

INSOMNIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Jorge Maté, María F. Hollenstein y Francisco L. Gil

Unidad de Psico-Oncología. Institut Càtala D'Oncologia.

Resumen

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada. A pesar de su frecuencia, la identificación de estos trastornos es insuficiente debido a diferentes motivos, como: a) la confluencia de sintomatología somática y psíquica, b) considerar como normal la presencia de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, c) la falta de formación de los sanitarios en la detección de trastornos psiquiátricos, o que éstos puedan ser secundarios a la propia enfermedad y a los tratamientos oncológicos.

El presente trabajo aborda el insomnio, la ansiedad y la depresión por ser trastornos de los más frecuentes en el paciente con cáncer y por su incidencia en su bienestar, asimismo presentamos pautas para la detección y el manejo de dichos trastornos, tanto desde una perspectiva farmacológica como no farmacológica.

Palabras clave: insomnio, ansiedad, depresión, DSM-IV, cáncer.

Abstract

The presence of psychiatric disorders in the cancer patient has been well documented. In spite of their frequency, the identification of these disorders remains insufficient. There are various reasons for this, such as: a) the mingling of somatic and psychological symptomatology; b) believing that the presence of anxiety, depression, or insomnia is normal among patients with cancer; c) the lack of training of medical personnel in the detection of psychiatric disorders; or d) viewing these disorders as secondary to the illness itself and to the oncological treatments.

This research paper deals with insomnia, anxiety, and depression among cancer patients, as being the disorders with the highest incidence among them and with the greatest impact on their well-being. We present guidelines for the detection of these disorders, as well as their pharmacological and non-pharmacological treatment.

Key words: insomnia, anxiety, depression, DSM-IV, cancer.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los estudios realizados durante las dos últimas décadas sobre la prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos, es de todos conocida la dificultad que entraña el realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, debido a la convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial, y debido a la propia naturaleza de la enfermedad neoplásica que es generadora de un malestar emocional (*distress*) que puede oscilar entre una

reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental. Los trastornos del sueño pueden afectar seriamente al bienestar físico y mental así como a la calidad de vida del paciente, y más pronunciado es en aquellos pacientes con enfermedades que amenazan la vida, como el cáncer⁽¹⁾. El 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos. Muchos de estos cuadros suelen ser ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo⁽²⁾.

En un estudio sobre los trastornos del sueño en pacientes oncológicos, Davidson et al. ⁽⁴⁾ refieren que, aquellos que se queja-

Correspondencia:

Jorge Maté Méndez
Avda. Gran Vía, s/n. Km. 2,7.
08907 L'Hospitalet, Barcelona.
E-mail: jmate@ico.scs.es

ron de insomnio también presentaron peor salud física y mental, dificultad para la concentración y para el afrontamiento del estrés. Dormir es una actitud conductual y fisiológica necesaria para la salud y el bienestar. Un sueño de baja calidad puede interferir la función inmunitaria, alterar las respuestas hacia el estrés así como la actividad de la vida cotidiana y la calidad de vida⁽⁴⁾.

Es indispensable que los profesionales dedicados a la Psico-Oncología dispongan del conocimiento y de los instrumentos necesarios para diferenciar los trastornos psicopatológicos de los trastornos mentales debidos a la enfermedad médica (incluyendo los tratamientos médicos y/o oncológicos).

La presencia de alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales en pacientes con cáncer ha sido extensamente documentada a lo largo de las dos últimas décadas. Cabe resaltar el estudio multicéntrico llevado a cabo por Derogatis y colaboradores⁽⁵⁾, (PSYCOG, Psychosocial Collaborative Oncology Group) sobre una muestra de 215 pacientes oncológicos, en el cual se determinó que si bien el 53% presentaban buena adaptación al diagnóstico de cáncer, el 47% de los pacientes mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico según el DSM-III. De éstos, el 32% presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de ánimo deprimido; 6% manifestaban un trastorno depresivo mayor; 4% un trastorno mental orgánico;

3% un trastorno de la personalidad y 2% un trastorno de ansiedad (ver tabla 1).

En el presente trabajo se abordará el insomnio, los trastornos de ansiedad y depresión en el paciente oncológico por su elevada frecuencia en este tipo de población.

INSOMNIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida del paciente, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios.

La dificultad para dormir satisfactoriamente durante la noche es uno de los síntomas más prevalentes en los pacientes con cáncer y aunque son muchas las causas que pueden alterar el descanso nocturno, podemos destacar la ansiedad asociada a la propia enfermedad y a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos.

Comparado con otros problemas que los pacientes con cáncer sufren, tales como náuseas, dolor y depresión, el insomnio no ha recibido mucha atención, a pesar de ser uno de los síntomas más comunes y que genera mayor *distress* en los pacientes oncológicos, afectando al 40-60% de los enfermos según varios autores⁽⁶⁾.

Uno de los principales deseos de las personas al final de la vida es sentirse conforta-

Tabla 1. Prevalencia de trastorno psiquiátrico en pacientes oncológicos⁽⁵⁾

| Categoría diagnóstica | Casos (%) |
|---|-----------|
| T. Adapt. activo (ansiedad o ánimo deprimido) | 68 (32) |
| Depresión mayor | 13 (6) |
| Trastorno Mental orgánico | 8 (4) |
| Trastorno de la personalidad | 7 (3) |
| Trastorno de ansiedad | 4 (2) |
| Total casos psiquiátricos | 101 (47) |
| Total Casos no psiquiátricos | 114 (53) |

bles y libres de síntomas⁽⁷⁾. Mientras que la relación entre fatiga y cáncer es bien conocida, a penas se conoce cómo ésta empeora el sueño. Algunos autores observan que un sueño de baja calidad puede ser uno de los factores más importantes en la relación entre el cáncer y la fatiga como lo son la anemia y los trastornos metabólicos⁽⁸⁾.

La privación del sueño puede afectar físicamente con un aumento de fatiga, mayor intolerancia al dolor y depresión del sistema inmune, así como a nivel emocional con aumento de irritabilidad, depresión y anhedonia⁽⁹⁾.

Definición

Dificultad para conciliar (dificultad en dormirse o **insomnio de conciliación**) o mantener el sueño (frecuentes despertares durante la noche y/o despertar temprano o **insomnio de mantenimiento**). Además, éste puede ser transitorio (días de duración), de duración corta (1 a 3 semanas) o duración larga (más de 3 semanas). **Sueño no reparador** define aquella queja habitual y subjetiva del paciente cuando el insomnio no ha facilitado el descanso nocturno. Existen evidencias que indican cómo los pacientes oncológicos presentan más trastornos del sueño que las personas sanas, tanto en la dificultad para conciliar como para mantener el sueño⁽¹⁰⁾.

Frecuencia

Un 50% o más de los pacientes oncológicos presentan trastornos del sueño y entre el 30% y 50% de los pacientes recién diagnosticados de cáncer refieren dificultades para dormir⁽⁸⁾. En comparación con otros tipos de cáncer, el de mama se asocia con mayores niveles de insomnio con una prevalencia entre el 38% y 61%^(3, 4, 11). En este sentido, contribuyen los síntomas vasomotores de la menopausia, como sensación de calor intenso, sudoración, palpitaciones, dolor de cabeza, afecto negativo y en especial los sofocos, referidos por el 40-70% de

las supervivientes de cáncer de mama, más frecuentes y más severos que en mujeres sanas de la misma edad⁽¹²⁾.

Poco se sabe de la calidad del sueño en los pacientes con cáncer, pero parece que el *distress* emocional y físico sí se relaciona con los problemas para dormir, siendo éstos uno de los principales síntomas en este tipo de pacientes⁽¹³⁻¹⁴⁾. Savard y Morin⁽³⁾, afirman que más del 50% de los pacientes oncológicos presentan problemas de sueño que perduran en el tiempo años después de finalizar el tratamiento, siendo un problema crónico para los pacientes y la familia.

En un estudio sobre 982 pacientes Davidson y colaboradores demostraron que aquellos que manifestaron insomnio (300), atribuyeron el mismo a los pensamientos (52%), dolor o disconfort (45%), aspectos acerca de la salud (38,7%), aspectos relacionados con la familia y los amigos (33%), diagnóstico de cáncer (32%), efectos físicos de la enfermedad (27,7%), aspectos económicos (22,7%) y el 7% no supieron a qué atribuirlo⁽¹⁰⁾.

Conocer la naturaleza y la prevalencia de los trastornos del sueño en el paciente oncológico es esencial para el manejo total de los síntomas ya que muchos de ellos pueden tratarse efectivamente⁽¹⁰⁾. Los pacientes oncológicos necesitan ser atendidos para revertir el insomnio crónico y/o prevenirlo; la intervención psicológica se ha mostrado efectiva para tratar algunos aspectos del insomnio⁽¹⁵⁾.

Causas

La **etiología de los trastornos del sueño** en el paciente oncológico es multidimensional por naturaleza. Existen factores que **predisponen**, **precipitan** y **mantienen** los trastornos del sueño, tal como indican Savard y Morin⁽³⁾

- **Factores que predisponen:** el género, la edad y una historia previa de trastornos del sueño, siendo mayor la prevalencia de insomnio en mujeres y en personas de edad avanzada.

- **Factores que precipitan:** incluye no sólo el tipo y estadio del cáncer sino, también, el dolor y los efectos secundarios de los tratamientos, como las náuseas y vómitos, disnea, frecuencia urinaria. La propia hospitalización y un contexto inusual para dormir también pueden alterar el cansancio nocturno.

- **Factores que mantienen:** incluye no sólo una pobre higiene del sueño sino, también, una deficiente nutrición, vida sedentaria, fumar, deprivación alcohólica y consumo de cafeína.

En general el insomnio en el paciente con cáncer puede ser **secundario a factores físicos y psicológicos** (según el modelo biopsico-socio-espiritual) (ver tabla 2):

Tabla 2. **Causas de insomnio en el paciente oncológico**⁽¹⁶⁾

| Síntoma | 2 ^o a alteraciones psicológicas o ambientales | 2 ^o a patología médica |
|-------------------------------|--|---|
| • Dificultad de conciliación | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad** • Ansiedad tensional, muscular • Trastorno del ritmo circadiano del sueño • Miedo a dormir, perder el control y morir en la noche • Crisis existencial | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor* • Lesión del SNC • Efectos directos de sustancias (como el alcohol) • Efectos directos de la abstinencia de sustancias (como el alcohol). • Relacionado con fármacos (estimulantes, abstinencia de depresores, corticoides, diuréticos, cafeína, simpático miméticos, citostáticos) |
| • Dificultad de mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Depresión** • Trastorno del ritmo circadiano • Cambios ambientales (exceso de luz, exceso de ruido, etc.) • Trastorno por estrés postraumático • Esquizofrenia • Envejecimiento • Crisis existencial • Parasomnias | <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones endocrinas y metabólicas (síndromes paraneoplásicos, disfunción tiroidea, etc.) • Hipoxia • Poliaquiuria • Incontinencia • Fiebre • Prurito • Síndrome de apnea del sueño • Mioclonias nocturnas y síndrome de las piernas inquietas • Dieta |

* El **Dolor** es uno de los factores físicos de riesgo más importantes en los trastornos del sueño (hasta un 60% de pacientes con dolor presentan algún tipo de trastorno del sueño).

** La **Ansiedad y Depresión** son unos de los factores psicológicos de riesgo más importantes en los trastornos del sueño (hasta un 63 % de pacientes con ansiedad presentan insomnio y hasta un 90% de los pacientes con depresión presentan algún tipo de trastorno del sueño).

Diagnóstico diferencial

Atendiendo a los criterios diagnósticos DSM-IV⁽¹⁷⁾:

1. Los **trastornos primarios del sueño** son aquellos que *no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia*. Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento. A su vez, estos trastornos se subdividen en **disomnias** (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño, Ej. **Insomnio primario***) y en **parasomnias** (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia).

*(La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica).

2. El **insomnio que se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia** debe ser diagnosticado como **trastorno del sueño inducido por sustancias, tipo insomnio**. La característica esencial de este trastorno es la presencia de alteraciones prominentes del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. **Tipo insomnio**. Este subtipo hace referencia a motivos de consulta que insisten de modo especial en la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o en la sensación al despertarse de sueño no reparador.
3. **Trastorno del sueño debido a enfermedad médica, tipo insomnio**. La característica esencial de este trastorno es la presencia de alteraciones prominentes del sueño que revisten

la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente y que se consideran *secundarias a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica*.

Tipo insomnio. Este subtipo se refiere a motivos de consulta que hacen especial hincapié en la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o en la sensación al despertarse de sueño no reparador.

Cabe destacar, por tanto, que en el contexto de pacientes oncológicos en general y con enfermedad avanzada y terminal en particular, la etiología del insomnio será difícil de especificar y de origen multicausal (por enfermedad y/o inducido por sustancias) aunque en una primera valoración, también sería necesario tener en cuenta la existencia de antecedentes de trastornos primarios del sueño que facilite el abordamiento terapéutico adecuado.

Tratamiento

Incluye la combinación de **medidas farmacológicas y no farmacológicas**, como la psicoterapia (técnica del control de estímulos, relajación, técnicas de control cognitivo). Cabe destacar la actitud básica a tener ante el paciente insomne: conocer las causas principales del mismo, tratándolo precoz y adecuadamente, en prevención de su cronicidad y deterioro de la calidad de vida del paciente y familia.

Estas dos aproximaciones pueden ser consideradas individual o conjuntamente, aunque hay que destacar inicialmente el uso de medidas conductuales o no farmacológicas porque la farmacoterapia puede generar problemas de habituación, efectos secundarios y abstinencia⁽¹⁸⁾. Los tratamientos del insomnio que se han verificado efectivos en individuos sanos, se plantean asimismo como posibles alternativas para las pacientes con cáncer. Algunos de los tratamientos disponibles, como las benzodiazepinas, que en realidad son psicofármacos contra la ansiedad, conllevan riesgos de

dependencia si se utilizan durante un tiempo bastante largo, las personas pueden experimentar síntomas de abstinencia severos (nerviosismo, dolores de cabeza, temblores) y otros efectos secundarios, potencialmente peligrosos, tales como ataques epilépticos.

La terapia farmacológica podría ser apropiada para una demanda inmediata, mientras que la intervención no farmacológica como el entrenamiento en relajación, suele ser mejor tolerada por el paciente, y facilitar la reducción del *distress* asociado al insomnio precipitado por el propio diagnóstico de cáncer y el tratamiento oncológico⁽¹⁹⁾.

Cuando los trastornos del sueño se mantienen una vez han cesado los tratamientos oncológicos, deberían evaluarse los factores que mantienen estos trastornos, como la higiene del sueño y los hábitos de vida, abordables desde una perspectiva cognitivo-conductual⁽¹⁹⁾. Algunos estudios han demostrado la eficacia a largo plazo de este tipo de psicoterapia para el insomnio, confirmado por la satisfacción referida por los pacientes⁽²⁰⁾. El entrenamiento en relajación es uno de los componentes más efectivos en la psicoterapia cognitivo-conductual para los problemas de sueño en los pacientes oncológicos, siendo efectiva más allá de los tres meses desde la intervención⁽²¹⁾.

1. Medidas No farmacológicas (higiene del sueño):

Siempre que sea posible: aumentar la actividad diaria, evitar la estimulación ambiental excesiva (luz, ruidos, calor, etc.) y facilitar un ambiente agradable (temperatura, luz, música, ventilación, etc.), suspender sustancias estimulantes del SNC (café, nicotina, alcohol, etc.), evitar siestas diurnas en prevención de la inversión del ritmo sueño/vigilia, eliminar estímulos nocturnos, evitar ingesta excesiva de alimentos antes de dormir, practicar rutinas relajantes antes de acostarse (relajación, etc.), mantener patrones regulares de sueño y evitar las tareas asistenciales nocturnas que puedan interrumpir el sueño.

Otras medidas no farmacológicas incluirán un **abordamiento psicoterapéutico**, a destacar técnicas específicas para el manejo del insomnio, (compartidas en gran medida con en el tratamiento de la ansiedad):

- Respiración profunda y diafragmática.
- Relajación muscular progresiva e imaginación guiada.
- Técnicas distractoras.
- Facilitar la expresión emocional con atención especial a las preocupaciones y miedos asociados a su situación (Ej. miedo a la muerte).
- Ventilación emocional.
- Meditación.

2. Medidas farmacológicas⁽¹⁶⁾:

Actualmente, los fármacos más empleados en el manejo del insomnio son las *benzodiazepinas* e *imidazopiridinas* (ver tabla 3). Otros fármacos potencialmente útiles como los barbitúricos sólo estarían indicados en circunstancias muy especiales ya que su margen de seguridad es limitado. En los casos de insomnio asociado a un estado depresivo, los antidepresivos con un perfil más sedante pueden ser útiles como medicación única.

La elección de una u otra benzodiazepina depende de factores farmacocinéticos, tales como su rapidez de absorción, vida media de eliminación o la existencia de metabolitos activos que pueden producir problemas a largo plazo. Así pues, el *diazepam* que tiene una absorción rápida, una vida media larga y con metabolitos activos, puede ser útil para tratamientos cortos o cuando se precisa una acción ansiolítica prolongada, pero en pacientes ancianos y frágiles la tendencia a la acumulación suele ser evidente a los pocos días de su administración con la aparición de somnolencia y torpor durante el día.

En general, para el manejo del **insomnio de conciliación** se prefiere un fármaco de vida media corta –media y sin metabolitos activos: *zolpidem* o *lorazepam*.

En el **insomnio de mantenimiento** es preferible fármacos con una vida media, mediana-larga: *lorazepam*, *flunitrazepam*, *diazepam*.

Cuando al **insomnio se asocia ansiedad** la elección dependerá del cuadro clínico, si el predominio es la ansiedad o el insomnio. Pueden ser útiles el *alprazolam* y *diazepam*. En aquellos pacientes que presentan ansiedad e insomnio con dificultades con la ingesta o que por otras razones precisen de una vía

parenteral, puede considerarse el uso de *midazolam* en ICSC o ICEV a doble velocidad; una dosis ansiolítica durante el día (dosis inicial: 0,5 mg/h) y una dosis hipnótica (dosis inicial: 2-3 mg/h) durante la noche. Se recomienda administrar un *bolus* inductor de 2,5-5 mg cuando se inicia la dosis hipnótica.

Tabla 3. **Benzodicepinas e Imadazopirinas**⁽¹⁶⁾

| Fármaco | Indicación | Dosis inicio | Vida media eliminación | Inicio acción | Metabolitos activos | Comentarios |
|---|----------------------|--|------------------------|-----------------------|---------------------|--|
| Duración corta | | | | | | |
| Midazolam | Insomnio Ansiedad | VO 7,5 mg SC 2,5-5 mg ICSC 0,5 mg/h EV 2,5-5 mg/h | 2,5 h En ICSC 10 h | Rápida | Sí | En dosis única es entre 2-3 veces más potente que diazepam En insuficiencia renal se produce acumulación |
| Zolpidem | Insomnio | 5-10 mg/VO | 2,4 h | Rápida | No | En insuficiencia hepática la vida media se alarga a 10 horas Es una imidazopirina, indicado en apneas del sueño |
| Duración media | | | | | | |
| Alprazolam | Ansiedad | 0,25-0,50 mg/8 h /VO | 12-15 h | Media | Sí | Indicado crisis de angustia |
| Flunitrazepam | Insomnio | 1 mg/VO | 16-35 h | Media | Sí | La comida interfiere su absorción |
| Lorazepam | Ansiedad Insomnio | 1 mg/VO | 12-15 h | Media VO Rápida SL | No | Indicado en insuficiencia hepática Útil en antiemesis |
| Oxazepam | Ansiedad | 10 mg/VO | 6-20 h | Lenta | No | Útil en insuficiencia hepática |
| Duración prolongada | | | | | | |
| Clorazepato | Ansiedad | 5-10mg/12 h/VO | 40 h | Rápida | Sí | |
| Diazepam | Ansiedad Insomnio | 5-10mg/12-24 h/VO | 20-100 h | Rápida | Sí | Precaución en administración prolongada en ancianos |
| Flurazepam | Insomnio | 15-30mg/VO | 47-160 h | Rápida | Sí | |
| clonazepam | Ansiedad | 0,5mg/8-12h/VO | 20-60 h | Media | Sí | Útil en crisis de ansiedad Alta potencia Utilizado en dolor/epilepsia |
| Importante | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Todas las benzodicepinas poseen un efecto ansiolítico, hipnótico, relajante muscular y anticonvulsivante variable y dependiente de la dosis. • La supresión brusca puede producir efectos de privación, especialmente tras administraciones prolongadas. • Las benzodicepinas pueden precipitar o empeorar el cuadro de Delirium. • Se debe siempre ajustar la dosis según la respuesta. • Las benzodicepinas deben utilizarse con extremo cuidado en pacientes que retienen carbónico, pudiendo ser fatal en el síndrome de apnea del sueño y en la miastenia gravis. • Eb las encefalopatías pueden producir somnolencia excesiva y confusión; especialmente en la encefalopatía hepática. | | | | | | |

ANSIEDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático. En términos generales se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Sin embargo, la ansiedad se considera desadaptativa y por lo tanto problemática cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo y si puede tener un origen biológico⁽²²⁾. Dicha distinción resulta difícil de aplicar en el paciente oncológico debido a la naturaleza de la amenaza, que por sus características (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto) suele ser altamente estresante, constante y persistente en el tiempo. La ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación es la que se considera patológica⁽²³⁾. Dicha ansiedad patológica puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles.

Consideramos que la ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales. De hecho, todo el proceso de la enfermedad neoplásica está pla-

gado de miedos, angustia y dudas. Aunque algunos estudios informan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, en la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad^(4, 24). Es importante identificar y tratar la ansiedad debido a su alta prevalencia en el paciente oncológico, a su potencial para interferir en la calidad de vida del paciente y porque puede disminuir su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo.

Prevalencia

En la población española general se considera que entre el 15 y el 19% de personas pueden sufrir un episodio de ansiedad cada año, y entre el 25 y el 31% lo pueden padecer al menos una vez a lo largo de su vida⁽²⁵⁾.

La prevalencia de la ansiedad en enfermedades oncológicas es diferente según los instrumentos de evaluación que se utilicen y las muestras de localización tumoral.

En algunos estudios⁽²⁶⁾ se considera que el 25% de pacientes diagnosticados de cáncer manifiestan síntomas de ansiedad (4%) o cumplen criterios de Trastorno adaptativo con ansiedad (21%). En la década de los 90, Carroll⁽²⁷⁾ usando el HADS con diferentes puntos de corte (8 y 11 respectivamente) identificó que el 41% de una muestra de 930 enfermos de cáncer presentaba ansiedad; dicho porcentaje disminuía al 18% cuando se consideraba el punto de corte más elevado. Derogatis y colaboradores⁽²⁵⁾ utilizando una muestra de 215 de pacientes oncológicos, encuentran que el 13% de pacientes cumple criterios de trastorno adaptativo mixto y un 21% cumple criterios de trastorno de ansiedad. Paralelamente, Brandenburg⁽²⁸⁾ encontró la presencia de ansiedad clínica en el 28% de pacientes con melanoma evaluados con el HADS y en un 15% en los familiares de dichos pacientes que no padecían ninguna enfermedad neoplásica. Stark y colaboradores⁽²⁹⁾ realizan un estudio con el objetivo de estimar la

prevalencia y tipos de trastornos de ansiedad en el paciente con cáncer, con una muestra de 178 pacientes con linfoma, cáncer renal, melanoma y discrasia sanguínea. Los resultados de dicho estudio indican que el 48% de pacientes refieren al ser preguntados subjetivamente suficientes niveles de ansiedad para satisfacer criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad, pero sin embargo dicho porcentaje disminuye al 18% cuando se evalúa dicha sintomatología siguiendo los criterios de la CIE-10⁽³⁰⁾. Kissane y colaboradores⁽³¹⁾ comparan la morbilidad psicosocial en pacientes con cáncer de mama en estadio inicial y cáncer de mama metastásico y encuentran que no hay diferencias significativas en ambos grupos. En dicho estudio, los resultados indican la prevalencia de los trastornos de ansiedad en un 8,6% en pacientes con la enfermedad en un estadio inicial y en un 6% de mujeres con la enfermedad avanzada. Asimismo, observan que la fatiga, la presencia de antecedentes de depresión y actitudes cognitivas de desesperanza y resigna-

ción se asocian significativamente con la depresión en ambos grupos. Otros autores, como Vellone et al.⁽³²⁾, comparan los niveles de ansiedad en el paciente hospitalizado o en el domicilio y encuentran que la ansiedad y la depresión correlacionan positivamente con el aburrimiento y la falta de estimulación durante el ingreso, los síntomas físicos, la presencia de hijos y los antecedentes de depresión y ansiedad. En los pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad generalmente coexisten con síntomas depresivos y los estados mixtos son los más frecuentes. Se ha de tener presente que es diferente si la ansiedad es un problema adaptativo ante la enfermedad de si es algo preexistente. Otros autores⁽³³⁻³⁴⁾ refieren que el 40% de pacientes con ansiedad tenían antecedentes de ansiedad previa.

Crterios diagnósticos

Los síntomas de ansiedad pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales (ver tabla 4).

Tabla 4. **Síntomas de la Ansiedad**⁽³⁵⁾

| Síntomas Somáticos | Síntomas cognitivos | Síntomas conductuales |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alteración del ritmo cardíaco • Sensación de ahogo • Disnea • Opresión torácica • Molestias gástricas • Náuseas • Vómitos • Inestabilidad • Mareos • Cefalea • Tensión muscular • Parestesias • Sudoración • Escalofríos • Sofocaciones • Temblores • Cansancio • Dolor • Pérdida de apetito • Insomnio • Disminución de la libido | <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento. • Miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás • Sobregeneralización • Catastrofismo • Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos • Abstracción selectiva • Indefensión • Pensamientos de culpa • Desrealización • Despersonalización • Miedo a perder el control y volverse loco | <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Evitación de los estímulos temidos (baja adherencia al tratamiento, abandono del mismo) • Irritabilidad • Mutismo • Verborrea • Inquietud interna • Agitación psicomotriz • Hiperactividad |

Asimismo, los síntomas de ansiedad pueden aparecer juntos formando síndromes o trastornos de ansiedad que se han de diagnosticar y tratar de forma adecuada (ver tabla 5).

Los trastornos de ansiedad crónicos, como el *Trastorno de ansiedad generalizada* o el *Trastorno de pánico* pueden verse intensificados ante el diagnóstico neoplásico o el tratamiento. Las fobias específicas como la fobia a la sangre/inyecciones o la claustrofobia pueden interferir con el tratamiento, causando baja adherencia o abandono al mismo. En el paciente oncológico es frecuente objetivar la presencia de síntomas y signos de ansiedad que si bien son significativos y generadores de gran malestar emocional, no llegan a cumplir criterios diagnósticos de trastornos específicos.

Etiología de la ansiedad

En los pacientes oncológicos se han de valorar las causas de la ansiedad, sobre todo debido al patrón cognitivo asociado al proceso de la enfermedad. Entre las causas psicológicas más frecuentes de la sintomatología ansiógena encontramos la percepción de cer-

caña de la muerte; el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma; problemas emocionales como la anticipación del sufrimiento propio y de los allegados, la dificultad para ventilar y expresar sentimientos, los temores y preocupaciones, la sensación de pérdida de control; problemas sociales de tipo económico (pérdida del empleo, baja por larga enfermedad e incapacidad laboral), familiar, de relación interpersonal; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias, necesidad de trascendencia; y problemas del entorno como pueden ser la privación o el exceso de estimulación, el aburrimiento, la falta de cuidados o la sobreprotección familiar.

Algunos tumores cerebrales, tumores secretores de hormonas y los que por su localización invaden núcleos de síntesis hormonal, están entre los más relacionados con la generación de alteraciones afectivas y de ansiedad⁽³⁶⁾. La pérdida de vitalidad originada por la deficiencia del estado nutricional generada por los citostáticos, así como la mucositis, náuseas, anorexia y vómitos, desencadenan en los pacientes el temor a no volver a recuperar nunca el estado de salud previo.

Tabla 5. Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV⁽¹⁷⁾

- *Crisis de angustia*: aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados de sensación de muerte inminente y síntomas somáticos como sensación de ahogo, palpitaciones, opresión torácica, sensación de atragantamiento y miedo a volverse loco o perder el control.
- *Agorafobia*: aparición de ansiedad o comportamientos de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o bien donde sea imposible encontrar ayuda en caso de que aparezca una crisis de ansiedad.
- *Fobia específica*: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones o objetos temidos, lo que suele dar lugar a conductas de evitación.
- *Fobia social*: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público.
- *Trastorno obsesivo-compulsivo*: se caracteriza por obsesiones que causan ansiedad y malestar significativo y/o compulsiones cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad.
- *Trastorno por estrés postraumático*: reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento del arousal y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- *Trastorno de ansiedad generalizada*: presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

Factores de riesgo

- Datos sociodemográficos: en la población general se considera que la ansiedad es más prevalente en el sexo femenino, en personas jóvenes y en bajo nivel socioeconómico. Dicho patrón no se observa en la población oncológica.
- Ansiedad rasgo premórbida: presencia de rasgos ansiosos o anancásticos de la personalidad.
- Estadio de la enfermedad: mayor ansiedad en estadios avanzados.
- Tratamiento oncológico: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pueden ser inductores de ansiedad. El tipo de tratamiento y la respuesta del tumor al mismo tienen influencia en los niveles de ansiedad⁽³⁷⁾. Algunos estudios en pacientes con cáncer de mama muestran como la ansiedad aumenta con el diagnóstico, alcanza su nivel más elevado antes de la mastectomía, se mantiene elevada tras la cirugía y comienza a descender después del primer año tras la intervención quirúrgica. La Quimioterapia es una de las mayores causas generadoras de malestar emocional, incluyendo la ansiedad por la anticipación de la toxicidad previa al ini-

cio del tratamiento y por la repetición de náuseas y vómitos durante el mismo, llegando a ser síntomas condicionados que pueden dificultar la adherencia al tratamiento⁽³⁸⁾.

- Factores orgánicos: trastornos de ansiedad debidos a enfermedad médica o a sustancias.

Diagnóstico diferencial

Es fundamental establecer un adecuado diagnóstico diferencial, evaluando la sintomatología ansiógena y su etiología de forma detallada. Cabe diferenciar los trastornos de ansiedad de la ansiedad debida a enfermedad médica (dolor no controlado, cambios metabólicos, complicaciones médicas, tumores secretores de hormonas o el Delirium), la ansiedad debida a la medicación (broncodilatadores, beta-adrenérgicos usados para los trastornos respiratorios crónicos, corticoides, dexametasona), la ansiedad debida al tratamiento (quimioterapia/radioterapia; náuseas y vómitos condicionados) y la ansiedad debida al consumo de sustancias (antecedentes de consumo de alcohol o benzodiazepinas, *delirium tremens*, síndrome de abstinencia a la nicotina) ver tabla 6 y tabla 7.

Tabla 6. Condiciones médicas asociadas a la ansiedad⁽³⁹⁾

- *Condiciones cardiovasculares*: angina de pecho, arritmia, enfermedad vascular.
- *Condiciones endocrinas*: hiperadrenalina, hipercalcemia, hipertiroidismo, hipocalcemia, hipotiroidismo
- *Condiciones metabólicas*: hipercalcemia, hipertermia, hipoglucemia, hiponatremia, hipoxia
- *Condiciones neurológicas*: akatisia, encefalopatía, vértigo
- *Condiciones respiratorias*: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumotórax, edema pulmonar, embolismo pulmonar
- *Condiciones inmunológicas*: lupus

Tabla 7. Sustancias asociadas a los trastornos de ansiedad⁽³⁵⁾

Corticoides, Dexametasona, Prednisona, Esteroides, Antieméticos, Broncodilatadores, Beta-adrenérgicos, Sustancias estimulantes, Antidepresivos, Cafeína, Abstinencia al alcohol: Delirium Tremens, Abuso de benzodiazepinas o abuso de analgésicos / hipnóticos.

Evaluación de la ansiedad

Existen actualmente varias escalas para medir la ansiedad en la población general y más específicamente en el paciente con cáncer⁽⁴⁰⁾.

HADS. Hospital Anxiety and Depression Scale⁽⁴¹⁾. Se trata de un autoinforme que consta de 14 ítems, de los cuales 7 miden depresión y 7, ansiedad. El formato de respuesta es con una escala Likert de 4 grados de frecuencia. Estudios de validación con pacientes españoles encuentran coeficientes alfa de Cronbach en la subescala de ansiedad de 0,77 y en la de depresión de 0,83. La correlación test-retest es 0,82 en la subescala de ansiedad y 0,80 en la escala de depresión. La validez concurrente, utilizando como criterio de referencia en ansiedad el cuestionario STAI⁽⁴²⁾ (Escala de ansiedad estado-rasgo) y en depresión el cuestionario SDS de Zung, mostró correlaciones significativas.

POMS. Perfil del estado de ánimo⁽⁴³⁾. Autoinforme compuesto por seis escalas: ansiedad, depresión, hostilidad, activación, cansancio y desorientación/confusión. Consta de 58 adjetivos sobre estados afectivos, que se deben graduar en intensidad según la persona los haya sentido durante los últimos siete días.

BSI. Brief Symptom Inventory⁽⁴⁴⁾. Inventario breve de síntomas que mide el malestar emocional mediante 9 subescalas: ansiedad, depresión, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesividad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoidismo y psicoticismo.

STAI. Inventario de ansiedad estado-rasgo⁽⁴²⁾, consta de dos subescalas con 20 ítems cada una: ansiedad estado (circunstancial) y ansiedad rasgo (atributo estable de la personalidad).

Tratamiento de la ansiedad

El tratamiento de los síntomas y trastornos de ansiedad *debe ser multimodal e interdisciplinar, englobando medidas farmacológicas y psicoterapéuticas:*

1. Medidas farmacológicas⁽¹⁶⁾: se basan en la administración de ansiolíticos,

especialmente las benzodiazepinas. Los ansiolíticos se usan en el enfermo oncológico para tratar los trastornos adaptativos que cursan con ansiedad o estado de ánimo deprimido, las crisis de ansiedad o pánico, en los trastornos del sueño y en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Las benzodiazepinas también pueden ser usadas como anticomiciales, preanestésicos o relajantes musculares⁽⁴⁵⁾. Las benzodiazepinas actúan disminuyendo la ansiedad, controlando las náuseas y vómitos condicionados a la quimioterapia y favoreciendo la conciliación y el mantenimiento del sueño. Tienen efecto ansiolítico, sedativo y relajante muscular. Las más usadas en el paciente oncológico son el *alprazolam*, *lorazepam* y *clonazepam*. La elección de las benzodiazepinas debe realizarse en función de su vida media y su potencia ansiolítica. El efecto secundario más común es la sedación y la somnolencia, así como también en personas mayores o con estados somáticos comprometidos, puede asociarse a ataxia, disartria, inestabilidad, confusión, dificultades de concentración y torpeza. Las benzodiazepinas están contraindicadas en la insuficiencia respiratoria, en el síndrome de apnea del sueño, en miastenia gravis y en determinadas encefalopatías.

En pacientes con *Delirium* o riesgo de aparición, es preferible la utilización de neurolepticos: haloperidol 2,5-5mg/VO (la mitad por vía parenteral) o tioridazina 10-50mg/8-12h/VO.

2. Medidas no farmacológicas: se basan en la psicoterapia de soporte emocional y las técnicas cognitivo-conductuales. Es importante que el paciente aprenda estrategias dirigidas al reconocimiento de los síntomas de ansiedad, la identificación de la fuente de los mismos y sus posibilidades de modificación; a modelar el diálogo interno mediante técnicas cognitivas

de control de pensamientos; fomentar la prevención de respuesta; potenciar la atención selectiva y la distracción; manejar la sintomatología ansiógena; favorecer la resolución de conflictos y reforzar la asertividad. Para ello disponemos de una serie de estrategias terapéuticas⁽⁴⁶⁾ como son el entrenamiento en estrategias para manejar la ansiedad (Respiración profunda, Respiración abdominal, Relajación muscular progresiva, Relajación en imaginación), la exposición gradual a los estímulos temidos (por ejemplo la quimioterapia), la exposición interoceptiva, las técnicas de distracción, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de comunicación (asertividad), reestructuración cognitiva, ventilación emocional y escucha activa⁽⁴⁷⁾.

DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional (*distress*) importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas. Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentarán algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad; frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo⁽⁴⁵⁾. Muchos de estos trastornos no se tratan porque no son diagnosticados, ya que suelen considerarse reacciones "normales" a la enfermedad o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no sólo a la propia depresión sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos.

La depresión clínica o trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una

pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer se estima entre el 5% y el 8%⁽⁵⁻⁴⁸⁾.

Criterios diagnósticos

El sistema diagnóstico más utilizado es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV⁽¹⁷⁾. Este sistema está basado en el supuesto de que la depresión es un síndrome bien diferenciado y caracterizado por un grupo de síntomas, con unos niveles mínimos de severidad y duración, y que se halla asociado a un deterioro funcional, laboral y social. La presencia de síntomas somáticos, como anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor o pérdida de interés sexual, es básica para el diagnóstico de depresión en pacientes sin otra enfermedad, pero sin embargo estos indicadores tienen poca utilidad diagnóstica en los pacientes oncológicos ya que son comunes a la enfermedad neoplásica y a la depresión⁽⁴⁹⁾. Dadas las dificultades de reconocimiento clínico de la depresión en estos pacientes, Endicott⁽⁵⁰⁾ propone una serie de criterios sustitutos de los síntomas somáticos del DSM-IV⁽¹⁷⁾ por síntomas cognitivos de tipo afectivo (ver tabla 8).

Factores de riesgo

Junto al evento estresante que supone un diagnóstico de cáncer, y los efectos colaterales de la evolución de la enfermedad y del tratamiento, existen otros factores de riesgo que son específicos a las circunstancias del paciente oncológico. De manera resumida lo exponemos a continuación:

- Sexo: Mayor porcentaje en mujeres (aproximadamente 2 veces más que en hombres).
- Edad: Más común en jóvenes.
- Antecedentes de depresión y del estado de ánimo.
- Antecedentes de consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.).
- Bajo apoyo social.

- Incapacidad física o funcional.
- Presencia de dolor y cansancio.
- Estar en tratamiento (activo o paliativo).
- Pérdidas recientes
- *Distress* existencial, pérdida de significado.

Diagnóstico diferencial

Las **enfermedades médicas** que pueden producir síntomas depresivos las podemos ver en la tabla 9:

Tabla 8. Síntomas para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor según el DSM IV y síntomas sustitutorios recomendados por Endicott

| | |
|---|--------------------------|
| *ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DÍA | <input type="checkbox"/> |
| *DISMINUCIÓN ACUSADA DEL INTERÉS O DE LA CAPACIDAD PARA EL PLACER EN TODAS O CASI TODAS LAS ACTIVIDADES | <input type="checkbox"/> |
| APARIENCIA DEPRESIVA | <input type="checkbox"/> |
| AISLAMIENTO SOCIAL O REDUCCIÓN DE LA EXPRESIÓN VERBAL | <input type="checkbox"/> |
| AGITACIÓN O ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR CASI CADA DIA | <input type="checkbox"/> |
| MELANCÓLICO, AUTOCOMPASIÓN O PESIMISMO | <input type="checkbox"/> |
| SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD O CULPA EXCESIVOS O INAPROPIADOS | <input type="checkbox"/> |
| BAJA REACTIVIDAD; INCAPAZ DE LEVANTAR EL ÁNIMO | <input type="checkbox"/> |
| PENSAMIENTOS RECURRENTES DE MUERTE, IDEACIÓN SUICIDA RECURRENTE SIN UN PLAN ESPECÍFICO O UNA TENTATIVA DE SUICIDIO O UN PLAN ESPECÍFICO PARA SUICIDARSE | <input type="checkbox"/> |

Nota: Como mínimo, uno de los síntomas marcados con asterisco (*) debe estar presente para poder realizar un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. Asimismo, debe haber una presencia de al menos cinco síntomas de los señalados durante un periodo igual o mayor a dos semanas para un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

Tabla 9. Enfermedades probables como causas orgánicas de depresión⁽⁵¹⁾

| Trastornos endocrinos | Trastornos neurológicos | Trastornos metabólicos | Tipo de neoplasia | Enfermedades infecciosas | Otras enfermedades |
|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|
| Hipo/ hipertiroidismo | Enfermedad de Parkinson | Hipomagnesio | Cáncer de páncreas | Mononucleosis | Lupus eritematoso |
| Hipoparatiroidismo | Enfermedad de Huntington | Hipocalcemia/ hipercalcemia | Cáncer de pulmón | Hepatitis | Artritis reumatoide |
| Diabetes mellitus | Esclerosis | Uremia | Tumores del SNC | Tuberculosis | Hipertensión |
| Enfermedad de Cushing | Alzheimer | Enfermedad de Wilson | Linfomas | VIH | Alcoholismo |
| Enfermedad de Addison | Enfermedades cerebrovasculares | Deficiencias de ácido fólico | Leucemias | Encefalitis | |
| | Demencia | Anemia | | Virus de Epstein-Barr | |
| | | | | Neumonía | |

Asimismo, existen **otras condiciones médicas** que pueden manifestarse asociadas a la presencia de sintomatología depresiva en el paciente con enfermedad neoplásica:

- Dolor no controlado.
- Disfunciones metabólicas: hipercalcemia, alteración del sodio y del potasio, anemia, déficit de vitamina B12.
- Farmacológicas: esteroides, interferón, reserpina, barbitúricos, propranolol, algunos antibióticos, algunos agentes quimioterápicos (vincristina, vinblastina, asparaginasa, metotrexate intratecal, interleukina, anfotericina B., tamoxifeno).

Tratamiento de la depresión

La relación médico-paciente es el elemento a considerar más importante en la atención a pacientes con cáncer. Optimizar esta relación, basada en la veracidad y confianza mutua, respeto y sensibilidad, atendiendo al paciente de una manera global, y respondiendo a sus necesidades debe ser nuestro objetivo. Quizás, más que en otro contexto clínico, mantener un seguimiento estrecho del paciente depresivo es de mayor importancia.

1. Medidas farmacológicas⁽⁵²⁾: Diversas generaciones de antidepresivos y otros tratamientos psicofarmacológicos se han visto efectivos en el tratamiento de la depresión⁽⁵³⁾. Los Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) son los antidepresivos de primera elección en el paciente oncológico debido a la baja sedación que producen y a los pocos efectos autonómicos secundarios; son los fármacos con mejor perfil terapéutico. Si en el paciente deprimido con enfermedad neoplásica predominan los síntomas de insomnio, bajo apetito y ansiedad puede ser de utilidad pautar un antidepresivo tricíclico (amitriptilina) ya que el efecto en dichos síntomas es

inmediato y se puede iniciar el tratamiento a bajas dosis. Los psicoestimulantes (dextroanfetamina, metilfenidato) se usan en el paciente neoplásico para disminuir la fatiga, aumentar el sentido de bienestar y estimular el apetito. Además dichos fármacos pueden potenciar el efecto analgésico de los opioides, por lo que con frecuencia se utilizan para contrarrestar el efecto sedante de los mismos (ver tabla 10).

2. Medidas No farmacológicas: Diversos tipos de intervenciones psicológicas se han observado eficaces⁽⁵⁴⁾:

- Terapia cognitiva.
- Terapia conductual.
- Psicoterapia de orientación dinámica.
- Psicoterapia interpersonal
- Terapia psicológica adyuvante⁽⁵⁵⁾.
- Psicoterapia existencial⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁻⁵⁸⁾.
- Psicoterapia grupal de apoyo expresiva⁽⁵⁹⁾.
- Técnicas tales como, la hipnoterapia, psicoeducación, técnicas de relajación y biofeedback.

La depresión clínica en pacientes con cáncer se maneja de manera óptima con la combinación de psicoterapia de soporte, técnicas cognitivo-conductuales y medicación antidepresiva.

La psicoterapia es más eficaz cuando los niveles de depresión no son severos⁽⁵⁴⁾.

Los objetivos iniciales del tratamiento son disminuir la recurrencia de la sintomatología depresiva y evitar el riesgo de suicidio, si bien es cierto en muchos casos sólo podremos paliar dichos síntomas y no remitirlos completamente.

Conclusiones

El diagnóstico de trastorno mental en el paciente oncológico tiene una serie de características que lo diferencian del diagnóstico en la población general. Las características intrínsecas a la enfermedad, tanto

Tabla 10. Antidepresivos⁽⁵¹⁾

| Grupo | Dosis | Comentarios |
|--|-------------|--|
| ADT (Antidepresivos tricíclicos) | | |
| <i>Aminas terciarias</i> Amitriptilina | 25-125 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Con la Amitriptilina se tiene amplia experiencia en dolor neuropático |
| Imipramina | 25-125 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Producen un bloqueo intenso de los receptores colinérgicos, histamínicos y alfa-adrenérgicos, responsable de sus intensos efectos secundarios • Iniciar con 12,5 mg por la noche e incrementar dosis cada 3 días, hasta 25-50 mg y observar efectos |
| <i>Aminas secundarias</i> Nortriptilina | 25-125 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Poseen un menor efecto anticolinérgico • La Nortriptilina produce, también, menor bloqueo adrenérgico |
| Desipramina | 25-125 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con 12,5 mg por la noche e incrementar dosis cada 3 días, hasta 25-50 mg y observar efectos |
| IRSS (Inhibidores de la recaptación de la Serotonina) | | |
| Citalopram | 20-60 mg | <ul style="list-style-type: none"> • En personas mayores no sobrepasar los 40 mg/d |
| Fluoxetina | 10-40 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un potente metabolito activo (norfluoxetina) con una V 1/2 de eliminación próxima a las 240 h • Iniciar, en pacientes ancianos, con 5 mg. (se dispone en solución) • Administrar en dosis nocturna |
| Fluvoxamina | 50-300 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Tiene efecto sedante. Administrar por la noche |
| Paroxetina | 10-40 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Es el que produce una inhibición más potente del citocromo P450, con riesgo elevado de interacciones medicamentosas • Administrar por la mañana en una sola dosis |
| Sertralina | 50-200 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Es el que produce una menor inhibición del citocromo P450 • Iniciar con 25 mg y escalar dosis en 3 días • Administrar por la mañana o noche |
| Duales (Inhibidores Recaptación Serotonina-Noradrenalina) | | |
| Velanfaxina | 37,5-150 mg | <ul style="list-style-type: none"> • Debe supervisarse estrechamente su administración en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, convulsiones y glaucoma |
| Mirtazapina | 15-45 mg | <ul style="list-style-type: none"> • La Venlafaxina puede producir hipertensión arterial, por lo que debe vigilarse este parámetro |
| Psicoestimulantes | | |
| Metilfenidato | 5-30 mg | <ul style="list-style-type: none"> • No administrar en pacientes con ansiedad asociada • Se recomienda no administrar después de las 14 h por el riesgo de insomnio • Puede producir o empeorar la anorexia • Iniciar: 5-10 mg desayuno y 5 mg comida y aumentar progresivamente según respuesta |

médicas como psicológicas, así como los efectos del tratamiento dificultan la realización del diagnóstico psicopatológico, siendo necesario determinar la etiología de la sintomatología, la causalidad y la convergencia de síntomas, por lo que resulta indispensable una adecuada realización del diagnóstico diferencial.

La anamnesis es básica para diferenciar tanto el tipo de trastorno del estado de ánimo como sus causas. Las manifestaciones clínicas o síntomas de depresión pueden ser primarios o secundarios a enfermedades endocrinas, neurológicas o a fármacos, entre otras. Es fundamental la realización del diagnóstico diferencial.

Teniendo en cuenta que existen escasos estudios y algunos de ellos contradictorios en relación a los trastornos del sueño que presentan los pacientes oncológicos, es necesario crear medidas breves de cribaje y de fácil administración para estos trastornos⁽¹⁹⁾.

Los trastornos del sueño son comunes, generan alto disconfort en los pacientes con cáncer, siendo por ello muy necesario desarrollar medidas breves de cribado y de fácil administración que detecten los mismos y de esta manera poder actuar lo antes posible en beneficio de una mejora en el bienestar del paciente.

Es fundamental la detección y el tratamiento de la ansiedad por su elevada prevalencia en el paciente con cáncer, la interferencia en la calidad de vida y su posible influencia en la adherencia al tratamiento.

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los pacientes oncológicos, ya que puede influir negativamente en aspectos como la duración del ingreso hospitalario, el autocuidado, el cumplimiento terapéutico, la calidad de vida y la supervivencia⁽⁶⁰⁾.

El diagnóstico de depresión clínica es dos o tres veces más frecuente en pacientes con altos niveles de dolor. Esta asociación es más estrecha en la enfermedad metastásica.

Queda asimismo patente la necesidad de realizar un tratamiento multimodal, que englobe medidas farmacológicas y psicoterapéuticas, y seguir realizando estudios que

determinen con exactitud la prevalencia de los trastornos del sueño, depresivos y de ansiedad presentes en el paciente con enfermedad neoplásica, y los instrumentos de evaluación específicos aplicables a dicha población.

Es necesario seguir formando al personal sanitario asistencial para la detección temprana de estos síntomas y de esta manera poder intervenir precozmente desde la salud mental (psiquiatra y psicólogo clínico) en beneficio del bienestar del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric Evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27 (2): 140-8.
2. Sanna P, Bruera E. Insomnia and sleep disturbances. *Eur J Pall Care* 2002; 9 (1): 8-12.
3. Savaid J, Morin CM. Insomnia in the Context of Cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 2001; 19: 895-908.
4. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med.* 2002; 54 (9): 1309-21.
5. Derogatis CR., Morrow GR & Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
6. Portenoy RK, Itri IM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999; 4 (1):1-10.
7. Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 717-26.
8. Ancoli-Israel S, Moore PJ, Jones V. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2001; 10 (4): 245-55.
9. Sheey LC. Sleep disturbances in hospitalized patients with cancer. *Oncol Nurs For* 1996; 23:109-11.
10. Silberfarb PM, Hauri PJ, Oxman TE, Schnurr P. Assessment of sleep in patients with lung cancer and breast cancer. *J Clin Oncol* 1993; 11:997-1004.

11. Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, et al. Sleep and quality of life in breast cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24 (5): 471-80.
12. Harris PF, Remington PL, Trentham-Dietz A, et al. Prevalence and treatment of menopausal symptoms among breast cancer survivors. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23 (6): 501-9.
13. Ginsburg ML, Quirt C, Ginsburg AD, MacKillop WP. Psychiatric Illness and psychosocial concerns in patients with newly diagnosed lung cancer. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 701-8.
14. Sarna L. Correlates of symptom distress in women with lung cancer. *Cancer Pract* 1993; 1: 21-8.
15. Cannici J, Malcom R, Peek LA. Treatment of insomnia in cancer patients using muscle relaxation training. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1983; 14(3): 251-56.
16. Maté J, Gil F, Hollenstein MF, Porta J. Síntomas psiquiátricos: Insomnio. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. editores. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán, 2004; p.181-8.
17. American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
18. Stam H, Bultz B. The treatment of severe insomnia in cancer patient. *J Behav Ther Exp* 1986; 17: 36-7.
19. Lee K, Cho M, Miaskowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Med Rev* 2004; 8: 199-212.
20. Morin CM, Cullbert JP, Schwartz SM. Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1172-80.
21. Cannici J, Malcom R, Peek LA. Treatment of insomnia in cancer patients using muscle relaxation training. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1983; 14: 251-6.
22. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Protocolos de intervención. En: Arranz P, Barbero JJ, Barreto P. y Bayés R. editores. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003; p. 51-140.
23. Noyés, R., Holt, C., Massie, MJ. Anxiety disorders. En: Holland JC, Rowland JM (eds.) *Handbook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1989; p. 548-63.
24. Cella DF, Pratt A, Holland JC. Persistent anticipatory nausea, vomiting and anxiety in acute Hodgkin's disease patients after completion of chemotherapy. *Am J Psychiatry* 1986; 43: 641-3.
25. Bobes, J. El médico interactivo. [En línea] [Fecha de acceso 26 de junio de 2001] URL disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/noticias>
26. Massie MJ, Holland JC. Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatr Med* 1987; 5: 343-59.
27. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R Jr, et al.: Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15(2): 69-74.
28. Brandenberg Y, Bolund C, Sigurdardottir V. Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma. *Psychooncology* 1992; 1: 71-8.
29. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, association and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20 (14): 3137-48.
30. World Health Organization. *International Classification of Diseases, 10th edition*. Geneva: World Health Organization, 1995.
31. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, et al. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38 (5): 320-6.
32. Vellone E, Sinapi N, Piria P, Bernardi FM, Dario L. et al. Anxiety and depresión of cancer patients hospitalized and at home. *Prof Inferm*. 2004; 57 (2): 93-101.
33. Wald TG, Kathol Rg, Noyes R, Carrol, BT, Clamon, GH Rapid relief of anxiety in cancer patients with both alprazolam and placebo. *Psychosomatic* 1993; 34: 324-32.

34. The Medical Letter: Some drugs that cause psychiatric symptoms. *Med Lett Drugs Ther* 1998; 13; 40(1020): 21-4.
35. Hollenstein MF, Gil F, Maté J. Dificultades diagnósticas en Psico-oncología. *Rev Psicol Univ Tarracon*, 2003; 25 (1-2): 52-66.
36. Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumor patients and their spouses. *Palliat Med*. 2000; 14: 499-507.
37. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baun M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Br. Med J* 1990; 301: 575-80.
38. Cella DF, Orofiamma B, Holland JC, Silberfarb PM, Tross S, Feldestein M, Perry M, Mauser LM, Corris R, Orav EJ. The relationship of psychological distress, extent of disease and performance status in patients with lung cancer. *Cancer* 1987; 60: 1661-7.
39. Goldberg RJ, Posner DA. Anxiety in medically ill. In: A. Stoudemire, BS. Fogel, editores. *Psychiatric care of the medical patient*. Oxford: Oxford University Press 1993; p. 87-104.
40. Messeguer C. La ansiedad. En: Die-Trill M, editor. *Psico-Oncología*. Madrid: ADES 2003; p. 337-46.
41. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Belg* 1983; 67: 361-70.
42. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1970.
43. Lorr M, McNair DM. *Profile of mood states manual*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service, 1984.
44. Derogatis CR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595-605.
45. Fernández Corcuera, P, Dolz, M, Rojo, JE. Uso de psicofármacos en el enfermo oncológico. En: Gil F, editor. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia 2000; p. 75-91.
46. Hollenstein MF, Gil F, Maté J, Porta J. Síntomas psiquiátricos: Ansiedad. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A, editores. *Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Arán, 2004; p.188-92.
47. Fleming V. Relaxation therapy for far-advanced cancer. *Practitioner* 1985; 229: 471-5.
48. Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ. Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Pract* 1994; 2: 65-71.
49. Cavanagh S. The prevalence of cognitive and emotional dysfunction in a general medical population using the MMSE, GHA and BDI. *Gen Hosp Psychiatry* 1983; 5: 15-21.
50. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*. 1984; 53: 2243-8.
51. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. En: Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1998; p. 518-40.
52. Gil F, Hollenstein MF, Maté J, Porta J. Síntomas psiquiátricos: Depresión. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A, editores. *Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Arán, 2004; p.192-8.
53. Wilson KG, Chochinov HM, de Faye BJ, Breitbart W. Diagnosis and management of depression in palliative care. En: Chochinov HM, Breitbart W, editores. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Nueva York: Oxford University Press 2000; p. 25-49.
54. Die-trill M. Los trastornos del estado de ánimo. En: Die-Trill, M, editor. *Psico-oncología*. Madrid: Ades 2003; p. 347-366.
55. Moorey S, Greer S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A new approach*. London: Heinemann Medical Book, 1989.
56. James L. Spira Ph. D, MPH. *Existencial Psychotherapy in Palliative Care*. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. En: Chochinov HM, Breitbart, W. Oxford University Press, Nueva York 2000; 197-215.
57. Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J., Estradé, E. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. En: Dias MR, Durá E., editores. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Climepsi, editores, Lisboa 2002; p. 427-52.

58. Kissane D, Grabsch B, Clarke D, Christie G, Clifton D, Gold S et al. Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-cancer therapies.[in press] *Psychooncology*.
59. Spiegel D, Spira J. Supportive-expressive group therapy: A treatment manual of psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer. Psychosocial Treatment Laboratory, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, CA 1991.
60. Mc Daniels, JS., Nemeroff, CB. Depression in the cancer patient. Diagnostic, biological, and treatment aspects. En: Chapman CR, Foley KM, editores. *Current and Emerging Issues in Cancer Pain*. Nueva York: Raven Press 1993; p. 1-19.