mujeres con diferencias significativas ( $t = -2.046$ ,  $p = .042$ ) con un tamaño del efecto mediano bajo. Por su parte, el distrés también mostró diferencias significativas ( $t = -2.384$ ,  $p = .018$ ) con un tamaño del efecto mediano bajo pues las mujeres evidenciaron mayores niveles de distrés que los hombres (Ver la tabla 6).

**Tabla 6**

*Diferencias por sexos en los niveles de ansiedad, depresión y distrés*

|           | Hombres    | Mujeres    | Prueba<br>Levene | t de Student Fisher | Tamaño<br>efecto | del  |
|-----------|------------|------------|------------------|---------------------|------------------|------|
|           | Media (DE) | Media (DE) | F (p)            | t (gl)              | p                | d    |
| Ansiedad  | 3.72(3.38) | 4.01(3.78) | 1.276(.260)      | -.694(304)          | .488             |      |
| Depresión | 2.60(2.63) | 3.30(3.36) | 10.805(.001)     | -2.046(303.679)     | .042             | 0.23 |
| Distrés   | 2.49(2.47) | 3.28(3.33) | 14.119(.000)     | -2.384(303.996)     | .018             | 0.27 |

En cuanto a la calidad de vida general y cada una de las subescalas analizadas se aprecia que las mujeres presentan puntajes más altos que los hombres en cada una de estas. Al realizar el estadístico t de Student para muestras independientes, se obtuvo que no existen diferencias significativas excepto en una de ellas. Solo se obtuvo diferencias significativas en la subescala de funcionamiento cognitivo ( $t = -2.354$ ,  $p = .019$ ) con un tamaño del efecto mediano bajo (Ver la tabla 7).

**Tabla 7***Diferencias por sexos en los niveles de calidad de vida*

|                                          |  | Hombres          | Mujeres          | Prueba<br>Levene | t de Student<br>Fisher |      | Tamaño del<br>efecto |
|------------------------------------------|--|------------------|------------------|------------------|------------------------|------|----------------------|
|                                          |  | Media<br>(DE)    | Media<br>(DE)    | F<br>(p)         | t<br>(gl)              | p    | d                    |
| Estado salud global y<br>calidad de vida |  | 60.44<br>(28.65) | 61.23<br>(26.33) | .604<br>(.438)   | -.252<br>(305)         | .801 | -                    |
| Funcionamiento físico                    |  | 75.07<br>(30.00) | 76.94<br>(27.42) | 2.055<br>(.153)  | -.568<br>(305)         | .570 | -                    |
| Funcionamiento en<br>actividades         |  | 65.05<br>(38.11) | 68.35<br>(33.20) | 4.022<br>(.046)  | -.792<br>(254.809)     | .429 | -                    |
| Funcionamiento<br>emocional              |  | 65.60<br>(28.41) | 70.55<br>(23.09) | 6.253<br>(.013)  | -1.631<br>(242.650)    | .104 | -                    |
| Funcionamiento cognitivo                 |  | 77.39<br>(30.74) | 84.70<br>(20.46) | 23.115<br>(.000) | -2.354<br>(210.322)    | .019 | 0.28                 |
| Funcionamiento Social                    |  | 72.60<br>(32.65) | 73.52<br>(28.90) | 5.792<br>(.017)  | -.255<br>(255.550)     | .799 | -                    |

Finalmente se calculó el coeficiente de Correlación de Pearson para analizar la relación de la edad respecto a la ansiedad, la depresión, el distrés y la calidad de vida. Los resultados arrojaron que existe una correlación negativa entre todas las variables respecto a la edad excepto en el funcionamiento emocional que muestra una correlación positiva. De estas correlaciones las únicas que mostraron significancia fueron las obtenidas en el funcionamiento físico y funcionamiento social (Ver tabla 8).

**Tabla 8**

*Correlación entre edad y niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida*

|                                       | <b>Edad</b>                   |             |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------|
|                                       | <i>Correlación de Pearson</i> | <i>p</i>    |
| Ansiedad                              | -.064                         | .261        |
| Depresión                             | -.062                         | .281        |
| Distrés                               | -.035                         | .542        |
| Estado salud global y calidad de vida | -.032                         | .577        |
| <b>Funcionamiento físico</b>          | <b>-.114</b>                  | <b>.045</b> |
| Funcionamiento en actividades         | -.063                         | .268        |
| Funcionamiento emocional              | .076                          | .185        |
| Funcionamiento cognitivo              | -.088                         | .124        |
| <b>Funcionamiento Social</b>          | <b>-.127</b>                  | <b>.026</b> |

## DISCUSIÓN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de determinar las posibles diferencias en los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida entre dos grupos de pacientes con cáncer, uno atendido antes del inicio del contagio en México por la pandemia COVID-19 (grupo precovid) y otro tratado durante esta situación (grupo covid). Entre los principales hallazgos se obtuvo que el grupo covid presentó niveles más altos de ansiedad, depresión y distrés que el grupo precovid cuyas diferencias significativas mostraron un tamaño del efecto mediano de modo general. También que, el grupo covid presentó peores niveles de calidad de vida respecto al otro grupo, siendo las áreas más afectadas el funcionamiento cognitivo, físico, emocional y social. Asimismo, se obtuvo que las mujeres presentan mayor depresión y distrés respecto a los hombres y mejor funcionamiento cognitivo que estos. Se obtuvieron correlaciones negativas significativas en cuanto al funcionamiento cognitivo y social respecto a la edad. Los tamaños del efecto de dichas diferencias oscilaron entre un rango mediano bajo y mediano alto.

Previamente se han realizado investigaciones en población general (Brooks et al., 2020; González-Jaime et al., 2020; Hernández, 2020; Ojeda-Casares y de Cosío, 2020; Qiu et al., 2020; Razai et al., 2020; Wang et al., 2020 y Zelikowsky, 2018), que como resultado obtuvieron que a raíz de las medidas tomadas para prevenir el contagio por el COVID-19, gran parte de la población desarrolló síntomas de ansiedad, depresión y estrés en niveles moderados y severos. Asimismo, reportan que los grupos más afectados psicológicamente son los adultos mayores, los adolescentes y los niños.

Por otro lado, estudios llevados a cabo en personal sanitario (Chua et al., 2004; Dosil et al., 2020; Lai et al., 2020; Mak et al., 2009; Martín y Pacheco, 2020; Padrós, 2020 y Ramírez-Ortiz, 2020), concluyeron que, tras las crisis por el brote de la enfermedad, médicos y enfermeras expuestos a situaciones de alto riesgo presentaron con elevada frecuencia trastorno por estrés postraumático, y altos

niveles de ansiedad y depresión. Los índices de daños psicológicos en profesionales de la salud superan los hallados en pacientes contagiados y en población general.

En poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas se señalan que los que tienden a presentar complicaciones graves por COVID-19 son los que padecen, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, afecciones respiratorias crónicas y cáncer (OMS, 2020).

Respecto a los estudios con enfermos, diferentes autores (Desai et al., 2021; Kutikov et al., 2020; Liang et al., 2020; Marques et al., 2020; Yélamos et al., 2020 y Zanon et al., 2020), destacan que los pacientes con cáncer presentan mayor gravedad por COVID-19 que los pacientes con otras enfermedades o sanos y que ante la situación generada por la pandemia presentaron síntomas de trastorno por estrés postraumático y ansiedad principalmente.

El presente estudio resulta novedoso ante las investigaciones halladas pues es el único de su tipo que compara hasta la fecha poblaciones con cáncer antes y durante la COVID-19 pues evidencia el impacto de la pandemia en la salud mental y en la vida de los pacientes con cáncer haciendo énfasis en los factores de riesgo que propiciaron estas consecuencias.

De acuerdo al análisis realizado respecto a las variables sociodemográficas tales como el sexo y la edad no se encontraron diferencias significativas por lo que se puede inferir que estas variables no afectan los resultados obtenidos en el estudio. En cuanto al sexo se pudo observar que existen diferencias significativas respecto a la depresión, el distrés y el funcionamiento cognitivo como subescala de la calidad de vida. Esto indica que las mujeres se deprimen y se estresan más que los hombres tal como lo refieren los estudios de Aguilar-Martín (2014), Rivera-Ledezma et al. (2013) y Segura y Pérez (2016), quienes evidenciaron en sus resultados que las mujeres tienen mayor tendencia a presentar estas alteraciones

dado que son más vulnerables por diferentes factores biológicos, familiares, sociales, entre otros.

Respecto a la edad, se evidenciaron correlaciones negativas con la ansiedad, la depresión, el distrés y la calidad de vida general, aunque significativamente solo se evidenciaron correlaciones en las subescalas de funcionamiento cognitivo y social. Estos resultados guardan relación con la investigación de Gallardo-Peralta et al. (2018), quienes a partir del estudio 777 adultos mayores evidenciaron que a mayor edad existen menor calidad de vida, esto asociado a los cambios en todas las dimensiones que ocurren durante el envejecimiento.

En relación con otros resultados de la presente investigación, se encontró el estudio de Kutikov et al. (2020), quienes consideran que los problemas psicológicos en pacientes con cáncer tales como la ansiedad, la depresión y el distrés pueden aparecer o agravarse en el contexto de una pandemia como consecuencia del confinamiento, la inactividad física, retraso de las consultas programadas, aislamiento social y también por el temor de contagiarse con la enfermedad.

El grupo covid manifestó niveles más altos de ansiedad respecto al otro grupo de manera significativa, esto guarda relación con los resultados evidenciados por Yelamos et al. (2020), donde se obtuvo que el grado de preocupación por la pandemia es alto, siendo superiores los niveles de ansiedad en los pacientes diagnosticados con cáncer en comparación con la población general, pues el 67% de los enfermos con cáncer presentó ansiedad frente al 58,9% de la población general.

En cuanto a la depresión se obtuvo que el grupo covid presentó mayores niveles que el grupo precovid, representando diferencias significativas con un tamaño del efecto mediano alto. Estos resultados coinciden con lo esperado, pues según el estudio referido anteriormente de Yélamos et al. (2020), siete de cada diez

de los pacientes había presentado síntomas de depresión y un tercio desarrolló el trastorno.

El análisis de los resultados arrojados por el Termómetro del Distrés también mostraron diferencias entre ambos grupos, éstas con un tamaño del efecto mediano bajo. El grupo covid evidenció mayores niveles de distrés en mayor cantidad de pacientes que el grupo precovid. Este resultado guarda relación con lo que plantean los autores Ojeda-Casares y de Cosio (2020), quienes afirman a partir de sus estudios que son los pacientes con cáncer una de las poblaciones que tienden a intensificar su estrés en una pandemia.

Entre las principales causas de estrés en este tipo de pacientes en la pandemia Ojeda-Casares y de Cosio (2020), señalan algunas como el temor sobre el riesgo de estar infectado e infectar a otros, principalmente cuando se sienten síntomas de una gripe común u otras enfermedades que pueden confundirse con el COVID-19. También como lo expresan Addeo y Friedlaende (2020); Wang et al. (2020), cuando se percibe la incapacidad para recibir suficiente apoyo médico, pues como se ha planteado una de las medidas tomadas con estos pacientes fue reducir consultas, alargar y reprogramar tratamientos a partir de una evaluación riesgos-beneficios.

En cuanto a las diferencias halladas en el análisis de la calidad de vida entre ambos grupos, los resultados arrojaron que el grupo covid presentó indicadores más bajos de calidad de vida que el grupo precovid con un tamaño del efecto mediano bajo. Esta diferencia se enmarca en la situación y el momento en que se analiza cada grupo, uno que vivencia la vida sin pandemia y otro que experimenta las consecuencias de una situación epidemiológica mundial. Dellazzana-Zanon et al. (2020), en su estudio en pacientes con cáncer durante la pandemia de la COVID-19, resalta que la calidad de vida de los participantes se vio afectada por una cadena de factores que encierra el estrés, el sistema inmune, cambios en los estilos de vida, alimentación, actividad física y cambios en la frecuencia de los tratamientos.

Respecto al análisis de las subescalas funcionales de la calidad de vida: funcionamiento físico, emocional, cognitivo, social y en actividades, se debe señalar que en todas excepto en la de funcionamiento en actividades se obtuvieron diferencias significativas. El tamaño de efecto fue mediano alto en las subescalas de funcionamiento cognitivo y físico mientras que fue mediano bajo en las subescalas de funcionamiento emocional y social, siendo las más afectadas las áreas de funcionamiento cognitivo, físico y emocional respectivamente.

Los resultados anteriores guardan relación con lo planteado por Marques et al. (2020), en su estudio sobre el impacto de la pandemia en cuatro dimensiones de la calidad de vida (biológica, psicológica, social y espiritual) en pacientes con cáncer. Estos autores concluyeron que en los pacientes expuestos a la COVID-19 las dimensiones más afectadas fueron la biológica y la psicológica. Refieren que la dimensión biológica está afectada por el efecto inmunosupresor producto a la enfermedad, el retraso en los tratamientos, cambios en la dieta y las rutinas de ejercicios físicos y la dimensión psicológica por la ansiedad, depresión y el estrés que a su vez puede provocar cambios inmunológicos y alteraciones en el patrón de sueño.

## **Conclusión**

Se debe destacar que definitivamente la pandemia por la COVID-19 influye negativamente en la salud mental de los pacientes con cáncer, afectando con ello su calidad de vida, pues además de que se ven amenazados por este virus que implica un riesgo para sus vidas por la limitante de salud que tienen, sus estilos de vida sufrieron cambios importantes. De modo que los resultados del estudio sugieren que se haga mayor hincapié en los tratamientos psicológicos en esta población, con la finalidad de prevenir trastornos psicológicos, de mejorar el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida de dichos pacientes en tiempos de pandemia.

## **Limitaciones**

Entre las principales limitantes que tuvo el estudio se señala, dadas las medidas de la actual contingencia, que el trabajo de campo fue a distancia lo que imposibilitó el contacto directo con los participantes en la aplicación de los instrumentos y, por tanto, no fue posible la interacción, aclaración o supervisión que pudo haber existido durante la implementación de estos en el contacto cara a cara.

Otra de las dificultades de la investigación fue que no se controlaron variables como los estadios y fases del cáncer para determinar en qué grado esto pudiera estar influyendo en las variables principales del estudio, tales como los niveles de ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida. Tampoco se evaluaron otras variables que pudieran estar incidiendo en el estrés, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de los participantes. Además, no se controló el padecimiento de otras enfermedades psicopatológicas, neurológicas o existencia de deterioro cognitivo que pudieran incidir en los resultados obtenidos.

Otra de las limitantes se debe a que la investigación se realizó con pacientes mexicanos con cáncer de un hospital privado, lo que pudo haber sesgando los resultados, al tratarse de una muestra que proviene de un estatus socioeconómico elevado, por tanto, la muestra no es representativa de la población general de México. En este sentido, cabe señalar que el hecho de que los pacientes presenten un buen estatus económico puede estar interfiriendo en que los niveles de ansiedad, depresión o distrés no sean más elevados de lo que se podría esperar o que la calidad de vida no se encuentre tan afectada como podría llegar a estarlo en una muestra de pacientes donde haya una diferenciación en cuanto a nivel socioeconómico.

## **Sugerencias**

Se recomienda replicar el estudio en otras poblaciones, que provengan de contextos diferentes, para que haya más representatividad. El mismo puede ser un referente para otros trabajos que tengan como objetivo estudiar ansiedad,

depresión, distrés o calidad de vida en pacientes con cáncer y también para referentes de estudio sobre la salud mental de este tipo de pacientes en epidemias o pandemias venideras.

Se sugiere en futuros estudios controlar las variables mencionadas tales como estadios y fases de la enfermedad, presencia de otras enfermedades que pudieran estar incidiendo en la salud mental, deterioro cognitivo resultante de una patología o de los propios tratamientos del cáncer, así como las causas que pueden estar incidiendo en la aparición de estrés, ansiedad y depresión.

Por último, sería conveniente realizar un estudio longitudinal donde se lleven a cabo mediciones en diferentes momentos, antes, durante y después, pero con los mismos participantes. También se podría desarrollar un estudio exploratorio donde se incluyan percepciones de los pacientes respecto a la situación pandémica y sus efectos psicológicos.

## REFERENCIAS

- Addeo, A. & Friedlaender, A. (2020). Cancer and COVID-19: Unmasking their ties. *Cancer Treatment Reviews*, 88, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2020.102041>
- Almanza-Muñoz, J.J., Juárez, I.R. y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Sanidad Militar Mexicana*, 62(5), 209-217. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2008/sm085a.pdf>
- Alvarez-Quintero, P. E., Castiblanco, F., Correa, A. F. y Guío-Reyez, A. M. (2020). COVID-19, médicos, gastroenterología y emociones. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35(1), 64-68. <https://doi.org/10.22516/25007440.546>
- American Cancer Society [ACS]. (2020). *Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters*. <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/CCI.20.00068>
- American Joint Committee on Cancer [AJCC]. (2018). *Cancer Staging Manual* (7<sup>th</sup>.ed.). Board. <https://cancerstaging.org/references-tools/deskreferences/pages/default.aspx>
- Arenas, M. C. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es).
- Asociación Española Contra el Cáncer [AECC]. (2018). *Origen del cáncer*. <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/origen>
- Barrera, J. L. (2017). *Epidemiología del cáncer en el Estado de México*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiDkODm94frAhWEc98KHeF3Dy8QFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fsalud.edomex.gob.mx%2Fsalud%2Fdocumentos%2Facercade%2Fconsejosalud%2Fpdf%2Fponencia1.pdf&usq=AOvVaw0zFMnXRftIsPYXXKpIsiUf>

- Beltrá, M. y Roperó, A.B. (2020). *Confinamiento y vitamina D: ¿qué pasa si no nos da el sol?* <https://theconversation.com/confinamiento-y-vitamina-d-que-pasa-si-no-nos-da-el-sol-134254>
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Rapid Review*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bustamante, L. M., Marín, S. J., y Cardona, D. (2012). Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 17-25. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000100003&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100003&lang=es)
- Calmarza, P., Sanz-París, A., Prieto-López, C., Llorente-Barrio, M. y Boj-Carceller, D. (2018). Niveles de vitamina D en pacientes recién diagnosticados de cáncer. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 903-908. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1675>
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer [IARC]. (2019). *Estadísticas del cáncer*. <https://gco.iarc.fr/databases.php>
- Cerezo, O., Oñate-Ocaña I.F., Arrieta-Joffe, P., González-Lara, F., García-Pasquel, M.J., Bargalló-Rocha, E. & Vilar-Compte, D. (2012). Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *European journal of cancer care*, 21, 684–691. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22329843/>
- Chua, S., Cheung, V., Cheung, C., Alonan, G.M., Wong, J., Cheung, E., Chan, M., MCWong, M., Tang, S., Choy, K.M., Wong, M.K. & Tsang, K. (2004). Psychological Effects of the SARS Outbreak in Hong Kong on High-Risk Health Care Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 391-393. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370404900609>

- Consejo Superior de Investigaciones Científicas [CSIC]. (2020). 2020, un año a la caza del coronavirus SARS-CoV-2. <https://www.csic.es/>
- Dai, M., Liu, D., Liu, M., Zhou, F., Li, G., Chen, Z., Zhang, Z., You, H., Wu, M., Zheng, Q., Xiong, Y., Xiong, H., Wang, C., Chen, C., Xiong, F., Zhang, Y., Peng, Y., Ge, S., Zhen, B....Cai, H. (2020). Patients with Cancer Appear More Vulnerable to SARS-CoV-2: A Multicenter Study during the COVID-19 Outbreak. *Cancer Discov*, 10(6), 783-791. [10.1158/2159-8290.CD-20-0422](https://doi.org/10.1158/2159-8290.CD-20-0422)
- Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Yuan, X. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *MedRxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20030874v1>
- Dantas, M., Cunha, E., Dantas, D., Santos, P. F. & Tabares, C. F. (2020). Emotional distress of Nurses in the hospital setting in the face of the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9(8). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5121>
- De los Santos, P.V. y Carmona-Valdés, S. E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y salud en Mesoamérica*, 15(2). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- Dellazzana-Zanon, L. L., de Cerqueira J.P., Camargo, M. J., Ferreira, C. H. & Zanon, C. (2020). Psychological effects of social distance caused by COVID-19 (coronavirus) pandemic over the life cycle. *Estudios de Psicología*, 25(2), 188-198. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20200019>
- Desai, A., Gupta, R., Advani, S., Ouellette, L., Kuderer, N. & Lyman, G. (2021). Mortality in hospitalized patients with cancer and coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Cancer*, 127(9), 1459-1468. <https://doi.org/10.1002/cncr.33386>
- Doroshov, J. (2020, 18 de junio). ¿Cómo afecta la COVID-19 a las personas con cáncer? El Estudio del NCI sobre Pacientes de Cáncer con COVID-19 ayudará a saberlo. <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2020/estudio-nccaps-nci-covid-19-cancer>

- Dosil, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Jaureguizar, J. y Picaza, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14, 106-112. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989120300604>
- Farinola, M. (2014). *Actividad física y calidad de vida*. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQ3r3k5PbuAhXMG80KHUG5AFIQFjAHegQIBxAD&url=http%3A%2F%2Fcienciared.com.ar%2Fra%2Fusr%2F41%2F970%2Fcalidaddevidauflo\\_n6pp3\\_12.pdf.pdf&usq=AOvVaw2RBkCbydbRhKofnXgDIBcG](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQ3r3k5PbuAhXMG80KHUG5AFIQFjAHegQIBxAD&url=http%3A%2F%2Fcienciared.com.ar%2Fra%2Fusr%2F41%2F970%2Fcalidaddevidauflo_n6pp3_12.pdf.pdf&usq=AOvVaw2RBkCbydbRhKofnXgDIBcG)
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J.L., Álvarez, M. A. y Alvarado, S. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. <https://www.redalyc.org/articulo>
- Gallardo-Peralta, L., Córdova-Jorquera, I., Piña-Moran, M. y Urrutia-Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *POLIS Revista Latinoamericana*, 49. <https://journals.openedition.org/polis/15008>
- Gallego, Y. A., Gil, S. y Sepúlveda, M. (2018). *Revisión teórica de eustrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y su relación con las estrategias de afrontamiento*. [Tesis de especialización, Universidad CES]. Repositorio Digital Institucional. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4229>
- Gaviria, S.L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421008>
- Global Cancer Observatory [GLOBOCAN]. (2018). *Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>

- González-Jaime, N. L., Tejeda-Alcántara, A.A., Espinosa-Méndez, C.M. y Ontiveros-Hernández, Z.O. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia porCovid-19. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/756/1024>
- Gosain, R., Abdou, Y., Singh, A., Rana, N., Puzanov, I. & Ernstoff, M. COVID-19 and Cancer: a Comprehensive Review. *Current Oncology Reports*, 22(53). <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00934-7>
- Hacker, E. (2009). *Exercise and Quality of life: Strengthenir the Connections*. <https://cjon.ons.org/cjon/13/1/exercise-and-quality-life-strengthening-connections>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Revista Medcentro*, 24(3). <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203/2588>
- Hernández-Zamora, Z.E. y Romero-Pedraza, E. (2010). Estrés en personas mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 56-68. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=133915936007>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). *Estadísticas a propósito del día Mundial contra el Cáncer*. <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=4032>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2020). *Resultados de la evaluación basal de la encuesta nacional de las características de la población durante la pandemia de COVID-19*. <https://www.insp.mx/avisos/5463-resultados-encuesta-ensars-coronavirus-ensanut.html?fbclid=IwAR0UurRQVmG6Upnej3DSPoXZvXdmZmOsEZTC5gEozrj51aNSm2RMCJmABFQ>
- Instituto Nacional del Cáncer [INC]. (2015). *¿Qué es el Cáncer?* <https://www.cancer.gov/espanol/cancer>

- Instituto Nacional del Cáncer [INC]. (2020). *Factores de riesgo: luz solar*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/luz-solar>
- Kutikov, A., Weinberg, D.S., Edelman, M.J., Horwitz, E.M., Uzzo, R.G. & Fisher, R.I.(2020). A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Annals of internal medicine*, 172(11), 756–758. <https://doi.org/10.7326/M20-1133>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 2-12. [http://scholar.google.com.mx/scholar\\_url?url=https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2763229/lai\\_2020\\_oj\\_200192.pdf&hl=es&sa=X&ei=miwwYOMzDeeO6rQPIL6fuAo&scisig=AAGBfm15J6-c4HXsNkvKiHvg\\_F6R7y0q0w&nossl=1&oi=scholar](http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2763229/lai_2020_oj_200192.pdf&hl=es&sa=X&ei=miwwYOMzDeeO6rQPIL6fuAo&scisig=AAGBfm15J6-c4HXsNkvKiHvg_F6R7y0q0w&nossl=1&oi=scholar)
- Leiva, A. P., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., Mestre, J.M. y Guil, R. (2017). *Ejercicio físico y calidad de vida en estudiantes universitarios*. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 437-446 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853220044>
- Liang, W., Guan, W., Chen, R., Wang, W., Li, J., Xu, K., Li, C., Ai, Q., Lu, W., Liang, H., Li, S. & He, J. (2020). Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Comment*, 21(3), 335-337. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Mak, I.W., Chu, C.M., Pan, P.C., Yiu, M.G. & Chan, V.L. (2020). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318-326. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834309000474?via%3Dihub>

- Marqués, K., Damasceno de Oliveira, J.B. y de Cunto, G.G. (2020). Impacto na qualidade de vida de pacientes com câncer em meio à pandemia de COVID-19: uma reflexão a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Abraham Maslow.  
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/749/1011>
- Martín, A., Alonso, L., Ordiz, I., Vázquez, J, y Vizoso, F. (2003). Utilidad clínica de los marcadores tumorales séricos. *Atención Primaria*, 32(4), 227-239.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilidad-clinica-marcadores-tumorales-sericos-13051017>
- Martín, E. y Pacheco, T. (2020). Impacto psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwib4pPA\\_fbuAhXLAZ0JHQb3CRcQFjADegQICxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.cuadernosdecrisis.com%2Fdocs%2F2021%2Fnumero20vol1\\_2021\\_impacto\\_psicologico.pdf&usg=AOvVaw2IWRwGYA AUdGu837xNn8Lh](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwib4pPA_fbuAhXLAZ0JHQb3CRcQFjADegQICxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.cuadernosdecrisis.com%2Fdocs%2F2021%2Fnumero20vol1_2021_impacto_psicologico.pdf&usg=AOvVaw2IWRwGYA AUdGu837xNn8Lh)
- Maté, J., Hollenstein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 1(2-3), 211-230.  
<https://www.researchgate.net/publication/39288402>
- Mellin, M. (2019). *Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población michoacana* [Tesis de pregrado, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo].
- Montesó-Curto, P. y Aguilar, C. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Atención primaria*, 46(3), 167-172.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-depresion-segun-edad-el-genero-S0212656713002199>
- National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2020). *Distress Management*.
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (2021). *Depresión*.  
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>

- Ojeda-Casares, H. y de Cosio, F.G. (2020). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. [https://www.researchgate.net/publication/340805424\\_COVID19\\_y\\_salud\\_mental\\_mensajes\\_clave/citations#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/340805424_COVID19_y_salud_mental_mensajes_clave/citations#fullTextFileContent)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Estadísticas del cáncer*. <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Cifras sobre el cáncer*. <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (1996). *¿Qué es calidad de vida?* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Perafán, A. L. (2010). Calidad de vida y género, un estudio exploratorio en la ciudad de Popayán, Colombia. *Estudios de Antropología Biológica*, VIII, 515-532. <https://www.semanticscholar.org/paper/Calidad-de-vida-y-g%C3%A9nero%2C-un-estudio-exploratorio-Ledezma-Lorena/a19521c1257766698ae12bae4a2082d4caccdd34>
- Posada-Villa, J.A., Jenny, P., Builtrago-Bonilla, T.S., Medina-Barreto, Y. y Rodríguez-Ospina, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova publicación científica*, 4(6). [https://www.researchgate.net/publication/312893159\\_Trastornos\\_de\\_ansiedad\\_segun\\_distribucion\\_por\\_edad\\_genero\\_variaciones\\_por\\_regiones\\_edad\\_de\\_aparicion\\_uso\\_de\\_servicios\\_estado\\_civil\\_y\\_funcionamientodiscapacidad\\_segun\\_el\\_Estudio\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental](https://www.researchgate.net/publication/312893159_Trastornos_de_ansiedad_segun_distribucion_por_edad_genero_variaciones_por_regiones_edad_de_aparicion_uso_de_servicios_estado_civil_y_funcionamientodiscapacidad_segun_el_Estudio_Nacional_de_Salud_Mental)
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. & Xu, Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F y Escobar- Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303/358>

- Razai, M.S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S. & Stokes-Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1904>
- Real Academia Española [RAE]. (2021, 12 de enero). *La COVID-19, nombre de la enfermedad del coronavirus*. <https://www.fundeu.es/recomendacion/covid-19-nombre-de-la-enfermedad-del-coronavirus/>
- Reyes-Ticas, A. (2017). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. <https://www.rua.unam.mx/portal/recursos/ficha/79826/trastornos-de-ansiedad-guia-practica-para-diagnostico-y-tratamiento>
- Reynoso-Noverón, N., y Torres-Domínguez, J. A. (2020). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 9-15. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-wZT4h4frAhXKnuAKHRMODPMQFjACegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Frlmc%2Farticle%2Fdownload%2F65111%2F571119&usq=AOvVaw2HcA-D4pAl-sHx4axMRbRm>
- Rivera-Ledesma, A., Caballero-Suárez, N.P. y Pérez-Sánchez, I.N. (2012). SCL-90R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universidad Psicológica Bogotá Colombia*, 12(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a11.pdf>
- Sanyaolu, A., Okorie, C., Marinkovic, A., Patidar, R., Younis, K., Desai, P. & Altaf, M. (2020). Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. *Comprehensive Clinical Medicine*, 2, 1069–1076. [10.1007/s42399-020-00363-4](https://doi.org/10.1007/s42399-020-00363-4)
- Segerstrom, S. C. & Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Segura-González, R.M. y Pérez-Segura, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en Psicología*, (36), 105-120.

<https://alternativas.me/attachments/article/138/Impacto%20diferencial%20del%20estr%C3%A9s%20entre%20hombres%20y%20mujeres.pdf>

Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestare, Subjetividade, Fortaleza*, 3(1), 10-59. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006)

Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM]. (2019). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

Soria-Romero, Z. y Montoya-Arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>

Teixeira, T., Brito, H.M. y Terra, R. (2020). Physical inactivity, chronic diseases, immunity and covid-19. *Revista brasileira Medicina del deporte*, 26(5), 378-381. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922020000500378&lang=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922020000500378&lang=es)

Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B. & Dawson, D.L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212144718302618>

Urzua, M.A. y Caqueo-Urizar, A. (2020). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Cyrus, S. H. & Ho, R. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1729), 1-25. [https://scholar.google.com.mx/scholar\\_url?url=https://www.mdpi.com/1660-](https://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=https://www.mdpi.com/1660-)

[4601/17/5/1729/pdf&hl=es&sa=X&ei=NUsfYbr8O7aO6rQPk9af6A0&scisig=AAGBfm3ChC\\_vGVzTNoDgHNtTlwyRTL0h7Q&oi=scholar](https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-Covid19-Impacto-Emocional.pdf)

Yélamos, C., De Haro, D., Fernández, B. y Berzal, E. (2020). *Diagnóstico del impacto emocional experimentado por las personas afectadas por cáncer durante la crisis del Covid-19*. <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-Covid19-Impacto-Emocional.pdf>

Zelikowsky, M. (2018, 18 de mayo). *Así afecta el aislamiento social a tu salud mental*. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-asi-afectaaislamiento-social-salud-mental-20180518083433.html>

## ANEXOS

### **Anexo A. Consentimiento informado.**

Estamos realizando una investigación en Psicología Clínica, realizado por el programa de Maestría en Psicología, a cargo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y del Cancer Center Tec100. El objetivo de esta investigación es identificar si la pandemia COVID-19 ha propiciado cambios en los niveles de calidad de vida, ansiedad, depresión y distrés en pacientes diagnosticados con cáncer. Por ello, se aplican cuestionarios para conocer tus niveles de calidad de vida, ansiedad, depresión, distrés relacionado con el cáncer.

Los datos obtenidos con estos cuestionarios, pueden ayudar para que tu equipo de salud tenga conocimiento sobre cómo es que te sientes y en caso de requerir algún tipo de apoyo, brindártelo.

También puede ayudar a otros pacientes, ya que el conocimiento generado con estos datos, en conjunto con los de otros pacientes, puede servir para diseñar tratamientos psicológicos más adelante.

Los datos que pudieran identificarte, como tu nombre y otros datos personales, serán confidenciales, asegurando que no serán compartidos con otras personas.

Los cuestionarios que se apliquen pueden aludir a temas que te hagan pensar sobre tu estado anímico, o tu enfermedad. En ocasiones, algunas personas pueden presentar una sensación de malestar después de contestarlos. En caso que esto te suceda, habrá alguien del equipo de psico-oncología con quien puedas hablar en ese momento.

Tu participación en el estudio es totalmente voluntaria y es independiente de tu tratamiento en el centro, puedes aceptar o no participar sin ninguna consecuencia en la atención que recibas. El hecho que hayas firmado este documento NO te obliga a participar y si en algún momento deseas abandonar, puedes hacerlo, sin que esto tenga consecuencias para ti.

Cualquier duda puede contactarnos a través de los siguientes correos institucionales:

fpadros@uoc.edu (Dr. Ferrán Padrós Blázquez)

1920255b@umich.mx (Lic. Kenlys Yera Rodríguez)

Le agradecemos cordialmente su participación.

( ) SI ACEPTO participar voluntariamente en esta investigación.

Fecha:    /    /

Firma:

## Anexo B. QLQ-C30 EORTC (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor, escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento (día, mes, año): \_\_\_\_\_

Fecha de hoy (día, mes, año): \_\_\_\_\_

| No                               | Preguntas                                                                                                                                         | En absoluto | Un poco | Bastante | Mucho |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|----------|-------|
|                                  | ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta? | 1           | 2       | 3        | 4     |
|                                  | ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?                                                                                                 | 1           | 2       | 3        | 4     |
|                                  | ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?                                                                                   | 1           | 2       | 3        | 4     |
|                                  | ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?                                                                         | 1           | 2       | 3        | 4     |
|                                  | ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?                                                                                  | 1           | 2       | 3        | 4     |
| <b>Durante la semana pasada:</b> |                                                                                                                                                   |             |         |          |       |
|                                  | ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?                                                                | 1           | 2       | 3        | 4     |
|                                  | ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?                                                             | 1           | 2       | 3        | 4     |
|                                  | ¿Sintió que se le cortó la respiración?                                                                                                           | 1           | 2       | 3        | 4     |

|  |                                                                                              |          |          |          |          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
|  | ¿Ha tenido dolor?                                                                            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Necesitó parar para descansar?                                                              | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Ha tenido dificultades para dormir?                                                         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Se ha sentido débil?                                                                        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Le ha faltado el apetito?                                                                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Ha tenido náuseas?                                                                          | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Ha vomitado?                                                                                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Ha estado estreñado/a?                                                                      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Ha tenido diarrea?                                                                          | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Estuvo cansado/a?                                                                           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿El dolor interfirió en sus actividades diarias?                                             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión? | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Se sintió nervioso/a?                                                                       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Se sintió preocupado/a?                                                                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Se sintió irritable?                                                                        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Se sintió deprimido/a?                                                                      | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?                                                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en su vida familiar?               | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en sus actividades sociales?       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|  | ¿Su estado físico o el tratamiento médico le han causado dificultades financieras?           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |

**En las siguientes preguntas por favor, dibuje un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted**

|  |                                                                           | Pésimo |  |  |  |  |  | Excelente |
|--|---------------------------------------------------------------------------|--------|--|--|--|--|--|-----------|
|  | ¿Cómo valoraría, en general, su salud durante la semana pasada?           | 1      |  |  |  |  |  | 7         |
|  | ¿Cómo valoraría, en general, su calidad de vida durante la semana pasada? | 1      |  |  |  |  |  | 7         |

## **Anexo C. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).**

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a como realmente se sintió.

### **1.Me siento nervioso**

Casi todo el día  
Gran parte del día  
De vez en cuando  
Nunca

### **2.Todavía disfruto con lo que antes me gustaba**

Como siempre  
No tanto como antes  
Solo un poco  
Nunca

### **3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder**

La mayoría de las veces  
Con bastante frecuencia  
A veces, aunque no muy a menudo  
Solo en ocasiones

### **4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas**

Igual que siempre  
A veces  
Casi nunca  
Nunca

### **5.Tengo mi mente llena de preocupaciones**

La mayoría de las veces  
Con bastante frecuencia  
A veces, aunque no muy a menudo  
Sólo en ocasiones

### **6. Me siento alegre**

Casi siempre  
A veces  
No muy a menudo  
Nunca

### **7. Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago**

Nunca  
En ciertas ocasiones  
Con bastante frecuencia  
Muy a menudo

### **8. He perdido el interés en mi aspecto personal**

Totalmente  
No me preocupo tanto como debiera  
Podría tener un poco más de cuidado  
Me preocupa igual que siempre

### **9. Me siento inquieto (a), como si no pudiera parar de moverme**

Mucho  
Bastante  
Poco  
Nada

### **10. Me siento optimista respecto al futuro**

Igual que siempre  
Menos de lo acostumbrado  
Mucho menos de lo acostumbrado  
Nada

### **11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico**

Siempre  
Muy a menudo  
No muy a menudo  
Nunca

### **12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión**

A menudo  
A veces  
No muy a menudo  
Rara vez

## Anexo D. Termómetro de distrés.

Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés

### Termómetro de distrés\*

**Distrés:** Experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

#### Instrucciones:

1. Por favor encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

2. Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SI o NO para cada uno.

Distrés extremo



Sin distrés

|                          |                          |                                                  |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| SI                       | NO                       | <b>Problemas prácticos</b>                       | SI                       | NO                       | <b>Problemas físicos</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidados de los hijos                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apariencia                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Casa                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Baño/vestido              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguridad financiera                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiración               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transporte                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios en la orina       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escuela/trabajo                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Constipación              |
| SI                       | NO                       | <b>Problemas familiares</b>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relación de pareja                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alimentación              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relación con los hijos                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatiga                    |
|                          |                          |                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensación de debilidad    |
| SI                       | NO                       | <b>Problemas emocionales</b>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Movilidad                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Miedo                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indigestión               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nerviosismo                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Memoria/Concentración     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tristeza                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en boca             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupación                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náusea                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de interés en las actividades habituales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nariz seca/congestión     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupaciones religiosas o espirituales         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor                     |
|                          |                          |                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas sexuales        |
|                          |                          |                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piel seca/comenón         |
|                          |                          |                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas para dormir     |
|                          |                          |                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hormigueo en manos o pies |

Otros problemas: \_\_\_\_\_