



La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer

Viviana Sala, M.D.¹

Resumen

La intervención de los profesionales de la salud mental en el terreno de la oncología va pareja al avance que se ha generado en el tratamiento de este tipo de enfermedades. Entonces, aparece un nuevo paciente al que se le prolonga su vida y es necesario analizar lo que genera en él, en su medio familiar y en el equipo de salud que lo asiste.

El 68% de aquellos que padecen cáncer tiene cuadros compatibles con trastorno de adaptación, en algún momento del curso de su enfermedad. Entre un 25% y un 40%, dependiendo de las características de la muestra, presentan trastorno depresivo con los criterios del DSM-IV y, finalmente, la presencia de delirium se puede ver en el 15% de los pacientes en general, en el 25% de los ancianos y en un 75% de los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de su enfermedad.

Palabras Clave: neoplasias, psiquiatría, depresión, delirium, ansiedad, adaptación psicológica.

Abstract

The intervention of the mental health professionals in the oncological field goes in parallel with the advances that are taking place in the treatment of oncological diseases. We are facing new patients, once their life is prolonged; this creates new necessities in them, their families and the treating team. The 68% of patients with cancer have characteristic cases of adaptation disorder at some point in the course of their illness. A 25% to 40% of patients depending on the characteristics of the sample, present a depressive disorder according to DSM-IV criteria. Finally, the presence of Delirium

(1) Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital de Oncología María Curie. Secretaria docente de la Asociación Argentina de Psiconeuroendocrinoinmunología. Especialista en Psiquiatría, en Salud Pública y en Medicina Legal. Magíster en Psiconeuroendocrinoinmunología. Guevara 1430 Dto. 1 Capital Federal CP 1427. Tel/Fax 4-554-7382. Dirección electrónica: viviss@infovia.com.ar. Html: www.p psicooncologia.org

can be found in 15% of the general patients, 25% of the elderly and 75% of the patients facing end stage illness.

Key words: *neoplasms, psychiatry, depression, delirium, anxiety, adaptation psychological.*

Introducción

La intervención de los profesionales de la salud mental en el terreno de la oncología va pareja al avance que se ha generado en el tratamiento de enfermedades relacionadas con este campo; lo cual comienza a evidenciarse marcadamente en la década de los ochenta, donde tener cáncer deja de significar una muerte inminente y se sitúa junto al grupo de enfermedades del terreno de las patologías crónicas (11).

Entonces, aparece un nuevo paciente que, al prolongarse su vida, genera nuevas necesidades tanto para él y su medio familiar como en el equipo de salud.

Esta situación significa un cambio de paradigma en la atención. Se pasó de un supuesto en el cual enfermar de cáncer implicaba morir inmediatamente, a una dimensión donde, en muchos casos, pasó a ser "vivir con cáncer"; por lo que pudo pensarse esta enfermedad como una herida que no cierra, pero con la que se puede continuar la existencia.

Así es como se genera la necesidad de convocar a profesionales de otras áreas para resolver los problemas inéditos que esta situación comenzaba a plantear, y dio lugar a la generación de nuevas especialidades o subespecialidades como psicooncología, cuidados paliativos o tratamiento del dolor. Igualmente, surgió la posibilidad de pensar en que el éxito terapéutico no pasa ya por la curación de la enfermedad, sino por conseguir la mejor calidad de vida para el paciente que debe convivir con la enfermedad.

En la actualidad, el cuidado médico en nuestro país y en el mundo atraviesa una seria crisis que oscila entre lo distanásico y lo mistanásico (3), con lo que se perjudica no sólo el paciente y su familia, sino también el personal de salud que se encuentra atrapado en estas peligrosas oscilaciones.

Sabemos que los servicios que se ocupan de los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes ocupan el último eslabón en el pensar y accionar médico; pero no por ello son desestimados por ellos, quienes buscan frecuentemente esta atención. Es el personal de salud mental el que muchas veces establece y funciona como 'bisagra' para que se establezca o reestablezca la tan malograda relación médico-paciente.

En el Centro de Cáncer Dana Farber de Boston (11), en 1995, ocurrió un trágico hecho relacionado

con una sobredosis de quimioterapia. Esto motivó un serio llamado de atención por parte de la Organización Estadounidense de Acreditación de Hospitales, que increpó al equipo médico por no poner suficiente cuidado en el reporte de los pacientes o en sus síntomas. El cuerpo de acreditación indicó que este equipo debería tener mayor entrenamiento en la comunicación y en el desarrollo de habilidades para "escuchar a sus pacientes".

Por otra parte, en un centro médico de Buenos Aires, una paciente a raíz de una sobredosis de quimioterapia, sufrió ulceraciones en su boca que le generaron una grave odinofagia e imposibilidad para hablar o ingerir alimentos. Hasta ese momento, la paciente trabajaba como profesora de nivel secundario. El hecho de que no la hayan escuchado cuando manifestó sus primeros síntomas, le generó serias dudas con respecto al equipo médico y en continuar con el tratamiento; con el agravante de que no se la derivó al servicio de estomatología para las curaciones. La paciente manifiesta: "siento que estoy sola en esto, yo no se nada de biología y debo supervisar mi propio tratamiento".

En nuestro sistema de salud no existen auditorías de acreditación. El profesional de salud mental frecuentemente es el receptor de estas situaciones y debe, en un marco mistanásico, guardar un delicado equilibrio para trabajar terapéutica-

mente y no caer en situaciones asistencialistas que sólo apaguen el fuego de momento. Además, esta situación no está reservada al área pública, sino que es tristemente compartida por instituciones del área privada de, supuestamente, primer nivel donde la reducción de costos en la atención psiquiátrica y psicológica del paciente con cáncer, lo priva de este servicio.

Téngase en cuenta que durante la internación del paciente con cáncer se debe desplegar un complejo sistema que comprende por lo menos cuatro factores (6),(10),(13):

Y El paciente con su historia biográfica y su entorno familiar y social.

Y El impacto psíquico y físico en su sistema nervioso central, producto de su enfermedad.

Y Sus recursos psíquicos y el funcionamiento de éstos.

Y El médico o el equipo tratante y las reglas de la institución.

Por eso, la interconsulta al área de salud mental va a depender de cómo se manejen y de como interactúen estos factores, además, del tipo de conflicto generen. De todas maneras, la ausencia de conflicto no implica que falte sino que, en ocasiones, puede indicar una seria dificultad en la atención médica (19).

Motivos de interconsulta psiquiátrica frecuentes en el paciente con cáncer

El 68% de los pacientes que padecen cáncer tiene cuadros compatibles con trastornos de adaptación (27), en algún momento del curso de su enfermedad. Entre un 25% y un 40% (depende de las características de la muestra) presentan un trastorno depresivo que sigue los criterios del DSM-IV. Finalmente, la presencia de delirium se puede ver en el 15% de los pacientes, en general, en el 25 % de los ancianos y en un 75% de los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de la enfermedad (16).

En un estudio de Derogatis de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (25), que siguió los criterios del DSM-IV para el análisis de una muestra de pacientes con cáncer, estableció: el 47% padecía trastornos psiquiátricos de distinta índole y dos tercios se encontraban dentro de lo que se consideran trastornos de adaptación, es decir, una reacción de tipo agudo ante una situación vivida como estresante (18). En este caso, el estresante es la misma enfermedad o bien algunos de los sucesos que se desencadenan en su transcurso, como el ser sometido a tratamientos que impliquen mutilaciones, quimioterapia o tratamientos radiantes u hormonales que, si bien contribuyen al control de la enfermedad o su remisión, generan una cantidad de eventos adversos para el individuo que alteran su calidad de vida (7),(8).

Trastornos de ansiedad

Las causas de ansiedad (5),(17),(13) en los pacientes con cáncer pueden ser de diferente índole:

Y Situacionales.

Y Relacionadas con la enfermedad.

Y Relacionadas con el tratamiento.

Y Exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.

Entre las causas de origen situacional se ubican, en primer orden, el diagnóstico de la enfermedad junto con la discusión de su pronóstico. Esto no sólo va a afectar al paciente, sino también en forma simultánea o diferida a los miembros de su familia más comprometidos afectivamente.

Otros factores situacionales son:

Y La crisis que desencadena la enfermedad y el tratamiento.

Y Conflictos con la familia o el equipo de atención.

Y Anticipación de un procedimiento atemorizante.

Y Espera de los resultados de un análisis o de otro tipo de estudio, ya sea en la etapa diagnóstica o de control de la enfermedad.

Y Miedo a la recidiva.

En ocasiones suelen sumarse al trastorno ansiógeno ideas de muerte mucho más frecuentes en los pacientes con cáncer que en la pobla-

ción con presencia de algún trastorno psiquiátrico y que no padece esta afección. En general, la idea de terminar con la vida, ya sea por sus propios medios o solicitando a un tercero que lo haga, está muy relacionada con el pobre control de los síntomas y fundamentalmente el dolor (31), (29). Por lo general, cuando se instaura una analgesia adecuada, estas ideas desaparecen inmediatamente.

Otras causas de ansiedad relacionadas con la enfermedad son:

Y Estados metabólicos anormales.

Y Tumores secretantes de hormonas.

Y Síndromes paraneoplásicos (efectos remotos en el sistema nervioso central).

La ansiedad anticipatoria se presenta frecuentemente en los pacientes que están realizando tratamiento con quimioterapia, y en quienes se presentan como síntomas frecuentes las náuseas y vómitos antes de llegar al hospital o en la sala de espera del hospital de día, cuando aún no se le colocó la medicación.

Además, es frecuente la aparición de cuadros de ansiedad frene a procedimientos atemorizantes como el resonador magnético (situación durante la cual el paciente puede ex-

Tabla 1. Ansiedad originada por problemas médicos más comunes en pacientes con cáncer

Problemas médicos	Ejemplos
Dolor pobremente controlado	Dolor que no responde o que no es tratado
Estados metabólicos anormales	Hipoxia, embolos pulmonares, <i>spesis</i> , fiebre, delirium, hipoglucemia, sangrado, oclusión coronaria y falla cardiaca, arritmia cardiaca
Tumores secretores de hormonas	Feocromocitoma, adenoma tiroideo o carcinoma, Adenoma paratoroideo, tumores productores de ACTH
Drogas productoras de ansiedad	Insulinoma Corticosteroides, neurolépticos usados como antioeméticos, tiroxina, broncodilatadores, estimulantes beta adrenérgicos, antihistamínicos (reacciones paradójicas) estados de abstinencia (alcohol, narcóticos, hipnóticos-sedantes)
Efectos secundarios del tratamiento	Piel alérgica, eczantema a antibióticos, toxicidad inesperada (p. ej., diarrea)

perimentar un ataque de pánico), otros tipos de escáner o el desbridamiento de heridas.

También encontramos fármacos que se le van a administrar al paciente, en general complementarios de su tratamiento principal, que pueden producir trastornos de ansiedad por drogas (Tabla 1).

La existencia de un diagnóstico de ansiedad o su antecedente implica que el cuadro se puede exacerbar o recidivar ante la aparición de un padecimiento como el cáncer. Un 4% de los pacientes sufre de trastornos de pánico, fobias simples y trastornos de ansiedad generalizado.

Un porcentaje considerable de pacientes también sufre de trastorno por estrés postraumático (12), relacionado con el recuerdo de un familiar enfermo de cáncer y el efecto que produjo en el paciente, especialmente si fue su cuidador.

Otro origen de la ansiedad y motivo frecuente del pedido de interconsulta es la "ansiedad de muerte". El diagnóstico de cáncer suele disparar la consideración de la propia mortalidad en casi todos los pacientes con cáncer, sin importar el tipo o su estadio. Cella y Tross administraron un cuestionario de ansiedad de muerte a sesenta pacientes hombres sobrevivientes de la enfermedad de Hodkin y a treinta sobrevivientes de cáncer de testículos (29). Los investigadores no encontraron

diferencias entre los tipos de cáncer en la ansiedad de muerte, ni tampoco una relación con el grado de la enfermedad o pronóstico. Sin embargo, emergió una relación significativa entre la ansiedad de muerte y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. La conclusión es que la preocupación sobre esta idea se puede incrementar en la medida en que el paciente asimila el impacto del diagnóstico o, en cuanto el paciente experimenta el efecto debilitante del tratamiento o la enfermedad, lo que significa un recordatorio de su propia mortalidad.

Depresión en pacientes con cáncer

Para algunos autores la depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior que en la población general, y dos veces mayor que en personas internadas por otros problemas clínicos. Numerosos son los factores de riesgo para padecer depresión (Tabla 2), pues está relacionada tanto con factores personales como con factores del tratamiento y la enfermedad (25).

Es de suma importancia detectar y tratar psicoterapéuticamente y psicofarmacológicamente los cuadros depresivos en estos pacientes, ya que no sólo modifican su calidad de vida desde un punto de vista subjetivo, sino que también pueden cambiar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema

inmunológico (14),(15). Además, puede producir un desequilibrio en el sistema inmunológico, que favorece las infecciones sobreagregadas en los pacientes con cáncer (2),(4),(28), (30).

Para poder diagnosticar la depresión en estos pacientes hay que pensar en ella, descartarla o confirmarla durante la entrevista, pero no dejarse llevar por la tentación de minimizar los síntomas frente a la supuesta presunción de que "es lógico que el paciente se muestre deprimido". No es lo mismo estar triste que tener un cuadro depresivo. Durante la entrevista, es preciso elaborar hipótesis diagnósticas y tratar de confirmarlas. Los tiempos del paciente con cáncer son diferentes a los tiempos de cualquier otro paciente que consulta por un trastorno del estado de ánimo. Es indispensable descartar las causas médicas o farmacológicas que pueden inducir el cuadro depresivo o las que a veces coexisten con éste y que lo agravan.

Muchos pacientes con cáncer describen síntomas somáticos y neurovegetativos como anorexia, disfunciones sexuales, fatiga, hipersomnia, sueño alterado, que pueden estar relacionados con un cuadro depresivo (26), con la evolución clínica de la enfermedad, con el tratamiento o con todos estos factores. Para un paciente con cáncer es posible satisfacer los criterios para depresión con sólo la suma de síntomas somáticos, aun cuando estén

ausentes o presentes los disturbios del humor en un grado leve.

Westein et al. comprobaron en una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que la mayoría de las variables del diagnóstico de depresión podía ser explicado por sus deficientes estados nutricionales (29). Además, Breitbrat manifestó que la depresión está muy relacionada con el dolor que padecen; por lo que plantea la necesidad de reevaluar a aquellos pacientes diagnosticados con depresión mayor y que concomitantemente estaban padeciendo un episodio de dolor, cuando se logra el control del síntoma.

La confusión diagnóstica entre depresión y enfermedad médica puede tener dos tipos de implicancias para el paciente. En primer lugar, el diagnóstico de depresión en pacientes no deprimidos puede llevar a ejercer una presión inadecuada para la consulta psicológica y psiquiátrica y la no debida atención al origen físico o medicamentoso de los síntomas.

En segundo lugar, en el paciente que está realmente deprimido y cuyos síntomas se atribuyen a causas físicas o al tratamiento no se solicita la interconsulta con salud mental. Ambas circunstancias cambian la calidad de vida del paciente y el proceso de su enfermedad, lo cual tiene consecuencias desfavorables para su evolución (3),(20).

Categoría	Influencia
Personal	Historia de la depresión (paciente y familia) Historia de alcoholismo o abuso de sustancias Intento suicida previo Pobre apoyo social Perdida reciente (duelo)
Enfermedad y tratamiento	Estadios avanzados del cáncer Dolor pobremente controlado Otra enfermedad crónica o incapacidad
Medicación	Corticoesteroides Prednisona. Dexametasona Otros agentes quimioterapéuticos Vincristina, vinblastina, procarbina L-asparaginasaginasa, interferon, - aphotericina B
Otras medicaciones	Cimetidina Diazepam Indometacina Levodopa Metildopa Pentazocina Fenmetracina Fenobarbital Propanolol Alaloides de Rauwolfia Estrógenos
Otras condiciones médicas	Metabólica Nutricional Endocrina Neurológica

Tabla 2. Factores de riesgo para depresión en pacientes con cáncer

Para algunos autores la incidencia de depresión en el paciente con cáncer es del 13%. En un estudio de la Universidad de Bispebjerg, Copenhague (1994), con escala de Hamilton arrojó una incidencia del 40%. En otro estudio de la Universidad de Ferrara, Italia (1989), que también utilizó la escala de Hamilton,

en un grupo de 196 pacientes se detectó que 38,26% tenía un cuadro compatible con depresión cuando se utilizaba un punto límite de 17, pero con un punto límite de 21 el cuadro depresivo aparecía en 23,97%. En el Servicio de Psicopatología (24) del Hospital de Oncología María Curie (1997) se adminis-

tró la escala de Hamilton en el marco de una investigación sobre calidad de vida a 51 pacientes en la primera etapa de su tratamiento (recientemente se les había suministrado el diagnóstico y aún no habían iniciado terapéutica alguna) y se tomaron como puntos límites 14 a 29 para depresión leve, de 30 a 34 para depresión moderada y 35 a 75 para depresión grave. Con este puntaje, el 41% arrojó un estado depresivo.

Es preciso ser sumamente asertivo en el diagnóstico de depresión. En función de los comentarios anteriores, se puede suponer que si bien el trastorno depresivo es relevante en la población con cáncer, también no deja de ser cierto que muchas veces los resultados de las investigaciones en las cuales se utilizan escalas de depresión como la de Beck y Hamilton (1) se encuentran inflados, debido a los trastornos somáticos del sueño y la alimentación que presentan estos pacientes, que no necesariamente están asociados con depresión.

Esto no invalida que el paciente presente un trastorno de su estado de ánimo; pero éste puede estar enmarcado en reacciones de adaptación frente a la enfermedad que son posibles de abordajes psicoterapéuticos sin la necesidad de la utilización de psicofármacos.

Es pertinente resaltar, según lo expuesto, la importancia del equipo interdisciplinario y la preparación que debe tener no sólo el oncólogo, sino también el psiquiatra y el psicólogo, para realizar un correcto diagnóstico y abordaje del paciente.

Deterioro neuropsicológico

El delirium es la segunda enfermedad psiquiátrica más frecuente encontrada en los pacientes con cáncer, la primera es la depresión (Tabla 3).

Además de todas las consecuencias de tipo emocional que acompañan al cáncer, los pacientes que padecen esta enfermedad tienen muchas probabilidades de padecer un daño

Tabla 3. Causas más comunes de delirium en pacientes con cáncer

Causas	Ejemplos
Encefalopatía metabólica debido a falla de un órgano vital	Hígado, riñón, pulmón (hipoxia), glándula tiroides, glándula adrenal
Desequilibrio electrolítico	Sodio, potasio, calcio, glucosa
Tratamiento de efectos colaterales	Narcóticos, anticolinérgicos, fenotiacinas, antihistamínicos, agentes quimioterápicos, esteroides, radioterapia
Infección	Septicemia
Anormalidades hematológicas	Anemias microcítica y macrocítica, coagulopatías
Nutricional	Malnutrición general, deficiencia de tiamina, ácido fólico, vitamina B-12
Síndromes paraneoplásicos	Efectos remotos de tumores Tumores productores de hormonas

cognitivo, debido a la naturaleza sistémica de este proceso. A lo que se suma la edad avanzada de un buen número de ellos y los efectos adversos de los tratamientos quimioterapéuticos.

La causa del delirium, sabemos, tiene su origen en la enfermedad médica o en fármacos que se administran; por lo que su solución va a estar en relación directa con la de la causa que le dio origen. No obstante, es el trastorno orgánico cerebral peor diagnosticado por el equipo de médicos clínicos.

Los trastornos de conducta y de la percepción que frecuentemente acompañan al delirium -junto con deterioro de la memoria, atención y orientación-, tienden a desviar la atención del médico con respecto a la etiología orgánica del problema. Si a esto se le suman quejas del paciente como cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, el resultado suele ser, en el mejor de los casos, un pedido de interconsulta a psiquiatría por depresión. O bien, se piensa que estos síntomas podrían ser superados con un poco de esfuerzo por parte del paciente.

En los estadios tempranos de la instauración de estos desórdenes neuropsicológicos (9) hay indicadores que permiten realizar una aproximación diagnóstica, como:

Y Cambios en el patrón de sueño con cansancio, intentos de salir de la cama sin motivo, periodos transitorios de desorientación.

Y Ansiedad inexplicable y sensación de terror.

Y Irritabilidad creciente, enojo, malestar e ira explosiva.

Y Rechazo a hablar con familiares o con el equipo médico.

Y Olvidos no presentes previamente.

En cuanto a los síntomas de aparición más tardía relacionados con cambios conductuales del paciente, se deben tener en cuenta:

Y Enojarse, maldecir o mostrar actitudes abusivas.

Y Demanda de ir a la casa, pasear en el corredor.

Y Ilusiones (confusiones visuales y sensoriales, confundir al equipo médico).

Y Delirios (confundir sucesos, contenido usualmente paranoide, miedo a ser dañado).

Y Alucinaciones (visuales y auditivas).

Además de los orígenes orgánicos del delirium, se le suma la lucha permanente e individual del paciente con su enfermedad, es decir, el estrés psicológico (22),(19), la privación del sueño por distintas causas; pero principalmente el dolor o la inmovilización son factores que sensibilizan al paciente y que, en presencia de organicidad, favorecen la aparición de un cuadro confusional.

Muchas veces el paciente con cáncer es expuesto a tratamientos neurotóxicos, pero se desestiman sus efectos. No hay muchas investigaciones al respecto, sólo un estudio se ha dedicado sistemáticamente al tema del impacto neuropsicológico de la quimioterapia en el sistema nervioso central y las radiaciones craneanas en adultos. Tucker et al. informaron sobre déficit neuropsicológicos mínimos en un grupo de 25 adultos que fueron sometidos a tratamientos por leucemia y linfomas, lo cual sugirió además cómo el impacto podría no ser tan grande en los adultos, pero sí en niños, considerando que éstos no tienen desarrollado aún su sistema nervioso.

En consecuencia, diagnosticar adecuadamente el delirium cuando ocurre, es necesario tanto para el alivio del sufrimiento del paciente como para un correcto cumplimiento terapéutico.

Conclusiones

Ciertamente es difícil pronosticar quién va a sufrir un grado significativo de angustia emocional durante la experiencia del cáncer, de manera que lo conduzca a padecer una enfermedad psiquiátrica con todos los formalismos del diagnóstico.

Hay una cantidad importante de variables que van a influir en esto. Se han encontrado indicios de un incremento de morbilidad psiquiátrica en pacientes que presentan es-

tadios avanzados de la enfermedad; sin embargo, para otros autores el impacto de la enfermedad en el funcionamiento físico y calidad de vida del individuo es un indicador importante que se debe tener en cuenta para futuros problemas psicológicos, más que la etapa de la enfermedad (21).

También factores como el padecimiento de una incapacidad física anterior a la enfermedad, el contar con poco apoyo social, antecedentes de cuadros depresivos o de otros desórdenes afectivos, alcoholismo o cualquier otro tipo de adicción, son elementos que se deben considerar para evaluar riesgo de la aparición de un cuadro de desajuste psicológico o psiquiátrico en el paciente con cáncer.

Estos elementos subrayan la necesidad de la consulta precoz de salud mental, y aun rutinaria dentro de la evaluación del paciente, cuando ingresa en el ámbito institucional que va a atender su enfermedad.

La consulta al servicio de salud mental en "la hoja de ruta" del paciente que va a ser sometido a una cirugía, a un tratamiento quimioterapéutico o radiante es una práctica que se realiza en el Hospital de Oncología María Curie con la expectativa de realizar un diagnóstico precoz, una atención breve y eficaz, y contribuir a asegurar un buen cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

Bibliografía

1. Alonso Fernández F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Calabria: Labor; 1988.
2. Bovbjerg DH, Valdimarsdottir HB. Stress, immune modulation, and infectious disease during chemotherapy for breast cancer. *Ann Behav Med* 1996; 18: S63.
3. Belderrain L. Bioética y cáncer. En: Sala V, editora. *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 1998.
4. Cohen N, Rabin B. Psychologic stress, immunity, and cancer. *Jou of Cancer* 1998; 1: 30-2.
5. Cesarco R. Depresión y ansiedad en el paciente con cáncer. En: Sala V, editora. *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 1998.
6. Estapé J. Actitudes del enfermo ante el diagnóstico. En: *Diagnóstico de extensión. Estrategia terapéutica*. Barcelona: Salvat; 1982. p. 63-4.
7. Gatto ME. Psicoprofilaxis en terapia radiante. En: Sala V, editora. *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 1998.
8. Greenberg DB. Radiotherapy. In: Holland J, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 269-76.
9. Glük R. Delirio y cáncer. En: Sala V, editora. *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 1998.
10. Holland JC, Geary N, Marchini A et al. An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer invest* 1987; 5(2): 151.
11. Holland JC, Almanza-Muñoz J. Principles of psycho-oncology. In: *Cancer Medicine*, 4th ed. s. l.: Williams and Wilkins; 1997. p. 1327-43.
12. Holland JC, Almanza-Muñoz J. Estrés pos-traumático en el paciente con cáncer. En: Sala V, editora. *Psico-socio-oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 1998.
13. Holland J, La psico-oncología en las proximidades del nuevo milenio. *Oncol Clín* 1998; 3: 77-80.
14. Kandell, Jessell, Schwartz. *Neurociencia y conducta*. s. l.: Prentice Hall; 1996.
15. Kaplan IH, Sadok BJ. Conducta e inmunidad. En: *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Intermedica; 1997. p. 1484-85.
16. Kaplan IH, Sadok BJ. Estrés y psiquiatría. En: *Tratado de psiquiatría*, Buenos Aires: Intermedica; 1997. p. 1469-76.
17. Kornblith AB. Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: Holland J, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 223-55.
18. Lazarus, Folkman. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Rocca; 1986.
19. MacEwen B. Protective and damaging effects of stress mediators. *Semin in Med of The Beth Isr Deac Med Center* 1998; 338(3): 171-9.
20. MacDaniel, Musselman, Porter, Reed, Nemeroff. *Depresión en pacientes con cáncer, Biología y tratamiento*. ARCH 1989; 9.
21. Roff Carballo J. Teoría y práctica psicósomática. Bilbao: Desclee de Brower; 1984.
22. Stratakis, Chrousos. Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Ann NY Acad of Sci* 1995: 1-17.
23. Sala V, Rivadeneira C, Ferraro ML, Gallol L. Investigación depresión y sucesos de vida en pacientes con cáncer. *Hospital de Oncología María Curie*; 1996-1997.
24. Sala V. Depresión y cáncer. Una apreciación psiconeuroinmunoendocrinológica de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer. *Rev de Clín Psic* 1998; 7(3): 209-18.
25. Sala V, Miramont A. Insomnio y cáncer. En: Sala V, editora. *Psico-socio-oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 1998.
26. Spencer SM, Carver SC, Price AA. Psychosocial and social factors in adaptation. In: Holland J, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 211-21.
27. White MH. Prevention of infection in patients with neoplastic disease. Use of historical model for developmental strategies. *Clin Infect Dis* 1993; 17: S355-8.
28. William B, Jaramillo JR, Chochinov HM. Palliative and terminal care. In: Holland J, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 437-49.
29. William B, Payne D. Pain. In: Holland J, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 450-75.
30. Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull* 1991; 109: 5-24.