



## ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

La presencia de trastornos psicopatológicos relacionados con la adaptación emocional al diagnóstico de cáncer ha sido ampliamente estudiada. Según el estudio multicéntrico desarrollado por Derogatis y col. sobre una muestra de 215 pacientes oncológicos, se determinó que un 53% presentaban una buena adaptación al diagnóstico de cáncer, mientras que un 47% de los pacientes mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico según el DSM-III (Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorder). De este porcentaje, el 32% presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de ánimo deprimido, el 6% un trastorno depresivo mayor, el 4% un trastorno mental orgánico, el 3% un trastorno de la personalidad y el 2% un trastorno de ansiedad.

Sin embargo, a pesar de los estudios realizados en los últimos años sobre la prevalencia de trastornos mentales en el paciente oncológico, sigue existiendo una dificultad a la hora de realizar el diagnóstico psicopatológico de un paciente con cáncer, debido a la convergencia de síntomas físicos, psicológicos y sociales, que pueden confundir el diagnóstico.

### ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional de tensión, nerviosismo, preocupación o temor, de forma desagradable, acompañados de síntomas físicos y psíquicos, asociándose generalmente a manifestaciones somáticas importantes. Constituye una reacción autónoma del organismo ante un estímulo amenazante o nocivo, traducándose a escala física en un aumento de actividad del sistema nervioso autónomo simpático. Se considera que la ansiedad es adaptativa cuando es transitoria, proporcional al estímulo, dura mientras éste está presente y facilita la puesta en marcha de recursos. La ansiedad se considera desadaptativa, y por tanto patológica. Cuando es desproporcionada, implica un aumento anómalo de la frecuencia o intensidad de los síntomas y se mantiene en el tiempo. Esta distinción se hace complicada en

el paciente oncológico debido a las características del estímulo causante (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y pronóstico incierto), estresante, constante y duradero en el tiempo.

Es importante la identificación y tratamiento de la ansiedad en el paciente con cáncer, debido a su elevada prevalencia, su interferencia en la calidad de vida y su potencial para disminuir la tolerancia al tratamiento y sus efectos secundarios. Los datos de prevalencia de ansiedad en enfermedades oncológicas han sido diferentes según los instrumentos de evaluación utilizados. En algunos estudios se considera que el 25% de pacientes oncológicos manifiestan síntomas de ansiedad (4%) o cumplen criterios de trastorno adaptativo con ansiedad (21%). En la década de los 90, Carroll, empleando el HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) con diferentes puntos de corte, identificó que el 41% de una muestra de 930 enfermos presentaba ansiedad, porcentaje que disminuía a un 18% si se empleaba un punto de corte más elevado. Algunos autores han estudiado el grado de ansiedad según la localización tumoral y la diferencia hospitalización-domicilio.

En muchas ocasiones la ansiedad puede asociarse a depresión, especialmente en pacientes ancianos. En población físicamente sana, los trastornos depresivos y de ansiedad son más comunes que los trastornos exclusivamente ansiosos. Esta superposición también está presente en la población oncológica, por lo que deberá explorarse siempre la existencia de un trastorno depresivo concomitante en pacientes con diagnóstico de ansiedad.

### Etiología

Entre las *causas psicológicas* más frecuentes de la sintomatología ansiógena se encuentran la percepción de cercanía de la muerte, la anticipación del sufrimiento propio y de los cercanos, la preocupación por la pérdida de control e independencia y las

preocupaciones económicas y sociales. Los procedimientos terapéuticos incómodos o dolorosos también pueden generar ansiedad, que en algunos casos puede ser condicionante, como las náuseas anticipatorias a la quimioterapia observadas en algunos pacientes. Los pacientes que alcanzan remisión pueden experimentar ansiedad por la posible recurrencia, especialmente antes de visitas clínicas o pruebas. La ansiedad también puede verse acentuada al finalizar el tratamiento, ya que en algunos casos el proceso diagnóstico y de tratamiento es psicológicamente tan duro que puede desarrollarse un síndrome de estrés postraumático.

En el caso de pacientes con trastornos crónicos de ansiedad previos, como trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico, éstos pueden verse intensificados por el diagnóstico de cáncer. Las fobias específicas, como fobia a las inyecciones o a la sangre, o la claustrofobia, pueden influir en el tratamiento, condicionando la adherencia y tolerancia al mismo.

Entre las *causas fisiopatológicas* de ansiedad se encuentra la hipoxia, que suele ser la condición metabólica inicial en pacientes con ansiedad. Las posibles causas de hipoxia incluyen anemia y edema pulmonar. Las alteraciones electrolíticas también pueden causar ansiedad, especialmente si son graves u ocurren en pacientes con trastornos del sistema nervioso central, así como también pueden ser causantes de ansiedad las alteraciones endocrinas (hipertiroidismo, hipercalcemia, hiperadrenalismo). La ansiedad también puede ser un signo temprano de sepsis. 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 ansiedad.

Como *causas farmacológicas* cabría mencionar diversas medicaciones empleadas en estos pacientes que pueden causar ansiedad. Los corticosteroides, por ejemplo, pueden producir distintos grados de ansiedad, desde nerviosismo a agitación. Algunos antieméticos, incluyendo prometazina o metoclopramida, están relacionados con acatisia, una sensación de intranquilidad a escala corporal acompañada de incapacidad para mantenerse quieto. Algunos fármacos antipsicóticos (haloperidol, clorpromazina) también se han relacionado con acatisia. Algunos fármacos anticolinérgicos, opioides y benzodiazepinas pueden causar reacciones que incluyan ansiedad, principalmente en pacientes ancianos y aquellos con alteraciones del sistema nervioso central.

La pérdida de vitalidad originada por la deficiencia nutricional causada por los citostáticos, así como la

mucositis, anorexia, náuseas y vómitos, pueden desencadenar en los pacientes ansiedad por pérdida de control y temor a no recuperar el estado de salud previo.

### Factores de riesgo

- Factores sociodemográficos: en la población general se considera que la ansiedad es más prevalente en el sexo femenino, en personas jóvenes y de bajo nivel socioeconómico. Dicho patrón no se observa en la población oncológica.
- Ansiedad rasgo premórbida: presencia de rasgos ansiosos de la personalidad.
- Estadio de la enfermedad: los estadios avanzados se relacionan con mayor ansiedad.
- Tratamiento oncológico: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia se relacionan con ansiedad, así como el tipo de tratamiento y la respuesta al mismo.
- Factores orgánicos: trastornos de ansiedad debidos a enfermedad médica o a sustancias.

### Diagnóstico

Los síntomas asociados a la ansiedad pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales (ver tabla 1). Estos síntomas pueden aparecer asociados, conformando síndromes o trastornos de ansiedad (crisis de angustia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada). En el paciente oncológico es frecuente la presencia de síntomas y signos de ansiedad que no llegan a cumplir criterios diagnósticos de trastornos específicos.

Existen diversas escalas para medición de la ansiedad en la población general:

- **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale).- autoinforme de 14 ítems, de los cuales 7 miden depresión y 7 ansiedad. El formato de respuesta es una escala Likert de 4 grados de frecuencia.
- **POMS** (Profile of mood states- Perfil de los estados de ánimo).- autoinforme compuesto por seis escalas : ansiedad, depresión, hostilidad, activación, cansancio y desorientación/confusión.
- **BSI** (Brief Symptom Inventory).- inventario breve de síntomas que consta de 9 escalas: ansiedad, depresión, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesividad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoidismo y psicoticismo.
- **STAI**.- inventario de ansiedad estado-rasgo. Consta de dos subescalas con 20 ítems cada una: ansiedad estado (circunstancial) y ansiedad rasgo (atributo estable de la personalidad).

Síntomas somáticos	Síntomas cognitivos	Síntomas conductuales
Alteración del ritmo cardíaco Sensación de ahogo Disnea Opresión torácica Molestias gástricas Náuseas y vómitos Inestabilidad Mareo Cefalea Tensión muscular Parestesias Sudoración Escalofríos Sofocos Temblores Cansancio Dolor Pérdida del apetito Insomnio Disminución de la libido	Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes sobre la enfermedad y el tratamiento. Miedos sobre la muerte y la dependencia Sobregeneralización Catastrofismo Magnificación de aspectos negativos y minimización de positivos Abstracción selectiva Indefensión Pensamiento de culpa Desrealización Despersonalización Miedo a perder el control y volverse loco	Aislamiento social Evasión de los estímulos temidos (baja adherencia o abandono del tratamiento) Irritabilidad Mutismo Verborrea Inquietud interna Agitación psicomotriz Hiperactividad

Tabla 1. Síntomas de ansiedad (Adaptado de Hollenstein MF, Maté J, Gil F, 2003)

### Tratamiento de la ansiedad

El tratamiento de los trastornos de ansiedad debe ser interdisciplinar, combinando medidas farmacológicas y psicoterapéuticas.

En lo referente a la **farmacoterapia**, se basa en el empleo de *ansiolíticos*, fundamentalmente de la familia de las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas tienen propiedades hipnóticas, antieméticas y relajantes musculares, que son útiles en otros aspectos del tratamiento de soporte del enfermo oncológico. Deben emplearse con precaución, si hay posibilidad de sedación aditiva con otros fármacos, en pacientes ancianos o con alteraciones del sistema nervioso central. Las benzodiazepinas de corta duración, como lorazepam y alprazolam, tienen un rápido ini-

cio de acción pero relativamente corta duración, lo que las hace útiles en el tratamiento de ataques de pánico o episodios intermitentes de ansiedad. La ausencia de metabolitos activos de lorazepam lo hace una buena opción en pacientes con compromiso renal o hepático. El desarrollo de tolerancia a las benzodiazepinas de corta duración es más rápido que a las de larga duración. Por lo tanto, la retirada deberá ser gradual, si se emplean durante mucho tiempo. Las benzodiazepinas de larga duración, como diazepam y clonazepam, son útiles en el tratamiento de la ansiedad persistente. Poseen múltiples metabolitos activos, que pueden afectar a los pacientes ancianos y a aquellos con alteraciones renales y hepáticas.

Fármaco	Rango de dosis	Comentarios
Lorazepam	0,5-2 mg / 12-24 h	Perfil metabólico favorable. Puede ser empleado en infusión continua en casos determinados
Alprazolam	0,25-1,0 mg / 6-24 h	Potente, rápido inicio de acción y corta duración; rápido desarrollo de tolerancia efectos antidepresivos
Diazepam	2-10 mg / 6-24 h	Útil en ansiedad general/persistente. Problemático en ancianos y enfermos graves
Clonazepam	0,5-2,0 mg / 6-24 h	Útil en ansiedad general/persistente, episódica y comportamiento agresivo en algunos pacientes

Tabla 2. Benzodiazepinas empleadas en el tratamiento de la ansiedad en pacientes oncológicos

El empleo de *antidepresivos* también es útil en el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad crónicos, incluyendo trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social. El empleo de estos fármacos evita los efectos adversos y la tolerancia asociada a benzodiazepinas y también resulta atractivo en aquellos pacientes en que coexisten ansiedad y depresión. Actualmente, paroxetina, citalopram y venlafaxina tienen indicación en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y la mayoría de ISRS han sido empleados con éxito en el tratamiento del trastorno de pánico. Normalmente los efectos ansiolíticos de estos fármacos tardan unas 2-4 semanas en establecerse, por lo que suele ser útil o necesario el empleo de benzodiazepinas de corta duración de forma conjunta, hasta la aparición del efecto.

Algunos fármacos antipsicóticos, como haloperidol, olanzapina, quetiapina y risperidona, pueden ser empleados como ansiolíticos a bajas dosis. Los analgésicos opioides son ansiolíticos efectivos en algunos pacientes terminales, especialmente aquellos con función respiratoria comprometida a causa de la ansiedad.

En lo referente a la **psicoterapia**, está universalmente indicada en pacientes con ansiedad. Se basa en la terapia de soporte emocional y las técnicas cognitivo-conductuales, encaminadas a que el paciente aprenda estrategias dirigidas al reconocimiento de los síntomas de ansiedad y su manejo, a modelar el control de pensamientos, favorecer la resolución de conflictos y reforzar la asertividad. Se dispone de diferentes estrategias terapéuticas para manejar la ansiedad: técnicas de respiración, exposición gradual a los estímulos temidos, entrenamiento en resolución de problemas y habilidades de comunicación, reestructuración cognitiva y escucha activa, entre otras.

## DEPRESIÓN

La depresión es una fuente frecuente y en algunos casos no reconocida de sufrimiento en los pacientes con cáncer. Las razones de esta falta de reconocimiento son diversas y provienen tanto de la dificultad del diagnóstico como de la posible tendencia de los profesionales a considerar como normal una tristeza que, si bien en cierto grado forma parte del proceso normal de la enfermedad, puede estar asociada a depresión clínica.

El diagnóstico de cáncer desencadena un proceso emocional que suele incluir una sensación inicial de shock o incredulidad, seguida por un periodo de confusión, acompañada de síntomas de ansiedad y

tristeza, irritabilidad y alteraciones del sueño y del apetito. Tras un periodo de varias semanas, sin embargo, la mayoría de los pacientes experimentan cierto grado de resolución. Estas manifestaciones de estrés agudo suelen estar presentes en el diagnóstico inicial, en la recaída, o cuando el tratamiento no es efectivo. Normalmente, los pacientes son capaces de acomodarse a sus circunstancias de salud y, reforzados por el apoyo familiar y profesional, restablecer un equilibrio emocional. Sin embargo, existe un porcentaje de pacientes en los que este proceso se altera, experimentando depresión clínica o síndrome depresivo.

## Diagnóstico

Los pacientes con síndrome depresivo experimentan una serie de síntomas específicos, que varían en intensidad y severidad. Los **síntomas psicológicos** incluyen disforia (tristeza-ánimo depresivo), anhedonia (pérdida marcada de interés o placer en la realización de actividades), sentimientos de culpa o baja autoestima, impotencia, desesperanza y pensamientos de muerte o suicidio. Los **síntomas somáticos** incluyen alteraciones del sueño, cambios en el apetito, fatiga, disminución de la concentración y agitación psicomotora.

El sistema diagnóstico más utilizado es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS-IV), según el cual el diagnóstico de depresión requiere la presencia de al menos uno de los síntomas principales (disforia y/o anhedonia) durante al menos dos semanas, junto con al menos otros cuatro síntomas depresivos. El diagnóstico de depresión en pacientes enfermos se complica debido a la concurrencia de síntomas somáticos asociados a la enfermedad, por lo que debe prestarse más atención a los síntomas psicológicos a la hora del diagnóstico. Dadas las dificultades en estos pacientes, Endicott ha propuesto una serie de criterios sustitutos de los síntomas somáticos del DMS-IV por síntomas cognitivos de tipo afectivo (ver tabla 3)

## Factores de riesgo

Junto con el diagnóstico de cáncer y los efectos de la evolución de la enfermedad y el tratamiento, se considera que existen algunos factores que aumentan el riesgo de desarrollar depresión clínica en los pacientes oncológicos. La existencia de *episodios previos* de depresión o intento de suicidio se asocia a un riesgo mayor de desarrollar un nuevo episodio, así como la existencia de historia familiar previa de depresión o suicidio. Parece que aquellos pacientes cuyo episodio previo se presentó a edades tempranas

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día\*

Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades\*

Apariencia depresiva

Aislamiento social o reducción de la expresión verbal

Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día

Melancólico, autocompasión o pesimismo

Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados

Baja reactividad; incapacidad de levantar el ánimo

Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

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 3. Síntomas para diagnóstico de Trastorno Depresivo mayor según el DSM-IV y síntomas sustitutorios propuestos por Endicott

nas y los pacientes ancianos cuyo primer episodio depresivo se presentó a edades avanzadas pueden presentar un riesgo mayor de recaída. Los pacientes ancianos presentan un riesgo mayor de depresión, debido a la propia influencia de la edad en el estado anímico.

El *dolor mal controlado* es otro factor de riesgo importante diversos estudios han mostrado la existencia de una asociación entre la gravedad del dolor y la aparición de depresión y otras complicaciones psiquiátricas. Spiegel y col. encontraron que pacientes con dolor severo eran entre 2 y 4 veces más susceptibles de un diagnóstico de trastorno depresivo que aquellos con niveles menores de dolor. Es posible que exista una influencia bidireccional entre dolor y depresión, de modo que el dolor crónico puede causar depresión y la depresión puede dar lugar a una amplificación de la sensación dolorosa. Un historial de abuso de alcohol o drogas también se postula como factor de riesgo de depresión en estos pacientes, ya que puede ser indicativo de una mayor vulnerabilidad psicológica, así como el bajo apoyo social.

Algunas condiciones patológicas pueden relacionarse con la depresión (hipercalcemia, anemia, hiper e hipotiroidismo, alteraciones de sodio o potasio), así como algunos medicamentos (esteroides, interleukina-2, barbitúricos, metildopa, propranolol). Ciertos tipos de neoplasia se asocian más comúnmente a depresión, como los tumores pancreáticos, tumores cerebrales y neoplasias de cabeza y cuello. Aquellos procesos patológicos que afectan al sistema nervioso central tienen el potencial de causar síndromes depresivos, como la hipercalcemia, frecuente en pacientes con cáncer de mama o pulmón.

### Tratamiento de la depresión

El manejo de los síndromes depresivos comprende un adecuado diagnóstico y la combinación de farmacoterapia y psicoterapia o soporte psicológico. Debe estudiarse la presencia de síntomas somáticos o psicológicos, la existencia de ideas de suicidio, analizarse la función metabólica y tiroidea y evaluar la medicación recibida por el paciente.

En lo referente a la **farmacoterapia**, la elección del tratamiento está muy condicionada por la situación clínica del paciente. Ningún antidepresivo ha mostrado ser más eficaz que otro en el tratamiento de la depresión asociada a cáncer. La mayoría de antidepresivos tardan entre 3 y 6 semanas en alcanzar su efecto terapéutico, por lo que en pacientes con expectativas de vida cortas deberán emplearse fármacos de acción más rápida, como los psicoestimulantes. Deberá seleccionarse un tratamiento que mejore los síntomas depresivos objetivos sin empeorar los problemas preexistentes, prestando atención al perfil de efectos adversos. Como regla general, el tratamiento antidepresivo debería continuarse hasta 4-6 meses tras estabilización de síntomas.

#### - *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*

Los ISRS como fluoxetina, sertralina, paroxetina y escitalopram, son frecuentemente empleados en pacientes oncológicos debido a su buen perfil de efectos adversos. En particular, su ausencia de propiedades anticolinérgicas y bloqueantes alfa-adrenérgicas los hace una opción atractiva para este tipo de pacientes. A diferencia de los antidepresivos tricíclicos, los ISRS no son letales en sobredosis, lo cual los convierte en una opción segura en pacientes con

ideas de suicidio. Los efectos adversos más comunes de los ISRS son náuseas y ansiedad, de intensidad variable según el paciente. Paroxetina y fluoxetina pueden asociarse a disfunción sexual y paroxetina puede causar sedación. En pacientes ambulatorios con función metabólica normal, los ISRS pueden ser empezados a la dosis usuales (20 mg/día de fluoxetina, 50 mg/día de sertralina, 20 mg/día de paroxetina). Las dosis pueden incrementarse si no hay respuesta en 2-3 semanas. En pacientes hospitalizados o ancianos, aquellos con función renal o hepática comprometida y aquellos que reciben quimioterapia altamente emetógena, debería empezarse con la mitad o incluso la cuarta parte de dosis inicial, susceptible de incremento si hay buena tolerancia.

#### - Antidepresivos tricíclicos

Los antidepresivos más antiguos (amitriptilina, nortriptilina, desipramina) continúan siendo opciones efectivas para el tratamiento de la depresión en los pacientes oncológicos. Las propiedades sedativas de los antidepresivos tricíclicos pueden ser útiles en el tratamiento del insomnio asociado a depresión. Además, los antidepresivos tricíclicos son adyuvantes útiles en el tratamiento del dolor neuropático.

Los efectos adversos más frecuentes de los antidepresivos tricíclicos se asocian a sus propiedades anticolinérgicas, bloqueantes alfa-adrenérgicas y antihistamínicas, e incluyen sedación, sequedad de boca, hipotensión ortostática, constipación y visión borrosa. Estas propiedades son con frecuencia la razón de que estos fármacos no se empleen como primera línea de tratamiento. Los antidepresivos tricíclicos deben ser empleados con precaución en los pacientes con ideas de suicidio o problemas cardíacos. Las dosis iniciales de antidepresivos de este grupo deben ser conservativas (25-50 mg/día de nortriptilina, 25-50 mg/día de amitriptilina, 25-50 mg/día de desipramina), con escalada de dosis si hay buena tolerancia, cada 4-7 días. La respuesta terapéutica en ocasiones se observa a dosis menores que las empleadas en la población general.

#### - Antidepresivos atípicos y nuevos antidepresivos

Bupropion es un fármaco activante, que podría mostrar un beneficio potencial en pacientes con deterioro psicomotor. Otra ventaja de este fármaco es que no se asocia a disfunción sexual. Sin embargo, ha sido asociado a convulsiones, por lo que debe ser empleado con precaución en pacientes con historial de convulsiones.

Fármaco	Dosis inicial	Dosis mantenimiento	Comentarios
<b><i>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)</i></b>			
<b>Sertralina</b>	25-50 mg/día	50-150 mg/día	Bien tolerado. Posibles náuseas
<b>Fluoxetina</b>	10-20 mg/día	20-60 mg/día	Vida media larga. Posibles náuseas, disfunción sexual
<b>Paroxetina</b>	20 mg/día	20-60 mg/día	Posibles náuseas, sedación
<b>Escitalopram</b>	10 mg/día	10-20 mg/día	Bien tolerado. Posibles náuseas, disfunción sexual, fatiga
<b><i>Antidepresivos tricíclicos</i></b>			
<b>Nortriptilina</b>	25-50 mg/día	50-200 mg/día	Sedación moderada. Útil en dolor neuropático
Amitriptilina	25-50 mg/día	50-200 mg/día	Sedación elevada. Efectos anticolinérgicos, útil en dolor neuropático
<b>Desipramina</b>	25-50 mg/día	50-200 mg/día	Sedación moderada. Efectos anticolinérgicos, útil en dolor neuropático
<b><i>Otros fármacos</i></b>			
<b>Venlafaxina</b>	18,75-37,5 mg	75-255 mg/día	Posibles náuseas. Útil en dolor neuropático y sofocos
<b>Bupropion</b>	50-75 mg/día	150-450 mg/día	Activante. No asociada disfunción sexual, riesgo de convulsiones
<b>Metilfenidato</b>	5 mg/día	10-60 mg/día	Activante. Rapidez de acción. Monitorizar presión arterial
<b>Mirtazapina</b>	15 mg/día	15-45 mg/día	Sedante, estimulante del apetito. Efectos antieméticos

Venlafaxina, nefazodona y mirtazapina son nuevos fármacos con efectos selectivos sobre el metabolismo de serotonina y noradrenalina. Deben ser iniciados a dosis bajas para establecer su tolerancia. Venlafaxina podría ser efectivo frente a los sofocos inducidos por el tratamiento. Mirtazapina posee efectos sedantes, estimulantes del apetito y antieméticos, que pueden ser útiles en casos determinados.

#### - *Psicoestimulantes*

Los psicoestimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina), que tienen propiedades dopaminérgicas directas o indirectas, constituyen una alternativa bien tolerada y farmacológicamente efectiva en el tratamiento de la depresión y son típicamente empleados en pacientes con enfermedad avanzada, lentitud psicomotora y apatía asociadas a depresión y en aquellos con enfermedad del sistema nervioso central o efectos adversos al tratamiento. Estos fármacos poseen un rápido inicio de acción y los beneficios pueden ser observados en 48 horas. Los psicoestimulantes mejoran la atención, la concentración, reducen la sedación producida por los analgésicos opioides y pueden actuar como analgésicos adyuvantes. Han mostrado aumentar el apetito, proporcionar sensación de bienestar y mejorar la debilidad en pacientes oncológicos. Los psicoestimulantes pueden provocar pequeños aumentos de presión arterial, insomnio, palpitaciones o alteraciones gastrointestinales. La dosis inicial debe ser conservativa (ej. 5 mg de metilfenidato/día divididos en dos dosis) y si es bien tolerada, puede aumentarse hasta consecución de efecto terapéutico o aparición de efectos adversos.

En cuanto a la **psicoterapia**, ha mostrado reducir el distrés psicológico y los síntomas depresivos de modo efectivo, así como mejorar la calidad de vida. El principal objetivo de la psicoterapia es la exploración de los conflictos no resueltos y los pensamientos negativos y las habilidades para solucionar problemas. Diversos tipos de intervenciones psicológicas se han mostrado eficaces: terapia cognitiva, terapia conductual, psicoterapia de orientación dinámica, psicoterapia interpersonal, terapia psicológica adyuvante, psicoterapia existencial, psicoterapia grupal, psicoeducación, técnicas de relajación y otros.

## Bibliografía

- *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. Maté, Hollenstein, Gil. *Psicooncología*. Vol 1, Nums 2-3, pp 211-230.
- *Anxiety in cancer patients*. Stark and House. *British Journal of Cancer* (2000);83 (10), 1261-1267.
- *Depression in cancer patients*. Chochinov, HM. *The Lancet Oncology* 2001;2:499-505.



### Comité De Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

·Miquel Aguiló (FCC) ·Glòria Alba (FCH) ·Manel Ballester (Cardiólogo) ·Josep Barrio (Infectólogo) ·Salvador Benito (Intensivista) ·Xavier Bonafont (FCH) ·Patricia Bravo (FCH) ·M<sup>a</sup> José Cabañas (FCH) ·Daniel Cardonal (FCH) ·Natalia Carrasco (FCH) ·Isabel Castro (FCH) ·Anna Clopés (FCH) ·Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad Salamanca) ·José Angel Expósito (FCH) ·Eduarne Fernández (FCH) ·Benet Fité (FCC) ·Jordi Foncuberta (Hematólogo) ·Miquel Franco (Internista) ·Alberto Frutos (FCH) ·Francisco García Cebrián (FCC) ·Pilar Gascón (FCC) ·M<sup>a</sup> Rosa Güell (Neumólogo) ·Sara Herrero (Farmacéutica-Podóloga) ·Cristina de Irala Indart (FCH) ·Francesc Jané (Farmatólogo Clínico) ·Rosa Jordana (FCC) ·Milagros García (FCH) ·David López (FCH) ·Laura Losa (FCH) ·M<sup>a</sup> Antonia Mangues (FCH) ·Francisco Martínez (FCC) ·Lluís Mendarte (FCH) ·Josep Monerde (FCH) ·M<sup>a</sup> Estela Moreno Martínez (FCH) ·Mónica Ponsirenas (FCH) ·Margarita Ramoneda (FCC) ·Mireia Ribas Solé (FCH) ·Raquel Rodríguez (FCH) ·Gemma Rodríguez Trigo (Neumóloga) ·Nuria Sabaté (FCH) ·Joaquim Sanchis (Neumólogo) ·Amparo Santamaría (Hematóloga) ·Angel Sanz Granda (Consultor Farmacoeconomía) ·Ana Soler (FCH) ·Laura Tuneu (FCH) ·Camil·la Valls (FCH) ·Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista)  
(FCH) Farmatèutic Clínic Hospitalari. (FCC) Farmacèutic Clínic Comunitari.



DICAF, S.L.

### Información y suscripciones:

DICAF, S.L. - C/ Rabassa, 41, - 08024 BARCELONA  
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 - E-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita:	The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.
	C/ Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
ISSN:	1575-3611 - N.I.F.: B-61640439
Depósito legal:	GI-557/1999