



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

María José Muñoz Algar, Patricia Bernal García.

maria_jose_m@msn.com

Ansiedad, cáncer, tratamiento, abordaje psicológico.

Anxiety, cancer, treatment, psychological approach.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en los enfermos oncológicos desde el momento en que se realiza el diagnóstico de cáncer.

OBJETIVO: Dada la alta prevalencia de esta patología, nuestro objetivo es revisar el abordaje no farmacológico de la sintomatología ansiosa en este tipo de enfermos.

MÉTODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed mediante los términos: anxiety treatment y cancer. Se analizaron artículos científicos publicados desde febrero de 2007 hasta febrero de 2016, con pacientes oncológicos como población diana.

RESULTADOS: Las técnicas más utilizadas fueron el mindfulness, los enfoques cognitivo-conductuales y la relajación. Los resultados son variables, habiendo técnicas ineficaces como el yoga.

CONCLUSIONES: Existen múltiples opciones no farmacológicas para mejorar la ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer. La mayoría de técnicas evaluadas mejoran la ansiedad e incluso disminuyen la sintomatología depresiva asociado a esta.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The oncological patients have a high frequency of anxious symptoms since the moment of cancer diagnosis.

OBJECTIVE: Given the high prevalence of this disorder, our objective is to review the effectiveness of the psychological treatments used to approach the anxiety in cancer patients.

METHOD: We performed a bibliographic review in PubMed database with the terms: <anxiety treatment AND cancer>. We analyzed scientific articles published since February 2007 to February 2016 with a sample of cancer patients.

RESULTS: The techniques more used were mindfulness, cognitive behavioral approaches and relaxation. The different therapies have demonstrated variable results. Techniques like yoga were ineffective.

"ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO"

CONCLUSION: There are multiple non pharmacological options to reduce the anxiety in oncological patients. Most of techniques studied shown to be effectiveness in reduction of anxiety and achieve other benefits as reduction of depressive symptoms associated.

INTRODUCCIÓN

El término angustia, "angor" y "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza ⁽¹⁾.

En el ser humano, el estado de ansiedad es similar al temor, sin embargo, algunos expertos consideran necesario hacer una distinción entre estos conceptos. Aunque ambas situaciones preparan al organismo para hacer frente a situaciones de peligro, en el caso del temor el peligro es reconocible, mientras que en la ansiedad el peligro no es discernible. La ansiedad excesiva o sostenida, la intensidad de los síntomas y el grado de incapacidad que estos generen al paciente en los ámbitos familiar, social y laboral permiten considerar que ésta se convierte en patológica, además de constituir en la actualidad uno de los padecimientos psiquiátricos más frecuentes. De tal suerte, el factor temporal es imprescindible para la distinción de un estado patológico de otro que no lo es ⁽²⁾.

Ansiedad y cáncer

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno sociofamiliar es enorme. Se trata por tanto, de una enfermedad estigmatizante, que genera sufrimientos y cambios en la vida de las personas ⁽³⁾.

Los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer experimentan una variedad de estados afectivos, incluyendo ansiedad y depresión que pueden verse afectados por el dolor y otros síntomas físicos derivados del cáncer y sus tratamientos ⁽⁴⁾.

En general, el desarrollo de consecuencias emocionales negativas se van sucediendo a medida que se van comunicando los resultados de pruebas médicas (de ahí la importancia de aprender a dar malas noticias). A corto plazo, se incrementa la ansiedad de manera importante en casi un 50% de los pacientes que tienen que repetirse una prueba médica, o hacer otra que descarte el diagnóstico de cáncer. Si las nuevas pruebas arrojan resultados negativos, la ansiedad disminuirá significativamente; mientras que si hay resultados positivos (o se continúan realizando más pruebas), se mantienen los niveles altos de ansiedad. Cuando se ha confirmado el diagnóstico y se inicia el tratamiento se inicia un proceso en el cual la ansiedad suele mantenerse elevada en el tiempo. Con frecuencia, el paciente presenta un estado de alerta o amenaza y ansiedad que puede llegar a ser patológica ⁽⁵⁾.

Podría verse incrementado el riesgo de ansiedad durante el tratamiento del cáncer cuando existen los siguientes factores: historia de trastorno de ansiedad, dolor severo, ansiedad en el

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

momento del diagnóstico, limitaciones funcionales, descenso de apoyo social, avance del trastorno o historia de trauma.

Etiología de la ansiedad

Siguiendo a Maté et al. ⁽⁶⁾, entre las causas psicológicas más frecuentes de la sintomatología ansiógena encontramos la percepción de cercanía 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 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. También los problemas sociales de tipo económico, como son la pérdida del empleo, la situación de baja por larga enfermedad e incapacidad laboral; problemas familiares, de relación interpersonal, son una fuente importante de distrés. Sin embargo, no podemos restar importancia a las diferentes condiciones médicas como posible causa: 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.

Por último, 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 ⁽⁶⁾. A continuación presentamos un diagnóstico diferencial orgánico para el trastorno de angustia ⁽⁷⁾:

- Enfermedad cardiovascular: Anemia, angina, insuficiencia cardiaca congestiva, hiperreactividad beta-adrenérgica, hipertensión arterial, prolapso de la válvula mitral, infarto de miocardio, taquicardia auricular paradójica.
- Enfermedades pulmonares: Asma, hiperventilación, embolia pulmonar
- Enfermedades neurológicas: Enfermedad cerebrovascular, epilepsia, corea de Huntington, Infección, Enfermedad de Menière, Migraña, Esclerosis múltiple, Accidente isquémico transitorio, Tumor, Enfermedad de Wilson
- Enfermedades endocrinas: Enfermedad de Addison, Síndrome Carcinoide, Síndrome de Cushing, Diabetes Mellitus, Hipertiroidismo, Hipoglucemia, Hipoparatiroidismo, Trastornos Menopáusicos, Feocromocitoma, Síndrome premenstrual
- Intoxicaciones por fármacos y sustancias: Anfetaminas, Nitrito de amilo, Anticolinérgicos, Cocaína, Alucinógenos, Marihuana, Nicotina, Teofilina
- Abstinencia de fármacos y sustancias: Alcohol, Antihipertensores, Opiáceos y opioides, Hipnótico-sedantes

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

- Otras enfermedades: Anafilaxia, Deficiencia de B12, Trastornos electrolíticos, Intoxicación por metales pesados, Infecciones sistémicas, Lupus Eritematoso Sistémico, Arteritis de la Temporal, Uremia.

Tratamiento de la ansiedad en pacientes con cáncer

Los tratamientos recomendados para el tratamiento de la ansiedad engloban medidas farmacológicas (basadas en la administración de ansiolíticos, especialmente las benzodiazepinas) y no farmacológicas (basadas en la psicoterapia de soporte emocional y las técnicas cognitivo-conductuales).

1) Tratamiento psicológico.

El tratamiento psicológico es considerado como tratamiento intermedio a la intervención terapéutica propia del cáncer ⁽⁸⁾.

Fawzy et al. ⁽⁹⁾ señalan que el objetivo de las intervenciones psicológicas es ayudar a los pacientes de cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión, y abandono; reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificar percepciones e informaciones erróneas. Estas intervenciones que se diseñan para disminuir la indefensión y desesperanza tienen además la ventaja de que animan a la persona para que adopte más responsabilidad en volver a estar bien y en colaborar con los tratamientos médicos ⁽¹⁰⁾.

Muchos programas de psicoterapia individual y grupal enseñan habilidades de afrontamiento específicamente diseñadas para ayudar a los pacientes a reducir síntomas asociados al cáncer como ansiedad, náuseas anticipatorias, vómitos y dolor que pueden exacerbar la respuesta emocional del paciente ⁽¹¹⁾.

A continuación, explicaremos algunos de los abordajes utilizados en la actualidad para el tratamiento de la ansiedad. Analizaremos intervenciones tanto de corte psicológico como terapias alternativas:

- Terapia cognitiva: Esta terapia pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación. En el caso de los enfermos de cáncer, los pensamientos irracionales suelen interferir en su aceptación del diagnóstico, dificultándoles seguir las prescripciones médicas y obstaculizando en algunos de ellos el participar activamente en la batalla contra la enfermedad ⁽⁸⁾.
- Reducción del estrés basado en el Mindfulness (MBSR): es una técnica de manejo de estrés desarrollado por Kabat-Zinn, Lipworth y Burney ⁽¹²⁾ que se realiza en grupo por un instructor entrenado en 8 sesiones semanales con práctica de meditación mindfulness, suaves ejercicios de yoga y enseñanza psicológica y fisiológica del estrés ⁽¹³⁾. Dicha

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

técnica tiene origen en la filosofía budista. Su práctica regular permite cultivar la autoaceptación, mejorar las estrategias de regulación emocional y mejorar la calidad de vida, reducir pensamientos intrusivos, ansiedad y depresión ⁽¹⁴⁾.

- Relajación: Es una técnica que utiliza para contrarrestar los efectos nocivos del estrés y provocar cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno ⁽¹⁵⁾. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas:
 - o Respiración profunda: Según Song et al ⁽¹⁶⁾, la respiración profunda durante la quimioterapia ayuda a disminuir la ansiedad y la náusea. Es un método sencillo que ayuda a disminuir el dolor y adquirir autocontrol.
 - o Relajación muscular progresiva: Varios estudios han demostrado que la relajación muscular progresiva es efectiva para disminuir la sintomatología ansiosa, depresiva y controlar el dolor ⁽¹⁵⁾. El máximo efecto se ha visto cuando se practica antes de empezar la quimioterapia ⁽¹⁷⁾.
 - o Imaginación guiada: Algunos estudios han demostrado que esta práctica reduce los síntomas de ansiedad, depresión y fatiga con sólo practicar tres veces por semana. En esta técnica, también conocida como visualización, la persona se imagina escenas, sonidos, u olores asociados con un determinado ambiente ⁽¹⁵⁾.
- Hipnosis ⁽¹⁸⁾: se usa ampliamente para el control del dolor y la ansiedad en cáncer para atenuar la experiencia de sufrimiento. Consiste en lograr un estado de conciencia alterado, en focalizar la atención, disociarse de la conciencia periférica y mejorar la responsabilidad de las señales sociales. Es efectiva en el control de síntomas somáticos como el dolor y la ansiedad, y puede permitir facilitar la participación de los pacientes en procedimientos médicos.

2) Tratamiento farmacológico.

Si las intervenciones psicoeducativas y psicosociales no son suficientes para tratar la ansiedad de los pacientes, puede ser necesario utilizar tratamientos farmacológicos. Desde 1980, los estudios han evaluado gran variedad de fármacos. La bibliografía consultada indica que aquellos fármacos que probablemente sean efectivos en combinación con intervenciones psicosociales son los ansiolíticos, los antidepresivos, los antihistamínicos y los neurolépticos atípicos. ⁽¹⁹⁾

Los antidepresivos son útiles en el tratamiento de la depresión en general y de aquella en contexto de un cáncer. Su utilidad es disminuir los síntomas depresivos, mejorar la capacidad funcional, reducir la caquexia, aminorar los síntomas menopáusicos y reducir el dolor. Algunos de ellos tienen también propiedades ansiolíticas y pueden usarse eficazmente en trastornos ansioso-depresivos ⁽⁹⁾ o como tratamiento adyuvante para el dolor, náuseas y vómitos asociados al cáncer. Varios investigadores han encontrado significativa mejoría con mirtazapina,

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

fluvoxamina o duloxetine⁽²⁰⁾. En el caso de pacientes con insomnio también pueden beneficiarse de antidepresivos como la mirtazapina, amitriptilina o la trazodona⁽²¹⁾.

Por otro lado, las benzodiacepinas pueden producir alivio a corto plazo de los síntomas ansiosos, pero no es una buena estrategia en tratamientos a largo plazo dada la elevada probabilidad de habituación o dependencia⁽⁹⁾. Tienen efecto ansiolítico, sedativo y relajante muscular, siendo las más usadas en el paciente oncológico el alprazolam, el lorazepam y el clonazepam. Su elección debe realizarse en función de su vida media y su potencia ansiolítica. Las benzodiacepinas 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 o tioridazina.⁽⁶⁾

Por último lugar, los antipsicóticos de perfil sedativo a bajas dosis, como la olanzapina o la quetiapina son efectivos en pacientes con ansiedad severa no controlada con benzodiacepinas o que no pueden tomarlas, o en pacientes con complicaciones respiratorias⁽²¹⁾.

Nuestro objetivo es analizar la evidencia científica sobre la efectividad de las técnicas utilizadas para reducir la ansiedad en población oncológica.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando los términos: <anxiety treatment AND cancer>. Del total de referencias encontradas (8.188) se excluyeron los artículos que no cumplían los criterios de inclusión propuestos en este estudio: artículos científicos escritos en lengua inglesa o castellana, publicados entre febrero de 2007 y febrero de 2016, estudios realizados en población oncológica, estudios experimentales y que aparecieran a texto completo. De esta selección, se excluyeron los artículos que evaluaban síntomas distintos a la ansiedad y los que estudiaban el efecto de la intervención en familiares o cuidadores de pacientes oncológicos como población diana, resultando un total de 43 artículos susceptibles de revisión.

RESULTADOS

La mayoría de estudios analizan muestras homogéneas en cuanto a diagnóstico y tipo de cáncer. La edad de los pacientes está comprendida en rangos de edad adulta (18-89 años de edad). Todos los estudios tienen un diseño experimental (37 de ellos utilizan un diseño tipo ensayo clínico aleatorizado prospectivo, dos estudio con diseño de casos y control, tres cuasiexperimentales y un estudio clínico pragmático).

La técnica más analizada en nuestro estudio es la terapia cognitivo-conductual (asociada o no a relajación). Hemos encontrado 11 estudios que demuestran ser efectivas en la reducción de la ansiedad⁽²²⁻³²⁾. Estudio se centra en estudiar la técnica de expresión escrita de Pennebaker que permite mejorar el estrés postraumático y el miedo a la progresión del cáncer.

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

También encontramos 7 artículos que analizan la intervención en Mindfulness, ^(12,13,21, 33-36) de los cuales solo 5 de ellos analizan exclusivamente el efecto de la MBSR siguiendo el modelo de Kabat-Zinn de 8 semanas de duración (uno de ellos solo se administra durante 6 semanas). Otro estudio compara dicha técnica combinada con un programa de educación nutricional versus tratamiento estándar, frente a otro de ellos en el que se compara la técnica de Mindfulness con consultas telefónicas psicooncológicas con orientación cognitivo conductual.

A nivel farmacológico, es llamativo que solo se publican 3 estudios. Se encontró un estudio que analizaba la eficacia de la fluvoxamina a dosis de 150mg/día en una muestra de 10 mujeres con presencia de síntomas ansioso-depresivos ⁽³⁷⁾. Se encontró una mejoría significativa de las cifras de ansiedad y algo menos las cifras de depresión que remiten más tarde. En otro estudio que analizo el efecto de Duloxetina hasta 120 mg/día sobre una muestra de pacientes con depresión (casos diagnosticados de cáncer y los controles sin cáncer) ⁽³⁸⁾. Se encontró que reducía la depresión y la ansiedad de forma significativa, además de conseguir reducir la fatiga y mejorar la función cognitiva. El tercer estudio analiza el efecto de 300mg de Gabapentina versus 900mg de Gabapentina versus placebo ⁽³⁹⁾. Se encontró que aquellos pacientes en los que se utilizó una estrategia farmacológica, se producía una reducción de cifras previas elevadas de ansiedad.

Respecto a la intervención psicosocial (basada en terapia de apoyo, diádica o no y expresión de emociones) ^(32,40-42) encontramos una reducción de la ansiedad y la depresión, mejora en la calidad de vida y la salud global. Uno de ellos encontró una mejora en el sentimiento de autoeficacia pero no en la ansiedad y depresión ⁽⁴²⁾. Otro estudio, sin embargo, demostró que las estrategias psicoeducativas no eran efectivas para reducir la ansiedad ⁽⁴³⁾. Cuando la intervención psicológica de apoyo se realiza a corto plazo ⁽⁴⁴⁾, se produce una reducción de las cifras de ansiedad y depresión.

Técnicas como la psicoterapia centrada en el significado ⁽⁴⁵⁾ y la terapia de resolución de problemas ⁽⁴⁴⁾ demostraron una mejoría de la ansiedad, el estrés y el sentido de la vida. Aquellas intervenciones enfocadas en la narrativa ⁽⁴²⁾ (en la que se trabaja con las narrativas del paciente sobre su estado físico o sufrimiento asociado a la enfermedad) han demostrado mejora tanto la ansiedad como la depresión.

A nivel de terapias complementarias (uso de arteterapia, musicoterapia asociada o no a relajación muscular progresiva, reiki, shiatsu, hipnosis, aromaterapia) ^(18,46-50), demuestran eficacia en la reducción de la ansiedad. La musicoterapia ha logrado mejorar el estado físico y psicológico de los pacientes durante la administración del tratamiento y la reducción de la estancia en el hospital.

Por otro lado, hay tres estudios que analizan la eficacia del yoga ^(51, 52, 53). Encontramos en ellos una mejoría la ansiedad, la depresión y la calidad de vida, salvo en uno de ellos que redujo la fatiga pero no modificó las cifras de ansiedad ni depresión. Sin embargo, la técnica de respiración de yoga (Pranayama) se ha encontrado que mejora la ansiedad, calidad de vida y del sueño, pero no se han comprobado una reducción significativa de las mismas.

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

Por último, analizaremos las técnicas que abordan el manejo de estrés y la práctica de ejercicio ⁽⁵⁴⁾, combinada demostrado ser eficaz en la reducción de la respuesta de ansiedad y depresión, pero no mejora la calidad de vida a nivel físico. Dos de los estudios experimentan resultados contradictorios ^(28, 55), uno mejoraba la depresión y fatiga a corto plazo (no la ansiedad o insomnio), mientras que otro mejoraba la ansiedad, el estrés, la calidad de vida y la resiliencia. Otro estudio ⁽⁵⁶⁾ lo combina con un grupo de apoyo logrando la reducción de la ansiedad pero no de los síntomas depresivos. Por último, sólo un estudio abordó la realización de ejercicio en el hogar basado en caminar ⁽⁵⁷⁾ con buenos resultados en las cifras de ansiedad.

CONCLUSIONES

A lo largo del estudio hemos encontrado que en pacientes oncológicos se detectan elevadas prevalencias de ansiedad. De hecho, como menciona Mehnert et al ⁽⁴⁾ es frecuente encontrar una elevada proporción de pacientes oncológicos que padecen uno o más trastornos mentales. Estos hallazgos enfatizan la importancia de proveer de intervenciones psicológicas específicas orientados a pacientes con cáncer. El objetivo de nuestro estudio va enfocado a analizar y resumir los resultados sobre eficacia de las terapias utilizadas para la reducir la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer.

Los tratamientos recomendados para el tratamiento de la ansiedad engloban tanto medidas farmacológicas como las no farmacológicas. Las estrategias terapéuticas no farmacológicas más utilizadas son: el entrenamiento en estrategias para manejar la ansiedad, la exposición gradual a los estímulos temidos, la exposición interoceptiva, las técnicas de distracción, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de comunicación, reestructuración cognitiva, ventilación emocional y escucha activa ⁽⁵⁸⁾. La capacidad de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer y los tratamientos médicos a los que tienen que someterse tienen profundas implicaciones en los individuos. Por ello, varias intervenciones psicológicas están enfocadas a reducir los niveles de ansiedad con el objetivo de incrementar el nivel de funcionamiento, calidad de vida y cumplimiento terapéutico ⁽²⁰⁾.

Hemos analizado 43 estudios, encontrando que sólo 37 de ellos indicaban resultados a favor del uso de técnicas para la reducción de ansiedad en pacientes oncológicos frente a 6 que informaban de la no eficacia de las intervenciones puestas a estudio.

El estudio publicado por Patsy et al. ⁽²⁰⁾, en el que se estudia la efectividad de las terapias disponibles en la actualidad para el tratamiento de la ansiedad, indica que no existe nada escrito en la bibliografía por el momento que apoye claramente recomendaciones para la práctica clínica. En nuestra revisión, a nivel psicoterapéutico hemos podido revisar múltiples opciones terapéuticas, interesantes por la sencillez y facilidad en la administración, así como el bajo coste que pueden suponer la mayoría de ellos.

Hoy en día, la técnica de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) se encuentra en auge y de hecho es la técnica más analizada en nuestro estudio. Dicha estrategia se ha utilizado

“ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO”

para mejorar la aceptación de los síntomas, incrementar la capacidad meta-reflexiva y mejorar la libertad de los pacientes, la práctica del mindfulness potencia cambios en la percepción, patrones de comportamiento y de este modo la experiencia de los síntomas ⁽¹³⁾. Nuestros resultados destacan su eficacia para lograr una mejoría significativa de la ansiedad y de los síntomas depresivos. Como beneficios secundarios se han encontrado mejoría de la calidad de vida, del bienestar psicológico y mejor control emocional.

Respecto a la terapia cognitivo-conductual, tratamiento que se administra habitualmente en pacientes con ansiedad y depresión, hemos encontrado en todos los estudios otros beneficios secundarios como son mejoría de la fatiga, síntomas cognitivos y de la calidad de vida en general. La musicoterapia es otra estrategia terapéutica utilizada con frecuencia en pacientes con cáncer. En estudios previos se ha visto que mejora la ansiedad, la depresión, la calidad de vida, la capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes, reduce el miedo a la propia enfermedad oncológica (no incluyendo un impacto en aspectos físicos), factores que influyen sustancialmente la calidad de vida del paciente ⁽⁵⁹⁾. En nuestra revisión encontramos que es un abordaje terapéutico eficaz para reducir significativamente la ansiedad ^(49,50). Cuando se combina con relajación muscular progresiva, aporta una mejoría del estado físico y psicológico durante la administración del tratamiento y una reducción de la duración de la estancia en el hospital ⁽⁴⁸⁾. Mientras que el estudio de Patsy et al. ⁽²⁰⁾ encuentra que la medicina complementaria, alternativa y la meditación no son estrategias que hayan demostrado eficacia, los estudios revisados en este trabajo sobre esta temática sí parecen indicar la utilidad de estos abordajes para reducir los niveles de ansiedad, mejorar la depresión, fatiga y calidad de vida ⁽⁴⁶⁾. Sin embargo, el ejercicio físico también se ha encontrado eficaz para reducir la ansiedad, quizá por ser sencilla de realizar siempre que se administre de forma moderada y adaptada a la capacidad del paciente ⁽⁵⁷⁾.

Es importante destacar que seis estudios revisados ^(28, 40, 41, 53, 56, 60) indican resultados negativos en cuanto a eficacia para lograr una reducción significativa de la ansiedad. Entre ellos, encontramos el yoga, que aunque es útil para mejorar condición física del paciente (p.ej., flexibilidad) y la calidad de vida, no reduce la ansiedad de forma significativa. Lo mismo ocurrió con la técnica de intervención de apoyo diádica entre pares y mediante entrevista telefónica, la terapia psicoeducativa y el entrenamiento en el manejo del estrés con relajación.

El cáncer es una enfermedad que demanda importantes recursos y requiere de una optimización en la eficiencia de las intervenciones. El modo en que un individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer está ciertamente ligado a sus experiencias personales y al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevenir la enfermedad ⁽⁶¹⁾. Asimismo, la experiencia asociada al cáncer está condicionada por los tratamientos posibles y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular. Durante los últimos años el creciente conocimiento acerca de la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en el paciente oncológico ha contribuido a generar una conciencia con respecto a su importancia en

"ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO"

la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad y a incluir las intervenciones psicosociales como parte integral del tratamiento oncológico ⁽⁶¹⁾.

El interés del presente estudio se encuentra en la revisión de un problema muy frecuente en pacientes oncológicos y que hoy día no tiene un tratamiento no farmacológico estandarizado. De hecho, hemos podido analizar intervenciones que son sencillas de administrar, inocuas, que suponen un bajo coste y trabajan directamente con técnicas de regulación emocional. No obstante, una de las principales limitaciones del estudio es el escaso número de publicaciones que se han encontrado. Hoy en día hay escasa evidencia y no existen recomendaciones para poder instaurarlas como otro tratamiento estándar complementario al tratamiento específico del cáncer pautado por el oncólogo. También destacar que los estudios encontrados se realizan mayoritariamente en muestras de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (a lo largo de todo el proceso de y estadios). Es recomendable, por lo tanto, ampliar dichos estudios a otras poblaciones de pacientes oncológicos, afectos de cánceres con distinto origen y que también se ven afectados por niveles elevados de ansiedad.

En esta línea, sería adecuado realizar más estudios que analicen la eficacia de estas y otras técnicas en pacientes oncológicos que sufren ansiedad para poder realizar un tratamiento más adecuado y poder implementar de rutina aquellas que demuestren beneficios sustanciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Virués, R. A. Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com* 2005; 7(8).
2. Gómez D, Saldívar-González A, Rodríguez R. Modelos animales para el estudio de la ansiedad: una aproximación crítica. (2002) *Salud Mental*, Vol 25, Nº 1, pp: 14-24.
3. Csizmar Carvalho C, Lopes Chaves E.C., Hollanda D, Prado Simão T, Silva Marciano Grasselli C y Giffoni Braga C. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(4):684-90.
4. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H. Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities. *Journal of clinical oncology*. 2014; Vol 32. Num 31: 3540-3553.
5. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología* 2005; Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 71-80.
6. Maté J., Hollenstein M.F. y Gil F.L. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004; Vol. 1, Num: 2-3, pp. 211-230.
7. Sadock B.J. and Sadock V.A. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. Lippincott Williams & Wilkins; 10ª edición (2009). pp:593.
8. Prieto Fernández. Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2004; 2, 107-120.

"ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO"

9. Fawzy, F.I. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer* 1999; 31 (11), 1559-1564.
10. Báñez M, Blasco T y Fernández Castro J .La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología* 2003; Vol. 19, nº 2, 235-246
11. Spiegel D and Riba M.B. Managing Anxiety and Depression During Treatment. *The Breast Journal* 2015; Volume 21 Number 1: 97–103.
12. Lengacher C.A., Kip K. E., Reich R. R., Craigh B. M., Mogos M. y Ramesar S.) A Cost-Effective Mindfulness Stress Reduction Program: A Randomized Control Trial for Breast Cancer Survivors. *Nursing Economic* 2015; Vol. 33; No. 4; p.210-232.
13. Würtzen H, Oksbjerg Dalton S, Christensen J, Andersen KK, Elsass P, Flyger HL et als. Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial, *Acta Oncológica* 2015; 54:5, 712-719.
14. Eyles C, Leydon G.M., Hoffman C.J., Copson E.R., Prescott P., Chorooglou M. et als. Mindfulness for the Self-Management of Fatigue, Anxiety, and Depression in Women With Metastatic Breast Cancer: A Mixed Methods Feasibility Study. *Integrative Cancer Therapies*, 2015; Vol. 14(1) 42–56.
15. García-Jiménez, M .La Relajación para Personas con Cáncer. 2015.(<http://www.cancer.net/es/node/32961>).
16. Song Q-H, Xu R-M, Zhang Q-H, Ma M y Zhao X-P. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *Int J Clin Exp Med* 2013; 6(10): 979–984.
17. Luebbert K, Dahme B y Hasenbring M The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology* 2001; Volume 10, Issue 6, pages 490–502.
18. Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C et als. Randomized Trial of a Hypnosis Intervention for Treatment of Hot Flashes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology* 2008; Vol 26, Num 31. Pp: 5022-5026.
19. Kennedy Sheldon L, Swanson S, Dolce A, Marsh K y Summers J. Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for Anxiety *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2008; Volume 12, Number 5. Pp: 789-797.
20. Patsy R.S, Cope D, Sherner TL and Walker DK. Update on Research-Based Interventions for Anxiety in Patients with Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014; Volume 18, Number 6. Pg 5-16.
21. Mehta R.D. and Roth A.J. Psychiatric Considerations in the Oncology Setting. *CA CANCER J CLIN* 2015; 65: 299–314.

"ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO"

22. Mattsson S, Alfonsson S, Carlsson M, Nygren P, Olsson E y Johansson B. U-CARE: Internet-based stepped care with interactive support and cognitive behavioral therapy for reduction of anxiety and depressive symptoms in cancer -a clinical trial protocol. *BMC Cancer* 2013;13: 414.
23. Seitz D.C.M., Knaevelsrud C, Duran G, Waadt S, Loos S y Goldbeck L. Efficacy of an internet-based cognitive-behavioral intervention for long-term survivors of pediatric cancer: a pilot study. *Support Care Cancer* 2014;22: 2075–2083.
24. Fleming L, Randell k, Harvey C-J and Espie C.A. Does cognitive behaviour therapy for insomnia reduce clinical levels of fatigue, anxiety and depression in cancer patients? *Psycho-Oncology* 2014;23: 679–684
25. Font A y Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología* 2004; Vol. 1, Núm. 1, pp. 67-86.
26. Guo Z, Tang H, Li H, Tan S, Feng K, Huang YC et als. The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013; 11:121.
27. Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H y Yang M. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013; 34(2): 60–67.
28. Groarke AM, Curtis R. y Kerin M.) Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cáncer. *British Journal of Health Psychology* 2013; 18: 623–641.
29. Garssen B, Boomsma M.F., Meezenbroek E.J., Porsild T, Berkhof J, Berbee M et als. Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 572–580.
30. Greer JA, Traeger L, Bemis H, Solis J, Hendriksen ES y Park ER. A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Patients with Terminal Cancer. *The Oncologist* 2012; 17:1337–1345.
31. Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA et als. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. *Cancer*.2011; 117(1):96-102.
32. Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K et als. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. 2009; 23(5):580-91.
33. Grossman P, Zvalhen D, Halter J.P, Passweg J.R., Steiner C y Kiss A. A mindfulness-based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. *Support Care Cancer* 2015; 23:1105–1112.
34. Lengacher CA, Shelton MM, Reich RR, Barta MK, Johnson-Mallard V y Moscoso MS. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR (BC)) in Breast Cancer: Evaluating Fear of

"ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO"

- Recurrence (FOR) as a Mediator of Psychological and Physical Symptoms in a Randomized Control Trial (RCT). *J Behav Med* 2014; 37(2): 185–195.
35. Henderson VP, Massion AO, Clemow L, Hurley TG, Druker S y Hébert JR. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction for Women with Early-Stage Breast Cancer Receiving Radiotherapy. *Integr Cancer Ther* 2013; 12(5): 404–413.
 36. Hoffman C.F., Ersser S.J., Hopkinson J.B., Nicholls P.G., Harrington J.E. y Thomas P.W. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast- and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 2012; Vol 30. Num 12. Pp: 1335-42.
 37. Suzuki N, Ninomiya M, Maruta T, Hosonuma S, Yoshioka N, Ohara T et al. Clinical Study on the Efficacy of Fluvoxamine for Psychological Distress in Gynecologic Cancer Patients *Int J Gynecol Cancer* 2011; 21: 1143-1149.
 38. Torta R, Leombruni P, Borio R and Castelli L. Duloxetine for the treatment of mood disorder in cancer patients: a 12-week case-control clinical trial. *Hum. Psychopharmacol Clin Exp* 2011; 26: 291–299.
 39. Lavigne JE, Mustian K, Mathews JL, Heckler C, Palesh O, Amos E. A Randomized, Controlled, Double-Blinded Clinical Trial of Gabapentin 300mg versus 900mg versus Placebo for Anxiety Symptoms in Breast Cancer Survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2012; 136(2): 479–486.
 40. Girgis A, Breen S, Stacey F y Lecathelinais C. Impact of two supportive care interventions on anxiety, depression, quality of life, and unmet needs in patients with nonlocalized breast and colorectal cancers. *J Clin Oncol.*2009;27(36):6180-90. doi: 10.1200/JCO.2009.22.8718.
 41. Badr H, Smith C.B., Goldstein N.E., Gomez J y Redd W.H. Dyadic Psychosocial Intervention for Advanced Lung Cancer Patients and their Family Caregivers: Results of a Randomized Pilot Trial. *Cancer* 2015; 121(1): 150–158.
 42. Lee R, Lee K.S., Oh E-G y Kim S.H. A Randomized Trial of Dyadic Peer Support Intervention for Newly Diagnosed Breast Cancer Patients in Korea. *Cancer Nursing* 2013; Vol. 36, No. 3, E15-22.
 43. Goerling U, Foerg A, Sander S, Schramm N y Schlag P.M. The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical oncology department – A randomised controlled study. *European Journal of Cancer* 2014; 47:2009-2014.
 44. Goerling U, Jaeger C, Walz A, Stickel A, Mangler M y van der Meer E. The Efficacy of Short-Term Psycho-Oncological Interventions for Women with Gynaecological Cancer: A Randomized Study. *Oncology* 2014; 87: 114–124.
 45. Lloyd-Williams M, Cobb M, O'Connor C, Dunn L y Shiels C. A pilot randomised controlled trial to reduce suffering and emotional distress inpatients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders* 2013; 148 141–145.

"ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO"

46. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C et als. Centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. 2010; 19(1):21-8.
47. Bar-Sela G, Danos S, Visel B, Mashiach T y Mitnik I. The effect of complementary and alternative medicine on quality of life, depression, anxiety, and fatigue levels among cancer patients during active oncology treatment: phase II study. Support Care Cancer 2015; 23:1979–1985.
48. Dhruva A, Miaskowski C, Abrams D, Acree M, Cooper B, Goodman S et als. Breathing for Cancer Chemotherapy–Associated Symptoms and Quality of Life: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2012; Vol 18, Num 5, pp. 473–479.
49. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D et als. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. European Journal of Oncology Nursing 2015; 19 54-59.
50. Lix.-M., Zhou K.-N. , X. -M., K. -Yan H., Wang D. -L. y Zhang Y. -P. Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial. Journal of Advanced Nursing 2012;68(5), 1145–1155.
51. Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A et als. Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2007; 25(5):532-9.
52. Taso, C. J., Lin, H. S., Lin, W. L., Chen, S.M., et als. The effect of yoga exercise on improving depression, anxiety, and fatigue in women with breast cancer: A randomized controlled trial. The Journal of Nursing Research 2014; 22(3), 155-164.
53. Sudarshan M, Petrucci A, Dumitra S, Duplisea J, Wexler S y Meterissian S. Yoga therapy for breast cancer patients: A prospective cohort study. Complementary Therapies in Clinical Practice 2013;19: 227-229
54. Lee E-J, Bhattacharya J, Sohn C y Verres R. Monochord sounds and progressive muscle relaxation reduce anxiety and improve relaxation during chemotherapy: A pilot EEG study. Complementary Therapies in Medicine 2012; 20, 409-416.
55. Jacobsen P.B., Phillips K.M., Jim H.S.L., Small B.J., Faul L.A. y Meade C.D. Effects of self-directed stress management training and home-based exercise on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy: a randomized controlled trial. Psycho-Oncology 2013;22: 1229–1235.
56. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR y Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer

"ANSIEDAD EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO"

- Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast Cancer*, 2011;Vol. 11, No. 6, 364-8.
57. Granstam Björneklett H, Lindemalm C, Rosenblad A, Ojutkangas M.L., Letocha H, Strang P et als. A randomised controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: Results on anxiety and depression, *Acta Oncologica* 2012; 51:2, 198-207.
58. Maté J., Hollenstein M.F. y Gil F.L. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004; Vol. 1, Num: 2-3, pp. 211-230.
59. Chen H-M, Tsai C-M, Wu Y-C, Lin K-C y Lin C-C. Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cáncer. *British Journal of Cancer* 2015; 112: 438-445.
60. Pitceathly C, Maguire P, Fletcher I, Parle M, Tomenson B y Creed F. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Ann Oncol.*2009; 20(5):928-34. doi: 10.1093/annonc/mdn708.
61. Barroilhet S, Forjaz M.J. y Garrido E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(6):390-397.