

Trabajo Fin de Máster

Impacto psicológico del ingreso
hospitalario en pacientes
oncológicos.

*Psychological impact of hospital
admission in cancer patients.*

Autor/es

Paula Morillas Martínez

Director/es

Javier Martínez Trufero

Marta Gascón Ruiz

MÁSTER DE INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

Facultad de Medicina

Curso 2024/2025

INDICE

LISTADO ABREVIATURAS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN	7
1.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER	8
1.3. IMPACTO CLÍNICO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER ..	8
1.3.1. Manifestaciones clínicas específicas en oncología	9
1.3.2. Repercusiones clínicas y pronósticas	9
1.4. FACTORES DE RIESGO	10
1.5. ABORDAJE DIAGNÓSTICO	10
1.5.1. Criterios diagnósticos: DSM-5-TR y CIE-11	11
1.5.2. Herramientas de cribado validadas para ansiedad y depresión.....	12
Tabla 1. Comparativa de escalas para ansiedad y depresión en pacientes oncológicos.	13
1.5.3. Abordaje diagnóstico de ansiedad y depresión específico en oncología	14
1.5.4. Evaluación psicosocial y funcional del paciente con cáncer	14
1.6. ABORDAJE TERAPÉUTICO.....	17
1.7. ESTADO ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	18
1.8. RELEVANCIA	18
2. HIPÓTESIS	20
3. OBJETIVOS	20
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL	20
3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	20
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	21
4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN	21
4.2.1. Criterios de inclusión	21
4.2.2. Criterios de exclusión	21
4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	21
4.3.1. Variables descriptivas	21
4.3.2. Variables relacionadas con la enfermedad	22
4.3.3. Variables relacionadas con el ingreso.....	22
4.3.4. Variables funcionales, psicosociales y emocionales	23
4.4. PROCEDIMIENTOS y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	24
4.4.1. Procedimientos	24
4.4.2. Fuentes de información	24
4.4.3. Tamaño muestral	25
4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	25
4.5.1. Análisis descriptivo	25
4.5.2. Análisis inferencial	25

4.6. ASPECTOS ÉTICOS	26
4.7. CRONOGRAMA.....	26
Figura 1. Diagrama de Gantt (Cronograma).....	26
5. RESULTADOS.....	27
5.1. BLOQUE I. DESCRIPTIVO, TASA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN AL INGRESO.....	27
Tabla 2. Características clínico – demográficas de la cohorte completa.	27
Tabla 3. Características de la enfermedad oncológica de la cohorte completa.	29
Tabla 4. Factores asociados a la presencia de ansiedad al ingreso.	31
Tabla 5. Factores asociados a la presencia de depresión al ingreso.	34
Tabla 6. Modelo multivariable: depresión basal.	37
5.2. BLOQUE II. EVOLUCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE EL INGRESO Y FACTORES ASOCIADOS.....	37
Tabla 7. Evolución de ansiedad y depresión durante el ingreso.....	37
Figura 2. Evolución individual de la ansiedad durante el ingreso (spaguetti plot o gráfico de líneas individuales).	38
Figura 3. Evolución individual de la depresión durante el ingreso (spaguetti plot o gráfico de líneas individuales).	39
Figura 4. Matriz de correlaciones para la cohorte completa.	40
Figura 5. Matriz de correlaciones en función de la modificación de las puntuaciones de ansiedad o depresión.....	41
Tabla 8. Variables asociadas a la ansiedad al alta.	42
Tabla 9. Variables asociadas a la depresión al alta.	44
Tabla 10. Relación de la escala CAHPS con ansiedad y depresión al alta.	46
Figura 6. Relación de CAHPS con ansiedad y depresión al alta.....	46
6. DISCUSIÓN	47
7. CONCLUSIONES	54
8. BIBLIOGRAFÍA	55
9. ANEXO	63

LISTADO ABREVIATURAS

- BSI-18: Brief Symptom Inventory-18
- CAHPS: Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
- CALM: Terapia de Manejo del Cáncer y Vida Significativa
- CEICA: Comité de Ética de Aragón
- CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS
- DUKE-UNC: Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire
- DSM-5-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- DT: Distress Thermometer
- ECA: ensayos controlados aleatorizados
- ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status
- EVA: Escala Visual Analógica
- GSI: Global Severity Index
- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
- HCE: Historia clínica electrónica
- HUMS: Hospital Universitario Miguel Servet
- IMC: Índice de masa corporal
- IT: Inmunoterapia
- MST: Malnutrition Screening Tool
- OMS: Organización mundial de la salud
- PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9
- QT: Quimioterapia
- RT: Radioterapia
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- TH: tratamiento hormonal

RESUMEN

Introducción: La ansiedad y la depresión son frecuentes en pacientes con cáncer. Aunque su prevalencia ha sido estudiada, se desconoce su evolución durante el ingreso.

Objetivo: Analizar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados y los factores clínicos, funcionales, asistenciales y psicosociales asociados.

Material y métodos: Estudio observacional, unicéntrico, prospectivo, en planta de Oncología Médica del Hospital Miguel Servet (HUMS). Los pacientes completaron las escalas HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), DUKE (Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire) y CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Se recogieron variables clínicas y psicosociales durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes. La prevalencia de ansiedad al ingreso fue 47% (IC 95% 39-55%) y 43% (IC95% 35-51%) de depresión, reduciéndose al 40% (IC 95% 32-48%) y 39% (IC 95% 31-47%) al alta, respectivamente. La ansiedad basal se asoció a toma de ansiolíticos (29,5 % vs 13,6 %; $p=0,012$) y antidepresivos (25,6 % vs 11,4 %; $p=0,017$); la depresión basal al ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) ≥ 2 (64,7 % vs 42,1 %; $p=0,022$) y opiáceos (62 % vs 41,1 %; $p=0,008$). Al alta, se asoció mayor ansiedad con peor relación paciente-oncólogo (26,7 % vs 12,1 %; $p=0,022$), y mayor ansiedad ($r = -0.15$, $p=0,01$) y depresión ($r=0.3$, $p=0.001$) con menor apoyo social. Al alta, la astenia se asoció a mayor ansiedad (36,7 % vs 18,7 %; $p=0,013$) y depresión (35,6 % vs 19,6 %; $p=0,028$); el uso de ansiolíticos, con mayor ansiedad (28.3% vs 14.3%, $p=0.034$) y depresión (27.1% vs 15.2%, $p=0.074$); el uso de antidepresivos (30.5% vs 9.8%, $p=0.001$) y opiáceos (57.6% vs 39.1%, $p=0.026$) únicamente con mayor depresión.

Conclusiones: Los pacientes oncológicos ingresados presentan alta prevalencia de ansiedad y depresión. Una peor relación médico-paciente, menor apoyo social, astenia y toma de ansiolíticos se asociaron a mayor ansiedad y depresión; los antidepresivos y opiáceos sólo a depresión.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Psico-oncología, Apoyo social, Calidad asistencial.

ABSTRACT

Introduction: Anxiety and depression are common in cancer patients. Although their prevalence has been studied, their course during hospitalization is unknown.

Aim: To analyze the prevalence of anxiety and depression in hospitalized cancer patients and the associated clinical, functional, healthcare, and psychosocial factors.

Material and methods: A single-center, prospective, observational study was conducted in the Medical Oncology Department of Miguel Servet Hospital (HUMS). Patients completed Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (DUKE), and Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS). Clinical and psychosocial variables were collected during admission.

Results: 166 patients were included. The prevalence of anxiety at admission was 47% (95% CI: 39–55%) and depression 43% (95% CI: 35–51%), decreasing at discharge to 40% (95% CI: 32–48%) and 39% (95% CI: 31–47%), respectively. Baseline anxiety was associated with the use of anxiolytics (29.5% vs 13.6%; $p=0.012$) and antidepressants (25.6% vs 11.4%; $p=0.017$); baseline depression with ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) ≥ 2 (64.7% vs 42.1%; $p=0.022$) and opioid (62% vs 41.1%; $p=0.008$). At discharge, higher anxiety was associated with a poorer patient-oncologist relationship (26.7% vs 12.1%; $p=0.022$), and higher anxiety ($r=-0.15$, $p=0.01$) and depression ($r=0.3$, $p=0.001$) with lower social support. At discharge, fatigue was associated with increased anxiety (36.7% vs 18.7%; $p=0.013$) and depression (35.6% vs 19.6%; $p=0.028$); the use of anxiolytics, to greater anxiety (28.3% vs 14.3%; $p=0.034$) and depression (27.1% vs 15.2%; $p=0.074$); the use of antidepressants (30.5% vs 9.8%; $p=0.001$) and opioids (57.6% vs 39.1%; $p=0.026$) only with greater depression.

Conclusion: Hospitalized cancer patients have a high prevalence of anxiety and depression. A poorer doctor-patient relationship, less social support, fatigue, and the use of anxiolytics were associated with greater anxiety and depression; antidepressants and opioids were associated only with depression.

Keywords: Anxiety, Depression, Psycho-oncology, Social support, Quality of care.

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos mentales más prevalentes en la población general y representan una carga significativa para los sistemas de salud. Ambos son los trastornos psicológicos más comunes en pacientes con cáncer, independientemente del estadio de la enfermedad, el sitio primario del cáncer y la fase del tratamiento (1). Los síntomas pueden variar desde estados no patológicos, como inquietudes, preocupación, sensación de incertidumbre, tristeza y mayores niveles de desesperanza, hasta trastornos de ansiedad y depresivos propiamente dichos (1). Estos últimos se asocian con una angustia significativa y una discapacidad marcada, mala calidad de vida, aumento de los síntomas físicos, mala adherencia al tratamiento, mayor riesgo de suicidio (en personas con depresión), peor pronóstico y mayor mortalidad (2-5).

1.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

A nivel mundial, los trastornos de ansiedad y depresión tienen una alta prevalencia en la población general, con un número estimado de 264 millones de personas a nivel mundial (3,6% de la población mundial) viviendo con ansiedad y 322 millones (4,4% de la población mundial) viviendo con depresión en 2015 (6). La depresión está considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa de discapacidad global (7,5% de todos los años vividos con discapacidad en 2015), mientras que los trastornos de ansiedad ocupan el sexto lugar (3,4%) (2). La carga de estas enfermedades se está convirtiendo en un problema mundial cada vez más importante (7).

En España, de acuerdo con el informe anual del Sistema Nacional de Salud (SNS), el 34% de la población padece algún problema de salud mental, afección que supera el 40% en la población de 50 y más años y el 50% en los de 85 y más, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, los del sueño y los depresivos (9).

Una revisión sistemática con metaanálisis mostró que la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer fue del 27% (8). La prevalencia de ansiedad en estos pacientes muestra una gran variabilidad entre estudios, con valores entre el 29% y el 52% (8). Por lo tanto, es evidente que la concomitancia de depresión y cáncer es muy frecuente y

puede resultar muy incapacitante para los pacientes (1). Todo ello posiciona a la ansiedad y depresión en el paciente oncológico en un problema de salud con gran prevalencia y consumo de recursos en el SNS.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER

El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional. En 2022, se diagnosticaron aproximadamente 18,7 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo, y se estima que esta cifra aumentará a 32,6 millones en 2050, excluyendo los tumores cutáneos no melanoma (65). En España, según la Red Española de Registros de Cáncer, se prevé que en el año 2025 se diagnostiquen 296.103 nuevos casos, lo que representa un incremento respecto al año anterior (65). La prevalencia también continúa en aumento, debido tanto a la mejora en la supervivencia como al envejecimiento poblacional. A nivel global, la prevalencia a cinco años del diagnóstico supera ya los 49 millones de personas (65).

En el informe del SNS, en 2022, 1.7 personas por cada mil habitantes han sido diagnosticada a lo largo de su vida de un tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón; siendo la incidencia más del doble en hombres que en mujeres (2.4 frente a 1.1) (9). Los tumores malignos de colon y recto aparecen registrados en 6.6 de cada 1.000 personas, destacando que en personas de 65 y más años este proceso ha sido diagnosticado a 3 de cada 100 hombres y a 2 de cada 100 mujeres, siendo la prevalencia ajustada por edad de 6.2 casos por cada 1000 habitantes (9). Cuatro de cada 100 mujeres de 65 y más años reciben un diagnóstico de un tumor maligno de mama, con una incidencia ajustada por edad de 15.5 casos por cada 1000 mujeres (9).

1.3. IMPACTO CLÍNICO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER

En los pacientes con cáncer, los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión adquieren una relevancia clínica fundamental por su elevada prevalencia, impacto funcional y capacidad de interferir en el curso del tratamiento oncológico. Su expresión clínica, fisiopatología y curso pueden diferir significativamente de los observados en la

población general, lo que exige una aproximación diagnóstica y terapéutica adaptada al contexto biomédico y psicosocial del paciente oncológico (1,10).

1.3.1. Manifestaciones clínicas específicas en oncología

El diagnóstico de ansiedad o depresión en este grupo de pacientes presenta múltiples desafíos, dado que los síntomas somáticos inespecíficos como la fatiga, el insomnio, la pérdida de apetito o la disminución del rendimiento funcional pueden atribuirse tanto a la enfermedad oncológica como a sus tratamientos, lo que conlleva una frecuente infra detección de los trastornos ansioso-depresivos (11).

Además, se identifican formas clínicas particulares como el miedo a la progresión o a la recaída que, si bien no son entidades diagnósticas *per se*, presentan elevada prevalencia (hasta el 50% de los supervivientes oncológicos) y pueden evolucionar hacia trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (1, 12).

También debe considerarse el síndrome de desmoralización, caracterizado por desesperanza, sentimiento de impotencia, pérdida de sentido vital y deseo anticipado de muerte, con prevalencias estimadas en torno al 25-30% en pacientes en fases avanzadas, siendo clínicamente distinto a la depresión mayor, aunque con solapamientos relevantes (13,14). La principal diferencia entre ambas radica en que la depresión cursa con anhedonia como síntoma principal, que no encontraremos en el síndrome de desmoralización (14). Existen intervenciones específicas, como la terapia de Manejo del Cáncer y Vida Significativa (CALM), que han demostrado ser eficaces en la reducción de la desmoralización, especialmente en pacientes con niveles moderados de ansiedad ante la muerte (13).

1.3.2. Repercusiones clínicas y pronósticas

Los trastornos afectivos no sólo generan sufrimiento emocional, sino que inciden directamente en el pronóstico oncológico: disminuyen la adherencia terapéutica, aumentan la percepción de los efectos adversos, deterioran la funcionalidad global y, en el caso de la depresión, se asocian con menor supervivencia y mayor riesgo de suicidio, especialmente en el primer año tras el diagnóstico (2,24,25).

El riesgo de suicidio entre los pacientes con cáncer es cuatro veces mayor que el de la población general, siendo más relevante en pacientes con cáncer de pulmón, próstata, páncreas y cabeza y cuello (26,27). El riesgo relativo de suicidio disminuye para la mayoría de los pacientes con seguimiento más de 5 años después del diagnóstico (26), pero sin embargo este riesgo se incrementa significativamente en contextos de dolor mal controlado, dependencia funcional y aislamiento social (24,27).

1.4. FACTORES DE RIESGO

Diversos factores de riesgo han sido implicados en el desarrollo de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer, agrupándose en tres grandes categorías: individuales (sexo femenino, edad temprana, antecedentes psiquiátricos, estilo de apego inseguro, baja autoestima o escasa percepción de propósito vital), clínicos (enfermedad en la fase aguda del diagnóstico o en estadios avanzados, tumores con alta carga sintomática como páncreas, pulmón o cabeza y cuello, toxicidades del tratamiento, dolor crónico o síntomas refractarios), y psicosociales (situación laboral inestable, ausencia de red de apoyo, precariedad económica, aislamiento social y dificultades en la comunicación médico-paciente) (10,18-21).

En los últimos años, se ha evidenciado la participación de mecanismos neurobiológicos como la inflamación crónica, la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, y la disfunción del metabolismo de serotonina y glutamato como factores fisiopatológicos comunes al cáncer y a los trastornos afectivos. El aumento de citocinas proinflamatorias como la Interleucina-6 o el factor de necrosis tumoral alfa ha sido vinculado con síntomas depresivos en pacientes oncológicos, particularmente en aquellos con tumores inflamatorios o con alta carga tumoral (22,23).

1.5. ABORDAJE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico precoz de síntomas afectivos en pacientes con cáncer hospitalizados es fundamental para un abordaje integral del paciente. Para su identificación, existen criterios diagnósticos estandarizados de referencia que permiten una definición clínica precisa de estos cuadros. Entre los más reconocidos se encuentran el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE-11 (Clasificación

Internacional de Enfermedades de la OMS) (15,16). No obstante, estos criterios, si bien son fundamentales desde un punto de vista teórico y clasificatorio, resultan en muchos casos complejos y poco operativos en la práctica clínica habitual, especialmente en contextos hospitalarios o de alta carga asistencial. Por este motivo, en el ámbito clínico se recurre habitualmente a instrumentos de cribado validados, que permiten identificar de manera rápida y fiable la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, facilitando así una intervención temprana y ajustada a las necesidades del paciente.

1.5.1. Criterios diagnósticos: DSM-5-TR y CIE-11

En el caso de la depresión mayor, ambos sistemas coinciden en la necesidad de síntomas nucleares como estado de ánimo deprimido o anhedonia, durante un mínimo de dos semanas (15-17).

- El DSM-5-TR, requiere al menos cinco de nueve síntomas, incluyendo alteraciones en sueño, apetito, concentración, energía, autoestima y pensamientos suicidas, con impacto funcional clínicamente significativo (15).
- La CIE-11, por su parte, permite una evaluación más flexible, introduciendo la desesperanza como criterio relevante y clasificando la intensidad en leve, moderada o grave, lo que puede facilitar su aplicación en el entorno clínico oncológico (16).

En los trastornos de ansiedad, tanto el DSM-5-TR como la CIE-11 incluyen entidades como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y los trastornos de adaptación (15-17).

- El DSM-5-TR, exige una preocupación excesiva difícil de controlar durante ≥ 6 meses, asociada a al menos tres síntomas como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o insomnio (15).
- La CIE-11, con menor exigencia temporal (“varios meses”), añade criterios fisiológicos como la hiperactivación autonómica (taquicardia, sudoración, temblores), muy prevalente en pacientes con cáncer, donde los síntomas somáticos se superponen frecuentemente con el cuadro clínico emocional (16).

Ambos sistemas reconocen, además, los trastornos de adaptación con ánimo depresivo o ansioso, frecuentes en el contexto del diagnóstico oncológico. Estos cuadros pueden generar un elevado impacto clínico y funcional si no se identifican y tratan precozmente (15-17).

1.5.2. Herramientas de cribado validadas para ansiedad y depresión

Como se ha mencionado previamente, disponemos de herramientas de cribado validadas, que discriminan la sintomatología emocional del impacto somático del proceso oncológico. La escala seleccionada para nuestro estudio es la escala HADS, validada en población oncológica y hospitalaria. Otras escalas desarrolladas con este mismo propósito, son el Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y el Distress Thermometer (DT) (8,39-52).

La escala HADS, utilizada para el cribado de síntomas de ansiedad y depresión, es una escala especialmente útil en el ámbito hospitalario (39,44). Consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D), con 7 ítems cada una. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, lo que permite una puntuación total por subescala de entre 0 y 21 puntos. La sintomatología se clasifica como leve (0–7 puntos), moderada (8–14 puntos) y grave (15–21 puntos) (39,42-44). La escala HADS ha demostrado buena validez y fiabilidad en múltiples estudios y ha sido validada específicamente en población oncológica (8,40,41). A diferencia de otras escalas, evita ítems que evalúan síntomas somáticos (como la fatiga o la pérdida de apetito), minimizando así el riesgo de falsos positivos en pacientes con enfermedad física (39,42). Por este motivo, se ha convertido en una de las herramientas de cribado más utilizadas en entornos hospitalarios y unidades de oncología, tanto en investigación como en práctica clínica (8,42,44). Anexo I.

La escala BSI-18 es un cuestionario de cribado de sintomatología psicológica compuesto por 18 ítems distribuidos en tres subescalas: ansiedad, depresión y somatización. Cada ítem se puntúa de 0 (nada) a 4 (extremadamente), permitiendo el cálculo de un índice global de gravedad (GSI). Una puntuación total ≥ 63 en el GSI o en al menos dos subescalas se considera indicativa de sintomatología clínica significativa. Si bien ha

demostrado adecuadas propiedades psicométricas, con buena consistencia interna y validez estructural en población con cáncer, su utilidad en oncología puede verse limitada por la inclusión de síntomas somáticos inespecíficos, que pueden confundirse con efectos de la enfermedad o del tratamiento (45-47).

La escala PHQ-9 permite detectar depresión mayor mediante 9 ítems basados en los criterios del DSM-5. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, obteniendo una puntuación total que oscila entre 0 y 27. Los puntos de corte se agrupan en mínima (1–4), leve (5–9), moderada (10–14), moderadamente grave (15–19) y grave (20–27), siendo ≥ 10 el umbral clínico más utilizado para depresión mayor. En pacientes con muchos síntomas somáticos derivados de la enfermedad y el tratamiento oncológico, puede generar sobreestimación, aunque es útil para el seguimiento (48,49).

La escala DT consiste en una escala visual de 0 a 10 para valorar el distrés emocional en la última semana. Se acompaña de un listado de problemas físicos, emocionales, familiares, prácticos y espirituales. Un valor ≥ 4 se considera clínicamente significativo. Es útil como herramienta inicial de cribado, ya que tiene alta sensibilidad, pero baja especificidad, por lo que requiere confirmación mediante otras escalas estructuradas (50-52).

Tabla 1. Comparativa de escalas para ansiedad y depresión en pacientes oncológicos.

Escala	Nº de ítems	Dominios evaluados	Formato de respuesta	Puntos de corte habituales	Ventajas	Limitaciones
HADS	14	Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D)	Likert (0–3 por ítem)	0–7 (leve), 8–14 (moderada), 15–21 (grave)	No incluye síntomas somáticos; validada en oncología	No explora aspectos sociales ni espirituales
BSI-18	18	Ansiedad, Depresión, Somatización, GSI	Likert (0–4 por ítem)	GSI ≥ 63 o ≥ 2 subescalas ≥ 63	Evaluación amplia de síntomas; estandarizada	Incluye síntomas físicos; posible solapamiento clínico

DT	1 (termómetro) + checklist	Distrés emocional (escala 0–10) + problemas físicos, emocionales, familiares y espirituales	Escala visual analógica + checklist problemas	≥4 (sospecha de distrés clínico)	Rápida y fácil de aplicar	Sensibilidad alta, especificidad baja
PHQ-9	9	Depresión (criterios DSM)	Likert (0–3 por ítem)	1-4 (mínima), 5-9 (leve), 10-14 (moderada), 15-19 (grave), 20-27 (grave)	Basada en DSM; útil para seguimiento	Puede sobrestimar por carga somática en pacientes con cáncer

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale/ BSI-18: Brief Symptom Inventory-18/ DT: Distress Thermometer /PHQ-9: Psychosocial Screen for Cancer / GSI: Global Severity Index / DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

1.5.3. Abordaje diagnóstico de ansiedad y depresión específico en oncología

Diversas guías clínicas recomiendan el cribado sistemático del distrés emocional como parte de la práctica clínica habitual en las consultas de oncología médica. La Sociedad Europea de Oncología Médica propone considerarlo como la “sexta constante vital”, mientras que Sociedad Americana de Oncología Clínica promueve un modelo de atención escalonada en función de la intensidad sintomática, con intervenciones progresivamente más intensivas (1,10).

1.5.4. Evaluación psicosocial y funcional del paciente con cáncer

Además de las escalas específicas para la detección de ansiedad y depresión, es fundamental incorporar herramientas complementarias que permitan evaluar otras dimensiones relevantes en la vivencia del paciente oncológico durante la hospitalización. En nuestro estudio, se han utilizado instrumentos validados que exploran el apoyo social, la satisfacción con la atención médica percibida, el estado funcional, la comorbilidad y el riesgo nutricional, todos ellos factores potencialmente moduladores del estado emocional y de la adaptación al ingreso.

El apoyo social, es un factor clave en el bienestar emocional del paciente oncológico y un componente esencial en su proceso de adaptación (54). Se trata de un factor protector reconocido frente al distrés emocional, especialmente en contextos de enfermedad grave como el cáncer (69). Una percepción adecuada de apoyo afectivo y práctico puede amortiguar el impacto emocional del ingreso hospitalario, mientras que su ausencia se asocia con un mayor riesgo de ansiedad y depresión (76). En nuestro estudio, hemos incorporado la escala DUKE-UNC-11 para medir el apoyo social percibido, se evalúa mediante 11 ítems puntuados de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo), con una puntuación total entre 11 y 55 puntos. Valora aspectos como el afecto, la disponibilidad de ayuda práctica y la posibilidad de compartir preocupaciones. El punto de corte es de ≥ 32 puntos para apoyo social normal, y < 32 puntos para bajo apoyo social. Esta herramienta ha demostrado una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach $> 0,85$) en diversas poblaciones, y se ha validado específicamente en población española (53,54). Anexo II.

La relación médico paciente, también influye de forma significativa en la experiencia emocional del paciente oncológico, especialmente durante la hospitalización (55). Una relación médico-paciente percibida como adecuada, basada en una comunicación efectiva, empatía y accesibilidad, se asocia con una mayor adherencia terapéutica, mayor satisfacción con la atención recibida y niveles más bajos de ansiedad y depresión (71,73). En cambio, una experiencia negativa en este ámbito puede actuar como factor estresante adicional durante la hospitalización, intensificando el distrés psicológico (71, 73). Para valorar la satisfacción del paciente con la atención médica recibida, empleamos la escala CAHPS, que evalúa aspectos como la comunicación con el equipo médico, la accesibilidad y el trato percibido. Esta escala no dispone de puntos de corte estandarizados en su versión original. Sin embargo, estudios psicométricos han confirmado su validez y fiabilidad en diversas poblaciones, incluida la española (55). Anexo III.

La comorbilidad del paciente, representa un indicador clínico relevante en el abordaje integral del paciente oncológico, ya que puede condicionar tanto el pronóstico como la vivencia emocional de la enfermedad (57). Un mayor número o gravedad de

enfermedades crónicas coexistentes se ha asociado con un incremento del distrés psicológico, al generar una mayor percepción de vulnerabilidad, dependencia funcional y sobrecarga física y emocional, pudiendo actuar como un factor de riesgo añadido para el desarrollo o mantenimiento de síntomas ansiosos y depresivos durante el ingreso hospitalario (72). En nuestro estudio, la comorbilidad se evaluó mediante la Escala de Charlson, consta de 19 ítems correspondientes a afecciones médicas, que se ponderan para proporcionar una puntuación total de la suma de las diferentes patologías. La comorbilidad se clasificó como ausencia de comorbilidad (0 puntos), baja comorbilidad (1-2 puntos), comorbilidad intermedia (3-4 puntos) y alta comorbilidad (≥ 5 puntos). Ha demostrado buena capacidad predictiva sobre la supervivencia a corto y largo plazo (56,57). Anexo IV.

El estado funcional, constituye un pilar fundamental en la evaluación clínica del paciente oncológico, ya que refleja su grado de autonomía, tolerancia al tratamiento y vulnerabilidad física (60,61). Desde el punto de vista psicológico, una mayor limitación funcional se ha relacionado con un mayor distrés emocional, debido al impacto que genera en la percepción de control, dependencia y pérdida de rol social (73). Esta situación puede favorecer la aparición de síntomas de ansiedad y depresión durante el ingreso hospitalario, especialmente en pacientes con deterioro progresivo. En nuestro estudio, el estado funcional se valoró mediante la escala ECOG, se clasifica como: actividad completa (ECOG 0), limitación leve (ECOG 1), limitación moderada (ECOG 2), dependencia parcial (ECOG 3), dependencia total (ECOG 4) y fallecimiento (ECOG 5) (60, 61). Anexo V.

El riesgo nutricional, representa la última de las variables valoradas en nuestro estudio para la valoración integral del paciente oncológico. La desnutrición, secundaria en este contexto a la pérdida de peso involuntaria y a la disminución de apetito, puede condicionar la evolución clínica del paciente, y se considera un predictor independiente de supervivencia en los pacientes con cáncer (59). Esta situación puede actuar como un desencadenante o amplificador del distrés psicológico, favoreciendo la aparición o persistencia de síntomas de ansiedad y depresión (75). La herramienta MST (Malnutrition Screening Tool), utilizada en nuestro estudio para la valoración del riesgo

nutricional, se compone de dos preguntas dirigidas a identificar la pérdida de peso reciente no intencionada y disminución del apetito. La puntuación total se obtiene sumando los valores asignados a cada respuesta, con un rango de 0 a 5 puntos. El riesgo nutricional se clasificó como ausencia de riesgo (0–1 puntos) y riesgo de malnutrición (≥ 2 puntos) (58,59). Anexo VI.

La evaluación de todas estas variables mediante la integración de estas escalas permite una visión más holística del paciente y facilita la detección de factores que podrían modular su respuesta emocional durante la hospitalización.

1.6. ABORDAJE TERAPÉUTICO

Las modalidades psicoterapéuticas y psicofarmacológicas son eficaces, pero la farmacoterapia puede ser más efectiva para la ansiedad o depresión grave, mientras que los pacientes con síntomas leves a moderados pueden beneficiarse de la psicoterapia utilizada de manera independiente (28-30).

Entre las modalidades psicoterapéuticas primarias se incluyen psicoeducación, terapia de apoyo o asesoramiento, terapia basada en la atención plena (incluyendo reducción del estrés basada en la atención plena), terapia cognitiva basada en la atención plena (31,32), terapia cognitivo-conductual, terapia de resolución de problemas, terapia interpersonal y modalidades de terapia expresiva de apoyo (1,10,33). Para pacientes con cáncer avanzado y ansiedad o depresión, la psicoterapia grupal expresiva de apoyo, la terapia centrada en el significado, la terapia de la dignidad y la terapia CALM, representan ejemplos de terapias esenciales de primera línea para las cuales hay datos de ensayos controlados aleatorios (ECA) disponibles (13,34,35).

El tratamiento psicofarmacológico de la depresión en pacientes con cáncer consiste principalmente en fármacos antidepresivos (1). Las guías no recomiendan un fármaco frente a otro, la elección debe basarse en los perfiles de efectos adversos de los medicamentos, la tolerabilidad del tratamiento, la interacción con otros medicamentos y la respuesta al tratamiento previo (10,36). A pesar de ello, los antidepresivos más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como sertralina

o escitalopram, y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como venlafaxina (37). La mirtazapina se considera especialmente útil en presencia de insomnio o pérdida de peso significativa (37,38). Muchos pacientes que reciben tratamientos anticancerígenos sistémicos reciben ansiolíticos para prevenir y tratar las náuseas, como lorazepam, olanzapina y proclorperazina, sin embargo, los datos que respaldan su uso como ansiolíticos en el contexto oncológico son claramente inexistentes (1,10). La elección del tratamiento debe basarse en una decisión compartida entre oncólogo, psico-oncólogo y paciente (1).

1.7. ESTADO ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed y Web of Science sobre ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados reveló más de 1,200 publicaciones a nivel mundial en los últimos cinco años. No obstante, menos de 100 de estos estudios se llevaron a cabo en España, y pocos de ellos evaluaron simultáneamente ambos trastornos en un marco hospitalario. Concretamente, no hay estudios con una metodología prospectiva que analicen la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados. Además, los artículos revisados sugieren que la ansiedad y la depresión no solo impactan en la salud emocional, sino también en los resultados clínicos, aumentando las comorbilidades como dolor, fatiga y afectación funcional. Además, afecta a la adherencia al tratamiento y prolonga las hospitalizaciones en los pacientes con cáncer (8).

Diferentes estudios han señalado que la comorbilidad entre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer es frecuente y que su prevalencia puede variar según variables sociodemográficas y clínicas, como el sexo, la edad, el tipo de ingreso u otras variables clínicas (8,40).

1.8. RELEVANCIA

La importancia de este estudio radica en su contribución al conocimiento sobre la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados con cáncer en España. Los resultados de este proyecto podrían servir como base para diseñar intervenciones específicas dirigidas a mejorar la salud mental

de esta población, alineándose con los objetivos de salud pública establecidos por la Estrategia Nacional de Salud Mental (62). En el ámbito europeo, el proyecto también es consistente con las líneas estratégicas de la Misión Cáncer del programa Horizonte Europa, que prioriza la investigación en áreas que mejoren la calidad de vida de los pacientes oncológicos (63).

Además, la investigación responde a las prioridades marcadas por la OMS en su agenda de salud mental, que destaca la necesidad de integrar el cuidado emocional en la atención médica general, especialmente en entornos de alta presión como los hospitales (64). En el marco de la Agenda 2030, este estudio también contribuye al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.4, que busca reducir un tercio de la mortalidad prematura a través de la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental (64).

Por lo tanto, nuestro estudio no solo responde a una necesidad científica, sino que también contribuye al desarrollo de estrategias de salud pública que promuevan la equidad y la eficacia en la prevención de la ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer.

2. HIPÓTESIS

La ansiedad y la depresión son dos patologías frecuentes en los pacientes con cáncer ingresados existiendo una serie de factores modificables que impactan en su aparición.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en una cohorte de pacientes con cáncer ingresados a cargo del servicio de oncología médica.

3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Analizar cómo se modifica la prevalencia de ansiedad y depresión a lo largo del ingreso hospitalario.
- Caracterizar los factores relacionados con la enfermedad oncológica asociados a la presencia de ansiedad y depresión.
- Evaluar la relación entre la continuidad asistencial en la aparición de ansiedad y depresión.
- Evaluar la influencia de la relación médico-paciente en la aparición de ansiedad y depresión.
- Estudiar cómo afecta la presencia de ansiedad y depresión en los resultados de salud durante el ingreso.
- Evaluar la relación entre el soporte sociofamiliar y la aparición de ansiedad y depresión.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, unicéntrico, prospectivo llevado a cabo en la unidad de hospitalización del servicio de oncología médica del HUMS entre los meses de enero y junio del año 2025.

4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

4.2.1. Criterios de inclusión

- Edad superior a 18 años.
- Pacientes que firman el consentimiento informado.
- Diagnóstico de neoplasia de órgano sólido al menos 1 mes antes del ingreso actual.

4.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que ingresen en situación terminal o con una expectativa de vida menor de 72 horas.
- Alteración neuro-psiquiátrica que impida la adecuada valoración.
- Diagnóstico previo a la enfermedad oncológica de trastorno ansioso o depresivo grave.

4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

4.3.1. Variables descriptivas

- Variables sociodemográficas: Edad (mes y año de nacimiento), sexo (hombre/mujer), espiritualidad (creyente/no creyente), estado civil (casado/emparejado/soltero/viudo/divorciado).
- Variables antropométricas: Peso (kg), talla (m), índice de masa corporal (IMC): peso/talla².

4.3.2. Variables relacionadas con la enfermedad

- Variables relacionadas con la enfermedad oncológica: Fecha de diagnóstico (día/mes/año), tiempo desde el diagnóstico (meses), tumor primario (digestivo alto/ digestivo bajo/ pulmón/ mama/ ginecológico/ urológico/ cabeza y cuello/ cerebral/ cutáneo/ sarcoma), localización tumoral (localizado/metastásico), estadio tumoral (I/II/III/IV), intención del tratamiento oncológico (curativo /paliativo), expectativa de vida a juicio del oncólogo (< 6 meses/ 6-12 meses/ > 12 meses), tratamiento activo (si/no), tipo de tratamiento activo (quimioterapia (QT)/ inmunoterapia (IT)/ anticuerpo monoclonal/ terapia dirigida/ Terapia Hormonal (TH)/ antiangiogénico/ ECA/ radioterapia (RT), situación de la enfermedad tumoral en la última valoración (respuesta parcial/respuesta completa/ enfermedad estable progresión / inicio de tratamiento).
- Variables médicas: Antecedentes personales de ansiedad o depresión (si/no), tratamiento con ansiolíticos (si/no), tratamiento con antidepresivos (si/no), tratamiento con opiáceos (si/no).

4.3.3. Variables relacionadas con el ingreso

- Tipo de ingreso (programado/ urgente), edad al ingreso (años), motivo del ingreso (infección/ mal control de síntomas tumorales/ mal control de dolor/ toxicidad del tratamiento/ tromboembólico/ hemorrágico/ intolerancia oral/ compresión medular/ complicación digestiva/ otros).
- Sintomatología durante el ingreso: Dolor (si/no), dolor (Escala Visual Analógica (EVA)), náuseas y vómitos (si/no), diarrea (si/no), estreñimiento (si/no), astenia (si/no), insomnio (si/no), somnolencia (si/no), anorexia (si/no), intolerancia oral/disfagia (si/no), disnea (si/no), tos (si/no), fiebre (si/no), sangrado (si/no).
- Continuidad asistencial (si/no).
- Exitus (si/no), causa del exitus (progresión tumoral/otros).
- Estancia hospitalaria: Fecha de alta/exitus, fecha de ingreso, tiempo de ingreso (días).
- Destino al alta (domicilio /traslado hospitalario/exitus).

4.3.4. Variables funcionales, psicosociales y emocionales

- Evaluación del estado emocional: Escala HADS.
 - La puntuación total por subescala (ansiedad y depresión) oscila entre 0 y 21 puntos. La sintomatología se clasifica como leve (0–7 puntos), moderada (8–14 puntos) y grave (15–21 puntos).
- Evaluación del apoyo social: Escala DUKE-UNC-11.
 - La percepción del apoyo social se clasifica como normal (≥ 32 puntos) y bajo (< 32 puntos).
- Evaluación de la calidad asistencial: Escala CAHPS.
 - Esta escala no dispone de puntos de corte estandarizados y su interpretación se realiza mediante mediciones. En nuestro proyecto se estableció una clasificación específica para facilitar la interpretación de los resultados. Así, la satisfacción se categorizó como alta (≥ 26 puntos), moderada (21–25 puntos) y baja (≤ 20 puntos).
- Evaluación de la comorbilidad: Escala de Charlson.
 - La comorbilidad se clasifica como ausente (0 puntos), baja (1-2 puntos), intermedia (3-4 puntos) y alta (≥ 5 puntos).
- Evaluación del riesgo nutricional: Herramienta MST.
 - El riesgo nutricional se clasifica como ausencia de riesgo (0–1 puntos) o riesgo de malnutrición (≥ 2 puntos).
- Evaluación del estado funcional: Escala ECOG.
 - El estado funcional se clasifica como actividad completa (ECOG 0), limitación leve (ECOG 1), limitación moderada (ECOG 2), dependencia parcial (ECOG 3), dependencia total (ECOG 4) y fallecimiento (ECOG 5).

Todas estas escalas han sido previamente mencionadas y explicadas en el apartado 1.4.

4.4. PROCEDIMIENTOS y FUENTES DE INFORMACIÓN

4.4.1. Procedimientos

Se reclutaron de manera consecutiva todos los pacientes que ingresaron en la unidad de hospitalización de oncología médica del HUMS, y aceptaron entrar en el estudio, entre los meses de febrero y abril del año 2025. Se ofreció la participación a todo paciente de nuevo ingreso en las primeras 48 horas desde su llegada a planta de oncología médica. Esto incluyó a los pacientes provenientes de otros servicios que son trasladados al servicio de oncología, siempre y cuando no hubieran estado previamente durante el mismo ingreso en la planta de oncología más de 48 horas. Si el paciente aceptaba participar en el estudio, se le entregaba para su firma el consentimiento informado y tras haber otorgado su consentimiento, se le hacía entrega del cuaderno de cuestionarios para que lo cumplimentara de manera autónoma.

La continuidad asistencial se definió como la asistencia de un paciente por un mismo facultativo durante al menos el 80% de las jornadas laborales o por dos personas únicamente que entre las dos sumen al menos el 95% de las jornadas.

La ansiedad/depresión se evaluó mediante la escala HADS, la relación médico-paciente mediante la escala CAHPS y el soporte social mediante la escala DUKE-UNC-11. Todas previamente validadas y traducidas al castellano. Al ingreso se cumplimentaba el cuestionario HADS y DUKE-UNC-11. El día del alta se cumplimentaba de nuevo el cuestionario HADS y el CAHPS.

4.4.2. Fuentes de información

Las variables sociodemográficas, antropométricas y cuestionario MST, se recogieron mediante entrevista directa con el paciente. Los cuestionarios validados (HADS, DUKE-UNC, CAHPS) fueron completados por el paciente de manera autónoma. Las variables relativas a la enfermedad tumoral, ingreso hospitalario, escala de comorbilidad de Charlson, ECOG, resultados clínicos (incluyendo destino al alta, tiempo de estancia, etc.) se recogieron revisando la historia clínica electrónica del paciente (HCE). La continuidad

asistencial también se evaluó revisando los evolutivos del episodio correspondiente en la HCE.

4.4.3. Tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa Epidat versión 4.2. Se estableció un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño de 1, una prevalencia estimada del 30% y una población total de 60.000 pacientes (pacientes con cáncer en Aragón según datos del informe anual de la Sociedad Española de Oncología Médica) (65). Para obtener una prevalencia con una precisión del 7% se requirió un tamaño muestral total de 165 pacientes.

4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.5.1. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas. Las variables cuantitativas se expresaron mediante valores de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico) en función de su distribución normal o no normal. Las variables cualitativas se mostraron como número total y porcentajes. Se calcularon intervalos de confianza al 95%. La normalidad de las variables se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff o el test de Saphiro-Wilk en función del tamaño muestral.

4.5.2. Análisis inferencial

El análisis inferencial se ha llevado a cabo mediante test paramétricos (ANOVA para muestras independientes) o no paramétricos (Kruskal Wallis para la comparación entre los grupos en función del grupo de tratamiento) en función de la normalidad o no de las variables. Las variables cualitativas se compararon entre grupos mediante el test de Chi cuadrado con las correcciones oportunas en caso de bajos tamaños muestrales (corrección de Fisher). La asociación entre las variables cuantitativas se evaluó mediante análisis de correlación con el test de la p de Pearson. La implicación de las diferentes variables se estudió mediante un modelo de regresión logística respecto a la variable principal (diagnóstico de depresión/ansiedad).

El análisis estadístico se llevó a cabo con el software Jamovi v 2.6.26, basado en el lenguaje estadístico R.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

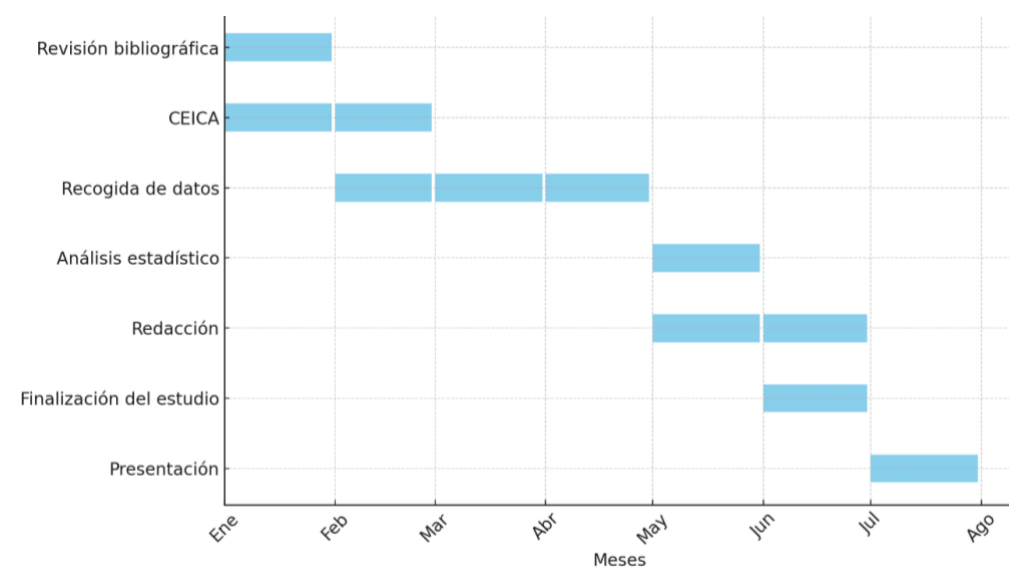
Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Aragón (CEICA) con el código PI25/018. Anexo VII. El consentimiento informado fue firmado por todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio. La recogida de datos se realizó de forma pseudoanonimizada. Este estudio no conllevó riesgo para los participantes incluidos.

4.7. CRONOGRAMA

La duración del estudio fue de 6 meses, desde enero del 2025 a junio del 2025.

- Revisión bibliográfica: Enero 2025
- Entrega al CEICA: Enero y febrero 2025
- Periodo de recogida de datos: Febrero, marzo y abril de 2025
- Análisis estadístico y de variables: Mayo 2025
- Redacción de conclusiones: Mayo y junio de 2025.
- Finalización del estudio: Junio 2025
- Presentación ante el tribunal del Máster de Iniciación a la Investigación en Medicina: Julio 2025

Figura 1. Diagrama de Gantt (Cronograma).



5. RESULTADOS

5.1. BLOQUE I. DESCRIPTIVO, TASA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN AL INGRESO

Se incluyeron un total de 166 pacientes con diagnóstico previo de cáncer, con una edad media de 63.8 (± 12) años. La mayoría eran varones (55.4%) y estaban casados (73.5%). Un 65.1% refería alguna forma de espiritualidad activa. En cuanto a la comorbilidad, predominó el grado alto (78.3%). Respecto al estado funcional, la mayoría de los pacientes eran un ECOG 1 (42.2%), seguidos de un ECOG 2 (31.3%). En relación al índice de masa corporal, la categoría predominante fue el normopeso (50.6%), seguida del sobrepeso (33.7%). El 63.9% de los pacientes presentó riesgo nutricional según la escala MST. En el ámbito psicológico, el 14.5% referían antecedentes de ansiedad y el 9% de depresión, pero sin embargo el 21.1% recibía tratamiento ansiolítico y el 18.1% tratamiento antidepresivo. La mitad de los pacientes (50%) se encontraba en tratamiento con opiáceos. El resto de variables pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Características clínico – demográficas de la cohorte completa.

	Overall (N=166)
Sexo	
Hombre	92 (55.4%)
Mujer	74 (44.6%)
Edad	
Mean (SD)	63.8 (12)
Range	25.6 – 87.3
Estado civil	
Casado	122 (73.5%)
Divorciado	14 (8.4%)
Soltero	20 (12%)
Viudo	10 (6%)
Espiritualidad	
No	58 (34.9%)
Si	108 (65.1%)
Comorbilidad	
Alto	130 (78.3%)
Bajo	28 (16.9%)
Moderado	8 (4.8%)

ECOG	
0	10 (6%)
1	70 (42.2%)
2	52 (31.3%)
3	26 (15.7%)
4	8 (4.8%)
IMC	
Desnutrición	10 (6%)
Normopeso	84 (50.6%)
Obesidad I	8 (4.8%)
Obesidad II	5 (3%)
Obesidad III	3 (1.8%)
Sobrepeso	56 (33.7%)
MST	
Normal	60 (36.1%)
Riesgo	106 (63.9%)
Antecedentes de ansiedad	
No	142 (85.5%)
Si	24 (14.5%)
Antecedentes de depresión	
No	151 (91%)
Si	15 (9%)
Tratamiento ansiolítico	
No	131 (78.9%)
Si	35 (21.1%)
Tratamiento antidepresivo	
No	136 (81.9%)
Si	30 (18.1%)
Tratamiento opiáceo	
No	83 (50%)
Si	83 (50%)

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; IMC: Índice de masa corporal; MST: Malnutrition Screening Tool.

Del total de la muestra, la mayoría de los pacientes presentaban enfermedad metastásica (79.5%). La localización tumoral más frecuente fue el cáncer de pulmón (24.7%), seguido del tracto digestivo superior (21.7%) y del cáncer colorrectal (12.7%). La evolución media de la enfermedad fue de 28.3 meses. El 83.1% recibía tratamiento con intención paliativa, y la gran mayoría de los pacientes estaba en tratamiento activo (92.8%). La quimioterapia fue el tratamiento más habitual (64.5%), seguida de la

inmunoterapia (21.1%) y los anticuerpos monoclonales (19.3%). La radioterapia se administró en el 8.4% de los casos. En el momento de la valoración, predominaban los pacientes en situación estable (36.7%) o en progresión tumoral (34.9%). El resto de variables se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Características de la enfermedad oncológica de la cohorte completa.

	Overall (N=166)
Localizado/metastásico	
Localizado	34 (20.5%)
Metastásico	132 (79.5%)
Tiempo de evolución	
Mean (SD)	28.3 (47.2)
Range	0.3 – 411.0
Localización tumoral	
Pulmón	41 (24.7%)
Digestivo superior	36 (21.7%)
Colorrectal y ano	21 (12.7%)
Mama	20 (12.0%)
Cabeza y cuello	14 (8.4%)
Ginecológico	8 (4.8%)
Sarcoma	8 (4.8%)
Próstata	6 (3.6%)
Urotelial	6 (3.6%)
Melanoma	3 (1.8%)
Otros	3 (1.8%)
Estadio tumoral	
I	3 (1.8%)
II	18 (10.8%)
III	25 (15.1%)
IV	120 (72.3%)
Intención terapéutica	
Curativo	28 (16.9%)
Paliativo	138 (83.1%)
Expectativa de vida	
6-12 meses	44 (26.5%)
< 6 meses	47 (28.3%)
> 12 meses	75 (45.2%)
Tratamiento activo	
No	12 (7.2%)
Si	154 (92.8%)
QT	

No	59 (35.5%)
Si	107 (64.5%)
IT	
No	131 (78.9%)
Si	35 (21.1%)
Anticuerpo monoclonal	
No	134 (80.7%)
Si	32 (19.3%)
Terapia dirigida	
No	147 (88.6%)
Si	19 (11.4%)
Hormonoterapia	
No	162 (97.6%)
Si	4 (2.4%)
Antiangiogénico	
No	158 (95.2%)
Si	8 (4.8%)
ECA	
No	155 (93.4%)
Si	11 (6.6%)
RT	
No	152 (91.6%)
Si	14 (8.4%)
Situación de la enfermedad	
Enfermedad estable	61 (36.7%)
Inicio tratamiento	26 (15.7%)
Libre de enfermedad	1 (0.6%)
Progresión	58 (34.9%)
Respuesta parcial	14 (8.4%)
Respuesta completa	5 (3.0%)

QT: Quimioterapia; IT: Inmunoterapia; ECA: Ensayos Controlados Aleatorizados; RT: Radioterapia

De acuerdo con los resultados de la escala HADS al ingreso, el 47% (IC 95% 39-55%) de los pacientes presentaban un resultado compatible con ansiedad, mientras que el 43% (IC 95% 35-51%) tenían un resultado diagnóstico de depresión.

Se analizó la relación de las características basales con la presencia o no de ansiedad al ingreso. Los pacientes con ansiedad presentaban mayores tasas de consumo de ansiolíticos (29.5% vs 13.6%, $p=0.012$) y de antidepresivos (25.6% vs 11.4%, $p=0.017$)

respecto a los que no tenían ansiedad al ingreso. El resto de variables no mostró asociación estadísticamente significativa, se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Factores asociados a la presencia de ansiedad al ingreso.

	No (N=88)	Si (N=78)	Total (N=166)	p value
Sexo				0.102
Hombre	54 (61.4%)	38 (48.7%)	92 (55.4%)	
Mujer	34 (38.6%)	40 (51.3%)	74 (44.6%)	
Estado civil				0.677
Casado	62 (70.5%)	60 (76.9%)	122 (73.5%)	
Divorciado	8 (9.1%)	6 (7.7%)	14 (8.4%)	
Soltero	11 (12.5%)	9 (11.5%)	20 (12%)	
Viudo	7 (8%)	3 (3.8%)	10 (6%)	
Espiritualidad				0.934
No	31 (35.2%)	27 (34.6%)	58 (34.9%)	
Si	57 (64.8%)	51 (65.4%)	108 (65.1%)	
Comorbilidad				0.334
Bajo	18 (20.5%)	10 (12.8%)	28 (16.9%)	
Moderado	5 (5.7%)	3 (3.8%)	8 (4.8%)	
Alto	65 (73.9%)	65 (83.3%)	130 (78.3%)	
ECOG				0.794
0	6 (6.8%)	4 (5.1%)	10 (6%)	
1	39 (44.3%)	31 (39.7%)	70 (42.2%)	
2	28 (31.8%)	24 (30.8%)	52 (31.3%)	
3	12 (13.6%)	14 (17.9%)	26 (15.7%)	
4	3 (3.4%)	5 (6.4%)	8 (4.8%)	
IMC				0.620
Desnutrición	3 (3.4%)	7 (9%)	10 (6%)	
Normopeso	47 (53.4%)	37 (47.4%)	84 (50.6%)	
Obesidad I	5 (5.7%)	3 (3.8%)	8 (4.8%)	
Obesidad II	2 (2.3%)	3 (3.8%)	5 (3%)	
Obesidad III	1 (1.1%)	2 (2.6%)	3 (1.8%)	
Sobrepeso	30 (34.1%)	26 (33.3%)	56 (33.7%)	
MST				0.950
Normal	32 (36.4%)	28 (35.9%)	60 (36.1%)	
Riesgo	56 (63.6%)	50 (64.1%)	106 (63.9%)	
Tiempo de evolución				0.253
Mean (SD)	32.3 (56.1)	23.9 (34.6)	28.4 (47.3)	
Range	0.3 – 411	0.7 – 194.5	0.3 – 411	
Tipo de tumor				0.994
Cabeza y cuello	9 (10.2%)	5 (6.4%)	14 (8.4%)	
Colorrectal y ano	11 (12.5%)	10 (12.8%)	21 (12.7%)	
Digestivo superior	19 (21.6%)	17 (21.8%)	36 (21.7%)	
Ginecológico	5 (5.7%)	3 (3.8%)	8 (4.8%)	

Mama	11 (12.5%)	9 (11.5%)	20 (12%)	
Melanoma	2 (2.3%)	1 (1.3%)	3 (1.8%)	
Otros	2 (2.3%)	1 (1.3%)	3 (1.8%)	
Próstata	3 (3.4%)	3 (3.8%)	6 (3.6%)	
Pulmón	19 (21.6%)	22 (28.2%)	41 (24.7%)	
Sarcoma	4 (4.5%)	4 (5.1%)	8 (4.8%)	
Urotelial	3 (3.4%)	3 (3.8%)	6 (3.6%)	
Situación tumoral				0.251
Localizado	21 (23.9%)	13 (16.7%)	34 (20.5%)	
Metastásico	67 (76.1%)	65 (83.3%)	132 (79.5%)	
Estadio tumoral				0.556
I	1 (1.1%)	2 (2.6%)	3 (1.8%)	
II	12 (13.6%)	6 (7.7%)	18 (10.8%)	
III	12 (13.6%)	13 (16.7%)	25 (15.1%)	
IV	63 (71.6%)	57 (73.1%)	120 (72.3%)	
Intención de tratamiento				0.370
Curativo	17 (19.3%)	11 (14.1%)	28 (16.9%)	
Paliativo	71 (80.7%)	67 (85.9%)	138 (83.1%)	
Expectativa de vida				0.779
6-12 meses	22 (25%)	22 (28.2%)	44 (26.5%)	
< 6 meses	24 (27.3%)	23 (29.5%)	47 (28.3%)	
> 12 meses	42 (47.7%)	33 (42.3%)	75 (45.2%)	
Tratamiento activo				0.828
No	6 (6.8%)	6 (7.7%)	12 (7.2%)	
Si	82 (93.2%)	72 (92.3%)	154 (92.8%)	
QT				0.459
No	29 (33%)	30 (38.5%)	59 (35.5%)	
Si	59 (67%)	48 (61.5%)	107 (64.5%)	
IT				0.553
No	71 (80.7%)	60 (76.9%)	131 (78.9%)	
Si	17 (19.3%)	18 (23.1%)	35 (21.1%)	
Anticuerpo monoclonal				0.704
No	72 (81.8%)	62 (79.5%)	134 (80.7%)	
Si	16 (18.2%)	16 (20.5%)	32 (19.3%)	
Terapia dirigida				0.600
No	79 (89.8%)	68 (87.2%)	147 (88.6%)	
Si	9 (10.2%)	10 (12.8%)	19 (11.4%)	
Hormonoterapia				0.903
No	86 (97.7%)	76 (97.4%)	162 (97.6%)	
Si	2 (2.3%)	2 (2.6%)	4 (2.4%)	
Antiangiogénico				0.582
No	83 (94.3%)	75 (96.2%)	158 (95.2%)	
Si	5 (5.7%)	3 (3.8%)	8 (4.8%)	
ECA				0.916
No	82 (93.2%)	73 (93.6%)	155 (93.4%)	

Si	6 (6.8%)	5 (6.4%)	11 (6.6%)	
RT				0.377
No	79 (89.8%)	73 (93.6%)	152 (91.6%)	
Si	9 (10.2%)	5 (6.4%)	14 (8.4%)	
Situación de enfermedad				0.900
Enfermedad estable	32 (36.4%)	29 (37.2%)	61 (36.7%)	
Inicio tratamiento	14 (15.9%)	12 (15.4%)	26 (15.7%)	
Libre de enfermedad	0 (0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)	
Progresión	32 (36.4%)	27 (34.6%)	59 (35.5%)	
Remisión	2 (2.3%)	3 (3.8%)	5 (3%)	
Respuesta	8 (9.1%)	6 (7.7%)	14 (8.4%)	
Antecedentes ansiedad				0.229
No	78 (88.6%)	64 (82.1%)	142 (85.5%)	
Si	10 (11.4%)	14 (17.9%)	24 (14.5%)	
Antecedentes depresión				0.606
No	81 (92%)	70 (89.7%)	151 (91%)	
Si	7 (8%)	8 (10.3%)	15 (9%)	
Tratamiento ansiolítico				0.012
No	76 (86.4%)	55 (70.5%)	131 (78.9%)	
Si	12 (13.6%)	23 (29.5%)	35 (21.1%)	
Tratamiento antidepresivo				0.017
No	78 (88.6%)	58 (74.4%)	136 (81.9%)	
Si	10 (11.4%)	20 (25.6%)	30 (18.1%)	
Tratamiento opiáceo				0.213
No	48 (54.5%)	35 (44.9%)	83 (50%)	
Si	40 (45.5%)	43 (55.1%)	83 (50%)	
Edad al ingreso				0.623
Mean (SD)	64.3 (13.2)	63.4 (10.5)	63.8 (12)	
Range	25.6 – 87.3	36.7 – 81.7	25.6 – 87.3	
Motivo de ingreso				0.358
Complicación aguda	48 (54.5%)	35 (44.9%)	83 (50%)	
Diagnostico	0 (0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)	
Mal control de síntomas	23 (26.1%)	28 (35.9%)	51 (30.7%)	
Toxicidad del tratamiento	17 (19.3%)	14 (17.9%)	31 (18.7%)	

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; IMC: Índice de masa corporal; MST: Malnutrition Screening Tool; QT: Quimioterapia; IT: Inmunoterapia; ECA: ensayos controlados aleatorizados; RT: Radioterapia.

En cuanto a la asociación de las variables basales con la depresión, los pacientes con diagnóstico compatible con depresión según la escala HADS tenían peor estado funcional, medido como mayores tasas de ECOG \geq 2 (64.7% vs 42.1%, p=0.022) y también

presentaban mayores tasas de consumo de opiáceos (62% vs 41.1%, $p=0.008$). El resto de las variables analizadas no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, como se aprecia en la Tabla 5.

Tabla 5. Factores asociados a la presencia de depresión al ingreso.

	No (N=95)	Si (N=71)	Total (N=166)	p value
Sexo				0.170
Hombre	57 (60%)	35 (49.3%)	92 (55.4%)	
Mujer	38 (40%)	36 (50.7%)	74 (44.6%)	
Estado civil				0.361
Casado	68 (71.6%)	54 (76.1%)	122 (73.5%)	
Divorciado	7 (7.4%)	7 (9.9%)	14 (8.4%)	
Soltero	15 (15.8%)	5 (7%)	20 (12%)	
Viudo	5 (5.3%)	5 (7%)	10 (6%)	
Espiritualidad				0.210
No	37 (38.9%)	21 (29.6%)	58 (34.9%)	
Si	58 (61.1%)	50 (70.4%)	108 (65.1%)	
Comorbilidad				0.374
Bajo	18 (18.9%)	10 (14.1%)	28 (16.9%)	
Moderado	6 (6.3%)	2 (2.8%)	8 (4.8%)	
Alto	71 (74.7%)	59 (83.1%)	130 (78.3%)	
ECOG				0.022
0	9 (9.5%)	1 (1.4%)	10 (6%)	
1	46 (48.4%)	24 (33.8%)	70 (42.2%)	
2	26 (27.4%)	26 (36.6%)	52 (31.3%)	
3	10 (10.5%)	16 (22.5%)	26 (15.7%)	
4	4 (4.2%)	4 (5.6%)	8 (4.8%)	
IMC				0.538
Desnutrición	3 (3.2%)	7 (9.9%)	10 (6%)	
Normopeso	50 (52.6%)	34 (47.9%)	84 (50.6%)	
Obesidad I	5 (5.3%)	3 (4.2%)	8 (4.8%)	
Obesidad II	2 (2.1%)	3 (4.2%)	5 (3%)	
Obesidad III	2 (2.1%)	1 (1.4%)	3 (1.8%)	
Sobrepeso	33 (34.7%)	23 (32.4%)	56 (33.7%)	
MST				0.912
Normal	34 (35.8%)	26 (36.6%)	60 (36.1%)	
Riesgo	61 (64.2%)	45 (63.4%)	106 (63.9%)	
Tiempo de evolución				0.747
Mean (SD)	27.4 (37.2)	29.8 (58.4)	28.4 (47.3)	
Range	0.3 – 194.5	0.5 – 411	0.3 – 411	
Tipo de tumor				0.658
Cabeza y cuello	11 (11.6%)	3 (4.2%)	14 (8.4%)	
Colorrectal y ano	11 (11.6%)	10 (14.1%)	21 (12.7%)	
Digestivo superior	19 (20%)	17 (23.9%)	36 (21.7%)	

Ginecológico	4 (4.2%)	4 (5.6%)	8 (4.8%)	
Mama	13 (13.7%)	7 (9.9%)	20 (12%)	
Melanoma	1 (1.1%)	2 (2.8%)	3 (1.8%)	
Otros	2 (2.1%)	1 (1.4%)	3 (1.8%)	
Próstata	4 (4.2%)	2 (2.8%)	6 (3.6%)	
Pulmón	25 (26.3%)	16 (22.5%)	41 (24.7%)	
Sarcoma	3 (3.2%)	5 (7%)	8 (4.8%)	
Urotelial	2 (2.1%)	4 (5.6%)	6 (3.6%)	
Situación tumoral				0.323
Localizado	22 (23.2%)	12 (16.9%)	34 (20.5%)	
Metastásico	73 (76.8%)	59 (83.1%)	132 (79.5%)	
Estadio tumoral				0.243
I	1 (1.1%)	2 (2.8%)	3 (1.8%)	
II	14 (14.7%)	4 (5.6%)	18 (10.8%)	
III	13 (13.7%)	12 (16.9%)	25 (15.1%)	
IV	67 (70.5%)	53 (74.6%)	120 (72.3%)	
Intención de tratamiento				0.683
Curativo	17 (17.9%)	11 (15.5%)	28 (16.9%)	
Paliativo	78 (82.1%)	60 (84.5%)	138 (83.1%)	
Expectativa de vida				0.803
6-12 meses	26 (27.4%)	18 (25.4%)	44 (26.5%)	
< 6 meses	25 (26.3%)	22 (31%)	47 (28.3%)	
> 12 meses	44 (46.3%)	31 (43.7%)	75 (45.2%)	
Tratamiento activo				0.936
No	7 (7.4%)	5 (7%)	12 (7.2%)	
Si	88 (92.6%)	66 (93%)	154 (92.8%)	
QT				0.802
No	33 (34.7%)	26 (36.6%)	59 (35.5%)	
Si	62 (65.3%)	45 (63.4%)	107 (64.5%)	
IT				0.991
No	75 (78.9%)	56 (78.9%)	131 (78.9%)	
Si	20 (21.1%)	15 (21.1%)	35 (21.1%)	
Anticuerpo monoclonal				0.502
No	75 (78.9%)	59 (83.1%)	134 (80.7%)	
Si	20 (21.1%)	12 (16.9%)	32 (19.3%)	
Terapia dirigida				0.667
No	85 (89.5%)	62 (87.3%)	147 (88.6%)	
Si	10 (10.5%)	9 (12.7%)	19 (11.4%)	
Hormonoterapia				0.467
No	92 (96.8%)	70 (98.6%)	162 (97.6%)	
Si	3 (3.2%)	1 (1.4%)	4 (2.4%)	
Antiangiogénico				0.757
No	90 (94.7%)	68 (95.8%)	158 (95.2%)	
Si	5 (5.3%)	3 (4.2%)	8 (4.8%)	
ECA				0.657
No	88 (92.6%)	67 (94.4%)	155 (93.4%)	

Si	7 (7.4%)	4 (5.6%)	11 (6.6%)	
RT				0.995
No	87 (91.6%)	65 (91.5%)	152 (91.6%)	
Si	8 (8.4%)	6 (8.5%)	14 (8.4%)	
Situación de enfermedad				0.581
Enfermedad estable	37 (38.9%)	24 (33.8%)	61 (36.7%)	
Inicio tratamiento	15 (15.8%)	11 (15.5%)	26 (15.7%)	
Libre de enfermedad	1 (1.1%)	0 (0%)	1 (0.6%)	
Progresión	29 (30.5%)	30 (42.3%)	59 (35.5%)	
Remisión	3 (3.2%)	2 (2.8%)	5 (3%)	
Respuesta	10 (10.5%)	4 (5.6%)	14 (8.4%)	
Antecedentes ansiedad				0.222
No	84 (88.4%)	58 (81.7%)	142 (85.5%)	
Si	11 (11.6%)	13 (18.3%)	24 (14.5%)	
Antecedentes depresión				0.386
No	88 (92.6%)	63 (88.7%)	151 (91%)	
Si	7 (7.4%)	8 (11.3%)	15 (9%)	
Tratamiento ansiolítico				0.244
No	78 (82.1%)	53 (74.6%)	131 (78.9%)	
Si	17 (17.9%)	18 (25.4%)	35 (21.1%)	
Tratamiento antidepressivo				0.377
No	80 (84.2%)	56 (78.9%)	136 (81.9%)	
Si	15 (15.8%)	15 (21.1%)	30 (18.1%)	
Tratamiento opiáceo				0.008
No	56 (58.9%)	27 (38%)	83 (50%)	
Si	39 (41.1%)	44 (62%)	83 (50%)	
Edad al ingreso				0.132
Mean (SD)	62.6 (12.7)	65.5 (10.8)	63.8 (12)	
Range	25.6 – 84.8	36.7 – 87.3	25.6 – 87.3	
Motivo de ingreso				0.207
Complicación aguda	47 (49.5%)	36 (50.7%)	83 (50%)	
Diagnostico	1 (1.1%)	0 (0%)	1 (0.6%)	
Mal control de síntomas	25 (26.3%)	26 (36.6%)	51 (30.7%)	
Toxicidad del tratamiento	22 (23.2%)	9 (12.7%)	31 (18.7%)	

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; IMC: Índice de masa corporal; MST: Malnutrition Screening Tool; QT: Quimioterapia; IT: Inmunoterapia; ECA: ensayos controlados aleatorizados; RT: Radioterapia.

En el análisis multivariable, el consumo de opiáceos fue la única variable que se asoció de forma estadísticamente significativa con mayor probabilidad de presentar depresión basal ($p=0.045$; OR=2.05 [1.015–4.118]). El modelo completo puede verse en la tabla 6.

Tabla 6. Modelo multivariable: depresión basal.

Variable	p valor	Odds Ratio	Intervalo de Confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Constante	0.023	0.103	0.0146	0.726
Antecedente depresión:				
Si vs No	0.727	1.294	0.3046	5.496
Tratamiento antidepresivo:				
Si vs No	0.827	1.127	0.3860	3.291
Edad al ingreso	0.192	1.020	0.9903	1.050
Tratamiento opiáceo:				
Si vs No	0.045	2.045	10.155	4.118
ECOG:				
3-4 vs 0-1	0.102	1.814	0.8884	3.703

Nota. Los estimadores representan el log odds de “Depresión basal = Sí” vs. “Depresión basal = No”

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status

5.2. BLOQUE II. EVOLUCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE EL INGRESO Y FACTORES ASOCIADOS

Al evaluar la prevalencia de ansiedad al alta, se observó que el 40% (IC 95% 32-48%) de los pacientes presentaban un diagnóstico compatible según la escala HADS, mientras que, al analizar la prevalencia de depresión, el resultado fue del 39% (IC 95% 31-47%).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de ansiedad y depresión entre el momento basal y el alta. La puntuación media de ansiedad disminuyó, de 7.6 a 6.5 puntos ($p=0.012$), y la puntuación media de depresión también mostró una reducción, de 7.3 a 6.2 puntos ($p=0.026$). Sin embargo, al analizar las categorías clínicas (presencia o ausencia de ansiedad o depresión según puntos de corte), no se encontraron diferencias significativas entre el ingreso y el alta ni para la ansiedad ni para la depresión, como puede verse en la Tabla 7.

Tabla 7. Evolución de ansiedad y depresión durante el ingreso.

	Basal (N=166)	Alta (N=151)	p value
Ansiedad puntos			0.012
Mean (SD)	7.6 (4)	6.5 (3.4)	

Range	0 - 17	0 - 13	
Ansiedad cualitativa			0.193
No	88 (53%)	91 (60.3%)	
Si	78 (47%)	60 (39.7%)	
Depresión puntos			0.026
Mean (SD)	7.3 (4.5)	6.2 (4.1)	
Range	0 - 17	0 - 18	
Depresión cualitativa			0.504
No	95 (57.2%)	92 (60.9%)	
Si	71 (42.8%)	59 (39.1%)	

Analizando la evolución individual de los síntomas a lo largo de la hospitalización, la ansiedad aumentó en el 51% de los pacientes y disminuyó en el 49%. De forma similar, la depresión aumentó en el 52% y disminuyó en el 47%. Estos datos evidencian una evolución emocional heterogénea a lo largo de la hospitalización.

Otra manera de analizar la evolución individual de los síntomas a lo largo de la hospitalización, se muestra en las figuras 2 y 3. En ambas se aprecia una disminución leve de la media grupal, que indica una mejoría global moderada. No obstante, se observa una alta variabilidad interindividual, con trayectorias que reflejan tanto mejoría como empeoramiento.

Figura 2. Evolución individual de la ansiedad durante el ingreso (spaguetti plot o gráfico de líneas individuales).

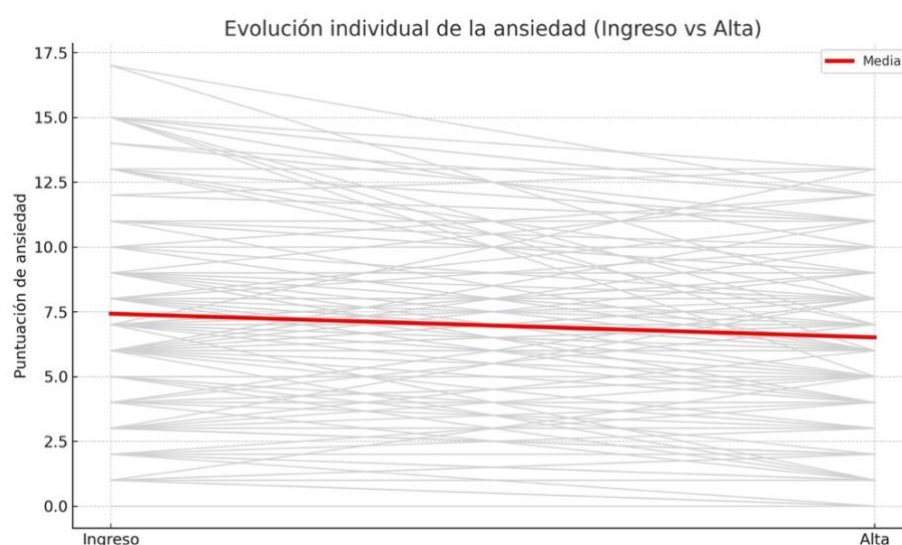
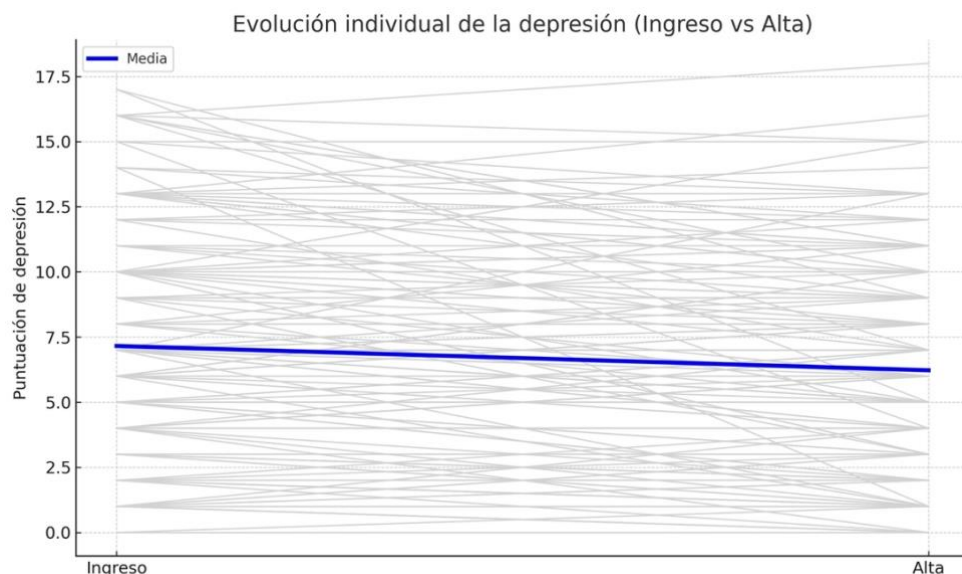


Figura 3. Evolución individual de la depresión durante el ingreso (spaguetti plot o gráfico de líneas individuales).



La asociación entre las variables cuantitativas se evaluó mediante análisis de correlación.

Se observaron asociaciones directas entre algunas variables. Una mayor puntuación de ansiedad al alta se correlacionó con una mayor puntuación de depresión al alta. Asimismo, una mayor variación en la puntuación de depresión se asoció con una mayor variación en la puntuación de ansiedad. También se observó que una mayor puntuación en la escala DUKE se correlacionaba con una mayor variación en la puntuación de ansiedad. Por último, se encontró que una mayor puntuación en la escala EVA se relacionaba con una mayor puntuación de depresión.

En sentido inverso, se observaron correlaciones indirectas entre las siguientes variables: A mayor variación de la escala de ansiedad, menor puntuación de ansiedad al alta, y también menor puntuación de depresión. De forma similar, a mayor variación de la escala de depresión se asoció una menor puntuación de ansiedad al alta. También se observó que mayores puntuaciones en la escala DUKE se asociaban con puntuaciones más bajas de ansiedad y depresión al alta. A mayor puntuación de la escala CAHPS, menor puntuación de ansiedad al alta. Todos estos datos pueden observarse en la figura 4.

Estos análisis se han realizado de manera separada en cuatro subgrupos de pacientes:
a) pacientes con aumento de la puntuación de depresión b) pacientes con disminución de la puntuación de depresión c) pacientes con aumento de la puntuación de ansiedad d) pacientes con disminución de la puntuación de ansiedad. Como puede verse en la figura 5, los resultados fueron congruentes en todos los subgrupos.

Figura 4. Matriz de correlaciones para la cohorte completa.

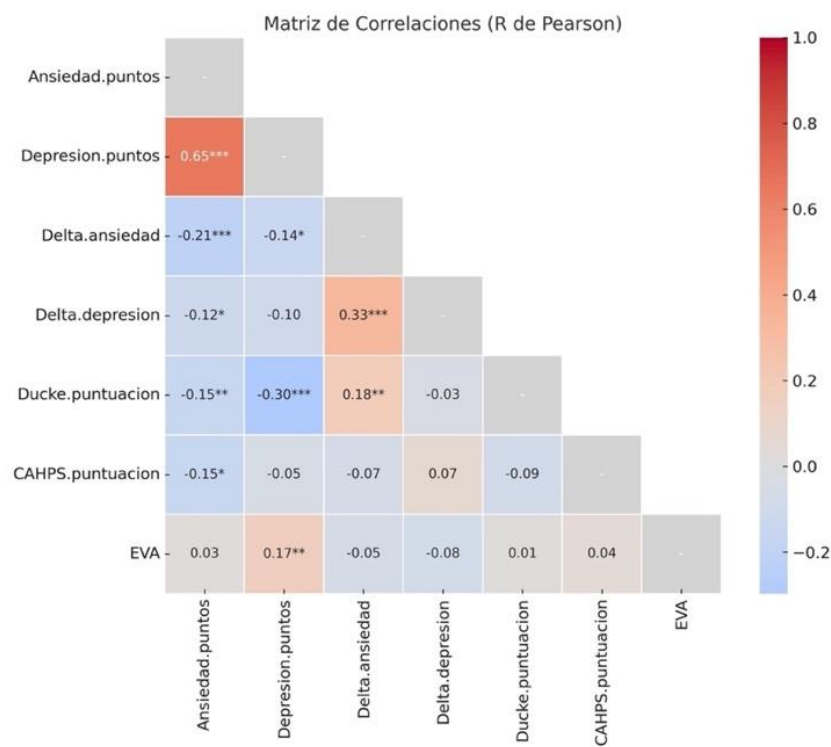
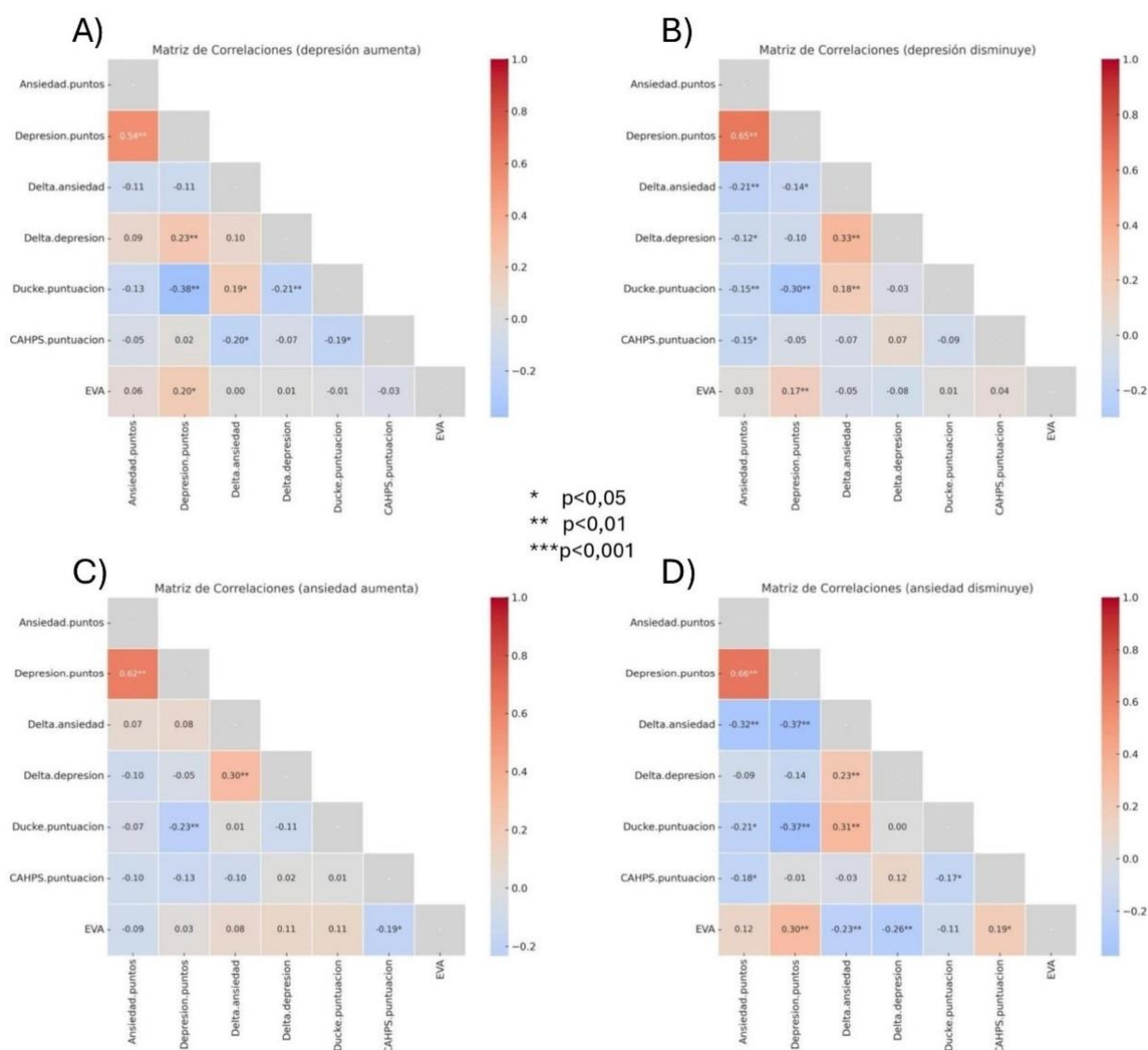


Figura 5. Matriz de correlaciones en función de la modificación de las puntuaciones de ansiedad o depresión.



También se analizaron los factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad alta. Los pacientes con diagnóstico de ansiedad alta presentaron tasas significativamente superiores de tratamiento con ansiolíticos (28.3% vs 14.3%, $p=0.034$) y astenia durante el ingreso (36.7% vs 18.7%, $p=0.013$). También se asoció con una peor relación paciente-oncólogo, observado como una menor puntuación de la escala CAHPS (27.5% vs 29.2%, $p=0.004$). Los pacientes con mayor ansiedad presentaron tasas significativamente superiores de continuidad asistencial (73.3% vs 56%, $p=0.031$). El resto de las variables no presentaron una asociación significativa, como se observa en la Tabla 8.

Tabla 8. Variables asociadas a la ansiedad al alta.

	No (N=91)	Si (N=60)	Total (N=151)	p value
ECOG				0.643
0	6 (6.6%)	4 (6.7%)	10 (6.6%)	
1	41 (45.1%)	28 (46.7%)	69 (45.7%)	
2	32 (35.2%)	18 (30%)	50 (33.1%)	
3	10 (11%)	10 (16.7%)	20 (13.2%)	
4	2 (2.2%)	0 (0%)	2 (1.3%)	
Opiáceos				0.951
No	49 (53.8%)	32 (53.3%)	81 (53.6%)	
Si	42 (46.2%)	28 (46.7%)	70 (46.4%)	
Ansiolítico				0.034
No	78 (85.7%)	43 (71.7%)	121 (80.1%)	
Si	13 (14.3%)	17 (28.3%)	30 (19.9%)	
Antidepresivo				0.324
No	77 (84.6%)	47 (78.3%)	124 (82.1%)	
Si	14 (15.4%)	13 (21.7%)	27 (17.9%)	
Expectativa				0.793
6-12 meses	25 (27.5%)	17 (28.3%)	42 (27.8%)	
< 6 meses	19 (20.9%)	15 (25%)	34 (22.5%)	
> 12 meses	47 (51.6%)	28 (46.7%)	75 (49.7%)	
Duke puntuación				0.952
Mean (SD)	47.1 (8.3)	47.1 (6.3)	47.1 (7.5)	
Range	dic-55	28 - 55	dic-55	
Duke				0.268
Bajo	7 (7.7%)	2 (3.3%)	9 (6%)	
Normal	84 (92.3%)	58 (96.7%)	142 (94%)	
CAHPS puntuación				0.004
Mean (SD)	29.2 (3.1)	27.5 (4.1)	28.5 (3.6)	
Range	18 - 50	7-30	7-50	
CAHPS				0.022
Q1	80 (87.9%)	44 (73.3%)	124 (82.1%)	
Q4	11 (12.1%)	16 (26.7%)	27 (17.9%)	
EVA				0.840
Mean (SD)	2.4 (3.2)	2.2 (2.8)	2.3 (3)	
Range	0 - 10	0 - 10	0 - 10	
Dolor				0.795
No	52 (57.1%)	33 (55%)	85 (56.3%)	
Si	39 (42.9%)	27 (45%)	66 (43.7%)	
Nauseas				0.791
No	67 (73.6%)	43 (71.7%)	110 (72.8%)	
Si	24 (26.4%)	17 (28.3%)	41 (27.2%)	
Vómitos				0.807
No	76 (83.5%)	51 (85%)	127 (84.1%)	
Si	15 (16.5%)	9 (15%)	24 (15.9%)	

Estreñimiento				0.558
No	74 (81.3%)	51 (85%)	125 (82.8%)	
Si	17 (18.7%)	9 (15%)	26 (17.2%)	
Astenia				0.013
No	74 (81.3%)	38 (63.3%)	112 (74.2%)	
Si	17 (18.7%)	22 (36.7%)	39 (25.8%)	
Insomnio				0.819
No	89 (97.8%)	59 (98.3%)	148 (98%)	
Si	2 (2.2%)	1 (1.7%)	3 (2%)	
Somnolencia				0.986
No	85 (93.4%)	56 (93.3%)	141 (93.4%)	
Si	6 (6.6%)	4 (6.7%)	10 (6.6%)	
Anorexia				0.257
No	84 (92.3%)	52 (86.7%)	136 (90.1%)	
Si	7 (7.7%)	8 (13.3%)	15 (9.9%)	
Disfagia				0.238
No	83 (91.2%)	51 (85%)	134 (88.7%)	
Si	8 (8.8%)	9 (15%)	17 (11.3%)	
Disnea				0.087
No	72 (79.1%)	40 (66.7%)	112 (74.2%)	
Si	19 (20.9%)	20 (33.3%)	39 (25.8%)	
Tos				0.089
No	77 (84.6%)	44 (73.3%)	121 (80.1%)	
Si	14 (15.4%)	16 (26.7%)	30 (19.9%)	
Fiebre				0.643
No	49 (53.8%)	30 (50%)	79 (52.3%)	
Si	42 (46.2%)	30 (50%)	72 (47.7%)	
Sangrado				0.490
No	82 (90.1%)	56 (93.3%)	138 (91.4%)	
Si	9 (9.9%)	4 (6.7%)	13 (8.6%)	
Continuidad				0.031
No	40 (44%)	16 (26.7%)	56 (37.1%)	
Si	51 (56%)	44 (73.3%)	95 (62.9%)	

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; Duke: Duke Functional Social Support Questionnaire; CAHPS: Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; EVA: Escala Visual Analógica.

Por otra parte, al evaluar los factores asociados a la presencia de depresión al alta, se identificó que los pacientes con depresión presentaban mayor proporción de tratamiento con antidepresivos (30.5% vs 9.8%, $p=0.001$) y opiáceos (57.6% vs 39.1%, $p=0.026$). También presentaron mayores tasas de astenia (35.6% vs 19.6%, $p=0.028$) y menor puntuación de la escala DUKE, que refleja el apoyo social percibido por el paciente (44.8% vs 48.6%, $p=0.002$). El resto de las variables analizadas no presentaron

una relación estadísticamente significativa, aunque se observó una tendencia en el uso de tratamientos ansiolíticos y en cuartil de la puntuación CAHPS. El resto de variables pueden verse en la tabla 9.

Tabla 9. Variables asociadas a la depresión al alta.

	No (N=92)	Si (N=59)	Total (N=151)	p value
ECOG				0.200
0	8 (8.7%)	2 (3.4%)	10 (6.6%)	
1	45 (48.9%)	24 (40.7%)	69 (45.7%)	
2	28 (30.4%)	22 (37.3%)	50 (33.1%)	
3	9 (9.8%)	11 (18.6%)	20 (13.2%)	
4	2 (2.2%)	0 (0%)	2 (1.3%)	
Opiáceos				0.026
No	56 (60.9%)	25 (42.4%)	81 (53.6%)	
Si	36 (39.1%)	34 (57.6%)	70 (46.4%)	
Ansiolítico				0.074
No	78 (84.8%)	43 (72.9%)	121 (80.1%)	
Si	14 (15.2%)	16 (27.1%)	30 (19.9%)	
Antidepresivo				0.001
No	83 (90.2%)	41 (69.5%)	124 (82.1%)	
Si	9 (9.8%)	18 (30.5%)	27 (17.9%)	
Expectativa				0.975
6-12 meses	25 (27.2%)	17 (28.8%)	42 (27.8%)	
< 6 meses	21 (22.8%)	13 (22%)	34 (22.5%)	
> 12 meses	46 (50%)	29 (49.2%)	75 (49.7%)	
Duke puntuación				0.002
Mean (SD)	48.6 (6.5)	44.8 (8.5)	47.1 (7.5)	
Range	24 - 55	12-55	12-55	
Duke				0.296
Bajo	4 (4.3%)	5 (8.5%)	9 (6%)	
Normal	88 (95.7%)	54 (91.5%)	142 (94%)	
CAHPS puntuación				0.649
Mean (SD)	28.6 (3.2)	28.3 (4.1)	28.5 (3.6)	
Range	07 - 40	18 - 50	07 - 50	
CAHPS				0.053
Q1	80 (87%)	44 (74.6%)	124 (82.1%)	
Q4	12 (13%)	15 (25.4%)	27 (17.9%)	
EVA				0.254
Mean (SD)	2.1 (3)	2.7 (3)	2.3 (3)	
Range	0 - 10	0 - 10	0 - 10	
Dolor				0.157
No	56 (60.9%)	29 (49.2%)	85 (56.3%)	
Si	36 (39.1%)	30 (50.8%)	66 (43.7%)	

Nauseas				0.458
No	69 (75%)	41 (69.5%)	110 (72.8%)	
Si	23 (25%)	18 (30.5%)	41 (27.2%)	
Vómitos				0.232
No	80 (87%)	47 (79.7%)	127 (84.1%)	
Si	12 (13%)	12 (20.3%)	24 (15.9%)	
Estreñimiento				0.340
No	74 (80.4%)	51 (86.4%)	125 (82.8%)	
Si	18 (19.6%)	8 (13.6%)	26 (17.2%)	
Astenia				0.028
No	74 (80.4%)	38 (64.4%)	112 (74.2%)	
Si	18 (19.6%)	21 (35.6%)	39 (25.8%)	
Insomnio				0.322
No	91 (98.9%)	57 (96.6%)	148 (98%)	
Si	1 (1.1%)	2 (3.4%)	3 (2%)	
Somnolencia				0.950
No	86 (93.5%)	55 (93.2%)	141 (93.4%)	
Si	6 (6.5%)	4 (6.8%)	10 (6.6%)	
Anorexia				0.525
No	84 (91.3%)	52 (88.1%)	136 (90.1%)	
Si	8 (8.7%)	7 (11.9%)	15 (9.9%)	
Disfagia				0.735
No	81 (88%)	53 (89.8%)	134 (88.7%)	
Si	11 (12%)	6 (10.2%)	17 (11.3%)	
Dísnea				0.293
No	71 (77.2%)	41 (69.5%)	112 (74.2%)	
Si	21 (22.8%)	18 (30.5%)	39 (25.8%)	
Tos				0.171
No	77 (83.7%)	44 (74.6%)	121 (80.1%)	
Si	15 (16.3%)	15 (25.4%)	30 (19.9%)	
Fiebre				0.338
No	51 (55.4%)	28 (47.5%)	79 (52.3%)	
Si	41 (44.6%)	31 (52.5%)	72 (47.7%)	
Sangrado				0.521
No	83 (90.2%)	55 (93.2%)	138 (91.4%)	
Si	9 (9.8%)	4 (6.8%)	13 (8.6%)	
Continuidad				0.516
No	36 (39.1%)	20 (33.9%)	56 (37.1%)	
Si	56 (60.9%)	39 (66.1%)	95 (62.9%)	

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; Duke: Duke Functional Social Support Questionnaire; CAHPS: Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; EVA: Escala Visual Analógica.

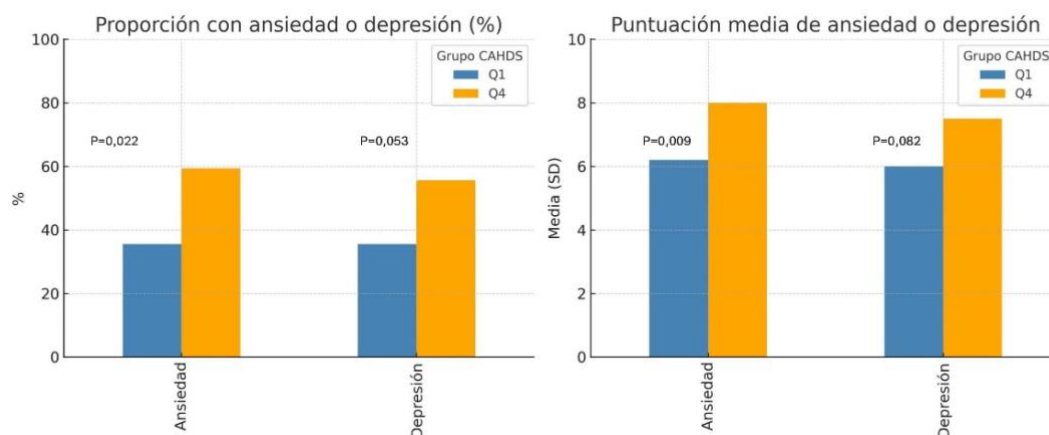
Se ha analizado con particular interés la relación entre la relación oncólogo-paciente durante el ingreso, medida mediante la escala CAHPS, y la presencia de depresión y

ansiedad al alta y su variación durante la estancia hospitalaria. Como puede verse en la figura 6 y en la tabla 10, los pacientes con una peor relación oncólogo-paciente presentaron resultados numéricamente peores en todos los aspectos evaluados, aunque solo se alcanzó la significación estadística para la puntuación de ansiedad al alta (8% vs 6.2%, $p=0.009$) y la tasa de diagnóstico de ansiedad (59.3% vs 35.5%, $p=0.022$).

Tabla 10. Relación de la escala CAHPS con ansiedad y depresión al alta.

	Q1 (N=124)	Q4 (N=27)	Total (N=151)	p value
Ansiedad puntos				0.009
Mean (SD)	6.2 (3.3)	8 (3.1)	6.5 (3.4)	
Range	0 - 13	1 - 13	0 - 13.0	
Ansiedad cualitativa				0.022
No	80 (64.5%)	11 (40.7%)	91 (60.3%)	
Si	44 (35.5%)	16 (59.3%)	60 (39.7%)	
Depresión puntos				0.082
Mean (SD)	6 (4.3)	7.5 (3.1)	6.2 (4.1)	
Range	0 - 18	1 - 13	0 - 18	
Depresión cualitativa				0.053
No	80 (64.5%)	12 (44.4%)	92 (60.9%)	
Si	44 (35.5%)	15 (55.6%)	59 (39.1%)	
Delta ansiedad				0.270
Mean (SD)	-1 (2.6)	-0.4 (2.8)	-0.9 (2.6)	
Range	-10 - 6.0	-6 - 5	-10 - 6	
Delta depresión				0.870
Mean (SD)	-1 (2.9)	-0.9 (2.8)	-0.9 (2.9)	
Range	-13 - 6	-8 - 4	-13 - 6	

Figura 6. Relación de CAHPS con ansiedad y depresión al alta.



6. DISCUSIÓN

La ansiedad y la depresión presentan un elevado impacto en la vida de los pacientes oncológicos. Por ello, el objetivo principal de este estudio fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en una cohorte de pacientes con cáncer ingresados a cargo del servicio de oncología médica.

La principal novedad que aporta este trabajo es que se trata del primer estudio prospectivo hasta nuestro conocimiento, que analiza el impacto emocional del ingreso hospitalario en pacientes con cáncer, mediante la evaluación sistemática de ansiedad y depresión al ingreso y al alta (escala HADS), integrando variables clínicas, funcionales y psicosociales, como la percepción de la calidad asistencial (escala CAHPS) y el apoyo social percibido (escala DUKE-UNC-11). A diferencia de trabajos previos que han abordado estos factores por separado (8,40,42,67,71).

El diseño prospectivo de este estudio permite analizar la evolución de los síntomas emocionales durante el ingreso hospitalario (medidos al ingreso y al alta), aportando un valor clínico añadido al identificar los factores asociados a la mejoría o persistencia del malestar emocional. Otros autores en la literatura han realizado estudios sobre ansiedad y depresión, pero de una manera transversal, con una única medición de la ansiedad y la depresión a lo largo del estudio (8,40,42,67).

En cuanto a las características sociodemográficas, la edad media de nuestra cohorte fue de 63 años al ingreso, en consonancia con otros estudios publicados (40,67). Únicamente un estudio encontró una asociación significativa entre mayor edad y un incremento de los síntomas de ansiedad y depresión (42). En relación con el sexo, nuestra muestra presentó una distribución equilibrada, con porcentajes similares de hombres y mujeres, próximos al 50 %, en línea con otros trabajos publicados (40,67). De forma similar a lo descrito previamente, solo un estudio evidenció una asociación significativa entre el sexo femenino y la presencia de ansiedad (42). Estas diferencias respecto a nuestro trabajo y al resto de la literatura podrían deberse al mayor tamaño muestral que presenta dicho estudio de Muzzatti B et al. (42), que incluyó a 2.121 pacientes. El tamaño muestral de nuestro estudio, con un total de 166 pacientes,

aunque no alcanza las cifras de estudios de gran escala (42, 67), resulta suficientemente robusto para detectar asociaciones estadísticamente significativas entre variables clínicas y emocionales. Además, supera al de otras investigaciones que han contado con muestras más reducidas, en torno a los 70 pacientes (8,40), lo que refuerza la solidez de nuestros hallazgos dentro del contexto de estudios centrados en población hospitalaria oncológica.

Para estudiar la ansiedad y depresión, se utilizaron herramientas validadas en el contexto hospitalario como es la escala HADS (66). Nuestros resultados muestran una elevada prevalencia de ansiedad (47% al ingreso frente a 40% al alta) y depresión (43% al ingreso frente a 39% al alta), con cifras superiores a las reflejadas en estudios similares (8,40,42,67). Por ejemplo, en el estudio *Smith EM et al* (40), que estudió la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios, los resultados mostraron un 25% de ansiedad y un 22% de depresión. Esto probablemente se deba al hecho de que nuestra muestra está compuesta exclusivamente por pacientes hospitalizados. El ingreso hospitalario en sí mismo puede constituir un evento estresante, al implicar un empeoramiento clínico o la necesidad de cuidados intensivos, factores que incrementan el sufrimiento emocional del paciente oncológico. Entre los estudios similares previamente publicados, sólo uno se realizó en pacientes hospitalizados (42), mientras que otros fueron realizados en contexto ambulatorio (8,40) o mixto (hospitalizados y ambulatorios) (67).

Como apreciamos en las cifras mencionadas anteriormente de ansiedad y depresión de nuestro estudio, durante la hospitalización se observó una disminución global en las puntuaciones medias de ansiedad y depresión. Sin embargo, al analizar los datos cualitativamente, no se encontraron cambios en la proporción de casos clínicos al alta. Esta aparente discrepancia se explica por la elevada variabilidad individual: aproximadamente la mitad de los pacientes mejoró y la otra mitad empeoró, reflejando la complejidad emocional del ingreso y la necesidad de un abordaje individualizado.

Entre las variables clínicas y funcionales analizadas junto a los factores psicosociales, se incluyeron algunas que no habían sido exploradas previamente en estudios similares (8,40,42,67), como la comorbilidad (índice de Charlson) y el estado nutricional (IMC y

escala MST). Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre estos factores y los niveles de ansiedad o depresión. Otra variable analizada en nuestro estudio fue la continuidad asistencial, observándose un incremento de ansiedad al alta en los pacientes con una mayor continuidad asistencial. Este dato puede parecer a priori algo desconcertante, pero es posible que, en el contexto del ingreso hospitalario, el estado emocional esté más influido por elementos inmediatos y subjetivos, como el malestar físico o la percepción de apoyo, que por características clínicas de base o por el sistema asistencial, cuyo efecto sobre la esfera emocional podría requerir un seguimiento más prolongado para manifestarse. En nuestro estudio, el estado funcional, medido a través de la escala ECOG, mostró una asociación significativa con la presencia de depresión al ingreso, en línea con lo observado en otros trabajos (8,40), aunque estos emplearon como herramienta de valoración el Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organisation for Research and Treatment of Cancer, versión C-30. Este hallazgo refuerza la relevancia de incluir la evaluación funcional como parte integral del abordaje psico-oncológico.

Entre las variables sociales evaluadas, nuestro estudio es el único de la literatura que incluye la espiritualidad, sin encontrar asociación significativa con ansiedad ni depresión. Es posible que, aunque la espiritualidad represente un recurso de afrontamiento para algunos pacientes, su influencia emocional resulte más compleja o dependa de factores individuales no captados por la medida empleada. En cuanto al estado civil, tanto nuestro estudio como otros de la literatura coinciden en no observar asociaciones significativas con el malestar emocional (42,67). Por otro lado, otras variables que nosotros no hemos analizado, como la ocupación profesional y el nivel educativo, han sido analizadas en otros estudios (42,67). Solo en uno de ellos se encuentra asociación significativa (67) entre el malestar emocional y la ocupación profesional y no se encuentra ninguna relación con el nivel educativo en el único estudio que evalúa este aspecto (42). En conjunto, estos resultados sugieren que las variables sociodemográficas tradicionales podrían tener un peso limitado sobre la afectación emocional durante el ingreso.

El tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos, únicamente evaluado en uno de los estudios revisados (67), también fue incluido en nuestro análisis. En nuestra cohorte, los ansiolíticos se asociaron con mayores niveles de ansiedad tanto al ingreso como al alta, mientras que los antidepresivos se relacionaron con ansiedad al ingreso y depresión al alta. A diferencia de otros trabajos, en los que no se observaron asociaciones significativas (67), nuestro diseño prospectivo, la recogida sistemática de datos y el análisis en dos puntos temporales pudieron haber favorecido la detección de estas asociaciones. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar la farmacoterapia como una variable clínicamente relevante en la evaluación del estado emocional de los pacientes oncológicos hospitalizados.

Además, resulta llamativo que, si bien el consumo de ansiolíticos y antidepresivos mostró asociaciones significativas con ansiedad y depresión, el diagnóstico previo de estos trastornos no presentó una relación estadísticamente significativa con las puntuaciones emocionales al ingreso. Esta discrepancia podría explicarse por un posible infradiagnóstico en el contexto clínico, así como por una cierta tendencia a la medicalización sin un diagnóstico formal establecido. Esta observación subraya la necesidad de realizar una evaluación estructurada del estado emocional en pacientes oncológicos, más allá del simple registro farmacológico.

Nuestro estudio, es el único descrito en la literatura que incluye el consumo de opioides, que sí se asoció a depresión tanto al ingreso como al alta. El análisis multivariable confirmó que el tratamiento con opiáceos duplicaba el riesgo de depresión al ingreso. Este hallazgo refuerza la idea de que el dolor y la sintomatología física no controlada pueden contribuir al malestar psicológico del paciente oncológico hospitalizado.

Respecto a los síntomas físicos, la astenia fue el único síntoma que mostró asociación significativa con la depresión al alta, en línea con lo descrito en la literatura (8,40). Tan sólo existe en la literatura un estudio que muestra asociación con otros síntomas como náuseas, vómitos y pérdida de apetito (8). La asociación entre astenia y síntomas emocionales podría explicarse por el profundo impacto funcional y subjetivo que genera este síntoma, al limitar la autonomía, fomentar el aislamiento y generar una percepción de deterioro clínico que puede actuar como desencadenante de la ansiedad y la

depresión. No obstante, también cabe considerar una posible relación inversa, en la que la astenia actúe como manifestación somática de un cuadro ansioso o depresivo, tal y como es frecuente en la clínica psiquiátrica. Estos hallazgos subrayan el papel de los síntomas físicos como posibles predictores de malestar emocional, especialmente en el contexto de enfermedad avanzada.

En nuestro estudio se evaluaron diversas variables relacionadas con la enfermedad oncológica. En relación con el tipo de tumor, en nuestra cohorte predominaron las neoplasias pulmonares, digestivas y mamarias, una distribución similar a la descrita en otros estudios, aunque en distinto orden de prevalencia (8). Únicamente un trabajo en la literatura, ha mostrado asociaciones significativas entre el tipo de cáncer y los niveles de ansiedad o depresión. En dicho estudio, los tumores genitourinarios se asociaron con mayor malestar emocional (42). En nuestro caso, no se observaron diferencias significativas según el tipo de neoplasia, lo que podría deberse a que la carga emocional del ingreso hospitalario tiende a homogenizar el impacto psicológico independientemente del origen tumoral. En cuanto al tratamiento recibido, nuestro estudio es uno de los pocos que ha evaluado esta variable sin encontrar asociación significativa con el estado emocional. Existe únicamente un estudio que ha hallado relación entre la administración de quimioterapia y un aumento de ansiedad y depresión (42), lo que podría reflejar el impacto anticipatorio o acumulativo de los efectos secundarios del tratamiento en pacientes ambulatorios o en fases previas. Asimismo, analizamos la situación de la enfermedad (localizada vs avanzada), sin hallar asociaciones relevantes, en línea con la mayoría de la literatura. Solo un estudio encontró una relación significativa entre estadio IV y mayor afectación emocional (42), lo cual podría explicarse por el peso pronóstico del diagnóstico avanzado en la percepción del paciente. En conjunto, estos resultados podrían reflejar que, durante el ingreso hospitalario, son otros factores clínicos, funcionales o psicosociales los que determinan en mayor medida el estado emocional, más allá del tipo de tumor, el tratamiento recibido o la fase de la enfermedad.

Por último, analizamos la asociación entre el apoyo social (DUKE-UNC-11) y la satisfacción asistencial (CAHPS), en relación al estado emocional (HADS) en pacientes

con cáncer. En nuestra cohorte, se evidenció una asociación directa entre la variación de los niveles de ansiedad y los de depresión, así como entre la escala DUKE a lo largo del ingreso, y su variación con respecto a ansiedad y la depresión, respectivamente. Además, se observaron asociaciones inversas entre la puntuación en las escalas DUKE y CAHPS y la sintomatología afectiva, lo que sugiere que un mayor apoyo social percibido y una mejor experiencia asistencial podrían actuar como factores protectores frente al distrés emocional durante la hospitalización.

Estos hallazgos son consistentes con la escasa literatura existente en relación al soporte social, donde varios estudios confirman que existe una asociación inversa entre el soporte social y la sintomatología afectiva (54,68,69). Sin embargo, todos ellos utilizan diferentes escalas de medida para la sintomatología afectiva, como el General Health Questionnaire (54), el Mini-Mental Adjustment to Cancer (68) o el BSI-18 (69). Tan solo un estudio en la literatura analiza la relación utilizando la escala HADS, pero no se ha realizado en pacientes oncológicos, sino en pacientes con dolor crónico (70). En cuanto a la relación médico-paciente y su influencia en la sintomatología afectiva, únicamente existe un artículo en la literatura que analice este aspecto mediante la escala CAHPS, encontrando una asociación significativa en concordancia con nuestro estudio (71).

Un dato que observamos y que no podemos encontrar en otros estudios, debido a que se trata del único estudio prospectivo que analiza estas variables, es que mayores tasas de ansiedad al alta se asociaron a peor percepción asistencial, mientras que mayores tasas de depresión al alta, se relacionaron tanto con una peor percepción asistencial como con un menor apoyo social percibido.

Entre las principales fortalezas del estudio destaca la evaluación sistemática y protocolizada de variables emocionales y clínicas mediante escalas validadas (HADS, DUKE, CAHPS). La inclusión de estas escalas de percepción asistencial y apoyo social aporta una visión más completa e integral del distrés emocional en el paciente oncológico ingresado, con implicaciones prácticas para su abordaje clínico. Además, destaca el diseño prospectivo del estudio, que minimiza sesgos de recuerdo y facilita el análisis evolutivo de la sintomatología afectiva. Por último, el tamaño muestral, con 166

pacientes incluidos, aporta una adecuada potencia estadística para la identificación de asociaciones significativas, siendo uno de los estudios con mayor número de pacientes hospitalizados evaluados en este contexto.

Así mismo, el estudio presenta algunas limitaciones relevantes. Se trata de un diseño observacional y unicéntrico, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones causales y reduce la generalización de los resultados a otros entornos hospitalarios. Además, la evaluación emocional se realizó únicamente en dos momentos (ingreso y alta), sin seguimiento a medio o largo plazo. Por otro lado, el uso exclusivo de autoinformes, aunque validados, puede estar influido por el estado emocional del paciente en el momento de su cumplimentación.

Entre las implicaciones clínicas de nuestro trabajo, destaca la necesidad de incorporar herramientas de cribado emocional en la práctica clínica, así como la necesidad de adoptar un enfoque más integral en el tratamiento de estos pacientes, aplicando un enfoque biopsicosocial. Esto implica utilizar factores clínicos (uso de psicofármacos, opiáceos o la presencia de astenia) y psicosociales (apoyo social percibido y la experiencia asistencial) para identificar pacientes vulnerables. Estas medidas podrían no solo mejorar el bienestar psicológico, sino también favorecer la adherencia terapéutica, la recuperación funcional y la calidad de vida de los pacientes.

Una posible línea futura de investigación sería evaluar si intervenciones psicosociales aplicadas durante la hospitalización pueden mejorar la evolución emocional de los pacientes con cáncer, reduciendo síntomas afectivos y favoreciendo una atención más integral.

7. CONCLUSIONES

- La prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos ingresados en el servicio de oncología médica del HUMS fue del 47% al ingreso frente al 40 % al alta y del 43% al ingreso frente al 39% al alta, respectivamente.
- El tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos se relacionó con mayor ansiedad basal, mientras que los opiáceos y un peor estado funcional se asociaron a mayor depresión al ingreso.
- La evolución emocional durante el ingreso fue heterogénea, sin cambios globales significativos en la proporción de diagnósticos clínicos al alta.
- Al alta, la ansiedad se asoció a la toma de ansiolíticos, astenia, peor relación médico-paciente y falta de continuidad médica; mientras que la depresión se relacionó, además de con todo lo previo, con la toma de antidepresivos, opiáceos y menor apoyo social percibido.
- Durante el ingreso, una peor relación médico paciente y un menor apoyo social, se asociaron a mayores tasas de ansiedad y depresión.
- Estos resultados subrayan la necesidad de incorporar herramientas de cribado emocional sistemático y estrategias de atención psicosocial en el abordaje integral del paciente oncológico hospitalizado.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*. 2023;8(2):101155. doi:10.1016/j.esmoop.2023.101155
2. Caruso R, Nanni MG, Riba MB, et al. The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(5):389-402.
3. Wang X, Wang N, Zhong L, et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry*. 2020;25(12):3186-3197.
4. Wang YH, Li JQ, Shi JF, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry*. 2020;25(7):1487-1499.
5. Caruso R, Nanni MG, Riba M, et al. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncol*. 2017;56(2):146-155.
6. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO; 2017.
7. Friedrich MJ. Depression is the leading cause of disability around the world. *JAMA*. 2017;317(15):1517.
8. Gontijo Garcia GS, Meira KC, de Souza AH, Guimarães NS. Anxiety and depression disorders in oncological patients under palliative care at a hospital service: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):116. Published 2023 Aug 15. doi:10.1186/s12904-023-01233-1.
9. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Ministerio de Sanidad Spain; 2023.
10. Andersen BL, et al. Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2023;41(18):3426-3453.
11. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(2):89-99. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950140007002.

12. Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv.* 2013;7(3):300-322.
13. Rodin G, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2018;36(23):2422-2432.
14. Kissane DW, et al. Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care.* 2001;17(1):12-21.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
16. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int>.
17. First MB, Gaebel W, Maj M, et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry.* 2021;20(1):34-51. doi:10.1002/wps.20825.
18. Walker J, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(5):343–350.
19. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ.* 2018;361:k1415.
20. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013;14(8):721-732. doi:10.1016/S1470-2045(13)70244-4.
21. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psychooncology.* 2017;26(4):424-427. doi:10.1002/pon.4103.
22. Ahmad MH, Rizvi MA, Fatima M, Mondal AC. Pathophysiological implications of neuroinflammation mediated HPA axis dysregulation in the prognosis of cancer and

- depression. *Mol Cell Endocrinol*. 2021;520:111093.
doi:10.1016/j.mce.2020.111093.
23. McFarland DC, Riba M, Grassi L. Clinical Implications of Cancer Related Inflammation and Depression: A Critical Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021;17(1):287-294. Published 2021 Dec 31. doi:10.2174/1745017902117010287
 24. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(4):300-314. doi:10.3322/caac.21285.
 25. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12(2):160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
 26. Zaorsky NG, et al. Suicide among cancer patients. *Nat Commun*. 2019;10(1):207.
 27. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein DL. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs*. 2012;35(4):E14-26.
 28. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47-53. doi:10.1001/jama.2009.1943.
 29. Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, et al. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(5):668- 680.
 30. Health Quality Ontario. Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2017;17(15):1-167. Published 2017 Nov 13.
 31. Carlson LE, et al. Mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy maintain telomere length relative to controls in distressed breast cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(3):476-484.
 32. Cillessen L, Johannsen M, Speckens AEM, Zachariae R. Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychooncology*. 2019;28(12):2257-2269. doi:10.1002/pon.5214.

33. Teo I, Krishnan A, Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psychooncology*. 2019;28(7):1394-1407. doi:10.1002/pon.5103.
34. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med*. 2017;31(6):492-509. doi:10.1177/0269216316665562.
35. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018;124(15):3231-3239. doi:10.1002/cncr.31539.
36. Howell DKH, Esplen MJ, Hack T, et al: A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, assessment and care of psychosocial distress, depression, and anxiety in adults with cancer, in Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology (ed). Toronto, 2015.
37. Zheng Y, Chang X, Huang Y, He D. The application of antidepressant drugs in cancer treatment. *Biomed Pharmacother*. 2023;157:113985. doi:10.1016/j.biopha.2022.113985.
38. Anttila SA, Leinonen EV. A review of the pharmacological and clinical profile of mirtazapine. *CNS Drug Rev*. 2001;7(3):249-264. doi:10.1111/j.1527-3458.2001.tb00198.x.
39. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.
40. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2003;17(6):509-513. doi:10.1191/0269216303pm781oa.
41. Herrero MJ, et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277–83.
42. Muzzatti B, Agostinelli G, Bomben F, et al. Intensity and Prevalence of Psychological Distress in Cancer Inpatients: Cross-Sectional Study Using New Case-Finding Criteria for the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Front Psychol*. 2022;13:875410. Published 2022 Apr 26. doi:10.3389/fpsyg.2022.875410.

43. Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2020;28(8):3921-3926. doi:10.1007/s00520-019-05244-8.
44. Villoria E, Lara L. Assessment of the Hospital Anxiety and Depression Scale for cancer patients. *Rev Med Chil*. 2018;146(3):300-307. doi:10.4067/s0034-98872018000300300.
45. Calderon C, Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Hernández R, Oporto-Alonso M, Jiménez-Fonseca P. Factor structure and measurement invariance of the Brief Symptom Inventory (BSI-18) in cancer patients. *Int J Clin Health Psychol*. 2020;20(1):71-80. doi:10.1016/j.ijchp.2019.12.001.
46. Recklitis CJ, Blackmon JE, Chang G. Validity of the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) for identifying depression and anxiety in young adult cancer survivors: Comparison with a Structured Clinical Diagnostic Interview. *Psychol Assess*. 2017;29(10):1189-1200. doi:10.1037/pas0000427.
47. Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, et al. Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a Spanish breast cancer sample. *J Psychosom Res*. 2008;65(6):533-539. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.05.009.
48. Thekkumpurath P, Walker J, Butcher I, et al. Screening for major depression in cancer outpatients: the diagnostic accuracy of the 9-item patient health questionnaire. *Cancer*. 2011;117(1):218-227. doi:10.1002/cncr.25514.
49. Grapp M, Terhoeven V, Nikendei C, Friederich HC, Maatouk I. Screening for depression in cancer patients using the PHQ-9: The accuracy of somatic compared to non-somatic items. *J Affect Disord*. 2019;254:74-81. doi:10.1016/j.jad.2019.05.026.
50. Merport A, Bober SL, Grose A, Recklitis CJ. Can the distress thermometer (DT) identify significant psychological distress in long-term cancer survivors? A comparison with the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18). *Support Care Cancer*. 2012;20(1):195-198. doi:10.1007/s00520-011-1269-7.
51. Sun H, Lv H, Zeng H, Niu L, Yan M. Distress Thermometer in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2022;12(3):245-252. doi:10.1136/bmjspcare-2021-002960.

52. Graham-Wisener L, Dempster M, Sadler A, McCann L, McCorry NK. Validation of the Distress Thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice setting. *Palliat Med*. 2021 Jan;35(1):120-129. doi: 10.1177/0269216320954339. Epub 2020 Sep 11. PMID: 32912055; PMCID: PMC7797615.
53. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez, A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 [Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support]. *Aten Primaria*. 1996;18(4):153-6, 158-63. Spanish. PMID: 8962994.
54. Franco-García JM, Denche-Zamorano Á, Pereira-Payo D, et al. Association between GHQ-12, Duke-UNC-11, Physical Activity, and Self-Perceived Health in Spanish Adults with Cancerous Tumours: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(2):192. Published 2023 Jan 9. doi:10.3390/healthcare11020192.
55. Morales LS, Weech-Maldonado R, Elliott MN, Weidmer B, Hays RD. Psychometric properties of the Spanish Consumer Assessment of Health Plans Survey (CAHPS). *Hisp J Behav Sci*. 2003;25(3):386–409. doi:10.1177/0739986303256916.
56. Charlson ME, Carrozzino D, Guidi J, Patierno C. Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. *Psychother Psychosom*. 2022;91(1):8-35. doi:10.1159/000521288.
57. Asano T, Yamada S, Fujii T, et al. The Charlson age comorbidity index predicts prognosis in patients with resected pancreatic cancer. *Int J Surg*. 2017;39:169-175. doi:10.1016/j.ijsu.2017.01.115.
58. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition*. 1999;15(6):458-464. doi:10.1016/s0899-9007(99)00084-2.
59. Kadakia KC, Symanowski JT, Aktas A, et al. Malnutrition risk at solid tumor diagnosis: the malnutrition screening tool in a large US cancer institute. *Support Care Cancer*. 2022;30(3):2237-2244. doi:10.1007/s00520-021-06612-z.
60. Kumar D, Neeman E, Zhu S, Sun H, Kotak D, Liu R. Revisiting the Association of ECOG Performance Status With Clinical Outcomes in Diverse Patients With Cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 2024;22(2 D):e237111. Published 2024 Apr 23. doi:10.6004/jnccn.2023.7111.

61. Cheng S, Qureshi M, Pullenayegum E, Haynes A, Chan KK. Do patients with reduced or excellent performance status derive the same clinical benefit from novel systemic cancer therapies? A systematic review and meta-analysis. *ESMO Open*. 2017;2(4):e000225. Published 2017 Sep 21. doi:10.1136/esmoopen-2017-000225
62. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026. Gobierno de España; 2022.
63. Comisión Europea. Misión Cáncer: Horizonte Europa. Comisión Europea; 2023. Disponible en: <https://ec.europa.eu>.
64. Organización Mundial de la Salud. Mental health action plan 2013-2020. WHO; 2013
65. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2025. Madrid: SEOM; 2025. Disponible en: <https://seom.org>.
66. Vilela-Estrada AL, Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Front Psychol*. 2025;15:1497946. Published 2025 Jan 21. doi:10.3389/fpsyg.2024.1497946.
67. Naser AY, Hameed AN, Mustafa N, et al. Depression and Anxiety in Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2021;12:585534. Published 2021 Apr 15. doi:10.3389/fpsyg.2021.585534.
68. Velasco-Durantez V, Jimenez-Fonseca P, Martín Abreu CM, et al. Resilience, Social Support, and Anxious Preoccupation in Patients with Advanced Cancer during COVID-19 Pandemic. *Cancer Invest*. 2022;40(6):475-482. doi:10.1080/07357907.2022.2067864.
69. Martín-Abreu CM, Hernández R, Cruz-Castellanos P, et al. Dignity and psychosocial related variables in elderly advanced cancer patients. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):732. Published 2022 Sep 5. doi:10.1186/s12877-022-03423-7.
70. Dueñas M, De Sola H, Salazar A, Esquivia A, Rubio S, Failde I. Prevalence and epidemiological characteristics of chronic pain in the Spanish population. Results from the pain barometer. *Eur J Pain*. 2025;29(1):e4705. doi:10.1002/ejp.4705.
71. DiMartino LD, Kirschner J, Jackson GL, Mollica MA, Lines LM. Are care experiences associated with survival among cancer patients? An analysis of the SEER-CAHPS

- data resource. *Cancer Causes Control*. 2021;32(9):977-987. doi:10.1007/s10552-021-01451-z.
72. Bossola M, Ciciarelli C, Di Stasio E, et al. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients [published correction appears in *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Jul-Aug;32(4):450. Di Stasio, Enrico [added]]. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(2):125-131. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.10.009.
 73. Kugbey N. Comorbid anxiety and depression among women receiving care for breast cancer: analysis of prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2022 Sep;22(3):166-172. doi: 10.4314/ahs.v22i3.19. PMID: 36910397; PMCID: PMC9993285.
 74. Mei Hsien CC, Wan Azman WA, Md Yusof M, Ho GF, Krupat E. Discrepancy in patient-rated and oncologist-rated performance status on depression and anxiety in cancer: a prospective study protocol. *BMJ Open*. 2012 Oct 3;2(5):e001799. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001799. Erratum in: *BMJ Open*. 2012 Nov 05;2(6):e001799corr1. doi: 10.1136/bmjopen-2012-000799corr1. PMID: 23035016; PMCID: PMC3488734.
 75. Calderon C, Carmona-Bayonas A, Beato C, et al. Risk of malnutrition and emotional distress as factors affecting health-related quality of life in patients with resected cancer. *Clin Transl Oncol*. 2019;21(5):687-691. doi:10.1007/s12094-018-1954-9.
 76. Hermann M, Goerling U, Hearing C, Mehnert-Theuerkauf A, Hornemann B, Hövel P, Reinicke S, Zingler H, Zimmermann T, Ernst J. Social Support, Depression and Anxiety in Cancer Patient-Relative Dyads in Early Survivorship: An Actor-Partner Interdependence Modeling Approach. *Psychooncology*. 2024 Dec;33(12):e70038. doi: 10.1002/pon.70038. Erratum in: *Psychooncology*. 2025 Apr;34(4):e70116. doi: 10.1002/pon.70116. PMID: 39643936; PMCID: PMC11624292.

9. ANEXO

Anexo I. Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Nº	Ítem	Tipo	0	1	2	3
1	Me siento tenso/a o "nervioso/a"	Ansiedad	Nunca	De vez en cuando	Gran parte del día	Casi todo el día
2	Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	Depresión	Igual que antes	No tanto como antes	Solamente un poco	Nada
3	Tengo una gran sensación de miedo, como si algo malo me fuera a suceder	Ansiedad	Nada	Un poco, pero no me preocupa	Sí, pero no es muy fuerte	Totalmente, y es muy fuerte
4	Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	Depresión	Igual que siempre	Actualmente, algo menos	Actualmente, mucho menos	Actualmente, en absoluto
5	Tengo la cabeza llena de preocupaciones	Ansiedad	Nunca	De vez en cuando	Gran parte del día	Casi todo el día
6	Me siento alegre	Depresión	Gran parte del día	En algunas ocasiones	Muy pocas veces	Nunca
7	Puedo estar sentado/a tranquilamente y sentirme relajado/a	Ansiedad	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
8	Me siento lento/a y torpe	Depresión	Nunca	A veces	A menudo	Gran parte del día

9	Tengo una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago	Ansiedad	Nunca	Solo en algunas ocasiones	A menudo	Muy a menudo
10	He perdido el interés por mi aspecto personal	Depresión	Me cuido igual que siempre	Es posible que no me cuide como debiera	No me cuido como debiera hacerlo	Completamente
11	Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme	Ansiedad	En absoluto	No mucho	Bastante	Mucho
12	Tengo ilusión por las cosas	Depresión	Como siempre	Algo menos que antes	Mucho menos que antes	En absoluto
13	Me asaltan sentimientos repentinos de gran angustia o temor	Ansiedad	Nada	No muy a menudo	Bastante a menudo	Muy frecuente
14	Me divierto con un buen libro, o programa de radio o TV	Depresión	A menudo	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca

Puntuación total: Ansiedad: _____ Depresión: _____

Anexo II. Escala DUKE-UNK-11

1. Mucho menos de lo que deseo
2. Menos de lo que deseo
3. Ni mucho ni poco
4. Casi como deseo
5. Tanto como deseo

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5	Recibo amor y afecto					
6	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.-	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Puntuación total: _____

Anexo III. Escala CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and System)

1. Mucho menos de lo que deseo
2. Menos de lo que deseo
3. Ni mucho ni poco
4. Casi como deseo
5. Tanto como deseo

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	Mi oncólogo me ha escuchado con atención					
2	Mi oncólogo me explica las cosas de una manera comprensible					
3	Mi oncólogo me da la información que necesito acerca de mi tratamiento, incluyendo beneficios y efectos secundarios					
4	Mi oncólogo ha respondido a mis preguntas sobre mi enfermedad oncológica					
5	Mi oncólogo me ha tratado de manera educada y respetuosa					
6	Estoy satisfecho con la atención médica recibida desde mi diagnóstico oncológico					

Puntuación total: _____

Anexo IV. Escala de comorbilidad de Charlson

Comorbilidad	Puntuación
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica (EPOC y ASMA)	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera péptica	1
Enfermedad hepática leve (sin hipertensión portal)	1
Diabetes sin daño en órgano diana	1
Diabetes con daño en órgano diana	2
Hemiplejía o paraplejía	2
Insuficiencia renal moderada o grave	2
Enfermedad hepática moderada o grave	3
Cáncer sólido (sin metástasis)	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Cáncer con metástasis	6
SIDA	6

Anexo V. Escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status)

Puntos	Descripción
0	Totalmente activo, capaz de realizar todas las actividades previas sin restricciones.
1	Restricción leve en la actividad física; capaz de realizar actividades ligeras o sedentarias.
2	Ambulatorio y capaz de autocuidarse, pero incapaz de realizar cualquier actividad laboral; activo >50 %.
3	Limitación importante; capaz de autocuidarse en parte; confinado a cama o silla más del 50 % del tiempo.
4	Completamente discapacitado; incapaz de autocuidarse; totalmente confinado a cama o silla.
5	Fallecido.

Anexo VI. Cuestionario MST (Malnutrition Screening Tool)

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Ha perdido peso recientemente sin proponérselo?	No	0
	No lo sabe	2
	Sí, 1–5 kg	1
	Sí, 6–10 kg	2
	Sí, 11–15 kg	3
	Sí, más de 15 kg	4
¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos o dificultad para masticar/tragar?	No	0
	Sí	1

Anexo VII. Dictamen CEICA



Dictamen Favorable

C.I. PI25/018

12 de febrero de 2025

CEIC Aragón (CEICA)

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIm Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 12/02/2025, Acta Nº 03/2025 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: IMPACTO PSICOLÓGICO DEL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Estudiante: PAULA MORILLAS MARTÍNEZ

Tutores: JAVIER MARTÍNEZ TRUFERO, MARTA GASCÓN RUIZ

Versión protocolo: VERSIÓN 2.0 6 febrero 2025

Versión documento de información y consentimiento: Versión 2.0 de fecha 6/2/2025

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del trabajo.

4º. El presente dictamen favorable sólo tendrá **validez hasta la fecha declarada de final del estudio (junio de 2025)**, la modificación de esta fecha o cualquier otra modificación sustancial de las condiciones y/o metodología respecto de la versión arriba referenciada del protocolo o del documento de información debe presentarse de nuevo a evaluación por el comité.

Lo que firmo en Zaragoza, a fecha de firma electrónica

**GONZALEZ
HINJOS MARIA -**
DNI 03857456B
Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2025.02.14
13:22:51 +01'00'
María González Hinjos