

# Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer

Dr. José de Jesús Almanza Muñoz,\* Dr. Willian Breitbart,\*\* Dra. Jimmie C. Holland\*\*\*

\* Médico Psiquiatra y Psicooncólogo, graduado del Fellowship de Investigación en Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center New York, NY (MSKCC). Actualmente, Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional.

\*\* Jefe del Servicio de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, MSKCC, New York, NY.

\*\*\* Chair, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, y Wayne E. Chapman Chair in Psychiatric Oncology MSKCC, New York, NY.

## RESUMEN

**Introducción.** Un tercio de los pacientes oncológicos cursan con dolor, mismo que condiciona desde una mayor dificultad de adaptación al cáncer hasta diversos grados de psicopatología. Existen muy pocos estudios al respecto en pacientes ambulatorios.

**Objetivo.** Describir la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes oncológicos ambulatorios con dolor asociado al cáncer.

**Marco.** Centro de Consejería (ambulatoria) del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de la Ciudad de Nueva York.

**Método.** Estudio retrospectivo y correlacional efectuado mediante la revisión de expedientes. Los diagnósticos fueron establecidos con base en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición. Se aplicó estadística descriptiva y correlacional, así como estadística inferencial, utilizando la prueba de  $\chi^2$  para estudios de asociación.

**Resultados.** De un total de 620 pacientes estudiados, 523 (85%) tuvieron cáncer, y de estos 199 (38%) cursaron con la presencia de dolor, en los cuales se documentaron trastornos depresivos (62%), trastornos de adaptación (43.7%), y trastornos de ansiedad (25%). La presencia de dolor se asoció significativamente con depresión (62.8% vs. 45.5%), ansiedad (25% vs. 23.4%), y trastornos de personalidad (12.5% vs. 10.5%) ( $\chi^2 = 13.4$ ; gl = 3;  $p = 0.004$ ), así como con la modalidad de solicitud de enlace (interconsulta) "urgente" y "para hoy" (8.5% vs. 6.9% y 23% vs. 12.8%) ( $\chi^2 = 17.3$ ; gl = 3;  $p = 0.004$ ), mientras que la modalidad "rutinaria" fue más frecuente en pacientes sin dolor (80.3% vs. 67.5%). Finalmente, la comorbilidad de cáncer y dolor condiciona mayor probabilidad de recibir tratamiento farmacológico (74% vs. 57.3%,  $p = 0.001$ ), o psicoterapia (83% vs. 77.8%,  $p = 0.000$ ) y menor probabili-

*Mental disorders in an oncological outpatient's population with related cancer pain*

## ABSTRACT

**Background.** Up to a third of oncological patients have pain, causing a greater difficult for cancer adaptation as well as several grades of psychopathology, which has been. There are very few studies regarding this correlation in ambulatory cancer patients.

**Objective.** To describe the mental disorder prevalence in oncological outpatient with related cancer pain.

**Setting.** Memorial Sloan-Kettering Counseling Center (outpatient facility) at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY.

**Method.** A retrospective and correlational study was done through chart review. Diagnosed were established using DSM-IV edition criteria. Descriptive, correlational and inferential statistic was performed using  $\chi^2$  for association measures.

**Results.** A total of 620 patients were studied. Cancer was the primary diagnostic in 523 (85%) and 199 patients (38%) had pain. Documented mental disorder included depressive disorders (62%), adjustment disorders (43.7%), and anxiety disorders (25%). Pain was associated significantly with depression (62.8% vs. 45.5%), anxiety (25% vs. 23.4%), and personality disorders (12.5% vs. 10.5%) ( $\chi^2 = 13.4$ ; gl = 3;  $p = 0.004$ ), and with "urgent" as well as "today" modality of liaison consultation (8.5% vs. 6.9% y 23% vs. 12.8%) ( $\chi^2 = 17.3$ ; gl = 3;  $p = 0.004$ ), whereas "routine" was more frequent in patients without pain (80.3% vs. 67.5%). Finally, cancer pain comorbidity causes more probability to receive pharmacologic treatment (74% vs. 57.3%,  $p = 0.001$ ), or psychotherapy (83% vs. 77.8%,  $p = 0.000$ ) and less probability of clinical global im-

dad de mejoría clínica global en comparación con los pacientes sin dolor (53% vs. 58%,  $p = 0.000$ ).

**Conclusiones.** La coexistencia de cáncer y dolor es de 38%, y se asocia con cifras significativamente mayores de psicopatología, así como mayor necesidad de psicofarmacoterapia, psicoterapia y menor probabilidad de mejoría clínica global, hallazgos que deben orientar al equipo oncológico a la detección temprana y manejo oportuno de dichas condiciones clínicas. Es recomendable replicar estos resultados para confirmar su consistencia en otras muestras de pacientes oncológicos y con otros diseños metodológicos.

**Palabras clave:** Trastornos mentales, cáncer, dolor, ambulatorios, depresión, ansiedad, adaptación, comorbilidad.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer condiciona niveles elevados de estrés en los pacientes. Ello se debe a la percepción, a veces distorsionada, así como al estigma que comúnmente existe en torno a la presencia de cáncer. La principal preocupación asociada a la existencia de cáncer, es la de una muerte dolorosa, a lo cual se suma la dependencia de otros y las alteraciones en la apariencia y los cambios en las funciones corporales como resultado ya sea del cáncer por sí mismo, o bien de los métodos terapéuticos.<sup>1</sup>

Una de cada diez muertes en el mundo se debe al cáncer, y cada año un estimado de 6.35 millones de nuevos casos de cáncer son diagnosticados, de los cuales más de la mitad ocurren en países en vías de desarrollo. Asimismo, aproximadamente 4.3 millones de personas mueren por cáncer al año, y se estima que 3.5 millones sufren de dolor por cáncer diariamente.<sup>2</sup>

### ***Dolor en pacientes con cáncer***

El dolor ha sido reconocido ampliamente como un problema común en pacientes hospitalizados por cáncer.<sup>3-5</sup> Se ha señalado que en 33.5% de los casos, el dolor puede ser a causa del propio cáncer, y en 6.7% es el resultado de los diversos tratamientos para el cáncer.

Existe dolor de intensidad moderada a severa en un tercio de los pacientes que reciben tratamiento activo y en un 60 a 90% de pacientes con cáncer en estadios avanzados.<sup>6-8</sup> Ahles y cols. han reportado que el dolor aflige aproximadamente a 50% de pacientes con metástasis tumoral.<sup>9</sup>

En efecto, el dolor asociado con el cáncer puede resultar de infiltración tumoral de estructuras sensitivas al dolor, daño de nervios, hueso y tejido blando, como resultado de quimioterapia, radioterapia o cirugía, oclusión vascular por el tumor o (menos comúnmente) puede no estar relacionado con el cáncer o con su tratamiento.

*provement as compared with patients without pain (53% vs. 58%,  $p = .000$ ).*

**Conclusions.** *Cancer and pain coexistence in 38% associated significantly with psychopathology as well as with needs for a psychopharmacotherapy, psychotherapy and less probability of clinical global improvement, such features must aware the oncological team to early detection and management of such clinical conditions. It is recommended to replicate this study to confirm the consistence of these features in other oncological patients' samples and with more advanced methodological design.*

**Key words:** *Mental disorders, cancer, pain, outpatients, depression, anxiety, adjustment, comorbidity.*

Las características y manejo de dolor en pacientes con cáncer han sido estudiadas de manera muy amplia en pacientes hospitalizados.<sup>6,7</sup>

Se ha establecido que aproximadamente 50% de las personas con cáncer, presentan una reacción normal y adaptación, y que en los pacientes hospitalizados se presentan trastornos de adaptación (32%), depresivos (6%), mentales orgánicos (4%), de la personalidad (3%) y de ansiedad (2%).<sup>4</sup>

En pacientes ambulatorios se presentan principalmente trastornos depresivos (22%), de adaptación mixto con ansiedad y depresión (17%), de adaptación con depresión (14%), afectivo secundario a cáncer (12%), y 8% distimia.<sup>4,10</sup>

La oncología moderna incluye una disminución en la duración de estancia hospitalaria, así como una expansión de servicios ambulatorios,<sup>4</sup> en virtud del advenimiento de tratamientos nuevos, así como de la preservación de la calidad de vida de los pacientes, buscando su reincorporación temprana a la comunidad y al seno familiar. Por ello han surgido modelos de investigación, que exploran las características de manejo y los resultados de las intervenciones en pacientes oncológicos ambulatorios.

El objetivo del presente trabajo es describir la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes oncológicos ambulatorios y dolor asociado al cáncer, del Centro de Consejería del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), de la Ciudad de Nueva York. Dicho centro es una unidad de atención psicológica y psiquiátrica para pacientes ambulatorios con cáncer, abierto al público desde 1996, que funciona como parte integrante del Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales del MSKCC.

## MÉTODO

Estudio retrospectivo y correlacional, efectuado mediante la revisión de expedientes de pacientes ex-

ternos con cáncer y dolor, obteniendo información acerca de sus características demográficas, clínicas y el diagnóstico de trastornos psiquiátricos.

El procedimiento incluyó la aprobación del protocolo y la coordinación previa con las autoridades del Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales y del Centro de Conserjería.

Se establecieron los horarios apropiados para la revisión de expedientes y para la discusión de dudas relevantes con los seis psicooncólogos adscritos al centro.

Los diagnósticos fueron establecidos con base en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición.<sup>10-11</sup>

El plan de análisis incluyó estadística descriptiva y correlacional, así como estadística inferencial, utilizando la prueba de  $\chi^2$  para estudios de asociación.

Se determinó el nivel de confiabilidad en 95% y un porcentaje de error aceptado de 5%. Todos los análisis fueron efectuados con el Paquete Estadístico Para Ciencias Sociales, versión 11.0, para computadora personal (Statistical Package for Social Sciences v. 11.0-PC).

## RESULTADOS

### Descripción global de la muestra

Un total de 620 pacientes acudieron al Centro de Conserjería del MSKCC (Counseling Center) fueron evaluados en un periodo de seis meses. El grupo con cáncer se conformó con 523 (85%) pacientes; el grupo sin cáncer estuvo formado por 97 (15%) individuos que incluyeron pacientes con SIDA (4%), pacientes con dolor por causas diferentes al cáncer (2%), fumadores sin cáncer (2%), y familiares de pacientes (7%). La edad promedio fue de 52 años: 53% fueron mujeres, 49% fueron casados, 86% fueron de raza blanca, 24% profesaban la religión protestante, 60% eran desempleados, y 26% vivían solos.

### Descripción del subgrupo de pacientes con cáncer

Del grupo con cáncer ( $n = 523$ ), se identificó a un total de 199 (38%) pacientes que cursaron con la presencia de dolor. En este subgrupo con dolor, la edad promedio fue de  $57.3 \pm 14.8$  años, 48.5% fueron del sexo femenino, 53.5% casados, 91% de raza blanca, 27% protestantes, 36% manifestaron contar con educación universitaria, 67% estaban desempleados, y 36% viven solos (Cuadro 1).

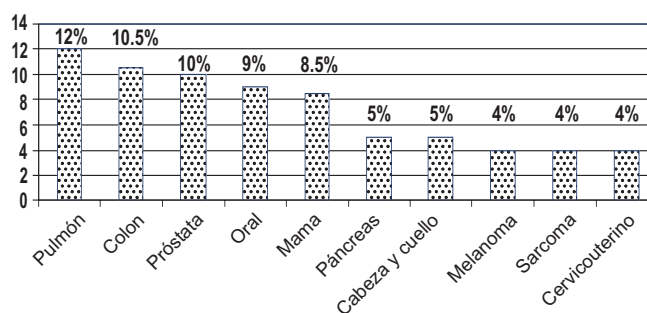
El sitio de cáncer en este subgrupo fue pulmón (12%), colon y recto (11%), próstata (10%), cavidad oral (8.5%), mama (8%), páncreas y región de cabeza y cuello (4.5%), y melanoma, sarcoma y cuello uterino (4%) (Figura 1).

### Trastornos mentales en pacientes con cáncer y dolor

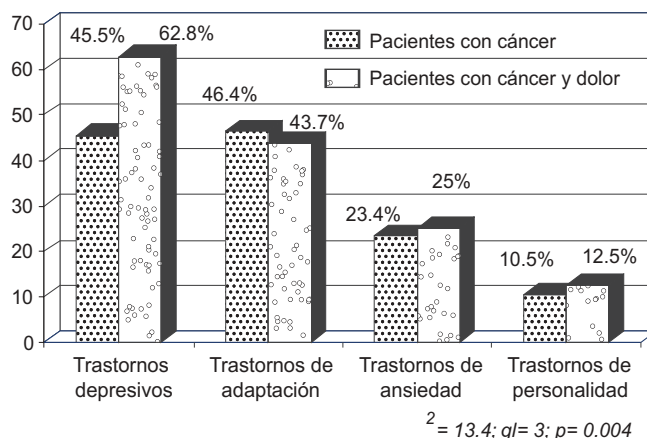
La prevalencia de trastornos mentales incluyeron las siguientes categorías diagnósticas: trastornos depresivos en 62%, trastornos de adaptación en 43.7%, y trastornos de ansiedad en 25%. Este subgrupo mostró significativamente más trastornos depresivos (62.8% vs. 45.5%), trastornos de ansiedad (25% vs. 23.4%) y trastornos de personalidad (12.5% vs. 10.5%) que el subgrupo de pacientes con cáncer y sin dolor ( $\chi^2 = 13.4$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0.004$ ) (Figura 2).

**Cuadro 1.** Estadística demográfica comparativa de pacientes con cáncer con y sin dolor.

Variable/subgrupo	Pacientes con cáncer ( $n = 523$ )	
	Sin dolor ( $n = 324/62\%$ )	Con dolor ( $n = 199/38\%$ )
Edad	$51.1 \pm 18.3$	$57.3 \pm 14.8$
Sexo femenino (%)	55	48.5
Casados (%)	47.5	53.5
Blancos (%)	85.5	91
Protestantes (%)	24.3	27
Educación universitaria (%)	41.1	36
Desempleados (%)	58.8	67
Viven solos (%)	28	36



**Figura 1.** Sitio de cáncer en el subgrupo pacientes con cáncer y dolor.



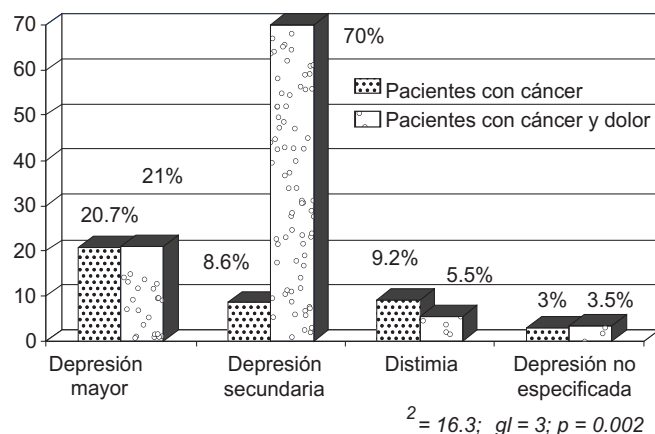
**Figura 2.** Trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer y sin dolor.

Los trastornos depresivos incluyeron depresión secundaria a enfermedad médica, en este caso cáncer (70%), depresión mayor (21%), distimia (5.5%), y depresión no especificada (3.5%) ( $\chi^2 = 16.3$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0.002$ ) (Figura 3).

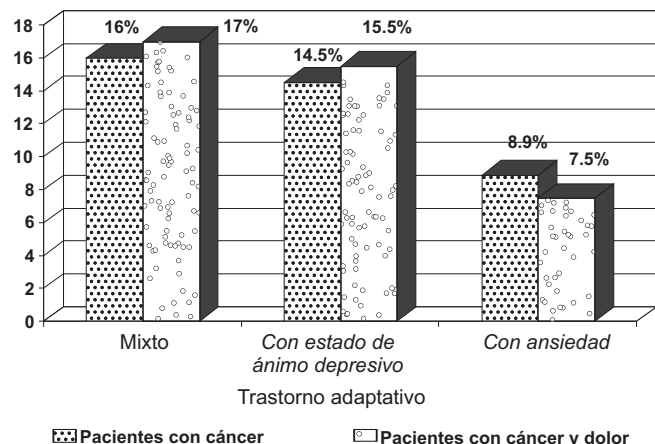
Los trastornos de adaptación fueron trastorno adaptativo mixto (17%), trastorno adaptativo con ánimo depresivo (15.5%), y trastorno adaptativo con ansiedad (7.5%). Los dos primeros fueron discretamente más frecuentes en pacientes con dolor, y el último menos frecuente en dicho grupo, sin llegar a ser estadísticamente significativo. (Figura 4).

Los trastornos de ansiedad incluyeron trastorno de pánico (24.5%), ansiedad secundaria a condición médica (17%), y trastorno de ansiedad generalizada (3.5%), de los cuales, los dos primeros fueron significativamente más frecuentes en pacientes con dolor y cáncer ( $\chi^2 = 14.6$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0.006$ ).

Por otro lado, el trastorno ansiedad con agorafobia fue más frecuente en pacientes sin dolor (6.2% vs. 9.2%), aunque no fue estadísticamente significativo (Figura 5).



**Figura 3.** Trastornos depresivos en pacientes con cáncer con y sin dolor.



**Figura 4.** Trastornos de adaptación en pacientes con cáncer con y sin dolor.

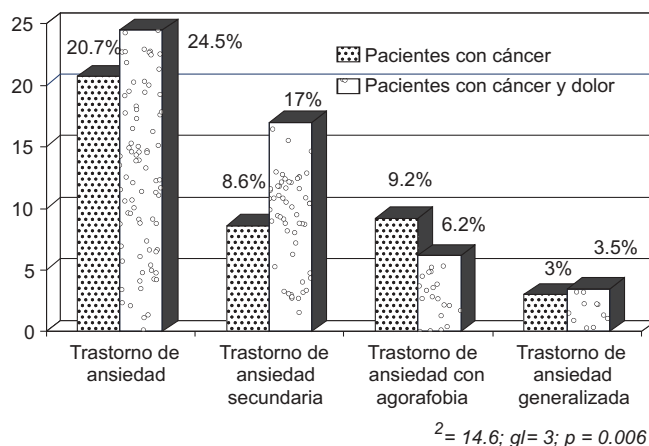
### Aspectos de comorbilidad psiquiátrica y médica

En pacientes con cáncer y dolor se encontró comorbilidad de eje I en 36%. Los diagnósticos comórbidos fueron depresión (8.5%) y dependencia de drogas (8.5%). Asimismo, se encontró comorbilidad de eje II (11%) (trastorno de personalidad por dependencia y trastorno de personalidad límite). La comorbilidad médica, o de eje III, fue de 32.2%. Predominaron la existencia de un tumor secundario (12.6%) y problemas endocrinos (5%).

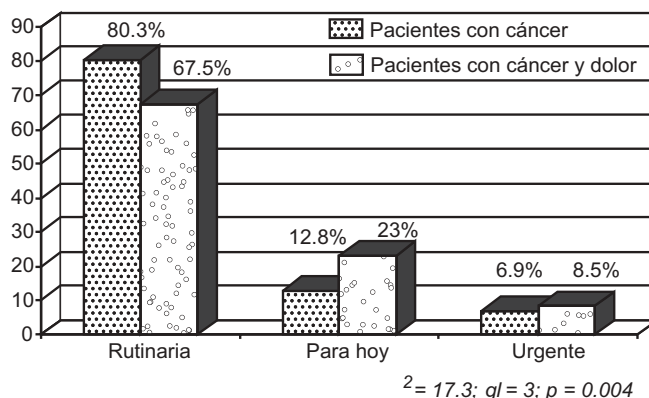
### Modalidad de solicitud de enlace (consulta psicológica o psiquiátrica)

Las modalidades "urgente" y "para hoy" predominaron en pacientes con cáncer y dolor (8.5% vs. 6.9% y 23% vs. 12.8%, respectivamente) ( $\chi^2 = 17.3$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0.004$ ), en comparación con el grupo sin dolor. En tanto que la modalidad "rutinaria" fue más frecuente en pacientes sin dolor (80.3% vs. 67.5%), sin llegar a ser significativa dicha diferencia (Figura 6).

El análisis correlacional e inferencial adicional demostró que los pacientes con cáncer y dolor tie-



**Figura 5.** Trastornos de ansiedad en pacientes con cáncer con y sin dolor.



**Figura 6.** Modalidad de solicitud de atención psiquiátrica en pacientes con cáncer con y sin dolor.

nen mayores probabilidades de recibir tratamiento farmacológico (74% vs. 57.3%,  $p = 0.001$ ), o de recibir psicoterapia (83% vs. 77.8%,  $p = 0.000$ ). Asimismo, la impresión clínica global mostró una menor probabilidad de mejorar, en comparación con los pacientes sin dolor (53% vs. 58%,  $p = 0.000$ ).

## DISCUSIÓN

De la muestra de pacientes ambulatorios con cáncer, 38% presentó dolor, que es discretamente mayor que lo reportado por autores como Foley<sup>6</sup> y Rao,<sup>7</sup> quienes señalan 33% de prevalencia. Dicha diferencia no es significativa y puede obedecer a la naturaleza retrospectiva del presente estudio.

La población estudiada es heterogénea y multicultural, lo cual se explica por las características de la población radicada en la ciudad de Nueva York, así como por las de la población que acude al MSKCC, que recibe pacientes de todas partes del mundo.

La submuestra de pacientes con dolor por cáncer no mostró diferencias estadísticamente significativas, en comparación con la muestra de pacientes con cáncer sin dolor. Sin embargo, el subgrupo de pacientes con dolor se caracterizó por una edad mayor, sexo masculino, ser casado(a), de raza blanca, religión protestante, menor nivel de educación, estar desempleado y vivir solo.

Aun cuando los pocos estudios sobre diferencias de género en pacientes con cáncer y dolor muestran hallazgos que hasta el momento son inconsistentes,<sup>12</sup> si hay referencias de que los hombres suelen ser más sensibles a la presencia de dolor, y por otra parte, el status de desempleo y el vivir solo son de hecho factores de riesgo en términos de salud mental.<sup>4</sup>

La diferencia del nivel educativo puede explicarse por el menor nivel consecuente de abstracción e implicar la expresión corporal de la tensión emocional y del distrés por el cáncer.

La frecuencia encontrada de cáncer conforme al sitio es congruente con la reportada por la Sociedad Americana de Cáncer,<sup>13</sup> respecto a pulmón (12%), colon y recto (11%), y próstata (10%), lo cual es también congruente con la población multicultural del MSKCC, por lo que el cáncer de mamá es de menor frecuencia.

La prevalencia de trastornos depresivos (62%), trastornos de adaptación (43.7%) y trastornos de ansiedad (25%) son significativamente más altos que los reportados para pacientes con cáncer y sin dolor asociado.<sup>4</sup> Asimismo, son más altos que los reportados en pacientes ambulatorios con cáncer de la misma muestra, que mostró 31% para trastornos adaptativos y 32% para trastornos depresivos.<sup>4,5,10</sup> Tal hallazgo resultó, además, estadística-

mente significativo ( $\chi^2 = 13.4$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0.004$ ) (Figura 2), y es congruente con diversas comunicaciones que han puntualizado el impacto negativo de la presencia de dolor.<sup>4,7,14</sup>

La depresión comórbida (70%), el trastorno adaptativo mixto (17%), y el trastorno de pánico (24.5%) fueron los subtipos de trastornos con mayor prevalencia. Este hallazgo no puede compararse con estudios previos, pues no hay hasta el momento ningún estudio similar en pacientes ambulatorios. Sin embargo, dichos padecimientos están presentes en pacientes con cáncer, de acuerdo con diversos autores.<sup>1,4,5,7,9,14,15</sup>

La comorbilidad de eje I incluyó depresión y dependencia a sustancias, lo cual es explicable en virtud de que la depresión es el trastorno de mayor prevalencia; por otro, lado el uso de medicación analgésica predispone a la dependencia, aun cuando existe de hecho temor al desarrollo de tolerancia, como ha citado Peteet.<sup>14</sup>

La comorbilidad de eje II, documentada en 11%, incluyó trastorno de personalidad por dependencia y trastorno de personalidad límite. Dicha prevalencia es baja y no permite hacer otras inferencias; sin embargo, vale recordar que no se ha encontrado asociación específica de este tipo de trastornos con la presencia de dolor o cáncer.<sup>4,8,16</sup>

La comorbilidad de eje III se caracterizó por existencia de un tumor secundario (12.6%) y problemas endocrinos (5%), lo cual es congruente con lo reportado para este grupo poblacional.<sup>12</sup>

La necesidad de consulta (enlace) "urgente" y "para hoy" predominaron en forma significativa para los pacientes con cáncer y dolor (8.5% vs. 6.9% y 23% vs. 12.8%, respectivamente) ( $\chi^2 = 17.3$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0.004$ ), en cambio la modalidad "rutinaria" fue más frecuente en pacientes sin dolor (80.3% vs. 67.5%). Dicho hallazgo no ha sido reportado por otros autores;<sup>4,9,14,15</sup> sin embargo, tiene sentido clínico en tanto que la existencia de dolor supone una urgencia que exige atención inmediata.

Del mismo modo, la coexistencia de cáncer y dolor implica necesidad de uso de psicofármacos (74% vs. 57.3%,  $p = 0.001$ ), y psicoterapia (83% vs. 77.8%,  $p = 0.000$ ), lo cual es congruente con otros reportes.<sup>1</sup> Congruente con lo anterior, es la mayor probabilidad de mejorar en pacientes sin dolor, en comparación con los pacientes que si cursan con dolor (58% vs. 53%,  $p = 0.000$ ).

Como limitaciones del estudio, cabe señalar su naturaleza retrospectiva, que condiciona la disponibilidad de variables, por lo cual no pudieron estudiarse aspectos tales como la intensidad del dolor, las fluctuaciones del mismo y la metodología de tratamiento farmacológico específico, entre otras.

## CONCLUSIONES

La incidencia de dolor en la muestra estudiada de pacientes con cáncer es de 38%. La prevalencia de trastornos mentales globalmente considerados es de trastornos depresivos (72%), de adaptación (43.7%), y de ansiedad (25%).

Los pacientes con cáncer y dolor tienen más probabilidad de cursar con un trastorno depresivo (62.8% vs. 46% /  $p = 0.000$ ), de tener comorbilidad médica diferente al cáncer en eje III (32% vs. 20% /  $p = 0.001$ ), de ser vistos como "consulta urgente" (8.5% vs. 7% /  $p = 0.004$ ) y de recibir farmacoterapia (74% vs. 57.3 /  $p = 0.001$ ) y psicoterapia (83% vs. 77.8 /  $p = 0.001$ ).

Finalmente, los pacientes con cáncer y dolor tienen menos probabilidad de mejoría, de acuerdo con la evaluación clínica global (53% vs. 58% /  $p = 0.000$ ).

La presencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer constituye un factor asociado con la enfermedad, que impacta negativamente a los pacientes, pues incrementa el riesgo de sufrir un trastorno mental, particularmente trastornos depresivos, de adaptación o de ansiedad, y disminuye la probabilidad de mejoría clínica.

Estos hallazgos deben sensibilizar al equipo de atención del paciente con cáncer y alentar la identificación temprana de los factores de riesgo descritos, para iniciar el manejo temprano y oportuno de dichas condiciones y disminuir o erradicar la existencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos.

Finalmente, es recomendable proseguir esta línea de investigación para confirmar estos hallazgos en otras muestras poblacionales mediante estudios prospectivos, en los cuales se analicen diversos factores adicionales relevantes.

## REFERENCIAS

- Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain, psychiatric complications and their management. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7(2): 99-109.
- Parkim DM, Laara E, Muir CS. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers in 1980. *Int J Cancer* 1988; 41: 184-97.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
- Holland JC. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- Breitbart W, Payne DK. Pain. In: Holland JC. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- Foley KM. Pain syndromes in patients with cancer. *Medical Clin North Am* 1987; 71(2): 169-84.
- Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient, fatigue, pain, and depression. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 150-7.
- Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JC. The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain* 1983; 17: 277-88.
- Payne R. Pathophysiology of cancer pain. *Advances in cancer pain and therapy*. Vol 16. In: Foley KM, Bonica JJ, Ventafridda V, Callaway MV. *Proceedings of the Second International Congress on Cancer Pain*. New York: Raven Press. Ltd.; 1990.
- Almanza J, Breitbart W, Holland J. Pain characteristics and management in outpatients with cancer. *Psychooncology* 1999; 8(Suppl 6): 60.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
- Miaskowski C. Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 139-43.
- Murphy GP, Lawrence W, Lenhard RE. *American Cancer Society textbook of Clinical Oncology*. 2nd Ed. Atlanta, Georgia: The American Cancer Society Inc.; 1996.
- Stefanek ME, Derogatis LP, Shaw A. Psychological distress among oncology outpatients. *Psychosomatics* 1987; 28(10): 530-2.
- Peteet J, Tay V, Cohen G, MacIntyre J. Pain characteristics and treatment in an outpatient cancer population. *Cancer* 1986; 57(6): 1259-65.
- Bond MR. The relation of pain to the Eysenck personality inventory. *Cornel Medical Index and Whiteley Index of hypochondriasis*. *Brit J Psychiat* 1971; 119: 671-8.
- American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995; 274: 1874-80.
- Shuterland AM, Orbach CE, Dyk RB, Bard M. The psychological impact of cancer and cancer surgery: I. Adaptation to the dry colostomy: Preliminary report and summary of findings. *Cancer* 1952; 5: 857-72.
- Smith MT, Perlis ML, Haythornthwaite JA. Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain, an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *Clin J Pain* 2004; 20(2): 111-8.
- Theobald DE. Cancer pain, fatigue, distress, and insomnia in cancer patients. *Clin Cornerstone* 2004; 6 (Suppl 1D): s15-21.

Recibido: Marzo 7, 2005.

Aceptado: Marzo 23, 2005.