

## 16. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES TERMINALES

Dr. HERNÁN G. RINCÓN; Dr. JUAN E. GÓMEZ; Dra. LILIANA DE LIMA

Los problemas emocionales pueden ser respuestas normales frente a eventos catastróficos como el diagnóstico y la evolución de un cáncer. Aunque la mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan bien a las situaciones, existe un grupo que presenta síntomas depresivos y/o ansiosos que interfieren con el tratamiento, la recuperación y la calidad de vida.

### ● DEPRESIÓN

En cuidado paliativo, la depresión es reconocida como uno de los problemas de salud más comunes con prevalencias que varían del 5 al 40%. Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de síntomas depresivos: adulto joven (metas no realizadas, vida truncada), bajo apoyo social (emocional y logístico), alta discapacidad física, dolor (directamente y por aumento de discapacidad) y otros factores como: lesión directa al Sistema Nervioso Central, hipercalcemia, trastornos neuroendocrinos, desnutrición, infecciones, medicamentos y reacciones inmunológicas.

El diagnóstico de depresión es difícil de realizar en pacientes terminales. La tristeza y el duelo manifestados son respuestas esperadas después del diagnóstico y en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad hasta los estadios terminales. Adicionalmente los signos físicos de la depresión (fatiga, anorexia, alteraciones del sueño, etc.) pueden ser atribuibles tanto al cáncer como a los medicamentos utilizados. El diagnóstico se realiza siguiendo los criterios del DSM-IV, sin embargo, algunos síntomas pueden perder validez por ser poco específicos en esta población. Dentro del proceso de tamizaje y diagnóstico, algunas escalas como el PRIME MD (sigue los criterios del DSM-IV) y el HADS (mide ansiedad, depresión y estrés global) pueden ofrecer un parámetro objetivo para seguimiento. Sin embargo, nada reemplaza una buena historia clínica y un examen físico detallado, incluyendo una única y simple pregunta: "¿Se ha sentido recientemente deprimido, con desesperanza o decaído?".

***Paso 1: Prevención***

- + La evaluación y el seguimiento inicial son ideales para prevenir una depresión.
- + Manejo escalonado de las malas noticias.
- + Educación al paciente y a la familia.
- + Brindar apoyo con esperanzas realistas.

***Paso 2: Evaluación inicial***

- + Evaluar el manejo del duelo en el paciente y la familia.
- + Identificar episodios previos de depresión u otro trastorno mental.
- + Antecedentes familiares de depresión, suicidio u otra enfermedad mental.
- + Evaluar problemas de temperamento: nerviosismo, inestabilidad, rebeldía, mal humor, etc.
- + Historia de uso o abuso de sustancias (cuestionarios: CAGE, TWEAK, etc.).
- + Registrar antecedentes de somatización.
- + Preguntar directamente al paciente sobre ideas o intentos suicidas.
- + Descartar delirio (CAM: Confusion Assessment Method).
- + Niveles de depresión (PRIME MD, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale).

***Paso 3: Facilitar la comunicación***

- + Disponer de suficiente tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos en relación a lo que está ocurriendo.
- + Realizar evaluaciones de seguimiento más frecuentes en pacientes más frágiles (se prefieren a las evaluaciones más largas y menos frecuentes).
- + Reunirse en un entorno adecuado (por ej: paciente cómodo, acompañado).
- + Suministrar información de manera directa y con lenguaje médico sencillo.
- + Responder a las emociones del paciente con empatía.
- + Reconocer la necesidad de obtener un balance entre decir la verdad y suministrar esperanza en el paciente.
- + No ofrecer posibilidades irreales al paciente.

***Paso 4: Intervenciones psicológicas específicas***

- + Los pacientes y sus familiares que presenten síntomas o signos que interfieran con el tratamiento o la calidad de vida, son susceptibles de intervenciones psicológicas.

- + Para atender a la familia es necesario que el paciente lo apruebe, asegurándole que no se romperá la confidencialidad.
- + Permitir al paciente expresar sus miedos y preocupaciones acerca del cáncer y la muerte, al igual que la confianza que él tiene en el grupo tratante para manejar las complicaciones o síntomas y signos físicos y psicológicos que aparezcan durante la evolución de la enfermedad.
- + En casos especiales, sugerir al paciente participar en grupos de apoyo, ejercicios de relajación, entrenamiento conductual y otras intervenciones psicológicas.

**Paso 5: Descartar depresión mayor**

- + Interrogar durante toda la evolución de la enfermedad sobre sentimientos de desesperanza, inutilidad, culpa o anhedonia. En caso de incumplimiento de los tratamientos o disfunciones familiares, considerar la posibilidad de una depresión.
- + Siempre preguntar sobre ideas de muerte o de suicidio.
- + Descartar causas médicas o farmacológicas de depresión en pacientes con cáncer:
  - Hipercalcemia, disfunción tiroidea,  $\beta$  - bloqueadores, esteroides, anticonvulsivantes, otras drogas.
  - Dolor pobremente controlado, persistente.

**Paso 6: Uso de medicamentos antidepresivos**

- + Los antidepresivos forman parte de la terapia recomendada para el paciente terminal con depresión mayor. También se pueden usar psicoestimulantes como metilfenidato o pemolina.
- + Debe escogerse el antidepresivo cuyo perfil de efectos adversos se ajuste de la mejor manera al paciente. Por ejemplo, en pacientes con retraso psicomotor son más útiles las sustancias activadoras como metilfenidato o fluoxetina. En pacientes agitados y deprimidos, se recomiendan drogas más sedantes como nortriptilina, sertralina y paroxetina.
- + Los pacientes con cáncer a menudo responden a dosis más bajas de lo habitual. Las siguientes son las dosis iniciales recomendadas:
  - Amitriptilina                      25 mg / día
  - Doxepina                              25 mg / día

- Fluoxetina 10 – 20 mg / día
  - Paroxetina 10 mg / día
  - Sertralina 20 mg / día
  - Venlafaxina 37.5 mg / día
  - Bupropión 200 mg / día
  - Trazodona 150 mg / día
  - Mirtazapina 15 mg / día
  - Metilfenidato 5 – 10 mg en la mañana y 5 mg en la noche
- + Los efectos adversos determinan con frecuencia cuál antidepresivo usar:
- Antidepresivos tricíclicos: efectos anticolinérgicos (boca seca, retención urinaria y constipación), taquicardia, arritmias, hipotensión (bloqueo  $\alpha$ -1), sedación y somnolencia (bloqueo antihistamina H1).
  - Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS): aumento de la motilidad intestinal, insomnio, cefalea y disfunción sexual, temblor, mareo, acatisia.
  - Venlafaxina: Náusea, incremento de las cifras de presión arterial.
  - Bupropión: disminuye el umbral convulsivo.
  - Trazodone: hipotensión postural (bloqueo  $\alpha$ -1), priapismo.
  - Mirtazapina: sedación, aumento de peso.
  - Psicoestimulantes: hiperestimulación, ansiedad, insomnio, paranoia, confusión.

## ● ANSIEDAD

La ansiedad en pacientes con cáncer puede estar presente antes del diagnóstico. El diagnóstico puede desencadenar preocupaciones anticipadas hacia la evolución de la enfermedad, el tratamiento y eventuales complicaciones asociadas a la pérdida progresiva de autonomía que antecede la muerte. Diversos factores que predisponen a la ansiedad incluyen trastornos de ansiedad previos: dolor no manejado o controlado, medicamentos (esteroides, antieméticos, anticolinérgicos, opioides, benzodiazepinas, broncodilatadores, psicoestimulantes), supresión de drogas (opioides, benzodiazepinas, alcohol), condiciones patofisiológicas (hipoxia, insuficiencia cardiorrespiratoria, hipoglicemia, hipocalcemia, hipertiroidismo, trastorno electrolítico, sepsis). En el estudio PSYCOG de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer, se encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad del 21%.

Los trastornos de ansiedad pueden ser cognitivos o somáticos. Los síntomas más llamativos son los somáticos, que incluyen taquicardia, diaforesis, disnea, molestias gastrointestinales, náuseas y vómito. La pérdida del apetito, disminución de la libido y el insomnio son igualmente frecuentes, como también la hiperactividad y la irritabilidad.

### *1\_Evaluación*

Interrogar al paciente sobre:

- + Manejo del duelo, síntomas físicos molestos o problemas con los medicamentos.
- + Estrés psicosocial y otros posibles estresores.
- + Experiencias previas de ansiedad y problemas de temperamento.
- + Preocupación sobre la condición actual y pronóstico. Fobias asociadas al tratamiento y síntomas de estrés postraumático.

En el examen físico buscar:

- + Aprehensión, temblor, agitación, temor, inatención.
- + Diaforesis, palidez o enrojecimiento facial.
- + Hipertensión, taquicardia, taquipnea.

### *2\_Manejo*

- + Tratamiento de problemas físicos de base y suspensión de los medicamentos implicados.
- + Evaluar y tratar de manera agresiva el dolor.
- + Brindar apoyo y seguridad, permitir al paciente expresar sus sentimientos y pensamientos acerca de la situación y ofrecerle información útil.
- + Entrega escalonada de las malas noticias.
- + Descartar depresión mayor.
- + Psicoterapia de apoyo y terapia conductual.
- + Sugerir técnicas de relajación.
- + Utilizar de manera correcta los medicamentos ansiolíticos:
  - Alprazolam      0.75 mg / día
  - Diazepam        5 - 10 mg / día
  - Clonazepam     0.5 - 1 mg / día
  - Triazolam        0.25 – 0.5 mg / día

## Lecturas recomendadas

1. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. (1997) "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154: 674 – 676.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249: 751 – 757.
3. Driver LC, Bruera E. (2000) The MD Anderson Palliative Care Handbook; 13: 87 – 93.
4. Goldberg RJ, Mor V. (1985) A survey of psychotropic use in terminal cancer patients. *Psychosomatics*, 26: 745 – 751.
5. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi C, Balkin S, Siegel A, Horwitz R. (1990) Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*, 113:941-948.
6. Massie MJ, Holland JC. (1987) Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatric Medicine*, 5: 343 – 359.
7. Payne DK, Massie MJ. *Diagnosis and Management of depression in palliative care Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine.* Oxford ed, 2000. Chapter 3, 25 – 50.
8. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. (1999) Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. *JAMA.*, 282:1737-1744.

- Hidroxicina 30 - 150 mg / día
- Difenhidramina 75 - 225 mg / día
- Haloperidol 1 - 2 mg / día
- Tioridazina 30 – 150 mg / día
- Zolpidem 20 mg / día

**3\_Información clave**

- + Los trastornos depresivos son difíciles de diagnosticar en pacientes con cáncer debido a la multiplicidad de síntomas relacionados entre ambas patologías.
- + Cerca del 10% de los pacientes con cáncer presentarán un trastorno depresivo mayor que afectará de manera importante su desempeño.
- + La comunicación y el apoyo son la piedra angular del tratamiento antidepresivo y es a menudo complementado con la farmacoterapia.
- + Un paciente triste, hipoactivo, con aparente ánimo depresivo, puede cursar un delirio hipoactivo que puede fácilmente confundirse con un trastorno depresivo.
- + Los psicoestimulantes de acción rápida son útiles como antidepresivos en pacientes terminales. Sin embargo, los psicoestimulantes deben utilizarse primero como prueba para evaluar posibles efectos adversos y, si se utilizan, se deben dar temprano en la mañana para prevenir el insomnio.
- + Los psicoestimulantes están contraindicados en delirio hiperactivo y ansiedad severa.
- + Al igual que con los trastornos depresivos, la ansiedad debe evaluarse y tratarse desde el inicio con terapia de apoyo y farmacológica.
- + Los psicofármacos deben utilizarse con precaución debido a la posibilidad de interacciones medicamentosas con otros medicamentos utilizados y a los posibles efectos adversos.