

10.1.2. Ansiedad

Jorge Maté Méndez

Cristian Ochoa Arnedo

Dolors Mateo Ortega

10.1.2.1. Definición

La ansiedad es una respuesta ante la incertidumbre que surge cuando se ve amenazada la propia sensación de integridad, de coherencia y de continuidad, o la sensación de ser un agente activo. En el caso de pacientes con enfermedades avanzadas, esta sensación habitualmente está referida a la propia enfermedad o a alguno de los elementos que configuran la situación de final de vida. La ansiedad es una respuesta anticipatoria ante estímulos que pueden ser reales o no, estar presentes o no, y entrañar un riesgo real.

Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático. Será importante comprender la naturaleza de la ansiedad en el paciente avanzado, ya que la ansiedad anormal o desadaptativa es disruptiva y susceptible de tratamiento psicológico y psicofarmacológico.¹ En términos generales, se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y facilita la puesta en marcha de recursos.²

En un estudio realizado sobre 913 pacientes oncológicos, el 77 % de los mismos presentaban niveles de ansiedad elevados,³ en la misma línea de otros estudios previos, que constataban que el 68 % de los pacientes presentaban un estado de ánimo ansioso o depresivo.⁴⁻⁶ Sabemos que la ansiedad en pacientes

1. Stark, D.; Kiely, M.; Smith, A.; Velikova, G.; House, A.; Selby, P. «Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life». *J Clin Oncol* [Internet] 2002;20(14):3137-3148.
2. Maté, J.; Hollenstein, M. F.; Gil, F. «Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico». *Psicooncología* 2004;1(2-3):211-230.
3. Ashbury, F. D.; Findlay, H.; Reynolds, B. *et al.* «A Canadian survey of cancer patients' experiences: Are their needs being met?». *J Pain Symptom Manage* 1998;16:298-306.
4. Derogatis, L. R.; Morrow, G. R.; Fetting, J. *et al.* «The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients». *JAMA* 1983;249:751-757.
5. Barreto, M. P. «Palliative Care». En: Fernández Ballesteros, R. (ed.). *The Encyclopedia of Psychological Assessment*. Londres: Sage Publications, 2003, p. 671-674.
6. Tagay, S.; Herpertz, S.; Langkafel, M.; Erim, Y.; Bockisch, A.; Senf, W.; Gorges, R. «Health-related Quality of Life, depression and anxiety in thyroid cancer patients». *Qual Life Res* 2006;15(4):695-703.

que se encuentran en situación de enfermedad avanzada es frecuente y habitualmente normal, pudiendo no representar un problema, e incluso puede ser una forma constructiva y funcional de abordar su situación.

- **Ansiedad adaptativa o funcional:** Respuesta de intensidad moderada o proporcional a la amenaza, transitoria, con tendencia a disminuir progresivamente cuando la percepción de amenaza disminuye o desaparece, y que facilita la puesta en marcha de recursos.
- **Ansiedad desadaptativa o disfuncional:** Respuesta de intensidad elevada o desproporcionada a la amenaza, con aumento de la frecuencia, intensidad o duración de síntomas físicos y psicológicos, que se mantienen a pesar de que la amenaza disminuya o desaparezca. Suele ir acompañada de sensación duradera de pérdida de control, vulnerabilidad personal y graves dificultades para pensar, planear y tomar decisiones con claridad.

10.1.2.2. Frecuencia

La prevalencia de la ansiedad en enfermedades avanzadas es distinta según los instrumentos de evaluación empleados. Diferentes estudios cifran la incidencia de ansiedad en la población oncológica entre el 6 y el 34 %. En cáncer avanzado, un estudio reciente basado en entrevistas semiestructuradas considera que solo el 7,6 % de las personas con cáncer avanzado cumplen criterios de trastorno de ansiedad. De estas, el 3,2 % se diagnosticaban de trastorno por estrés postraumático; el 3 %, de trastorno de pánico, y otro 3 %, de trastorno de ansiedad generalizada.⁷ La mayor parte de los trastornos que cursan con ansiedad corresponden a trastornos adaptativos, mientras que los trastornos de ansiedad propiamente dichos representan menos del 5 %.⁸

10.1.2.3. Síntomas

Los síntomas de la ansiedad suelen englobarse en tres dimensiones, como se muestra en la tabla 1.

7. Spencer, R.; Nilsson, M.; Wright, A.; Pirl, W.; Prigerson, H. «Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes». *Cancer* 2010;116(7):1810-1819.

8. Gil Moncayo, F. L.; Costa Requena, G.; Pérez, F. J.; Salamero, M.; Sánchez, N.; Sirgo, A. «Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in patients with cancer». *Medicina Clínica* 2008;131(3):278-279.

Tabla 1. Síntomas de ansiedad distribuidos según las dimensiones fisiológica, cognitiva y conductual

Dimensión fisiológica	Dimensión cognitiva	Dimensión conductual
Componente biológico de la ansiedad consistente en un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.	Percepción y evaluación subjetiva de los estímulos asociados a la ansiedad.	Comportamientos observables de la conducta de ansiedad.
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del ritmo cardíaco (taquicardias) • Sensación de ahogo • Disnea • Opresión torácica • Molestias gástricas • Náuseas • Vómitos • Inestabilidad • Mareos • Cefalea • Tensión muscular • Parestesias • Sudoración • Escalofríos • Sofocaciones • Temblores • Cansancio • Dolor • Pérdida de apetito • Insomnio • Disminución de la libido 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento • Miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás • Sobregeneralización • Catastrofismo • Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos • Abstracción selectiva e indefensión • Pensamientos de culpa • Desrealización • Despersonalización • Miedo a perder el control y volverse loco 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Irritabilidad • Mutismo • Verborrea • Inquietud interna • Agitación psicomotriz • Inactividad • Hiperactividad • Abandono del tratamiento o baja adherencia al mismo • Evitación de los estímulos temidos

10.1.2.4. Causas

Lo más habitual es que existan múltiples causas de la ansiedad, que tendrán que ver con:

1. Percepción de amenaza de la propia integridad física:
 - Cercanía de la muerte.
 - Efectos del tratamiento o de la enfermedad (hipoxia, disnea, deformación, dolor, cambios metabólicos, etc.).
2. Pérdida del sentimiento de coherencia y continuidad vital:

- Dificultad para entender, expresar y ventilar emociones.
 - Temores y preocupaciones acerca de un futuro incierto o infausto.
 - Preocupaciones existenciales y necesidades espirituales: trascendencia, miedo a la muerte, asuntos pendientes.
3. Pérdida de capacidad de control:
- Sensación de pérdida de control, impotencia y desesperanza.
 - Actitud pasiva o victimista ante la enfermedad.
 - Pérdida de autonomía, sobreprotección o dependencia.
4. Problemas relacionados con su ambiente:
- Problemas sociales: económicos, familiares, de relación interpersonal o laboral y asuntos pendientes.
 - Problemas del entorno: aburrimiento, privación o exceso de estimulación, falta de cuidados o sobreprotección, falta de garantía de soporte.

10.1.2.5. Diagnóstico

Algunos trastornos que clásicamente se habían denominado *de ansiedad*, en la actualidad se clasifican de forma distinta en el nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).⁹ Las categorías diagnósticas en el DSM-5 más relevantes en pacientes en situación de final de vida son dos: 1) los trastornos de ansiedad propiamente dichos, y 2) los trastornos traumáticos o trastornos relacionados con el estrés. En ambas categorías, el estresor, es decir, la enfermedad avanzada y sus consecuencias, condicionan la expresión y manifestación de dichos trastornos. Es importante tener en cuenta que la enfermedad es un estresor complejo y múltiple, de origen interno (orgánico), no claramente delimitado en el tiempo, y la amenaza está presente de forma persistente. En estos pacientes, la principal característica diferencial es la percepción cercana de la propia muerte de un modo más o menos consciente. Esta misma percepción suele tener asociadas amenazas relacionadas con las características del propio proceso de muerte, la pérdida de la familia, el sufrimiento que pueda generar en esta, los síntomas y sus tratamientos, etc.

9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.ª ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

Tabla 2. Trastornos de ansiedad más significativos en situaciones de enfermedad avanzada (resumido y adaptado del DSM-5 y códigos CIE-10)

Clasificación en subgrupos	Clasificación	Aspectos relevantes en enfermedad avanzada
Trastornos de ansiedad	Ataque de pánico (sin código)	La presencia de ataques de pánico aislados (siempre y cuando no sean recurrentes y no se sigan de un intenso miedo a volver a experimentarlos) no se considera un trastorno mental, y por ello no tiene código propio.
	Fobia específica, 300.29 (F40.xxx)	El DSM-5 presta especial atención a las fobias relacionadas con la sangre, las inyecciones o el daño, estableciendo cuatro entidades diagnósticas distintas: miedo a la sangre, miedo a las inyecciones y transfusiones, miedo a otros procedimientos médicos y miedo al daño.
	Trastorno de ansiedad generalizada, 300.02 (F41.1)	Presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.
Trastornos traumáticos y trastornos relacionados con el estrés	Trastorno por estrés postraumático (TEPT), 309.81 (F43.10)	Debe haber reexperimentación del acontecimiento traumático y comportamientos de evitación relacionados con el trauma que han de durar más de un mes.
	Trastorno por estrés agudo, 308.3 (F43.0)	Similar al TEPT, pero su duración está comprendida entre tres días y un mes tras experimentar el acontecimiento traumático.
	Trastornos adaptativos, 309.XX (F43.2X)	Son los más prevalentes en enfermedad avanzada, y su diagnóstico, el más usado, en gran medida por considerarse una categoría no estigmatizante, puente entre lo normal y lo patológico, y que hace referencia a síntomas emocionales normales ante experiencias estresantes de la vida.

Los síntomas de la ansiedad pueden aparecer de manera aislada o agrupada formando síndromes o trastornos de ansiedad que podían existir previamente o aparecer en el contexto de la enfermedad.

10.1.2.6. Diagnóstico diferencial

- **Ansiedad debida a la enfermedad médica:**
 - Dolor no controlado.
 - Cambios metabólicos o complicaciones médicas (ejemplo: hipoxia).

- Tumores secretores de hormonas (ejemplos: tiroides, ACTH).
- *Delirium*: ansiedad y agitación.
- **Ansiedad debida a la medicación:**
 - Broncodilatadores.
 - β-adrenérgicos usados para los trastornos respiratorios crónicos.
 - Corticoides.
- **Ansiedad debida al tratamiento:**
 - Quimioterapia o radioterapia: náuseas y vómitos condicionados.
- **Ansiedad debida al consumo de sustancias:**
 - Antecedentes de consumo de alcohol.
 - Antecedentes de consumo de benzodiacepinas.

10.1.2.7. Tratamiento

El tratamiento debe ser multimodal y englobar distintas medidas psicoterapéuticas y farmacológicas, cuando se precise. Las medidas farmacológicas deberán ser tenidas en cuenta, aunque no son objeto de especificación en el presente capítulo.

Pese a que, habitualmente, los problemas de ansiedad en este tipo de pacientes suelen resolverse en pocos días o semanas, ayudando a su solución los recursos personales del paciente, el apoyo de la familia y el cuidado de los profesionales, será importante reconocer aquellos casos en los que se requerirá una intervención más específica, ya sea psicológica, farmacológica o combinada.

Podemos distinguir dos tipos de procesos que favorecen la adaptación al final de la vida y que pueden facilitarse mediante distintas técnicas y propuestas psicoterapéuticas:¹⁰

- **Procesos de asimilación.** Surgen en los primeros momentos posteriores a afrontar un hecho estresante en enfermedad avanzada, y tienen que ver con los cambios que la persona sufre en su forma de experimentar la enfermedad (o el estresor concreto) para hacerla más coherente con su forma previa de ver las cosas, logrando así que no la desborde. Aquí podríamos incluir:
 - Habilidades psicoterapéuticas que faciliten la alianza terapéutica, la expresión y la comunicación emocional: empatía y escucha activa, principalmente.

10. Ochoa, C.; Sumalla, E. C.; Maté, J.; Castejón, V.; Rodríguez, A.; Blanco, I. *et al.* «Positive Group Psychotherapy in Cancer. [Internet]. Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer». *Psicooncología* 2010:7-34.

- Técnicas para facilitar la comprensión de la respuesta ansiosa en la enfermedad avanzada: psicoeducación, toma de conciencia somática, resignificación emocional y análisis funcional de la conducta.
- Técnicas somatosensoriales de manejo y regulación emocional (en este caso, de la ansiedad): relajación profunda, respiración abdominal, relajación muscular progresiva de Jacobson y relajación mediante imaginación e hipnosis.
- Técnicas cognitivas:
 - a) De contención: dejar pasar, aplazar y detener pensamientos, en especial los pensamientos rumiativos e intrusivos sobre la enfermedad.
 - b) Reestructuración cognitiva.
 - c) Técnicas de resolución de problemas.
- Técnicas conductuales: exposición con prevención de respuesta (por ejemplo, a la quimioterapia, a las agujas, etc.).
- **Procesos de acomodación.**¹¹ Son los cambios que la persona sufre en su forma de ver las cosas para poder incorporar la vivencia de la enfermedad. Tienen que ver con tomar conciencia vital de la importancia y la gravedad de la enfermedad. Esta conciencia y este aprendizaje transforman la forma de vernos, de ver a los demás y de ver el mundo. Paradójicamente, estos cambios reducen la ansiedad (de muerte, principalmente) y pueden facilitarse:
 - Favoreciendo la conciencia diagnóstica y pronóstica de forma progresiva y acompañada con la situación de enfermedad, siempre y cuando, ante la predisposición sincera del profesional para hablar, el paciente muestre inquietud e interés por saber más, respetando y no presionando. Usando escenarios futuros que aumenten la conciencia de mortalidad y transitoriedad.
 - Trabajando con memorias autobiográficas que favorezcan la revisión vital.
 - Creando pautas personales de realización y de sentido.
 - Mediante intervenciones basadas en ensanchar la esperanza, no de tiempo de vida, sino de momentos vitalmente significativos.
 - A través de modelos positivos: identificar a personas referentes en el afrontamiento e instituirse como referente para otras personas significativas al final de la vida (legado).
 - Por medio de intervenciones basadas en el agradecimiento y el perdón.
 - Trabajando asuntos pendientes.

11. Ochoa Arnedo, C.; Maté Méndez, J.; Carreras Marcos, B.; Segalàs Cosi, C.; Hernández Ribas, R.; Gil Moncayo, F. L. «Síntomas psicológicos y psiquiátricos. Ansiedad y miedo». En: Porta, J.; Gómez-Batiste, X.; Tuca, A. (ed.). *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. 3.ª ed. Pozuelo de Alarcón, Madrid: Enfoque Editorial SC, 2013, p. 244-253.