

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología*

Ma. del Carmen Lara Muñoz**
Manuel Alvear Galindo***

Summary

We interviewed 124 patients from the Instituto Nacional de Cancerología to obtain the prevalence of organic mental disorders, affective and anxiety disorders and adjustment reactions. We used the DSM-III diagnostic criteria. Fifty one per cent had a mental disorder; the most frequent were adjustment reaction and organic disorders. The factors that had some relationship with the diagnosis were sex, age, type of cancer, previous antineoplastic treatments and having children. More than 90% of the patients had adequate psychosocial support. We discussed the relevance of our findings.

Resumen

Se entrevistaron a 124 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, con el objeto de determinar la prevalencia de síndromes orgánicos cerebrales, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y reacciones de ajuste. Se emplearon los criterios del DSM-III. El 51 % de los pacientes recibieron uno de estos diagnósticos; resultando el más frecuente, el de reacción de ajuste seguido de los síndromes orgánicos cerebrales.

Algunos de los factores asociados con la presencia de morbilidad psiquiátrica fueron demográficos como el sexo y la edad; clínicos como la localización del cáncer y los tratamientos previos; así como los psicosociales (no tener hijos).

Más del 90% de los pacientes contaron con apoyo psicosocial. Se discute la importancia de estos hallazgos y su repercusión en el tratamiento integral de los pacientes con cáncer.

Introducción

En la enfermedad del cáncer existen dos aspectos importantes que la colocan en un lugar aparte de la mayoría de otras enfermedades y que determinan la manera en que los pacientes responden a su enfermedad. El primero es la pérdida del control que el paciente tiene sobre las diferentes modalidades terapéuticas, ya que no participa en el tratamiento quirúrgico, la qui-

mioterapia o la radioterapia; esto implica una dependencia hacia el especialista que realiza dicho tratamiento. Es poco lo que el paciente puede hacer para manejar su enfermedad. Esto limita severamente el sentimiento de control que pueda tener sobre la misma. No son muchas las enfermedades que colocan al enfermo en esta posición. Por ejemplo el paciente diabético puede administrarse sus medicamentos y seguir una dieta que mejore su condición. Los pacientes ulcerosos, nefrópatas, etc. pueden tener cierto control sobre su tratamiento, tanto en la ingesta de medicamentos como en el seguimiento de dietas. Esta participación activa no es posible para los pacientes con cáncer.

El segundo es la incertidumbre sobre el pronóstico; ya que siempre existe la posibilidad de una metástasis no descubierta o de una recurrencia imprevista. En otras enfermedades pueden existir recurrencias o ser de mal pronóstico a corto, mediano o largo plazo; sin embargo, son definidas claramente como crónicas o recurrentes. La incertidumbre se debe en parte al hecho de que no es una sola enfermedad, sino varias; además aunque la mayoría de los cánceres son enfermedades crónicas, son tratadas con tal entusiasmo hacia la curación, como si fuese una enfermedad aguda (18).

Estos dos factores: la pérdida de control y la incertidumbre, hacen del cáncer una enfermedad diferente, que provoca diversas respuestas psicológicas. El tratamiento integral del paciente con cáncer incluye la evaluación cuidadosa de éstas (15).

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

En la década de los 50, varios investigadores se interesaron en la relación entre personalidad y cáncer (2). Otros, propusieron que algunos estados psicológicos, particularmente la depresión, podrían representar un signo prodrómico de neoplasia (7).

Greer y col. han estudiado la relación entre la manera de contender con la enfermedad y la supervivencia (9, 14).

Ninguno de estos estudios aborda directamente la prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre los pacientes con cáncer. La mayoría de investigadores se han limitado a la descripción de síntomas y pocos han incluido evaluaciones psiquiátricas formales.

* Este estudio se realizó cuando los dos autores eran residentes del programa de Psiquiatría de Enlace, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

** Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Puebla, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

*** Escuela de Medicina, Mexicali, UABC. Instituto de Salud Mental, DIF, Mexicali, Baja California.

Davies y Quinlan en 1973, evaluaron a 46 pacientes con cáncer terminal y encontraron puntuaciones elevadas en las escalas de apatía, disforia, depresión y ansiedad. En 30 de sus pacientes encontraron evidencia de deterioro intelectual (memoria, concentración, orientación y abstracción) (4).

En 1977, Plumb y Holland realizaron un estudio comparativo de 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 familiares de pacientes con cáncer. El 77% de los pacientes con cáncer no estaba deprimido, el 19% estaba moderadamente deprimido y el 4% tenía una depresión severa. El 46% de pacientes psiquiátricos no estaba deprimido, 41% tenía una depresión moderada y en 13% la depresión era severa (17).

En 1978 Levine y Silberfarb valoraron a 100 pacientes con cáncer referidos al servicio de Psiquiatría. En 56 de las interconsultas el médico tratante había diagnosticado depresión y en 4 un síndrome orgánico cerebral. De los 56 pacientes diagnosticados como deprimidos, el psiquiatra encontró que en 26 de ellos el diagnóstico correspondía a un síndrome orgánico cerebral, y los autores concluyeron que estos síndromes son la segunda causa de interconsulta psiquiátrica en pacientes con cáncer y que con frecuencia se diagnostican erróneamente como trastornos depresivos (13).

Peck estudió a 50 pacientes seleccionados al azar que iniciaban radioterapia; el 74% de ellos tenía "afecto depresivo"; sólo en 5% fué severo y en 32% moderado (16).

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

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

El sistema de diagnóstico psiquiátrico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera edición (DSM-III), permite mantener estas distinciones y mejorar la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. En este contexto, es importante conocer la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en pacientes cancerosos, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III (1).

Derogatis y col. en 1983, evaluaron a 250 pacientes con cáncer en base a los criterios del DSM-III en un estudio multicéntrico. Al 47% se le diagnosticó un trastorno psiquiátrico. De éstos, el 68% correspondió a un trastorno de ajuste, el 13% a un trastorno afectivo mayor, el 8% a síndromes orgánicos cerebrales, 4% a trastornos de ansiedad y 7% a trastornos de la personalidad. En el 85% de los pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico los síntomas centrales fueron ansiedad o depresión (5, 6).

Bukberg y Holland estudiaron a 62 pacientes oncológicos aplicando los criterios diagnósticos del DSM-III; el 42% de los pacientes reunió los criterios de reacción de ajuste con ánimo depresivo, 18% con síntomas moderados y 24% con síntomas severos (3).

Además 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 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 demográficos y clínicos que modifican la respuesta de un paciente al cáncer son obvios, sin embargo deben de tomarse en cuenta el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad y la ocupación del enfermo. El tipo celular, la etapa clínica y el tratamiento específico también son factores que modifican el pronóstico y por lo tanto la expectativa del paciente. Los factores psicosociales son: la personalidad del paciente, el medio sociocultural, la cualidad y cantidad de apoyo emocional y las experiencias previas de enfermedad.

En nuestro medio, los estudios de morbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer no existen; sólo se ha publicado un estudio sobre la reacción psicológica de los pacientes a la enfermedad (15). Estos estudios surgieron de la implementación del Programa de Psiquiatría de Enlace del Instituto Mexicano de Psiquiatría en los Institutos Nacionales. La presente investigación se realizó con los siguientes objetivos:

- 1) determinar la prevalencia de síndromes orgánicos cerebrales, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y reacciones de ajuste en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología, de acuerdo a los criterios del DSM-III y
- 2) estudiar los factores demográficos y clínicos asociados con morbilidad psiquiátrica.

Pacientes y método

Se entrevistó a 124 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología con las siguientes características:

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

De los 292 pacientes que ingresaron en el periodo de estudio (un mes), se entrevistó al 42%. Las causas de exclusión de los pacientes se muestran en el cuadro 1.

Los sujetos evaluados fueron 91 mujeres y 33 hombres de 48 y 40 años de edad en promedio respectivamente.

La entrevista se realizó en las primeras 48 horas de internamiento; ésta se dirigió a la detección de trastornos mentales orgánicos, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y reacciones de ajuste de acuerdo a los criterios del DSM-III.

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

CUADRO 1

Causas por las que se excluyeron del estudio a pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Cancerología en el transcurso de un mes

Diagnóstico no oncológico	46
Diagnóstico en estudio	31
Llevados a cirugía	29
Edad mayor o menor a la requerida	21
Se aplicó radio intracavitario	8
Mal estado general	5
Deficiencias sensoriales	3
Reingresos	4
Falta de tiempo	21
Total	168

Se analizó la relación de variables demográficas (sexo, edad, escolaridad), clínicas (localización del cáncer, tiempo de evolución, tratamientos previos, motivo del internamiento) y de apoyo psicosocial (estado civil, con quién vive el paciente y número de hijos) con la presencia o no de los trastornos psiquiátricos mencionados. El tiempo de evolución del padecimiento oncológico se calculó a partir de la fecha del diagnóstico histopatológico del mismo.

Las pruebas estadísticas empleadas fueron: chi cuadrada, *t* de Student y análisis de varianza.

Resultados

Hubo diferencias significativas en la edad y la escolaridad entre mujeres y hombres; el promedio de edad de las primeras fue mayor al de los hombres. La escolaridad fue de 4 años en promedio para las mujeres y 8 años para los hombres. El tiempo de evolución fue mayor para las mujeres aunque no de manera significativa (cuadro 2).

CUADRO 2

Características demográficas de la muestra (los datos se presentan en promedio y desviación estándar)

	Mujeres n = 91	Hombres n = 33
Edad* (años)	48 + 11	40 + 16
Escolaridad* (años)	4 + 4	8 + 6
Evolución (meses)	9 + 14	5 + 6

* Diferencias significativas entre hombres y mujeres $p < .05$

Los diagnósticos oncológicos más frecuentes fueron el cáncer cervicouterino (48%) y el cáncer de mama (20%) para las mujeres; leucemias y linfomas (24%) y genitourinario (30%) para los hombres. En la categoría "otros" se incluyen cáncer de aparato digestivo, respiratorio, piel y partes blandas (cuadro 3).

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron las reacciones de ajuste y los síndromes cerebrales orgánicos en las mujeres. En los hombres, sólo se

CUADRO 3
Diagnóstico oncológico

	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Cáncer cervicouterino	44	48	—	—
Cáncer mamario	18	20	—	—
Leucemias y linfomas	9	10	8	24
Cáncer genital	9	10	—	—
Cáncer genitourinario	—	—	10	30
Otros	11	12	15	45
Total	91	100	33	100

observaron reacciones de ajuste. En los "trastornos crónicos" se incluyeron la distimia, ciclotimia y depresión recurrente. El 57% de las mujeres entrevistadas recibió un diagnóstico, el 33% de los hombres presentó una reacción de ajuste; esta diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 5.49$, 1 g.l. $p < .05$) (cuadro 4).

CUADRO 4
Diagnóstico psiquiátrico

	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Sin diagnóstico	39	43	22	67
Reacción de ajuste	36	39	11	33
Síndrome orgánico cerebral	10	11	—	—
Trastornos crónicos	6	7	—	—
Total	91	100	33	100

$\chi^2 = 5.53$, $p < .02$, 1 g. l. (hombres-mujeres/con-sin diagnóstico)

No hubo diferencias en las variables demográficas entre los pacientes sin diagnóstico y aquéllos que presentaron un trastorno psiquiátrico. Sin embargo, se observa que el promedio de edad de las mujeres con un síndrome orgánico cerebral fue superior al de las otras mujeres. Los hombres que presentaron una reacción de ajuste tenían menor edad y mayor escolaridad que aquéllos sin trastorno psiquiátrico (cuadro 5).

CUADRO 5
Variables demográficas y trastornos psiquiátricos (datos en promedio y desviación estándar)

	n	Edad (años)	Escolaridad (años)
Mujeres			
Sin diagnóstico	39	48 + 11	4 + 4
Reacción de ajuste	36	46 + 10	4 + 4
Síndrome orgánico cerebral	10	56 + 11	2 + 3
Trastornos crónicos	6	49 + 9	4 + 3
Hombres			
Sin diagnóstico	22	42 + 17	7 + 6
Reacción de ajuste	11	35 + 14	10 + 5

En cuanto a las variables clínicas, el diagnóstico oncológico se relacionó significativamente con los padecimientos psiquiátricos; el 78% de las mujeres con cáncer de mama presentaban morbilidad psiquiátrica a diferencia del 52% de las mujeres con otras formas de cáncer ($\chi^2 = 3.9$, 1 g.l. $p < .05$). No hubo diferencias en cuanto a tiempo de evolución, si bien en las mujeres con trastornos crónicos éste fue menor (cuadro 6).

CUADRO 6
Tiempo de evolución y trastornos psiquiátricos (datos en promedio y desviación estándar)

<i>Mujeres</i>	<i>Meses</i>
Sin diagnóstico	9 + 14
Reacción de ajuste	10 + 10
Síndrome orgánico cerebral	10 + 11
Trastornos crónicos	3 + 4
<i>Hombres</i>	
Sin diagnóstico	4 + 4
Reacción de ajuste	6 + 8

Considerando los tratamientos previos y el motivo del internamiento como otras variables clínicas de importancia, observamos lo siguiente: las mujeres que no presentaban patología psiquiátrica en su mayoría habían recibido radioterapia (38%) o ningún tratamiento antineoplásico (26%). Las pacientes con reacción de ajuste habían recibido varios tratamientos previos (36%) o ninguno (19%). El 40% de mujeres con síndrome orgánico cerebral tenía el antecedente de varios tratamientos. El mayor porcentaje de varones sin morbilidad psiquiátrica no había recibido tratamiento o éste había sido quimioterapia (32% en ambos casos). En el 45% de los que presentaron una reacción de ajuste el tratamiento anterior había sido quirúrgico. El motivo del internamiento puede ser considerado como un indicador del estado clínico del paciente. El 46% de las mujeres sin diagnóstico psiquiátrico estaba programada para ser intervenida quirúrgicamente y el 10% para recibir "otros tratamientos". De las mujeres que presentaban una reacción de ajuste el 28% tenía como motivo de internamiento una intervención quirúrgica y el 20% "otros tratamientos". Bajo este rubro se incluyó el manejo de complicaciones del padecimiento oncológico (para diferenciarlo del tratamiento antineoplásico específico), el tratamiento sintomático y el mal estado general.

El apoyo psicosocial se determinó de acuerdo al estado civil del paciente, el número de hijos que tenía y con quién vivía. El 59% de las mujeres tenía pareja y el 31% eran divorciadas o viudas; el 73% de los hombres tenía una relación de pareja y el 3% eran divorciados, no se encontró ningún viudo; estas diferencias fueron significativas. El diagnóstico psiquiátrico no se relacionó con el estado civil. El número de hijos fue similar en ambos sexos (4 y 3 hijos en promedio para mujeres y hombres) y no hubo diferencias en los

pacientes con trastornos psiquiátricos. Sin embargo, si consideramos dos categorías en esta variable: tener hijos/no tener hijos, encontramos que en el grupo sin patología psiquiátrica, la única paciente sin hijos tenía 16 años; en el grupo con trastornos psiquiátricos, el 17% no tenía hijos; la asociación entre el diagnóstico psiquiátrico y tener o no hijos fue significativa ($\chi^2 = 4.95$, 1 g.l.). El 91% de las mujeres y el 94% de los varones vivían con su pareja o su familia.

Discusión

Del total de pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo de estudio, se entrevistó al 42%. El criterio de edad entre 16 y 70 años se estableció para excluir población de adolescentes y población geriátrica; consideramos que estos pacientes deben estudiarse por separado por la influencia que la edad puede tener sobre la experiencia de tener cáncer, además del deterioro cognoscitivo importante que puede presentarse en pacientes muy ancianos. La relación de la edad con los síndromes orgánicos cerebrales es evidente cuando se revisan los resultados de 16 ancianos entrevistados inadvertidamente (cuando el entrevistador revisó el expediente supo la edad de estos pacientes y los excluyó del análisis de los resultados). Ocho de estos pacientes (50%) presentaban un síndrome orgánico cerebral; su promedio de edad era de 82 años, y el de los pacientes que no tenían este problema fue de 73 años. La prevalencia de este síndrome en pacientes ancianos contrasta notablemente con la observada en la muestra que se reporta (11%).

Es importante mencionar que aunque el 51% de los pacientes entrevistados presentaba síntomas que ameritaron un diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al DSM-III, el 49% no presentaba, por lo menos, un trastorno del afecto o un síndrome orgánico cerebral. Esto indica que el paciente contienda con la enfermedad de tal forma que la sintomatología depresiva y/o ansiosa no es prominente.

Las patologías más frecuentes fueron los trastornos adaptativos y en segundo lugar los síndromes orgánicos cerebrales. Los trastornos incluidos en la evaluación sólo constituyen una parte de la nosología psiquiátrica contenida en el DSM-III, creemos que la inclusión de otras categorías diagnósticas elevaría estas cifras. Investigaciones posteriores deberán estudiar la detección de los trastornos por abuso de sustancias, somatoformes, psicosexuales y otros.

Como observamos en una investigación previa (15) existen diferencias importantes entre hombres y mujeres en la edad, escolaridad y tiempo de evolución del padecimiento oncológico. Por esta razón, se han manejado como poblaciones diferentes. Al analizar la prevalencia de trastornos psiquiátricos, observamos que las mujeres reciben con mayor frecuencia un diagnóstico de este tipo; es posible que esta diferencia no sea atribuible únicamente al sexo sino que la mayor morbilidad psiquiátrica dependa entre otras cosas de la edad o el tiempo de evolución. Esto parece corroborarse con la mayor edad de las mujeres con un síndro-

me orgánico cerebral; en los hombres no se observaron casos de este tipo, probablemente por su edad (40 años en promedio). En los hombres, las reacciones de ajuste se presentaron entre los más jóvenes y entre aquéllos con mayor escolaridad; estas tendencias no fueron estadísticamente significativas. El 7% de las mujeres presentó un trastorno crónico (depresión recurrente, distimia, ciclotimia), en los hombres no se observaron casos de estos trastornos; es sabido que en población general la frecuencia de éstos es mayor en las mujeres.

Otro hallazgo significativo se refiere a la mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer mamario; en el estudio ya mencionado (15) categorizamos la respuesta psicológica al cáncer en tres formas: 1) negación, 2) aceptación activa y 3) aceptación pasiva; 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 o 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 por la mastectomía; es posible que el problema sea más complejo y esté relacionado con otras variables. Investigaciones posteriores deberán tener como prioritario el estudio de las pacientes con cáncer mamario, aun cuando no constituya el grupo mayoritario (siendo éste el de pacientes con cáncer cervicouterino) sí representa el grupo con más trastorno emocional.

Aunque en el tiempo de evolución del padecimiento oncológico no se observaron diferencias significativas entre los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y los que tenían algún trastorno, es interesante mencionar que las pacientes con trastornos crónicos tenían un menor tiempo de evolución (3 meses). Recientemente se ha sugerido que la psicoterapia puede prolongar la vida de los pacientes con cáncer (19); es posible que la influencia de los factores psicológicos sea mayor de lo que hasta ahora se había considerado.

La relación del diagnóstico psiquiátrico con los tratamientos previos no fué significativa estadísticamente; sin embargo, desde el punto de vista clínico debe resaltarse que en las mujeres, el 15% de las que no manifestaban patología psiquiátrica habían recibido varios tratamientos antineoplásicos; entre las que presentaban una reacción de ajuste este porcentaje aumentó a 36% y a 40% en las pacientes con síndromes orgánicos cerebrales. Además de la influencia que los tratamientos pueden tener sobre las funciones cognitivas, cuando la paciente ha sido sometida a

más de una modalidad terapéutica es porque ha tenido recurrencias de la enfermedad o ésta no ha sido controlada, factores que al indicar un peor pronóstico, explican la mayor morbilidad psiquiátrica. 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. A mayor número de tratamientos 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 la aplicación de un nuevo tratamiento.

Una aplicación práctica de esta última observación es la sugerencia a los médicos tratantes para que reconozcan este aspecto psicológico de los pacientes con cáncer; si existen opciones, el paciente podría tener cierta participación en la planeación del tratamiento o en las decisiones terapéuticas.

Se observaron diferencias significativas en el estado civil entre mujeres y hombres, sobre todo en la condición "actualmente sin pareja" (viudez y divorcio); ninguna de las variables de apoyo psicosocial se asoció con el diagnóstico psiquiátrico. La mayor parte de los pacientes estudiados tenían una relación significativa y casi en su totalidad vivían con su pareja y/o su familia. Es evidente que en nuestro medio, el paciente oncológico siempre cuenta con el apoyo del grupo familiar y no se produce la alienación que ha sido descrita en otras sociedades.

Aunque en el número de hijos en promedio no se observaron diferencias significativas, las mujeres que no habían tenido hijos recibieron un diagnóstico psiquiátrico con mayor frecuencia que aquéllas que por lo menos tenían uno. Este aspecto merece especial atención, dada la relación que existe entre la sexualidad/maternidad y autoestima en nuestro medio.

Los estudios de prevalencia de morbilidad psiquiátrica y factores asociados en pacientes con cáncer nos permiten delinear un perfil de pacientes en riesgo de trastorno psiquiátrico y planear intervenciones terapéuticas más efectivas. El siguiente paso, obviamente, sería determinar cuáles son los factores que protegen a los pacientes que contienden con el cáncer sin presentar morbilidad psiquiátrica.

Los autores agradecen a las autoridades del Instituto Nacional de Cancerología y en especial al Dr. Juan Romero, psiquiatra adscrito a dicho Instituto, las facilidades y el apoyo prestados para que este estudio pudiera llevarse a cabo.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. III Ed., Washington, 1980.
2. BAHNSON CB: Stress and cancer, the state of the art. *Psychosomatics*, 21:975-981, 1980.
3. BUKBERG J, PENMAN D, HOLLAND JC: Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 46:199-212, 1984.
4. DAVIES RK, QUINLAN DM, McKEGNEY FP, KIMBALL CHP: Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients. *Psychosom Med*, 35:464-471, 1973.
5. DEROGATIS LR, MORROW GR, FETTING J, PENMAN D, PIASETSKY S, SCHMALE A, HENRICHS M, CARNICKE CH: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249:751-757, 1983.
6. DEROGATIS LR, SCHACHTER L: Depression and anxiety in cancer patients. *JAMA*, 249:728-729, 1983.
7. FRAS I, LITIN EM, BARTHOLOMEW LG: Mental symptoms as an aid in the early diagnosis of carcinoma of the pancreas. *Gastroenterology*, 55:191-198, 1968.
8. GLASS RM: Psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249:782-783, 1983.
9. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW: Psychological response to breast cancer, effect on outcome. *Lancet*, 1:785-787, 1979.
10. GREER S: Psychological enquiry: a contribution to cancer research. *Psychol Med*, 9:81-89, 1979.
11. GREER S, SILBERFARB PM: Psychological concomitants of cancer: current state of research. *Psychol Med*, 12:563-573, 1982.
12. JAMISON KR, WELLISH DK, PASNAU RO: Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. *Am J Psychiatry*, 135:432-436, 1978.
13. LEVINE PM, SILBERFARB PM, LIPOWSKY ZJ: Mental disorders in cancer patients. A study of 100 psychiatric referrals. *Cancer*, 42:1385-1391, 1978.
14. MORRIS T, GREER S, WHITE P: Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer*, 40:2381-2387, 1977.
15. LARA MC: Reacción psicológica al cáncer. *Salud Mental*, 7:61-66, 1984.
16. PECK A: Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, 40:180-184, 1977.
17. PLUMB MM, 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 PM, GREER S: Psychological concomitants of cancer: clinical aspects. *J Psychotherap*, 36:470-478, 1982.
19. SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHEIL E: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14:888-891, 1989.