

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

11241

2
25

ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

SEDE Hospital Psiquiátrico San Fernando
SUBSEDE: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION COMO PREDICTORES
DE LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES
LEUCEMICOS”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

que presenta

Dr. Ricardo Arellano Romero

TUTOR TEÓRICO Y METODOLÓGICO
Dr. Felipe Vázquez Estupiñán

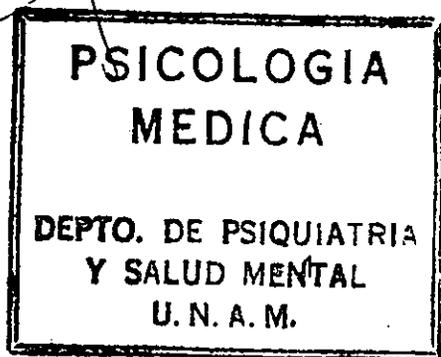
TUTOR TEÓRICO
Dr. José Luis Vázquez Ramírez

[Handwritten signature]
276285

México, DF. 1999

Vo. Bo.
Alejandro Díaz
Dr. Alejandro Díaz

TESTIS CON
FALLA DE ORIGEN



2



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.

JUSTIFICACIÓN

La medicina contemporánea requiere considerar cada vez más factores de costo/beneficio de las intervenciones y de reducir los días de estancia hospitalaria ante las necesidades crecientes de camas de hospital y la limitación de los recursos financieros del sistema de atención médica.

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el promedio de estancia hospitalaria es de 10 días. El Servicio de Hematología concentra la atención del Sur de la ciudad y del país, de los derechohabientes con neoplasias hematológicas. Debido a la gravedad de las enfermedades y a la psicopatología que desarrollan los pacientes es uno de los principales solicitantes de Interconsulta Psiquiátrica en el Hospital, el motivo de consulta más frecuente es la presencia de síntomas depresivos. Los trastornos afectivos son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, presentes en el 31% de los casos.

La estancia hospitalaria de los pacientes leucémicos, que frecuentemente rebasa el promedio general del hospital, está determinada por la gravedad del problema hematológico en relación a la estirpe celular, la respuesta al tratamiento, las complicaciones y eventos que modifican la historia natural de la enfermedad e incluso por la accesibilidad de los recursos diagnóstico terapéuticos.

Las manifestaciones depresivas y ansiosas pueden presentarse como reacciones de ajuste ante la enfermedad y la hospitalización, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, o una combinación de ellos. La interconsulta psiquiátrica tradicionalmente se ha establecido como respuesta a una petición

del servicio tratante ante la emergencia de una complicación psiquiátrica. Sin embargo, es conocido, que frecuentemente los síntomas ansioso-depresivos no son reconocidos oportunamente o pasan desapercibidos. El valorar la frecuencia e intensidad de éstos síntomas desde el ingreso de los pacientes al hospital puede proporcionar valiosa información acerca de como estas manifestaciones representan factores de riesgo para una estancia hospitalaria prolongada, así como avanzar en la posibilidad de que la detección y el tratamiento oportuno influyan positivamente en la salud mental y física de los pacientes y con ello se incremente la calidad de vida y se reduzca la duración de las hospitalizaciones.

I. ANTECEDENTES

La depresión y la ansiedad son dos de los trastornos psiquiátricos más importantes; la depresión afecta a cerca del 10% de la población general durante el curso de su vida.(1) Los trastornos afectivos son comunes en quienes sufren una enfermedad física. La severidad de la enfermedad y su capacidad para afectar el funcionamiento del sistema nervioso central se asocian a una prevalencia elevada de trastornos mentales. (2,3,19) La prevalencia también aumenta progresivamente si se trata del primer, segundo o tercer nivel de la atención médica.

Frecuentemente los síntomas ansioso-depresivos son considerados "respuestas normales" a los padecimientos médicos y por lo tanto no son abordados terapéuticamente. Actualmente se cuenta con diversos instrumentos clinimétricos como la escala HAD para detectar y evaluar estos problemas en pacientes hospitalizados en áreas médicas.(4-7)

Endicott y cols. han enfatizado la importancia de modificar los criterios diagnósticos de la depresión en poblaciones médicamente enfermas. Ella ha propuesto sustituciones de síntomas físicos (como el insomnio, o la fatiga) por otros que no se vean tan influidos por el padecimiento médico (lenguaje escaso, actitud pesimista, etc.).

Desde hace más de 20 años se ha hablado de la relación entre cáncer y trastornos psiquiátricos, Plum y Holland en 1977 reportaron una prevalencia de 23% de síntomas depresivos en pacientes con cáncer. Levin y cols. en 1978 revisaron cien pacientes con diferentes tipos de cáncer referidos para consulta psiquiátrica diagnosticando depresión en 56% de los casos.(9)

Más recientemente, Derogatis y sus colegas estudiaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer, encontrando que cerca del 85% de los pacientes que presentaron una condición psiquiátrica positiva tenían manifestaciones depresivas o de ansiedad como síntoma principal. En otros estudios realizados, se ha estimado que aproximadamente 47% de los pacientes con cáncer sufren algún trastorno psiquiátrico, sin embargo, el porcentaje de consultas psiquiátricas en esta población es únicamente del 2%.(10)

Por otro lado, la presencia de síntomas ansioso-depresivos, puede empobrecer todavía más la calidad de vida de los pacientes con enfermedades físicas severas.

Estudios como el de Levinson han señalado la relación de los síntomas psicopatológicos y los costos de la atención médica, especialmente con respecto a una estancia hospitalaria prolongada (11-12). Otras investigaciones han demostrado que los pacientes con enfermedad física y psicopatología demandan y usan más los servicios de atención médica que aquellos sin psicopatología.(13-14)

Dvoredsky y Cooley fundamentan que es más probable el riesgo de una estancia hospitalaria prolongada en aquellos pacientes con enfermedad física y psicopatología que en los que sólo presentan enfermedad física.(15)

En estos pacientes, en los que no solo la depresión, sino también la ansiedad y otros trastornos psiquiátricos pueden estar presentes, el apoyo familiar es imprescindible; así mismo, la asistencia psiquiátrica es sumamente necesaria para auxiliarlo durante su enfermedad. (16-17) Por otro lado, se ha fundamentado el beneficio de la intervención psiquiátrica con estudios que

muestran como la intervención psiquiátrica temprana puede disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y por tanto, los costos de una hospitalización. (18)

Por su parte, Guthrie postula que la intervención psicoterapéutica puede tener amplios beneficios en pacientes con enfermedades crónicas graves como el cáncer. (19)

Aspectos psiquiátricos de la leucemia

Las leucemias son un grupo heterogéneo de neoplasias que implican una transformación maligna de las células hematopoyéticas. Las leucemias son clasificadas de acuerdo al tipo celular involucrado (mieloide o linfoide) y pueden ser agudas o crónicas de acuerdo a la historia natural de la enfermedad. (20-21)

La leucemia tiene una incidencia de aproximadamente 13 por 100,000 por año. La incidencia de las leucemias, tanto de tipo agudo como crónico, es algo más alta en hombres que en mujeres. La leucemia linfoblástica aguda, es considerada básicamente una enfermedad de niños y adultos jóvenes, mientras que la leucemia mieloide aguda ocurre en todas las edades.

La leucemia, prototipo de la enfermedad oncológica hemática resulta de sumo interés desde el punto de vista psiquiátrico por la elevada frecuencia de trastornos que genera. De hecho, antes de los modernos tratamientos multimodales, la tasa de supervivencia para pacientes con leucemia aguda no tratada era de 1 a 2 meses.

El diagnóstico de la enfermedad supone un importante choque emocional, cuyos efectos tardan semanas a meses en neutralizarse. El diagnóstico de la leucemia requiere la demostración de células malignas en la médula ósea,

sangre periférica o tejidos extramedulares. La médula ósea se observa hiper celular, con infiltración monomórfica de blastos leucémicos y reducción marcada de los elementos normales de la médula ósea. (22-24)

El tratamiento típico de la leucemia aguda consiste en tres fases:

1. Quimioterapia de inducción de la remisión.
2. Profilaxis del sistema nervioso central.
3. Quimioterapia de continuación o mantenimiento.

El tratamiento actual tiene por objetivo, erradicar todas las células cancerosas y promover la regeneración de las células normales.

En los pacientes con leucemia además de la quimioterapia, y de otras medidas, una opción importante es el trasplante de médula ósea. Sin embargo, a pesar de sus ventajas, pueden presentarse otras complicaciones como: náuseas, vómitos, confusión y alteraciones cognitivas, además de manifestaciones afectivas como baja autoestima, depresión y ansiedad asociadas al aislamiento, detectándose también un descenso en su nivel de satisfacción de vida. (25-26)

El padecimiento de una enfermedad maligna que incide preferentemente en edades tempranas de la vida, los cambios físicos, y la dependencia de los demás, la agresividad de los abordajes terapéuticos (quimioterapia, trasplante, aislamiento) y la amenaza vital permanente hace del soporte psicológico, familiar, social y en ocasiones farmacológico, elementos obligados del tratamiento. McCartney y Cahill proponen desde 1989 que debe existir un psiquiatra capacitado como parte del equipo médico que atiende a estos pacientes. (27) Lo anterior ha sido corroborado por Saravay y Coensen en diferentes trabajos (26, 28)

Hasta donde sabemos no se han estudiado en nuestro medio la relación entre síntomas ansioso depresivos y la duración de la estancia hospitalaria, sin embargo, conocemos que el promedio de estancia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI es de 10 días.

II. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es la relación existente entre los niveles de ansiedad y/o depresión medidos al inicio del internamiento con una estancia hospitalaria prolongada en pacientes leucémicos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Altos niveles de ansiedad y/o depresión detectados en pacientes leucémicos al ser internados pueden predecir una estancia hospitalaria prolongada?

¿ Pueden los síntomas ansiosodepresivos prolongar la estancia hospitalaria?

IV. HIPÓTESIS

1. Los niveles de ansiedad y/o depresión elevados evaluados al inicio del internamiento de pacientes leucémicos, predicen una estancia hospitalaria prolongada.
2. Los síntomas ansioso depresivos pueden prolongar la estancia hospitalaria:
 - Si reducen la cooperación del paciente con el tratamiento
 - Si el paciente retrasa las decisiones de permitir procedimientos invasivos como biopsia de médula ósea, quimioterapia, etc.
 - Si se compromete el estado nutricional del paciente por la presencia de hiporexia, rechazo al alimento, etc.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio: Se trata de un estudio de tipo longitudinal, descriptivo, prospectivo y quasi-experimental.

2. Universo de Trabajo: El estudio se realizó en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en los meses de mayo a septiembre de 1999. La muestra se obtuvo de todos los pacientes hospitalizados en el Servicio de Hematología de dicho hospital.

3. Descripción de variables:

A) Según la metodología:

variables independientes: síntomas ansiosos y depresivos.

variable dependiente: estancia hospitalaria prolongada.

B) Variables de confusión:

Tipos de leucemia, severidad de la enfermedad hematológica, otras enfermedades agregadas, tratamientos previos. Antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica en los pacientes, mecanismos de defensa y afrontamiento.

C) Descripción operativa:

Las variables independientes (síntomas ansiosos y depresivos) se midieron de acuerdo a su severidad con la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale).

La definición operativa de estancia hospitalaria prolongada fue: más de veinte días de permanencia continua a partir del ingreso, de acuerdo a la hoja de admisión del expediente.

4. Muestra:

A) Tamaño de la muestra:

Se estudiaron treinta y ocho sujetos por ser el número promedio de pacientes de primer ingreso que se hospitalizan en el servicio de hematología, en dos meses, y porque se consideró hacer el seguimiento de ellos durante ese periodo de tiempo.

B) Criterios de selección:

I. Criterios de inclusión:

- pacientes mayores de 16 años.
- con diagnóstico de leucemia.
- con antecedente de haber estado hospitalizados en un máximo de dos ocasiones previas.

II. Criterios de no inclusión:

- pacientes menores de 16 años.
- pacientes que padecen hipoacusia o ceguera.
- presencia de otras enfermedades hematológicas o infecciosas severas, o falla orgánica renal, pulmonar, hepática ó cardíaca.
- pacientes con psicosis, adicciones, delirium o demencia.
- pacientes embarazadas.
- pacientes con más de dos internamientos.

III. Criterios de eliminación.

- fallecimiento del paciente.
- que sea trasladado a otra unidad hospitalaria.

5. Procedimientos:

- Los investigadores apoyados por el equipo médico de los servicios de psiquiatría y de hematología, buscaron y captaron candidatos para el estudio en el área de hospitalización de hematología en el Hospital de Especialidades.
- Se verificó que los participantes cumplieran los criterios de selección mediante entrevista directa y a través de la revisión minuciosa del expediente clínico.
- Se incluyeron a los pacientes que cumplieran criterios diagnósticos para leucemia.
- Se invitó a todos los candidatos a participar en el estudio a su ingreso.
- Se aplicó la escala HAD dentro de las primeras 48 horas posteriores al ingreso.
- Los pacientes se agruparon a aquellos que se detectaron con ansiedad y a los que presentaron depresión.
- Se evaluó a los pacientes semanalmente aplicando la escala HAD y se llevó el control estricto en el conteo de tiempo de la estancia intrahospitalaria.

6. Análisis Estadístico

Las variables independientes se midieron con la escala HAD que es de tipo ordinal y mide la severidad de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes internados en un Hospital General.

Se utilizaron las pruebas estadísticas de coeficiente de correlación de Pearson y el modelo de regresión y regresión múltiple para correlacionar resultados y

conocer si las variables (ansiedad y depresión) influyen en la duración de la estancia hospitalaria.

VI. CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio se realizó mediante el consentimiento informado de pacientes y familiares proporcionando la información detallada acerca del mismo y cumpliendo las normas éticas de los tratados de Helsinki y sus modificaciones de Tokio.

VII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

Recursos humanos.- El personal que participó en el estudio se integró con médicos de base y residentes de los servicios de Psiquiatría y Hematología.

Recursos materiales.- Se utilizaron escalas impresas, fotocopias, bolígrafos, máquina de escribir, libros, revistas médicas, PC.

Recursos financieros.- No se contó con financiamiento adicional al que aportaron los investigadores.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO DE REALIZACION
a) Entrega de anteproyecto	29 de marzo de 1999
b) Elaboración y entrega de protocolo	10 de mayo de 1999
c) Búsqueda de candidatos y selección de sujetos	10 de mayo al 31 de julio 1999
d) Evaluación de pacientes	10 de mayo al 31 de julio 1999
e) Asignación a grupos	10 de mayo al 31 de julio 1999
f) Recolección de datos	1º de agosto al 31 de octubre
g) Análisis estadístico	1º de agosto al 31 de octubre
h) Entrega de avance	23 de agosto de 1999
i) Entrega de tesis	26 de noviembre de 1999

IX. RESULTADOS

Se realizaron entrevistas psiquiátricas a todos los pacientes dentro de las primeras 48 hrs. después del ingreso, que incluyeron la aplicación del HADS, Karnofsky, y se realizaron los diagnósticos de acuerdo al DSM-IV.

Se estudiaron 38 pacientes, edad promedio 33.5 ± 11.8 años, que estuvieron internados en el Servicio de Hematología por 33.7 ± 11.3 días, en quienes se inició quimioterapia en promedio al 9º día del ingreso. La puntuación de acuerdo a la escala HAD en el área de ansiedad al ingreso fué de 9.78 ± 5.5 y de depresión de 6.2 ± 4.5 . Al egreso estas puntuaciones se redujeron a 4.55 ± 2.8 y 2.8 ± 2.4 respectivamente.

De los 38 pacientes captados para el estudio a 22 se les solicitó interconsulta psiquiátrica, de estas 2 fueron evaluaciones para protocolo de trasplante. En 26 pacientes se integró un diagnóstico psiquiátrico (tabla 2) y sólo uno de los pacientes rechazó el manejo farmacológico.

Tabla 1
Diagnósticos hematológicos

leucemia	n	porcentaje
LLA L2	25	65.8 %
LLA M1	1	2.6 %
LLA M2	12	31.6 %

ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla 2
Diagnóstico Psiquiátricos de acuerdo al DSM-IV
y relación con los días de estancia

Diagnóstico	n	porcentaje	DEIH*
Sanos	12	31 %	21.4 ± 2.5
Reacción de adaptación	14	36.8 %	37.3 ± 7.3
Trastornos de Ansiedad	9	23.5 %	40.6 ± 10.3
Depresión mayor	3	7.89 %	45.3 ± 12

* DEIH Promedio de días de estancia intrahospitalaria

Las correlaciones con la prueba de Pearson entre días de estancia hospitalaria y el resto de las variables se muestran en la tabla 3.

Tabla 3
Correlación entre DEIH y variables asociadas

variable	r	p
Karnofsky	-0.76	<0.05
día del inicio de la quimioterapia	0.75	<0.05
diagnóstico psiquiátrico	0.66	<0.05
ansiedad inicial	0.55	<0.05
depresión inicial	0.46	<0.05

Tabla 4
Diferencias en el HAD entre los pacientes que recibieron o no tratamiento psiquiátrico

	HADAI	HADAF	d*	HADDi	HADDf	d*
Con tratamiento	12.5	5.7	-6.8	7.8	3.1	-4.7
Sin tratamiento	4.4	2.7	-1.7	3.5	2.1	-1.4

*HADAI=ansiedad inicial, HADAF=ansiedad final, HADDi=depresión inicial, HADDf=depresión final.
d* diferencia entre el valor inicial y el valor final*

Los pacientes que recibieron atención psiquiátrica tuvieron una mayor reducción de la sintomatología ansioso-depresiva. Tabla 4.

En el análisis de regresión múltiple las variables que predicen significativamente la duración de la estancia intrahospitalaria fueron: el día de inicio de la quimioterapia (β 0.53), número de ingresos previos (β 0.33) y karnofsky (β -0.39). Estas tres variables explicaron la duración del internamiento. La variable de diagnóstico psiquiátrico (β 0.13) fué la única que infuyó en la predicción de la duración de la hospitalización aunque no alcanzó significancia estadística.

En un análisis de regresión lineal simple para predecir la duración de la hospitalización a partir del diagnóstico psiquiátrico se encontró que la ausencia de enfermedad mental se asociaba a 25 días de EIH, las reacciones de adaptación a 33 días, los trastornos de ansiedad 41, y la depresión mayor a 50 días. (R^2 49, β 0.70, intercepto 16.07, $F=35.98$, $df=1,36$, $p<0.000001$).

DISCUSIÓN

La frecuencia de trastornos mentales en los pacientes leucémicos es alta, nosotros encontramos en los pacientes estudiados que el 69% presenta este tipo de trastornos. Los médicos hematólogos, parecen altamente sensibles a la detección de estos trastornos ya que la solicitud de interconsulta se produjo en 22 de 26 pacientes, es decir el 86.2% de los casos con trastorno psiquiátrico. Esta cifra inusualmente alta, de acuerdo a lo reportado en la literatura (32, 33), (de que sólo se detectan la tercera parte de los problemas psiquiátricos en hospitales generales) seguramente se debió al efecto de la presencia constante del equipo psiquiátrico durante el estudio y a la relación de colaboración entre las áreas de hematología y psiquiatría que se estableció. Aparentemente, la evidente disponibilidad del servicio influye en la demanda del mismo.

Las correlaciones entre los DEIH es más sólida con la condición física del enfermo (evaluada por el Karnofsky) y el día en el que se inicia la quimioterapia. A este respecto hay que señalar que los síntomas psiquiátricos como la ansiedad, irritabilidad, el humor depresivo, la indecisión, etc. pueden influir negativamente en la aceptación del paciente del proceso terapéutico. De hecho, en la revisión de los datos, los pacientes que tenían puntajes más elevados en el HAD al momento del internamiento, iniciaron su quimioterapia en forma más tardía comparados con los que presentaban menor sintomatología, reportada en el HAD.

Aunque la contribución de la gravedad del diagnóstico psiquiátrico no fué significativa para predecir la estancia intrahospitalaria en el modelo de regresión múltiple, su contribución estuvo más cerca de alcanzar la

significancia estadística que el propio diagnóstico hematológico. Debido al pequeño número de pacientes estudiados los resultados no concuerdan con la hipótesis inicial. Cuando se analizó en forma independiente, la severidad del trastorno psiquiátrico predijo en el sentido esperado la duración del internamiento. Eventos como el día inicio de la quimioterapia, el estado general del paciente y el número de internamientos previos reflejan un efecto más directo sobre la duración de la hospitalización. De acuerdo a lo hallado en este estudio, los problemas psiquiátricos contribuyen en forma relevante en la duración de la hospitalización. Por otra parte, la demostración definitiva del impacto de la intervención psiquiátrica en la duración y costo de la hospitalización requiere un diseño experimental y controlado, como el que llevó a cabo Strain en pacientes geriátricos con fractura de cadera (34) donde se redujo entre 1.7 y 2.2 días la estancia para un ahorro de \$1,294.00 dólares por paciente y \$178, 572 dólares anuales. Tradicionalmente la intervención psiquiátrica se produce como una reacción ante un evento clínico (negativa al alimento, rechazo de las punciones venosas u otras maniobras terapéuticas y solicitud de alta voluntaria, por citar algunos ejemplos).

Es posible desarrollar en el futuro modelos de interconsulta pro-activos en los que la interurrencia psiquiátrica sea detectada y manejada desde el inicio de la hospitalización y con ello se logre reducir los DEIH. Para ello habrá que demostrar que el balance costo/beneficio de estos modelos es favorable.

CONCLUSIONES

- Los niveles de ansiedad y depresión elevados al inicio del internamiento de pacientes leucémicos adultos pueden predecir una estancia hospitalaria prolongada.
- Las variables que en conjunto (en un modelo de regresión múltiple) predijeron mejor la duración de la hospitalización fueron el estado general del paciente (Karnofsky), el día de inicio de la quimioterapia, y el número de internamientos previos. La severidad de la alteración psiquiátrica estuvo cerca de alcanzar significancia como parte del modelo.
- Los síntomas ansioso-depresivos prolongan la estancia hospitalaria probablemente al retardar el inicio de la quimioterapia, por comprometer el nivel de colaboración o aceptación del tratamiento.
- Se requieren más investigaciones para demostrar que la intervención psiquiátrica no solo es efectiva en reducir los síntomas ansioso-depresivos sino que permite reducir el tiempo de estancia con una relación costo/beneficio favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wells K, Golding J. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 976-979.
2. Cassem E. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13: 597-612.
3. Hengeveld M, Ancion L. Prevalence and recognition of depressive disorders in general medical patients. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 341-350.
4. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
5. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53: 2243-2248.
6. Cavanaugh S, Wettstein R. Diagnosing Depression in the hospitalized medically ill using the Beck depression inventory. *Psychosomatics* 1984; 24: 809-815.
7. Cavanaugh S, Clark D. The relationship between severity of depression, cognitive dysfunction, and age in medical inpatients. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 495-496.
8. Plum M, Holland J. Comparative studies of psychological functions in patients with advanced cancer. *Psychosom Med* 1977; 39: 264-276.
9. Levine P, Silvegarb M. Mental disorders in cancer patients. *Cancer* 1978; 42: 1385-1391.
10. Derogatis L, Morrow G. The prevalence of psychiatric disorders among

- cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
11. Levenson J, Roberts M. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1498-1503.
 12. Levinson J, Hammer R. Psychopathology in medical inpatients and its relationship to length of hospital stay. *Int J Psychiatry Med* 1987; 16: 231-237.
 13. Wallen J, Pincus H. Psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 163-168.
 14. Fulop G, Strain J. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients. *Am J Psychiatry* 1989; 144: 878-882.
 15. Dvoredsky A, Cooley H. Comparative severity of illness in patients with combined medical and psychiatric diagnoses. *Psychosomatics* 1986; 27: 625-630.
 16. Holland J. Anxiety and Cancer: the patient and the family. *J Clin Psychiatry* 1989; 50 (suppl): 20-25.
 17. Weissman A. Vulnerability and the psychological disturbances of cancer patients. *Psychosomatics* 1989; 30: 80-85.
 18. Leviatan S, Koinfeld D. Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 790-792.
 19. Guthrie E. Emotional disorders in chronic illness. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 265-273.
 20. Bennet J. Criteria for the diagnosis of acute leukemia of megakaryocytic lineage. *Ann Intern Med* 1985; 103: 460.
 21. Champlin R, Gale R. Acute lymphoblastic leukemia: Recent advances in

- biology and therapy. *Blood* 1989; 73: 2051.
22. Daiter S, Larson R. Psychosocial symptomatology, personal growth, and development among young adult patients following the diagnosis of leukemia or lymphoma. *J Clin Oncol* 1988; 6: 613-617.
23. Holland J, Plum M. Psychological response of patients with acute leukemia to germ-free environments. *Cancer* 1977; 40: 871-879.
24. Keating M, Smith T. Factors related to length of complete remission in adult acute leukemia. *Cancer* 1980; 45: 2017-2029.
25. Wellish D, Centeno J. Bone marrow transplantation vs. high dose cytarabine-based consolidation chemotherapy for acute myelogenous leukemia. A long-term follow-up study of quality-of-life measure of survivors. *Psychosomatics* 1996; 37: 144-154.
26. Coenson C, Dimsdale E. Psychiatric liaison on bone marrow unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 131-134.
27. Mc Cartney C, Cahill P. Effect of psychiatric liaison program on consultation rates and on detection of minor psychiatry 1989; 146: 898-901.
28. Saravay S, Sterinberg H. Importance of consultation liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 1990; 117: 538-539.
29. Isselbacher, Adams, Brauwald. *Principios de Medicina interna de Harrison*. Ed. Interamericana-Mc Graw Hill 12ª edición, 1991 pp. 1552-1561.
30. Cassem NH. *Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*: Ediciones Díaz de Santos, 3ª edición, 1994, pp. 701-707.
31. Rojo JE. *Interconsulta Psiquiátrica*. Ed. Masson, 1ª edición, 1997, pp. 276-277.
32. Vázquez F, Ruiz L, Corlay I, Báez A. Depresión, calidad de vida y trasplante de médula ósea. En Gómez E. ed. *Trasplante de Médula Osea*.

en prensa

33. Ruiz LG, Vázquez F, Corlay I, Báez A. Tratamiento de la depresión en los pacientes de un hospital general. En: Actualidades Médico-Quirúrgicas, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda. Editorial Prado México, 1999 p.293-308.
34. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS. Cost Offset From a Psychiatric Consultation-Liasion Intervention With Elderly Hip Fracture Patients. Am J Psychiatry 1991; 148: 1044-1049.