

Psychiatric Times

Depresión y Trastornos de Ansiedad en pacientes oncológicos

Dra. Cristina Pozo-Kaderman y Dr. William F. Pirl, Máster en Salud Pública

La Dra. Pozo-Kaderman es Directora del Servicio de Apoyo en Oncología de Sylvester Comprehensive Cancer Center de Miami, Florida. El Dr. Pirl es Director Adjunto de Sylvester Comprehensive Cancer Center, y Profesor Adjunto de Psiquiatría, Miller School of Medicine, University of Miami, Miami, Florida.

Más de 15,5 millones de sobrevivientes de cáncer están vivos hoy en Estados Unidos, cantidad semejante a la población combinada de la Ciudad de Nueva York, Los Angeles, y Chicago. El número de sobrevivientes sigue aumentando, no sólo debido a la detección precoz y el tratamiento, sino a nuevas y revolucionarias terapias que han surgido en el transcurso de la última década.

En la actualidad, los pacientes con cánceres metastásicos de mal pronóstico como cáncer de pulmón y melanoma pueden vivir muchos años con buena calidad de vida durante su tratamiento activo. Para muchos individuos, esto cambia la situación, cambiando de una enfermedad terminal a una de tipo crónico. Coincidente con el progreso del tratamiento oncológico, se está reconociendo cada vez más la importancia de la atención psicosocial

de los pacientes oncológicos. En 2008, el *Institute of Medicine* publicó *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs* (Atención oncológica integral para el paciente: cubrir las necesidades psicosociales en el ámbito sanitario) que documentaba la sub-detección y el fracaso en el tratamiento óptimo de trastornos psiquiátricos y necesidades psicosociales en pacientes oncológicos y sus familias.¹ Las necesidades insatisfechas pueden tener consecuencias negativas para la calidad de vida, la adhesión al tratamiento, y la sobrevida. Posteriormente, la Comisión de cáncer del *American College of Surgeons* comenzó a exigir a los centros oncológicos que como parte de la acreditación hicieran el tamizaje de los pacientes en busca de ansiedad psicosocial, y la *American Society of Oncology* desarrolló guías prácticas para tratar depresión y ansiedad.

Si bien la mayoría de los centros oncológicos ofrecen algunos servicios psicosociales, prestar más atención a las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer puede dar por resultado mayor derivación a profesionales de atención de la salud mental en otros entornos. Se necesitan conocimientos básicos sobre el cáncer de un paciente y su tratamiento para manejar el aspecto psiquiátrico. Los estudios han documentado que un diagnóstico de cáncer genera altos niveles de estrés emocional.^{2,3} Durante 4 a 6 semanas posteriores al diag-

nóstico, los pacientes transitan un período de adaptación. Para muchos, cáncer es sinónimo de muerte y tratamientos extenuantes, con imágenes de una agonía prolongada y dolorosa. Los pacientes suelen decir que se sienten abrumados al tratar de asimilar la información médica y tomar decisiones sobre el tratamiento -todo ello mientras continúan ocupándose de la familia, el trabajo, y otras responsabilidades. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes, una vez que reciben un plan de acción y comienzan el tratamiento, las emociones tienden a aquietarse. Pero no se debe considerar el cáncer como una crisis separada, sino como una serie de crisis que pueden surgir en cualquier momento durante la trayectoria de la enfermedad, al pasar por las etapas de diagnóstico, tratamiento, ciclos de recurrencias y remisiones, postratamiento y a veces cuidados paliativos.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos, existe significativa variabilidad en los índices de prevalencia reportados debido a los diferentes métodos de evaluación (entrevista clínica vs. medidas estandarizadas), criterios diagnósticos, tipo de cáncer, y estadio de la enfermedad entre otras variables. Recientemente, Mehnert y colaboradores informaron un índice de prevalencia del 31% para cualquier trastorno psiquiátrico en pacientes oncológicos. Los trastornos de adaptación suelen ser los que se diagnostican

con mayor frecuencia, con índices que oscilan entre 11% y 35%.⁵ Las tasas de depresión varían de 11% a 37% y los trastornos de ansiedad exhiben porcentajes de 2,6% a 19,4%.⁵⁻⁷ El índice de depresión en la población general es 7% -por ende más bajo que entre los pacientes oncológicos- aunque los índices correspondientes a los trastornos de ansiedad en general parecen ser comparables.

Evaluación y tratamiento

La Descripción del Caso presenta problemas específicos importantes, a considerar por los psiquiatras al tratar pacientes oncológicos.

CASO CLÍNICO

La Sra. T es una mujer de 53 años, postmenopáusica, casada, con dos hijas adolescentes, que recientemente recibió un diagnóstico de cáncer de mama estadio IV con metástasis en la pelvis. Hasta dos meses atrás había estado trabajando a tiempo completo como abogada pero tuvo que interrumpir su trabajo debido a dolor severo que empeoró progresivamente. Los estudios médicos demostraron un tumor receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, positivo para receptores de estrógenos y progesterona. Recibió radiación local en la pelvis ósea para ayudar a tratar el dolor, tamoxifeno, y ácido zoledrónico. Era reticente a tomar calmantes para el dolor por temor a la adicción. No tiene antecedentes psiquiátricos ni comorbilidades. Poco después de iniciar el tamoxifeno, se empezó a sentir muy triste, ansiosa, irritable, y fatigada; lloraba con facilidad; y tenía problemas para dormir debido a los sofocos. Tiene pensamientos ruminantes sobre la muerte y dejar a sus hijas. Niega sentir desesperanza y tener ideación suicida, y muy por el contrario tiene muchas ansias de vivir.

Coordinación con el equipo de Oncología

Con el permiso de la paciente es esencial consultar e informar al equipo de Oncología sobre la atención de esta paciente. Como se mencionó anteriormente los psiquiatras deben comprender el diagnóstico de cáncer de la paciente, la estadificación, tratamientos, efectos adversos del tratamiento, y el pronóstico para entender los desafíos que enfrenta la paciente a lo largo del tratamiento así como la sobriedad o cuidados paliativos.

Los problemas médicos pueden provocar una exacerbación de la depresión y de la ansiedad. Por ejemplo, en este caso, saber que la sobrevive con cáncer de mama metastásico puede significar años, es esencial al brindar atención psiquiátrica al paciente. Permanecer en silencio cuando la paciente expresa temor a la muerte en el curso de los próximos meses puede significar para la paciente que el profesional está de acuerdo con sus dichos y exacerbar la ansiedad. Los psiquiatras aportan a la atención oncológica brindando información al equipo oncológico sobre la condición emocional de la paciente y las barreras potenciales para su atención y adhesión al tratamiento.

Farmacoterapia

Si bien puede haber solapamiento entre síntomas depresivos y de ansiedad y oncológicos y los efectos adversos relacionados con el tratamiento (fatiga, cambios en el sueño y apetito), el tratamiento del trastorno psiquiátrico es prioritario más que enfocarse en diferenciar las causas de los síntomas. Los antidepresivos más indicados en pacientes oncológicos son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), particularmente escitalopram y la sertralina debido a su tolerabilidad, pocas interacciones farmacológicas (la inhibición de enzimas del citocromo P450 [CYP450] no es significativa) y mínimo síndrome de discontinuación.^{6,8} A veces la elección de un antidepresivo se determina en función de su perfil de efectos adversos. Por ejemplo, la mirtazapina puede ser sedante y provocar mayor apetito, característica útil para pacientes oncológicos con insomnio, pérdida de apetito y de peso. Algunos psicofármacos pueden afectar negativamente la eficacia de las terapias oncológicas sistémicas comúnmente usadas. Si bien la importancia clínica total no es clara aún, algunos ISRS pueden interferir con el tamoxifeno al metabolizarse en su metabolito activo, endoxifeno, inhibiendo CYP2D6. La Venlafaxina puede ser una buena opción en ese caso, especialmente porque existe evidencia que indica que reduce los sofocos, otro efecto adverso del tratamiento.

Se deberá tener en cuenta que algunos tratamientos oncológicos sistémicos se asocian con efectos adversos psiquiátricos. Vincristina y vinblastina, usados para tratar leucemia y algunos linfomas, pueden causar depresión. Interferón en dosis altas puede provocar depresión e incluso ideación suicida. El agente de quimioterapia procarbazona en altas dosis puede causar letargo, depresión, manía, confusión, y alucinaciones. Cruza la barrera hemato-encefálica y actúa como inhibidor de la

monoamina oxidasa, por lo que puede potenciar los efectos del alcohol, opioides, y antidepresivos tricíclicos. Los glucocorticoides como la prednisona y la dexametasona se usan extensamente en la atención oncológica. Pueden provocar una gama de síntomas psiquiátricos, desde labilidad emocional, depresión, ansiedad, inquietud, irritabilidad, e insomnio hasta paranoia, delirios, y alucinaciones. Los síntomas pueden aparecer un par de días después del inicio del tratamiento y también si se reduce rápidamente la dosis. Sin embargo, los síntomas psiquiátricos se pueden desarrollar incluso con una dosis estable.

Tratamiento del dolor

Sufrir un dolor incontrolable es uno de los temores más comunes de los pacientes oncológicos. Desafortunadamente, el dolor está subdiagnosticado y subtratado en pacientes oncológicos. El dolor óseo que sienten los pacientes oncológicos puede ser insoportable, y explicarle al paciente que en ocasiones quizás tendrá necesidad de usar opioides controlados por el oncólogo sin adquirir una adicción puede evitar un sufrimiento innecesario. El mal manejo del dolor puede causar depresión y ansiedad. Cuando el dolor se trata adecuadamente, los síntomas depresivos y de ansiedad suelen disminuir o incluso se solucionan. Si bien algunos psiquiatras y oncólogos tienen experiencia en el tratamiento del dolor, otros pueden no tenerla y son renuentes a recetar los medicamentos necesarios en las dosis adecuadas. Hablar con el equipo de Oncología y colaborar para una derivación al especialista en dolor oncológico o al equipo de cuidados paliativos es esencial para la calidad de vida de los pacientes oncológicos, especialmente quienes tienen la enfermedad en etapa avanzada. Antes de la visita del paciente al especialista en dolor es útil que el psiquiatra informe al paciente y corrija algunos conceptos erróneos habituales. Se deberán tomar en cuenta los siguientes 3 aspectos clave al derivar pacientes para tratamiento del dolor:

1 La mayoría de los pacientes oncológicos no tienen antecedentes de adicción y en realidad temen convertirse en adictos a las medicaciones para el dolor.

2 Los pacientes asocian la indicación de medicamentos para el dolor con muerte y agonía: "Sólo el paciente que se está muriendo toma morfina".

3 Los pacientes pueden tener necesidad de ser instruidos acerca de la diferencia entre adicción y tolerancia, a fin de adherir al tratamiento con las medicaciones recetadas para el dolor.

Consultas con el Psiquiatra

El paradigma tradicional del tratamiento psiquiátrico puede requerir un abordaje más flexible al programar citas para adaptarse a la realidad de las necesidades del paciente durante el tratamiento. Los pacientes pueden necesitar inicialmente consultas más frecuentes durante su adaptación al diagnóstico.

Los nuevos pacientes pueden desconocer cuándo definir sucesivas consultas porque deben concurrir a muchas citas con el oncólogo. Informar al paciente que programar las visitas al psiquiatra poco después de las visitas al oncólogo ofrece la oportunidad de repasar la nueva información médica durante la sesión. Durante el tratamiento, los pacientes pueden tener necesidad de cancelar o reprogramar citas debido a los efectos adversos del tratamiento. Dependiendo de la situación clínica específica de cada paciente, quizás sea necesario aceptar excepciones a las políticas sobre cancelaciones tardías o inasistencias. Al avanzar la enfermedad, las pacientes pueden requerir internación y estar demasiado débiles para asistir al consultorio. Admitir visitas más breves en la internación puede ser lo indicado para lograr la continuidad del tratamiento.

Los pacientes suelen incluir a sus familias en las visitas al oncólogo, y algunas suponen que esta práctica también es habitual en las visitas al psiquiatra. Los psiquiatras de los centros oncológicos frecuentemente ven a los pacientes con sus familiares presentes en la habitación. No hubiera sido extraño que la Sra. T hubiera estado acompañada por su esposo u otro familiar durante la evaluación psiquiátrica. Brindar apoyo y tratamiento efectivo a pacientes con cáncer frecuentemente incluirá el apoyo y la educación a sus cónyuges, hijos, y seres queridos. Los miembros de la familia pueden requerir apoyo para enfrentar sus propias preocupaciones y suelen necesitar información sobre cómo brindar el mejor apoyo al paciente.

IMPORTANCIA PARA LA PRÁCTICA DEL PSQUIATRA CLÍNICO

Las normas recientes para la atención del cáncer requieren que todos los pacientes oncológicos se sometan a un monitoreo en busca de ansiedad psicológica. El monitoreo puede dar por resultado mayores derivaciones a psiquiatras tanto en hospitales como en la comunidad.

- Los psiquiatras deben comprender el diagnóstico, estadificación, tratamiento, efectos secundarios, y pronóstico del cáncer del paciente para valorar los desafíos que éste enfrentará a lo largo de su tratamiento y sobrevida o agonía.
- El paradigma tradicional de tratamiento psiquiátrico puede requerir un abordaje más flexible a la programación de citas para adaptarse a la realidad de las necesidades del paciente durante el tratamiento.

Reflexiones finales

La atención oncológica seguirá cambiando en el curso de los próximos años, a veces velozmente. Si bien no es dable esperar que los psiquiatras se mantengan actualizados en todos los tratamientos oncológicos que aparecen, deben aprender sobre aquellos que sus pacientes pueden recibir. Existen muchos recursos disponibles para aprender más sobre la atención psiquiátrica de individuos con cáncer. La American Psychosocial Oncology Society (www.apos-society.org) ha publicado manuales de referencia rápida sobre la atención psicossocial para adultos, niños, y adultos mayores con cáncer y produce webinars sobre temas específicos como salud sexual y cáncer.

Los autores no informan conflictos de interés en relación con el tema central de este artículo.

Referencias

1. Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. In: Adler NE, Page AEK, eds. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. Washington, DC: National Academies Press; 2008.
2. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncol.* 2001;10:19-28.
3. Carlson LE, Angen M, Cullem J, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer.* 2004;90:2297-2304.
4. Mehnert A, Braehler E, Faller H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol.* 2014;32:3540-3546.
5. Mitchell AJ, Chan B, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative care setting: a meta-analysis of 94 interview based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12:160-174.
6. Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30:1187-1196.
7. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30:1197-1205.
8. Sanjida S, Janda M, Kissane D, et al. A systematic review and meta-analysis of prescribing practices of antidepressants in cancer patients. *Psycho-Oncol.* 2016;25:1002-1016. For further reading Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin.* 2008;58:214-230. Walker J, Hansen CH, Symeonides S, 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.* 2014;1:343-350

Encontrá todos los artículos del **Psychiatric Times** en: <http://www.ojoclinico.net/psychiatric-times/>

