

11241
2 of 2

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

" PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA
PSIQUIATRICA EN PACIENTES CANCEROSOS"

Tesina que para obtener el diploma de especialista en
Psiquiatría presenta el doctor:

DANTE MANUEL ALVEAR GALINDO

1 9 8 4

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
EN PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGIA

INTRODUCCION

Existen dos aspectos importantes en el cáncer que lo colocan aparte de la mayoría de otras enfermedades y determinan cómo los pacientes responden a su enfermedad. El primero es la pérdida del control que el paciente tiene sobre las diferentes modalidades terapéuticas. La cirugía, la quimioterapia o la radioterapia no pueden realizarse por el paciente e implican dependencia hacia el especialista que realiza el tratamiento. Hay poco que el paciente pueda hacer para manejar su enfermedad. Esto limita severamente el sentimiento de control que el paciente pueda tener sobre su enfermedad. No existen muchas enfermedades que coloquen al paciente en esta posición. El paciente diabético puede ingerir o aplicarse el medicamento y seguir una dieta que directamente mejore su condición. El paciente ulceroso puede controlar su dieta e ingerir antiácidos para tratar su padecimiento. Este tipo de intervenciones directas no es posible para los pacientes cancerosos. No pueden realizarse intervenciones quirúrgicas, no pueden tratarse con radioterapia, y la mayoría de los agentes quimioterapéuticos deben ser administrados por profesionales entrenados (18).

El segundo aspecto importante en el cáncer que lo coloca aparte de la mayoría de las otras enfermedades se refiere a la incertidumbre sobre el pronóstico; existe siempre la posibilidad de una metástasis no descubierta o de una recurrencia imprevista. Otras enfermedades también tienen esta característica de recurrencia e incertidumbre sobre el pronóstico pero generalmente se definen claramente como crónicas o recurrentes y no llevan en sí mismas la incertidumbre como el cáncer. Esta incertidumbre se debe en parte al hecho de que no es una sola enfermedad sino varias y diferentes enfermedades, además, aunque la mayoría de cánceres son enfermedades crónicas, son tratadas con tal entusiasmo hacia la curación como si se tratara de una enfermedad aguda. (18).

Estos dos factores, la pérdida de control y la incertidumbre, hacen al cáncer una enfermedad diferente, que provoca diferentes

respuestas psicológicas que deben ser evaluadas cuidadosamente a fin de lograr un tratamiento integral del paciente que sea efectivo y mejore no solamente su sobrevivida, sino también su calidad de vida.

Los desarrollos recientes en diagnóstico psiquiátrico y epidemiología enfatizan la importancia de distinguir entre:

- 1) variaciones y diferencias en los sentimientos normales,
- 2) síntomas que se presentan en diferentes situaciones, y
- 3) síndromes que constituyen un trastorno mental (8).

El interés de mantener estas distinciones y como consecuencia mejorar la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, fué central en el desarrollo del sistema de diagnóstico psiquiátrico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III). En este contexto, es importante conocer la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en pacientes cancerosos, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM III.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes con cáncer ha sido estudiada desde hace tiempo, aunque no de manera sistemática.

En los años 50s, varios investigadores estuvieron interesados en la relación de personalidad y cáncer (2).

Otros investigadores se interesaron en la idea de que los estados psicológicos, particularmente la depresión, podría representar un signo prodrómico de neoplasia (7).

Greer y colaboradores (9) se han enfocado en la reacción de ajuste psicológico a la enfermedad y la relación entre el estilo de ajuste y la supervivencia (9,14).

Sin embargo, ninguna de estas investigaciones estudia directamente la prevalencia de los trastornos psiquiátricos.

Entre los estudios más relacionados con la prevalencia, muchos investigadores se limitaron a la descripción de síntomas y pocos incluyeron evaluaciones psiquiátricas formales.

Davies y Quinlan, en 1973, (4), evaluaron 46 pacientes con cáncer terminal y encontraron puntuaciones elevadas en escalas de apatía, disforia, sensación de presión y ansiedad. En 30 de sus pacientes encontró evidencia de deterioro intelectual (memoria,

concentración, orientación y abstracción).

En 1977, Plumb y Holland (17) realizaron un estudio comparativo para prevalencia de depresión entre 97 pacientes hospitalizados con cáncer, 99 pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría después de un intento de suicidio y 66 parientes de pacientes con cáncer. En los pacientes con cáncer encontraron que: 77% no estaban deprimidos, 19% estaban moderadamente deprimidos y 4% tenían una depresión severa. En el grupo de pacientes psiquiátricos encontraron 46% de pacientes sin depresión, 41% moderadamente deprimidos y 13% severamente deprimidos. En el grupo de parientes de pacientes con cáncer 81.5% no presentaban depresión y 18.5% lo estaban en forma moderada.

En 1978, Levine y Silberfarb (13), valoraron 100 pacientes con cáncer referidos al servicio de Psiquiatría. En 56% de las interconsultas el médico primario había diagnosticado depresión y en 4% se había diagnosticado síndrome orgánico cerebral. De estos 56 pacientes diagnosticados como deprimidos, 26 fueron diagnosticados como síndrome orgánico cerebral por el servicio de psiquiatría; los autores concluyeron que los síndromes orgánicos cerebrales eran la segunda causa de interconsulta psiquiátrica en pacientes con cáncer y que a menudo se diagnosticaban erróneamente por sus médicos tratantes.

Peck (16) estudió a 50 pacientes seleccionados al azar que iniciaban radioterapia; reportó que 74% mostraban "un afecto depresivo", pero sólo en 5% se valoró como severa y en 32% como moderada.

Como se mencionó antes, el desarrollo de un sistema de diagnóstico confiable, permite el estudio de la prevalencia de trastornos psiquiátricos como entidades nosológicas discretas y no solamente el estudio de síntomas o estados afectivos. Dos estudios han empleado los criterios del DSM III para diagnóstico psiquiátrico en pacientes con cáncer.

Derogatis y colaboradores en 1983 (5,6), realizaron un estudio multicéntrico para determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos. De 250 pacientes, 47% recibieron un diagnóstico psiquiátrico de acuerdo a los criterios del DSM III. En 68% se diagnosticó un trastorno de ajuste, en 13% un trastorno afectivo mayor, en 8% un síndrome orgánico cerebral, en 4% trastornos de ansiedad y en 7% trastornos de la personalidad. En 85% de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico los síntomas centrales eran ansiedad o depresión.

Bukberg y Holland, 1984 (3), estudiaron a 62 pacientes cancerosos aplicando los criterios diagnósticos del DSM III; 42% de los pacientes llenaron los criterios para diagnosticar reacción de ajuste con ánimo depresivo, 24% con síntomas severos y 18% con síntomas moderados.

Junto con el estudio de la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer, es importante conocer los factores que pudieran influir en las respuestas emocionales a la enfermedad y por lo tanto en la presencia o no de trastornos psiquiátricos.

Estos factores se han dividido en tres categorías básicas: demográficos, clínicos y psicosociales (10,11,18).

Los factores psicosociales son: el estado psicológico previo a la enfermedad, las características culturales, la cualidad y cantidad de apoyo emocional y las experiencias previas de enfermedad.

Los factores demográficos y clínicos que modifican la respuesta de un paciente al cáncer son obvios pero merecen recordarse: la edad, sexo, escolaridad y ocupación. El tipo celular, la etapa clínica y el tratamiento específico son factores que modifican el pronóstico y por lo tanto la expectativa del paciente.

En nuestro medio, los estudios de morbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer no existen y sólo existe un reporte sobre la reacción psicológica de los pacientes a la enfermedad (15). Este tipo de estudios surge a partir de la implementación del Programa de Psiquiatría de Enlace del Instituto Mexicano de Psiquiatría en los Institutos Nacionales. Uno de los objetivos de este programa es introducir a los residentes en el área de investigación psiquiátrica y es en este contexto donde surge la necesidad de realizar un estudio con los siguientes objetivos:

- 1) Determinar la prevalencia de síndrome orgánico cerebral, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología, empleando los criterios del DSM III.
- 2) Estudiar los factores demográficos y clínicos asociados con morbilidad psiquiátrica.

PACIENTES Y METODO

Se entrevistó a pacientes del Instituto Nacional de Cancerología que reunieran los siguientes criterios de inclusión:

- pacientes hospitalizados
- con diagnóstico histopatológico de malignidad
- con edad entre 16 y 70 años
- cuyas condiciones generales permitieran una entrevista de aproximadamente 45 minutos.

De los 292 pacientes que ingresaron en el período de estudio (un mes), 140 (47.94%) fueron entrevistados. Las causas de exclusión de los pacientes se muestran en el cuadro 1.

Se entrevistó a los pacientes dentro de las primeras 48 horas de internamiento; la entrevista fué dirigida a la detección de Trastornos mentales orgánicos, trastornos afectivos, trastornos por ansiedad y trastornos adaptativos (anexo 1), del DSM III.

Con la información obtenida directamente del paciente y en forma indirecta mediante revisión del expediente clínico se llenó un cuestionario diseñado para esta investigación (anexo 2).

Se aplicó la escala de Apreciación Psiquiátrica breve (anexo 3) y la escala de depresión de Hamilton (anexo 4).

En forma independiente, uno de los investigadores aplicó el examen Cognitivo breve (adaptado por el Dr. Enrique Nuñez del Instituto Nacional de la Nutrición, anexo 5).

Para la evaluación estadística de los datos se empleó la prueba t de Student y chi cuadrada cuando resultara conveniente.

RESULTADOS

La edad, escolaridad y tiempo de evolución de la enfermedad (de terminado a partir de la fecha en que se hizo el diagnóstico histopatológico de malignidad) en los pacientes entrevistados se muestra en el cuadro 2.

En los cuadros 3 y 4 se muestra el diagnóstico oncológico y psiquiátrico de los pacientes.

El estado civil, la ocupación y el motivo del internamiento se presenta en los cuadros 5,6 y 7.

El diagnóstico psiquiátrico para los hombres y mujeres por separado se muestra en las figuras 1 y 2. La relación del diagnóstico psiquiátrico con el diagnóstico oncológico se muestra en las figuras 3 y 4.

A fin de identificar posibles factores asociados con morbilidad psiquiátrica se dividió la muestra en aquellos pacientes con un diagnóstico psiquiátrico y los que no recibieron este tipo de diagnóstico. Las comparaciones para hombres y mujeres se hicieron por separado. No se encontraron diferencias en cuanto a edad, escolaridad, tiempo de evolución, estado civil, tratamientos previos y motivo del internamiento (cuadro 8 y figuras 5,6,7,8,9,10,11 y 12).

Las mujeres recibieron diagnóstico psiquiátrico con más frecuencia que los hombres (cuadro 9), las que tenían cáncer de mama con mayor frecuencia que las que tenían otros tipos de cáncer (cuadro 10) y las que no tenían hijos (cuadro 11).

Los resultados del BPRS, escala de Hamilton y examen cognitivo breve se analizarán por separado.

DISCUSION

Lo primero que debe mencionarse es que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos que se intentaron detectar fué elevada (53%) siendo los más frecuentes los trastornos adaptativos (35% del total de la muestra) y en segundo lugar los síndromes cerebrales orgánicos (13%), sin embargo, este tipo de trastornos sólo constituyen una parte de la nosología psiquiátrica incluida en el DSM III y creemos que la inclusión de otras categorías diagnósticas elevarán estas cifras. Por ejemplo, investigaciones posteriores deben incluir categorías como los trastornos por uso de sustancias, trastornos somatoformes, trastornos psicosexuales y otros.

Como observamos en una investigación previa (15) existen diferencias importantes entre hombres y mujeres, de tal forma que las hemos manejado como poblaciones diferentes. Las mujeres tienen más años de edad, una escolaridad notablemente menor (32% sin escolaridad) y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (\bar{x} = 9.61 meses) a diferencia de los hombres, que tienen menos edad, mayor escolaridad (21% sin escolaridad) y menor tiempo de evolución (\bar{x} = 4.59 meses). Al analizar la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre hombres y mujeres observamos que las mujeres reciben con más frecuencia un diagnóstico psiquiátrico, dadas las diferencias ya mencionadas, no podemos descartar que esta mayor morbilidad psiquiátrica esté asociada con la edad, la escolaridad o el tiempo de evolución.

Otro hallazgo significativo se refiere a la mayor frecuencia de trastornos psiquiátrico en las pacientes con cáncer mamario; en el estudio ya mencionado (15) categorizamos la respuesta psicológica al cáncer en tres formas diferentes: 1) negación, 2) aceptación activa y 3) aceptación pasiva y encontramos que de las nueve pacientes con cáncer de mama ninguna aceptaba activamente la enfermedad, es decir, su reacción era de negación, minimizando la mastectomía, los diferentes tratamientos o de aceptación pasiva confiando en factores externos para su recuperación (Dios o los médicos) o simplemente esperando la muerte. En ese estudio postulamos que este tipo de respuesta podría estar relacionado con un deterioro en la autoimagen que se presenta postmastectomía, sin embargo, creemos que el problema es más complejo y que investigaciones posteriores en esta área deben tener como prioritario el estudio de las pacientes con cáncer mamario ya que aunque no constituyen el grupo mayoritario (siendo éste el de pacientes con cáncer cervicouterino) sí representan el grupo con más trastorno emocional.

Al comparar los grupos con morbilidad psiquiátrica y los que no presentaron síntomas que cumplieran los criterios diagnósticos para trastorno psiquiátrico observamos que las mujeres que no habían tenido hijos con más frecuencia tenían un diagnóstico psiquiátrico que aquellas que habían tenido por lo menos un hijo. Creemos que este es otro punto que merece especial atención en investigaciones posteriores dada la compleja relación que existe entre la sexualidad-maternidad y autoestima que se observa en nuestro medio.

Aunque la diferencia no fué significativa, se observó una tendencia marcada a la asociación de un diagnóstico psiquiátrico en las mujeres que habían recibido más de un tratamiento previo. Esto es explicable ya que cuando la paciente ha sido sometida a más de una modalidad terapéutica probablemente ha tenido una recurrencia de la enfermedad o ésta no ha podido ser controlada. Además, como se mencionó en la introducción, un factor importante en la reacción psicológica que se tiene al cáncer es la pérdida de control que sufre el paciente en todo lo que se relaciona a la enfermedad, incluyendo el tratamiento; creemos que a mayor cantidad de tratamiento que reciba el paciente su pérdida de control será mayor y también lo será su sentimiento de desesperanza y desvalimiento, además de la falta de mejoría implícita en el nuevo tratamiento.

Una aplicación práctica de esta última observación es la recomendación a los médicos primarios que reconozcan este aspecto especial de los pacientes con cáncer y les permitan participar en la planeación del tratamiento o en las decisiones terapéuticas, si es que existen opciones.

Los estudios de prevalencia de morbilidad psiquiátrica y de factores asociados con ésta nos permiten conocer la población con la que estamos trabajando, cuál es la patología más frecuente y al delinear un perfil de pacientes en riesgo de trastorno psiquiátrico nos permite la planeación de estudios más dirigidos a la población en riesgo y la planeación de intervenciones terapéuticas más efectivas.

CUADRO 1. CAUSAS DE EXCLUSION DE LOS PACIENTES AL ESTUDIO

Fueron llevados a cirugía	29
Se aplicó radio intracavitario	8
Diagnóstico en estudio	31
Diagnóstico no oncológico	46
Edad mayor o menor a la requerida	5
Mal estado general	5
Deficiencias sensoriales (sordos, mudos)	3
Reingresos	4
Falta de tiempo	19
Otros	2

CUADRO 2. EDAD, ESCOLARIDAD Y TIEMPO DE EVOLUCION EN PACIENTES CON CANCER (promedio y desviación estándar)

	MUJERES (n = 102)	HOMBRES (n = 38)	t
EDAD (AÑOS)	51.69 ± 14.37	44.44 ± 19.13	2.415 *
ESCOLARIDAD (AÑOS)	3.67 ± 3.78	6.71 ± 6.47	3.425 *
TIEMPO DE EVOLUCION (NESES)	9.61 ± 14.78	4.5 ± 5.76	2.068 *

* $t < 0.05$, 138 grados de libertad

CUADRO 3. DIAGNOSTICO ONCOLOGICO DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS

	MUJERES (n = 102)	HOMBRES (n = 38)
CANCER CERVICOUTERINO (ENDOMETRIO Y OVARIO)	55	--
CANCER MAMARIO	18	--
LINFOMAS Y LEUCEMIAS	12	8
CANCER PULMONAR	1	6
PIEL Y PARTES BLANDAS	3	4
CANCER TESTICULAR Y PROSTATICO	--	11
OTROS	13	9

CUADRO 4. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN PACIENTES CON CANCER

	MUJERES (n = 102)	HOMBRES (n = 38)	TOTAL (n = 140)
Trastorno mental orgánico	16	2	18
Trastornos adaptativos	37	12	49
Trastorno distímico	4	0	4
Trastorno ciclotímico	1	0	1
Depresión mayor	1	0	1
Trastorno de ansiedad generalizada	1	0	1
Sin diagnóstico	42	24	66

CUADRO 5. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS

	MUJERES (n = 102)	HOMBRES (n = 37)	TOTAL (n = 139)
SOLTEROS	11	8	19
CASADOS	55	25	80
DIVORCIADOS	19	3	22
VIUDOS	17	1	18

CUADRO 6. OCUPACION DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS

	MUJERES (n = 101)	HOMBRES (n = 37)	TOTAL (n = 138)
TRABAJO DE TIEMPO COMPLETO	9	25	34
TRABAJO DE TIEMPO PARCIAL	11	5	16
ESTUDIANTE	1	2	3
AMA DE CASA	78	--	78
SIN EMPLEO	2	5	7

CUADRO 7. MOTIVO DEL INTERNAMIENTO DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS

	MUJERES (n = 102)	HOMBRES (n = 38)	TOTAL (n = 140)
QUIMIOTERAPIA	19	12	31
RADIOTERAPIA	29	6	35
CIRUGIA	32	9	41
DOLOR	10	1	11
MAL ESTADO GENERAL	5	4	9
OTROS	7	6	13

CUADRO 8. COMPARACION ENTRE EL GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO VERSUS PACIENTES SIN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

VARIABLE ESTUDIADA	PRUEBA REALIZADA	VALOR	p
EDAD	Mujeres t *	1.009	NS
	Hombres t *	.1260	NS
ESCOLARIDAD	Mujeres t *	.295	NS
	Hombres t *	.659	NS
TIEMPO DE EVOLUCION	Mujeres χ^2 (2 g.l.)	5.2515	NS
	Hombres χ^2 (2 g.l.)	.0008	NS
TRATAMIENTOS PREVIOS	Mujeres χ^2 (2 g.l.)	4.411	NS
	Hombres χ^2 (2g.l.)	.0241	NS
Estado civil	Mujeres χ^2 (1 g.l.)	1.831	NS
	Hombres χ^2 (1 g.l.)	1.722	NS

* 138 g.l.; p significativa a 0.05

CUADRO 9. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y SEXO EN
PACIENTES CANCEROSOS

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
CON TRASTORNO PSIQUIATRICO	42	24	66
SIN TRASTORNO PSIQUIATRICO	60	14	74

$$x^2 = 5.3684 \text{ (1g.l.)}, p < 0.05$$

CUADRO 10. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y LOCALIZACION DEL
CANCER EN LAS MUJERES

	CANCER MAMARIO	OTROS
CON TRASTORNO PSIQUIATRICO	15	45
SIN TRASTORNO PSIQUIATRICO	3	39

$$x^2 \text{ (1g.l.)} = 5.42, p < 0.05$$

CUADRO 11. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y NUMERO DE
HIJOS EN LAS PACIENTES CON CANCER

	SIN HIJOS	1- 3	= 4 hijos
CON TRASTORNO PSIQUIATRICO	10	22	27
SIN TRASTORNO PSIQUIATRICO	1	15	26

$$x^2 \text{ (2 g.l.)} = 6.016, p < 0.05$$

FIGURA 1. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN
MUJERES CON CANCER
(n = 102)

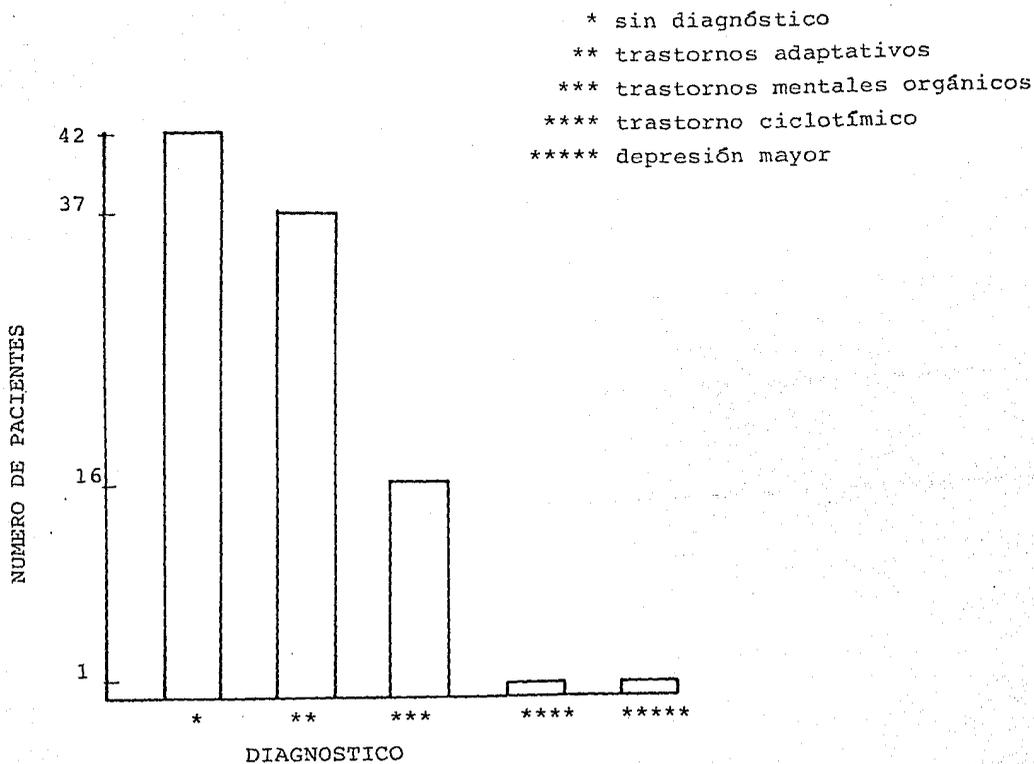


FIGURA 2. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN
HOMBRES CON CANCER (n = 38)

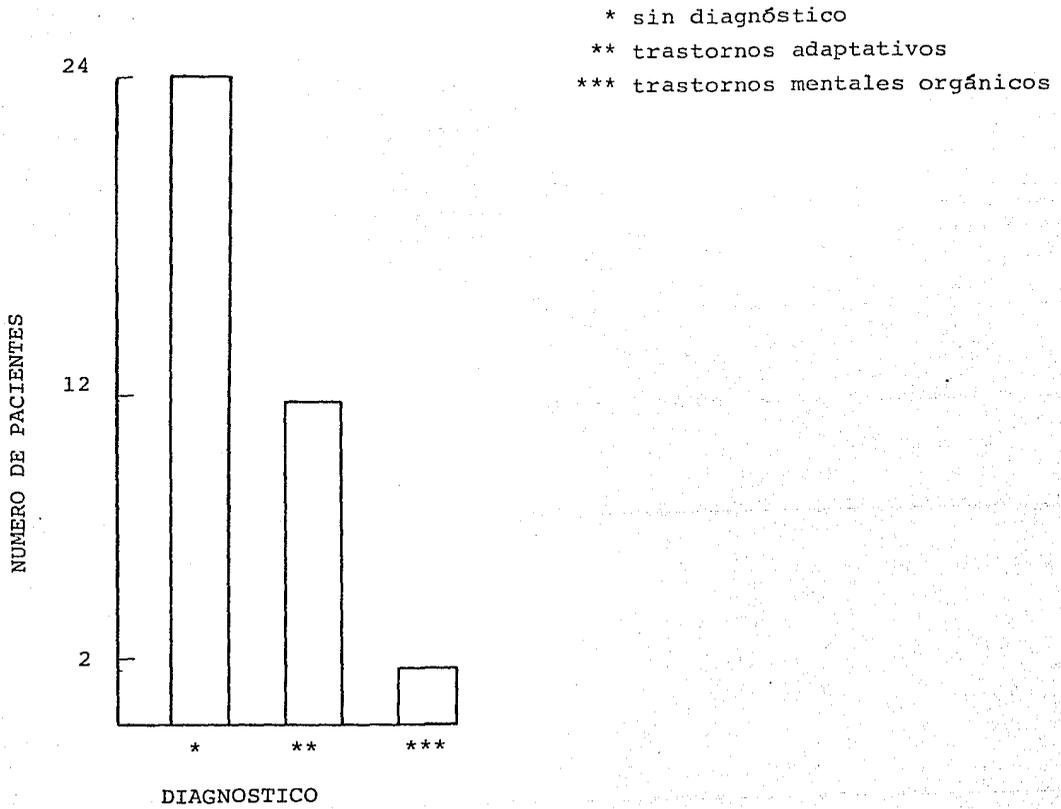
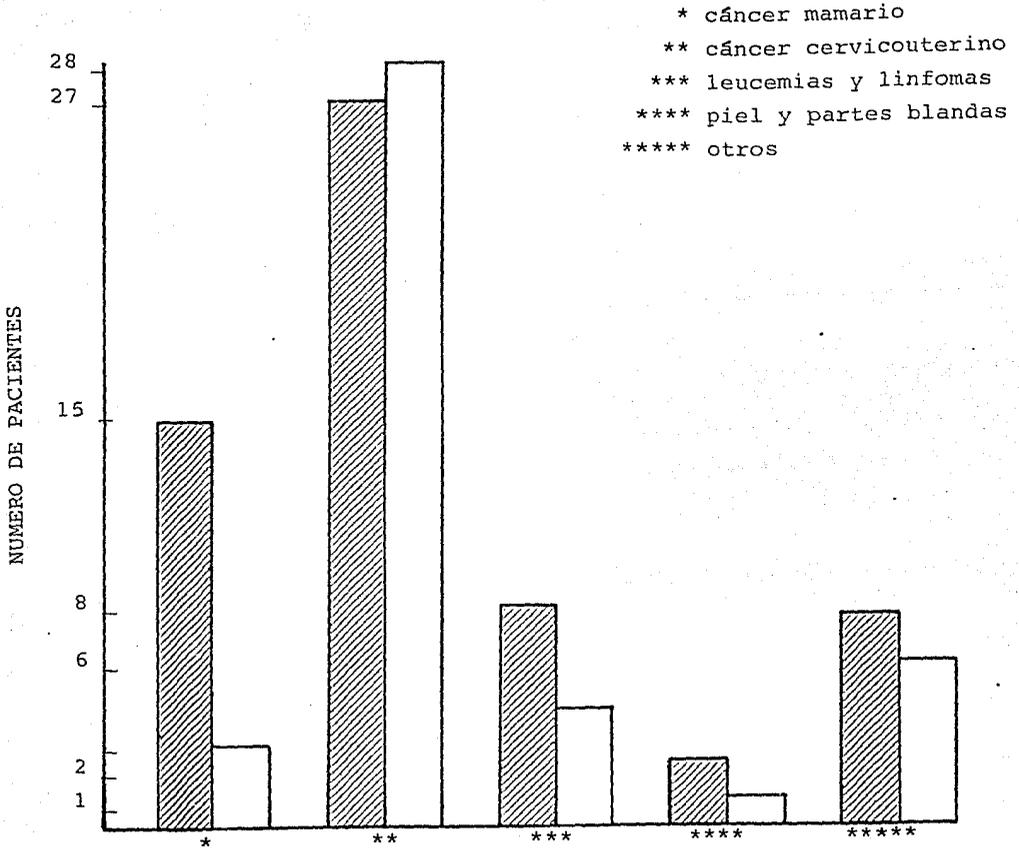


FIGURA 3. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
Y DIAGNOSTICO ONCOLOGICO.

MUJERES (n = 102)

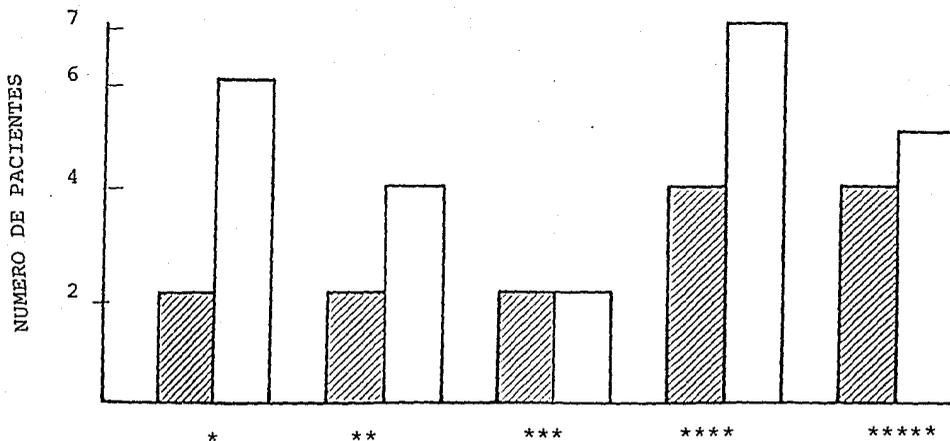


cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico

FIGURA 4. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
Y DIAGNOSTICO ONCOLOGICO

HOMBRES (n = 38)

- * leucemias y linfomas
- ** cáncer pulmonar
- *** cáncer de piel y partes blandas
- **** cáncer de testículo y próstata
- ***** otros



cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico

FIGURA 5. TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO ONCOLOGICO. MUJERES (n = 102)

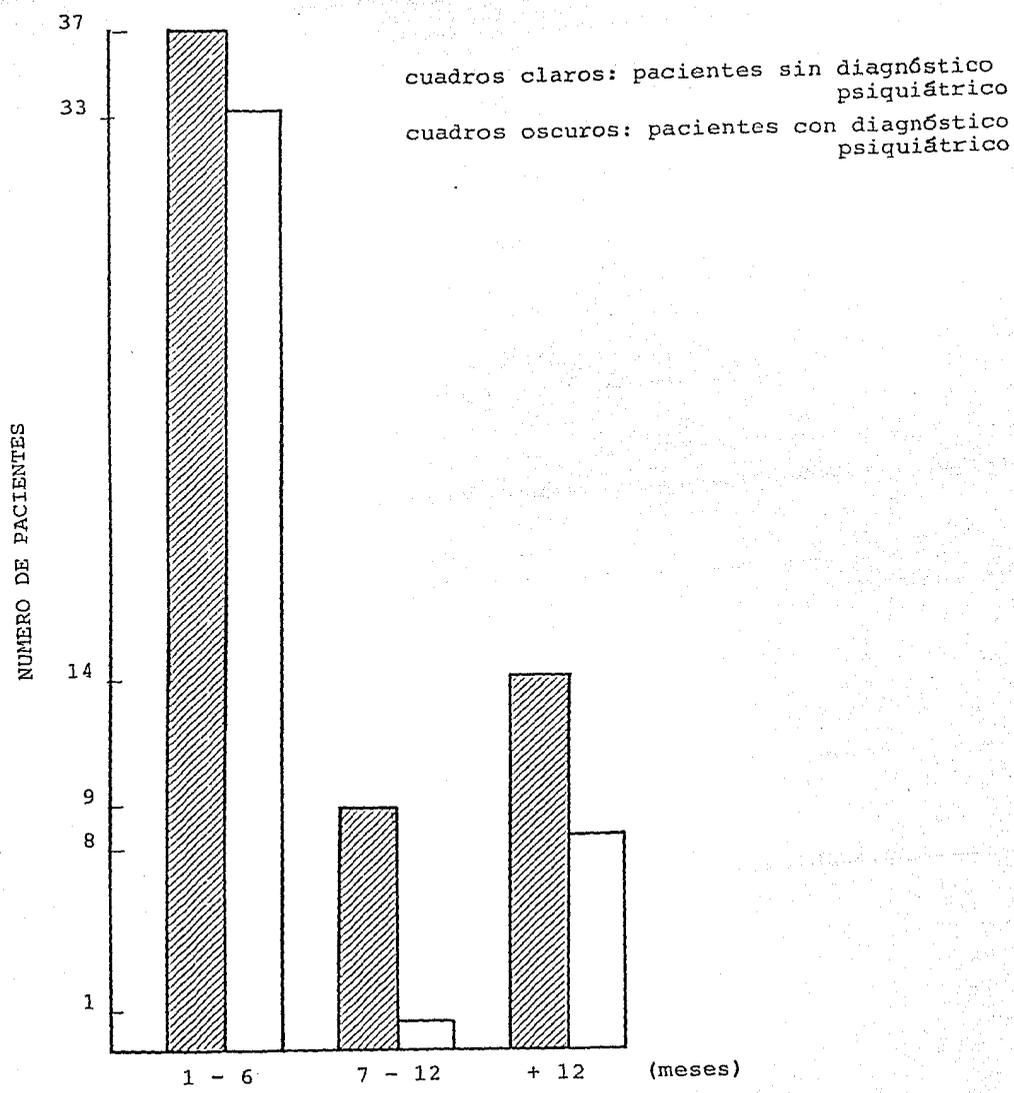


FIGURA 6. TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO
ONCOLOGICO Y TRASTORNO PSIQUIATRICO
HOMBRES (n = 37)

cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico

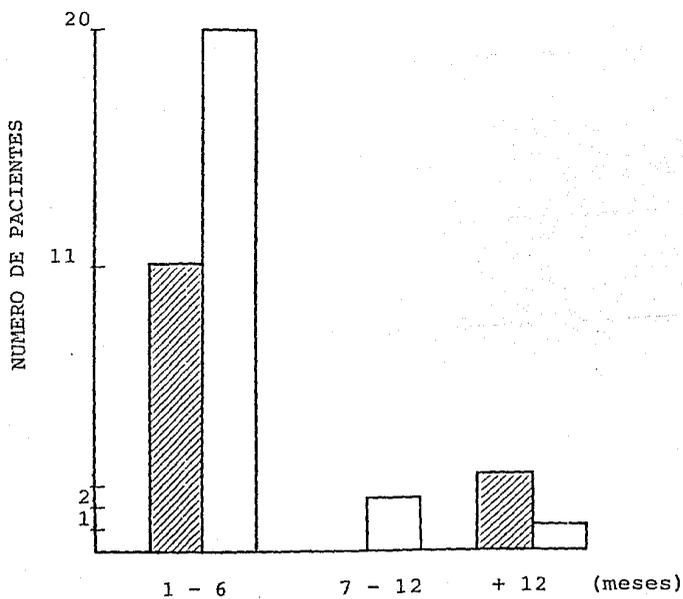
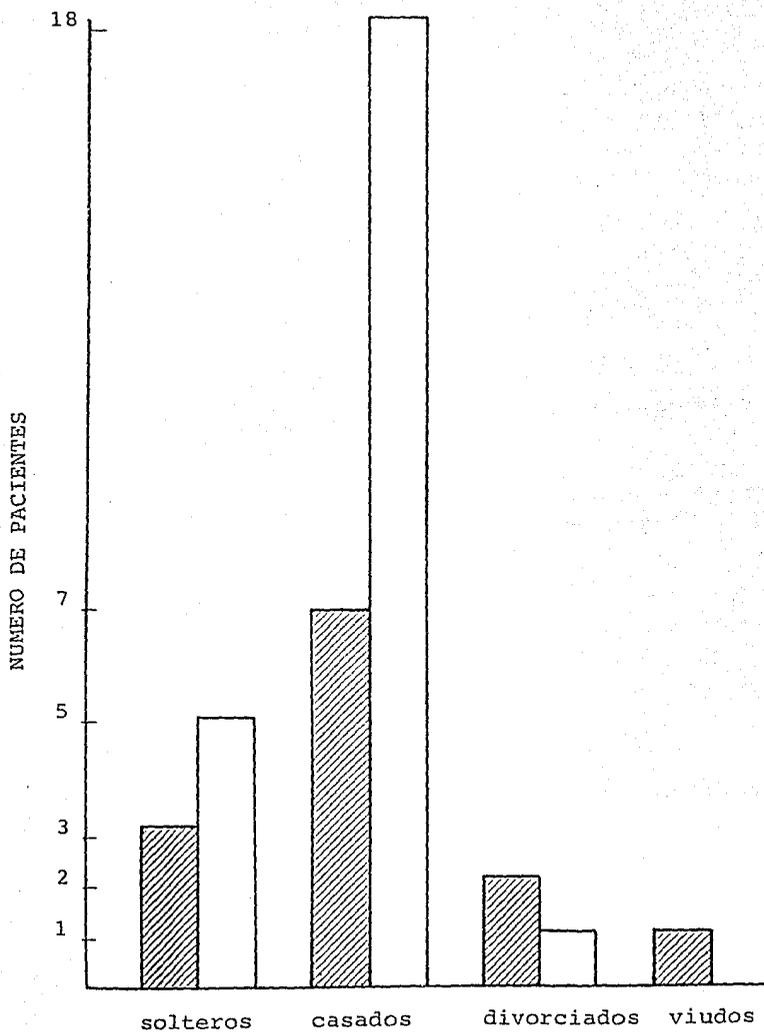


FIGURA 7. ESTADO CIVIL Y TRASTORNO PSIQUIATRICO EN PACIENTES CON CANCER. HOMBRES (n = 37)



cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico

FIGURA 8. ESTADO CIVIL Y TRASTORNO PSIQUIATRICO EN PACIENTES CON CANCER. MUJERES (n = 102)

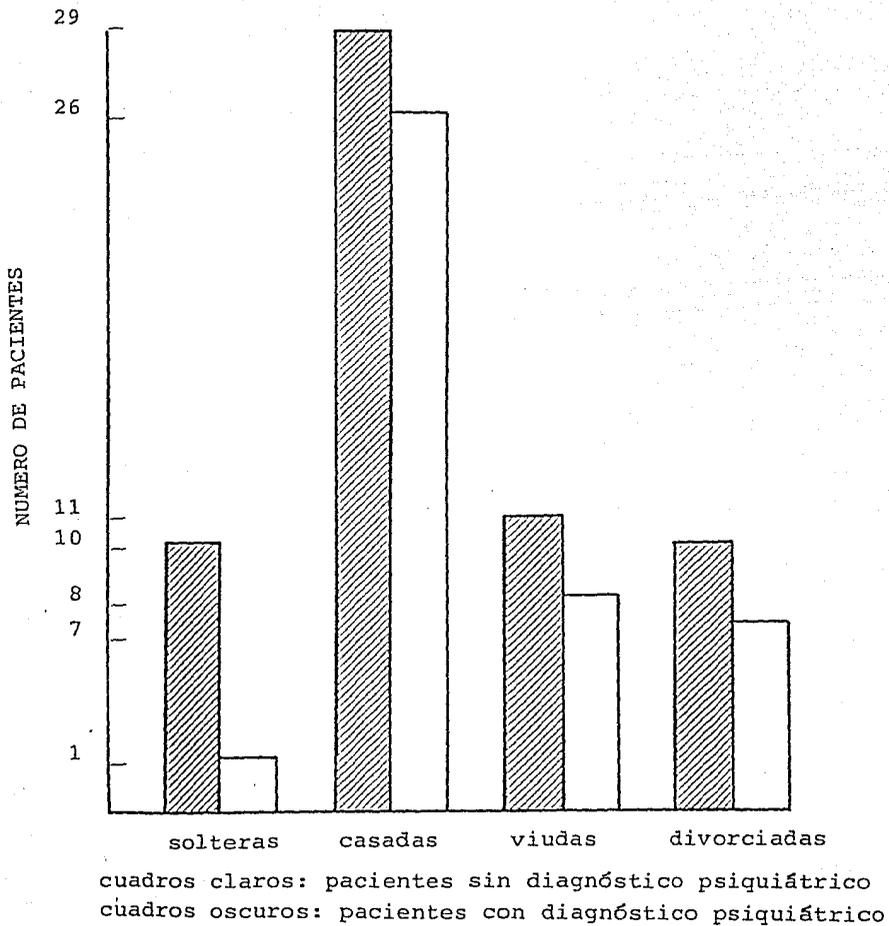
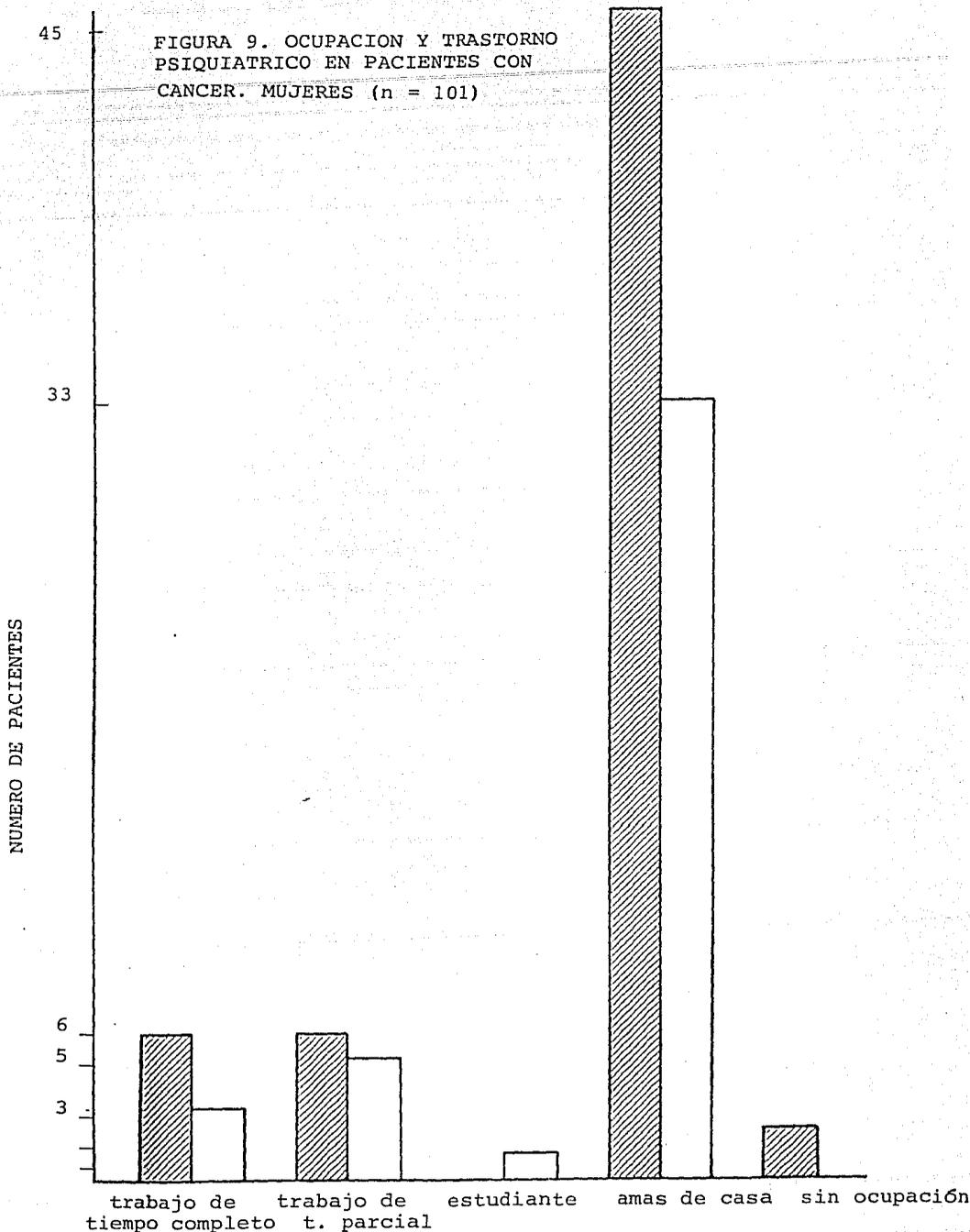


FIGURA 9. OCUPACION Y TRASTORNO
PSIQUIATRICO EN PACIENTES CON
CANCER. MUJERES (n = 101)



cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico

FIGURA 10. OCUPACION Y TRASTORNO PSIQUIATRICO
EN PACIENTES CON CANCER. HOMBRES (n = 37)

cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico

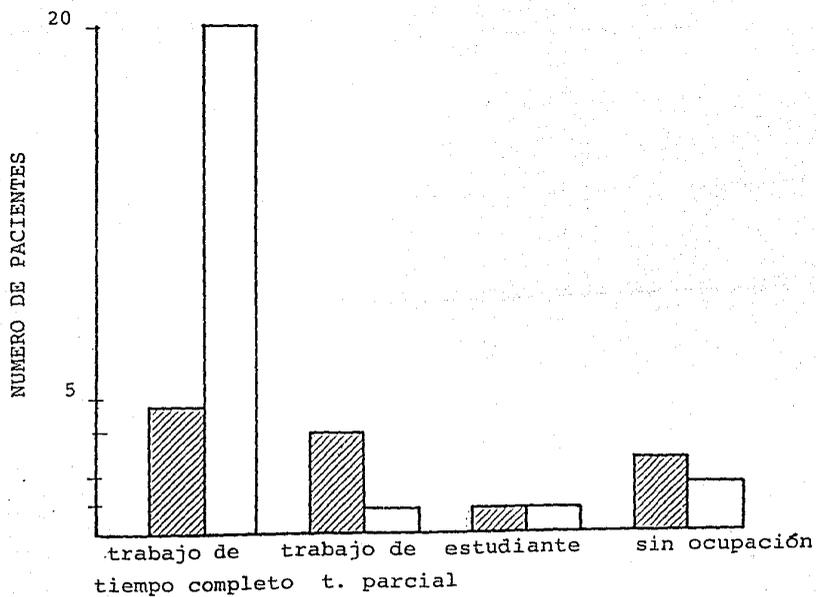
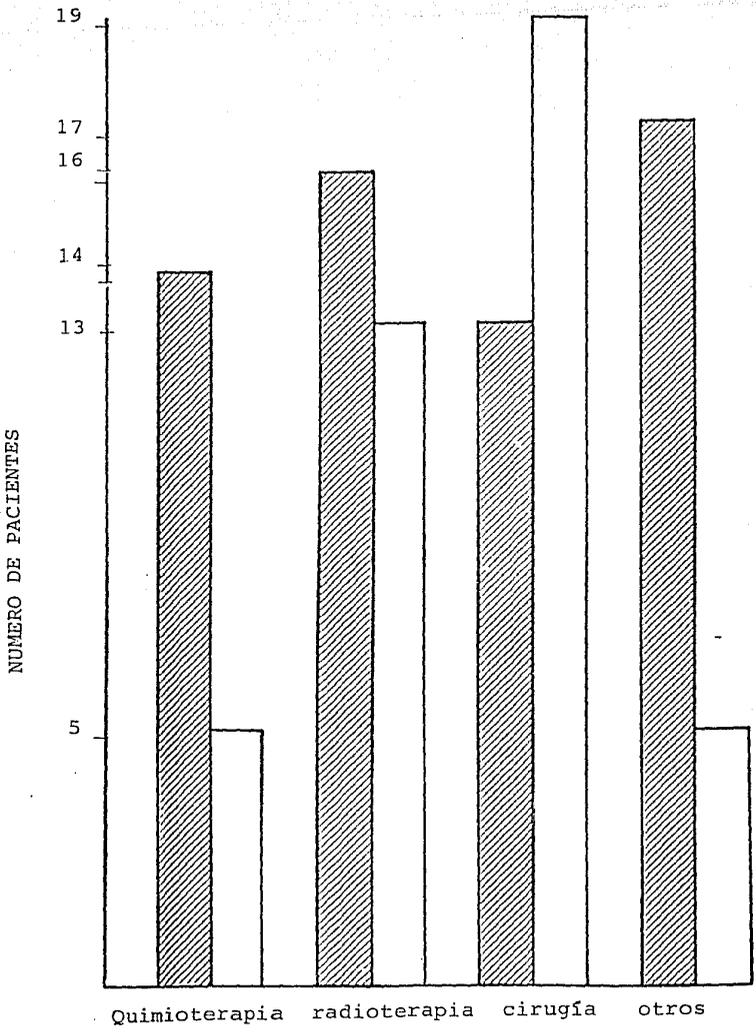


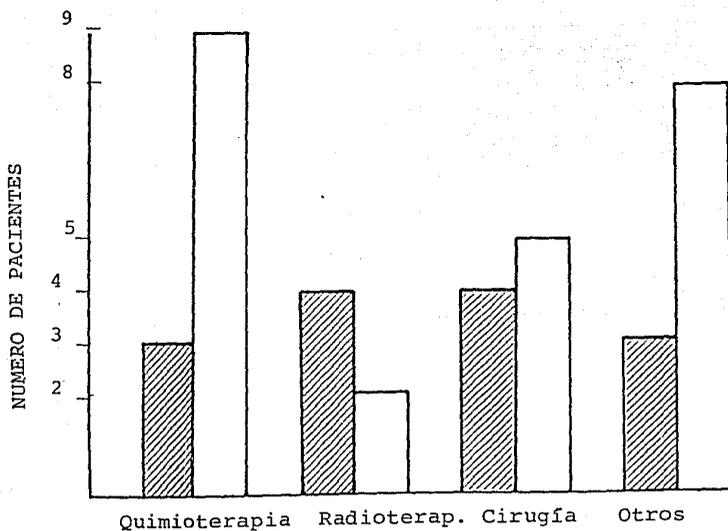
FIGURA 11. MOTIVO DEL INTERNAMIENTO Y TRASTORNO PSIQUIATRICO EN PACIENTES CON CANCER. MUJERES (n = 102)



cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
 cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico

FIGURA 12. MOTIVO DEL INTERNAMIENTO Y TRASTORNO PSIQUIATRICO EN PACIENTES CON CANCER. HOMBRES (n = 38)

cuadros claros: pacientes sin diagnóstico psiquiátrico
cuadros oscuros: pacientes con diagnóstico psiquiátrico



ANEXO 1

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DELIRIUM:

- A. Obnubilación de conciencia (reducción de la capacidad para identificar y reconocer el entorno) con reducción de la capacidad para fijar, cambiar o sostener la atención a los estímulos ambientales.
- B. Al menos dos de los siguientes síntomas:
 - 1) Trastornos perceptivos: falsas interpretaciones, ilusiones o alucinaciones;
 - 2) lenguaje en ocasiones incoherente;
 - 3) trastorno del ciclo sueño;vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día;
 - 4) aumento o disminución de la actividad psicomotora.
- C. Desorientación y deterioro de la memoria.
- D. Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.
- E. Evidencia, a través de la historia, el examen físico o las pruebas de laboratorio, de un factor orgánico específico que se estima relacionado etiológicamente con el trastorno.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA

- A. Pérdida lo bastante intensa de la capacidad intelectual como para interferir el funcionamiento social y laboral.
- B. Deterioro de la memoria.
- C. Al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1) Deterioro del pensamiento abstracto, manifestado por el concretismo en la interpretación de proverbios, incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras y dificultad en la definición de palabras y conceptos, así como en otras tareas similares;
 - 2) Deterioro del juicio;
 - 3) Otros trastornos de las funciones corticales superiores, como afasia, apraxia, agnosia, "dificultad en la construcción";
 - 4) Modificaciones en la personalidad (alteración o acetuación de los rasgos premórbidos).

D. Estado de conciencia no obnubilado;

E. Además 1) ó 2):

- 1) Evidencia a través de la historia, el examen físico o las pruebas de laboratorio, de un factor orgánico específico que se supone etiológicamente relacionado con el trastorno;
- 2) En ausencia de tal evidencia, puede presumirse la existencia de un factor orgánico necesario para el desarrollo del síndrome si se han excluido otras alteraciones al margen de los trastornos mentales orgánicos y si el cambio conductual refleja un deterioro cognitivo en diferentes áreas.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad. La alteración del estado de ánimo puede ser predominante y relativamente persistente, aunque no siempre es el síntoma más llamativo; en cualquier caso, no hay cambios momentáneos de un estado disfórico a otro; como ocurre con el paso de la ansiedad a la depresión o a la cólera, tal como se observa en los estados de confusión psicótica aguda (el estado de ánimo disfórico en los niños menores de seis años puede inferirse a partir de la persistente expresión facial de tristeza).
- B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas como mínimo):
- 1) Poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso;
 - 2) insomnio o hipersomnia;
 - 3) agitación o enlentecimiento psicomotor (hipoactividad en los niños menores de seis años);
 - 4) pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los períodos delirantes o alucinatorios;
 - 5) pérdida de energía, fatiga;
 - 6) sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa

- excesiva o inapropiada (puede ser delirante);
- 7) quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa;
 - 8) pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.
- C. Cuando no está presente el síndrome afectivo (criterios A y B) es decir, antes de que se haya desarrollado, o después de haber remitido, ninguno de los siguientes síntomas dominan en el cuadro clínico:
- 1) Preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo
 - 2) Conducta extraña.
- D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.
- E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO

- A. Una reacción de adaptación a un estrés psicosocial identificable, que se presenta durante los tres meses siguientes al comienzo del estrés.
- B. La naturaleza desadaptativa de la reacción viene indicada por alguna de las siguientes características:
 - 1) incapacidad para el funcionamiento social o laboral;
 - 2) síntomas que son excesivos respecto a la reacción normal y esperada frente al estrés.
- C. La alteración no es sólo la que ocurriría si se tratara de una hiperreacción ante el estrés o de una exacerbación de alguna otra enfermedad mental.
- D. Se admite que la alteración va a remitir después de que cese el estrés, o en caso de que éste persista, cuando se consiga el nuevo nivel de adaptación.
- E. La alteración no cumple los criterios del duelo no complicado ni de cualquiera de los trastornos específicos enumerados previamente.

11.- Tratamientos previos:

- 1. Quimioterapia.
- 2.- Radioterapia.
- 3.- Cirugía.
- 4.- Otros(especificar) _____

Fecha (s): _____

Detalles: _____

12.- Tratamiento actual: _____

13.- Ingesta actual de medicamentos

O NO I SI

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis (mg/día)</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14.- Otras enfermedades de importancia (escriba el diagnostico y el tiempo aproximado de evolucion).

Previas: _____

Actuales: _____

15.- Complicaciones: _____

16.- Motivo del actual internamiento:

- 1. Quimioterapia.
- 2.- Radioterapia.
- 3. Cirugía.
- 4. Otros Especifique) _____

F. HISTORIA PERSONAL

17.- Nivel de escolaridad completa

- 1. Primaria.
- 2. Secundaria.
- 3. Escuela técnica.
- 4. Universidad.
- 5. Ninguno.

18.- Número de años de educación.

19.- ¿Sabe leer?

0 NO 1 SI

20.- Estado civil.

- 1. Soltero.
- 2. Casado.
- 3. Divorciado o separado.
- 4. Viudo.

21.- Religión.

- 1.- Católica.
- 2.- Protestante.
- 3.- Otra. _____.

22.- ¿Con quien vive?

- 1. Vive solo en casa o departamento.
 - 2. Vive solo (casa de asistencia, hotel).
 - 3. Con cónyuge o pareja.
 - 4.- Con la familia.
 - 5. Con amigo(s).
 - 6. Otros.
- Especifique: _____

23.- Número de hijos.

24.- Número de hijos en la casa

25.- Ocupación actual

- 1. Trabajo de tiempo completo.
- 2. Trabajo de tiempo parcial.
- 3. Estudiante (codifique ocupación del jefe de la familia, pregunta 27)
- 4. Ama de casa (codifique ocupación del jefe de la familia, pregunta 27)
- 5. Sin empleo.
- 6. Otros. Especifique: _____

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

26.- Si no está empleado, especifique que razón, si trabaja codifique 8.

- 1. Retirado.
- 2. Incapacidad permanente.
- 3. Incapacidad temporal.
- 4. Temporalmente sin trabajo.
- 5. Buscando trabajo sin encontrarlo.
- 6. No desea trabajar.
- 7. Otros (especifique) _____

27.- ¿Quien es el proveedor principal del hogar?

28.- ¿Cual es la ocupación del proveedor principal?

29.- Ingresos.

--	--	--	--	--	--

Nombre del paciente: _____

Expediente: _____

Diagnostico Psiquiatrico.

I.- _____

II.- _____

III.- _____

IV.- _____

V.- _____

Puntuaciones:

Hamilton: _____

EPRS: _____

Examen cognitivo Breve: _____

ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA

(B . P . R . S .)

Marque con una X la calificación del síntoma, de acuerdo como se ha presentado durante el mes anterior a la entrevista con el paciente ó en su caso, desde la entrevista anterior.	Ausente	Muy leve	Leve	Moderado	Muy intenso	Intenso	Muy intenso
1.- PREOCUPACIONES SOMATICAS. Preocupaciones o temores en relación con su salud física. Hipochondriasis.	0	1	2	3	4	5	6
2.- ANSIEDAD. Inquietud, miedo o preocupación exagerada por el presente o futuro. Valórese en base a reporte del paciente.	0	1	2	3	4	5	6
3.- POBREZA EMOCIONAL. Deficiencia en la relación con el entrevistador. Grado en que el paciente no está en contacto emocional con otras personas.	0	1	2	3	4	5	6
4.- DESORGANIZACION CONCEPTUAL. - Procesos de pensamiento desintegrados o desorganizados. Fragmentación, bloques, confabulación y autismo. Valórese en base a integración de las producciones verbales del paciente.	0	1	2	3	4	5	6
5.- SENTIMIENTOS DE CULPA. Preocupación, remordimiento o vergüenza por conducta pasada. No inferir culpa a través de depresión o ansiedad.	0	1	2	3	4	5	6
6.- TENSION. Nerviosismo, temblor, sudoración, cambios frecuentes de postura, aumento de tono muscular, hipertonia de movimientos. Valorar en base a observación y no experiencias subjetivas del paciente.	0	1	2	3	4	5	6
7.- AMANERAMIENTOS Y POSTURAS EXTRAÑAS. Conducta motriz anormal poco usual. Movimientos repetitivos y gestos. Hace que el enfermo destaque entre otras personas normales. No valorar aumento de actividad motriz, ni tics.	0	1	2	3	4	5	6
8.- GRANDIOSIDAD. Opinión exagerada de sí. Convicción de poseer habilidades o poderes poco usuales. Valórese en base a la discrepancia entre la opinión que tiene de sí mismo y la realidad.	0	1	2	3	4	5	6

	Ausente	Muy leve	Leve	Moderado	Mod. Intenso	Intenso	Muy intenso
9.- DEPRESION. Abatimiento, tristeza, de saliente, pesimismo. No se valore retardo motor ni preocupaciones somáticas.	0	1	2	3	4	5	6
10.- HOSTILIDAD. Animosidad, desdén, beligerancia. Desprecio a personas. No inferir hostilidad a partir de la falta de cooperación. Ni de defensas neuróticas.	0	1	2	3	4	5	6
11.- SUSPICACIA. Desconfianza, creencia de que otros tienen intenciones maliciosas o discriminatorias hacia él. Ideas persecutorias y de referencia. Valórese sólo la suspicacia presente o sostenida.	0	1	2	3	4	5	6
12.- ALUCINACIONES. Percepciones sin estímulo externo. Diferencie claramente de las imágenes mentales vividas.	0	1	2	3	4	5	6
13.- RETARDO MOTOR. Reducción en el nivel de energía física evidenciado por lentitud, debilidad de movimientos y discurso. Tono muscular disminuído. Reducción del número de movimientos.	0	1	2	3	4	5	6
14.- FALTA DE COOPERACION. Resistencia, poca voluntad para colaborar con el entrevistador. No valorar en base a resentimiento.	0	1	2	3	4	5	6
15.- CONTENIDO DEL PENSAMIENTO RARO. Contenido extraño, poco usual, grotesco, bizarro. No valore aquí el grado de desorganización conceptual.	0	1	2	3	4	5	6
16.- APLANAMIENTO AFECTIVO. Tono emocional bajo. Reducción de intensidad normal de los sentimientos y de las reacciones emocionales.	0	1	2	3	4	5	6
17.- EXCITACION. Aumento del tono emocional. Aceleración, agitación, reactividad aumentada.	0	1	2	3	4	5	6
18.- DESORIENTACION. Confusión o desorientación de personas, lugar y tiempo.	0	1	2	3	4	5	6

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

Núm. Exp.

Enfermo	Fecha
.....	Valoración n.
Edad	Natural de
Estado	Sexo
Profesión	(Indicar si está o no jubilado)
Tratamiento	Dosis

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).
4. Insomnio precoz	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
6. Insomnio tardío	0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, inacción y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.
8. Inhibición (Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad más o menos disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud expresiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Temores expresados sin preguntarle.			
11. Ansiedad somática	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación. </td> </tr> </table>	0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.
0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.		
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.			
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.			
14. Síntomas genitales	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. </td> <td style="vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> Síntomas como: Pérdida de líbido Trastornos menstruales. </td> </tr> </table>	0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	}	Síntomas como: Pérdida de líbido Trastornos menstruales.
0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	}	Síntomas como: Pérdida de líbido Trastornos menstruales.		
15. Hipocondría	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.			
16. Pérdida de peso (Completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).			
	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. } Por término medio.			
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo.			
18. Variación diurna	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave </td> <td style="vertical-align: middle; padding: 0 10px;">M T</td> <td style="vertical-align: middle;"> Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) </td> </tr> </table>	0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)		
19. Despersonalización y falta de realidad	0. Ausente. 1. Ligera. Como: Sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave. 4. Incapacitante.			
20. Síntomas paranoides	0. Ninguno. 1. } Sospechosos. 2. } 3. Ideas de referencia. 4. Delirios de referencia y de persecución.			
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.			
22. Otros síntomas. (Especificar)	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. </td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;"> Suma total puntuaciones </td> </tr> </table>	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.		Suma total puntuaciones
0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.		Suma total puntuaciones 		

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Departamento de Medicina Psicológica

Examen Cognitivo Breve

Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Esc. _____

Cama _____ Reg. _____ Examinador _____

Puntaje máximo Puntaje obtenido

- | | | |
|---|-----|--|
| 5 | () | ¿Qué fecha es hoy? (Año, estación, mes, día de la semana, fecha completa). |
| 5 | () | ¿En dónde estamos? (Piso, hospital, ciudad, estado, país). |
| 3 | () | Nombre tres objetos (1 seg. c/u: cortina bata, corbata). Pida al sujeto que los repita y aprenda. |
| 5 | () | Que reste de 7 en 7 empezando de 100 (93, 86, 79, 72, 65). |
| 3 | () | Pregunte por los tres objetos aprendidos. |
| 2 | () | Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique. |
| 1 | () | Que repita la frase "tres tristes tigres" . |
| 1 | () | Que cumpla la siguiente orden verbal: tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso. |
| 1 | () | Que lea la frase "cierre los ojos". |
| 1 | () | Que copie un diseño gráfico (pentágonos cruzados). |
| 1 | () | Escriba una oración. |

TOTAL _____

Nivel de conciencia _____

(alerta somnolencia, estupor o coma).

Modificado por el Dr. Enrique Núñez J. de: Folstein, M.F. et al.: "Mini mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res. 12:189-198, 1975.

REFERENCIAS

- 1) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, III Ed. Washington, 1980
- 2) Bahnson, C.B.: "Stress and cancer, the state of the art", *Psychosomatics* 21:975-981, 1980.
- 3) Bukberg, J., Penman, D., and Holland, J.C.: "Depression in hospitalized cancer patients". *Psychosomatic Medicine* 46:199-212, 1984.
- 4) Davies, R.K., Quinlan, D.M., McKegney, F.P. and Kimball, Ch.p.: "Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients". *Psychosom. Med.* 35:464-471, 1973
- 5) Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky S., Schmale, A., Henrichs, M. and Carnicke Ch.: "The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients", *JAMA* 249:751-757, 1983.
- 6) Derogatis, L.R., Schachter, L.: "Depression and anxiety in cancer patients" (letter), *JAMA* 249: 728-729, 1983
- 7) Frasci, I., Litin, E.M. and Bartholomew, L.L.G.: "Mental symptoms as an aid in the early diagnosis of carcinoma of the pancreas". *Gastroenterology* 55:191-198, 1968.
- 8) Glass, R.M.: "Psychiatric disorders among cancer patients" (editorial), *JAMA* 249:782-783, 1983
- 9) Greer, S., Morris, T. and Pettingale, K.W.: "Psychological response to breast cancer, effect on outcome". *Lancet* i:785-787, 1979.
- 10) Greer, S.: "Psychological enquiry: a contribution to cancer research" *Psychol. Med.* 9:81-89, 1979.
- 11) Greer, S. and Silberfarb, P.M. "Psychological concomitants of cancer: current state of research" *Psychol. Med.*: 12:563-573, 1982.
- 12) Jamison, K.R., Wellish, D.K. and Pasnau, R.O.: "Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective" *Am. J. Psychiat.* 135:432-436, 1978
- 13) Levine, P.M., Silberfarb, P.M., Lipowski, Z.J.: "Mental disorders in cancer patients. A study of 100 psychiatric referrals" *Cancer* 42: 1385-1391, 1978
- 14) Morris, T., Greer, S. and White P.: "Psychological and social adjustment to mastectomy". *Cancer* 40:2381-2387, 1977

- 15) Lara, M.C., Sepúlveda, J.: "Reacción psicológica al cáncer" Salud Mental (en prensa).
- 16) Peck, A.: "Emotional reactions to radiation treatment" Cancer 40: 180-184, 1977.
- 17) Plumb, M.M., Holland, J.: "Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. I. Self report depressive symptoms" Psychosom. Med. 39:264-276, 1977
- 18) Silberfarb, P.M. and Greer, S.: "Psychological concomitants of cancer: clinical aspects", J. Psychotherap. 36:470-478, 1982.