

Reacción psicológica al cáncer*

Dra. Ma. del Carmen E. Lara Muñoz**

RESUMEN

Se entrevistó a 50 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología y su respuesta psicológica al padecimiento oncológico se categorizó en: negación, aceptación activa y aceptación pasiva. Se buscaron asociaciones entre estas formas de respuesta y las variables demográficas, clínicas y el índice de Zung. Se encontró que la localización del cáncer en las mujeres influía significativamente en su respuesta psicológica, ya que las pacientes con cáncer mamario no aceptaban activamente su enfermedad. Un índice de Zung superior a 60 se asoció con ausencia de aceptación activa.

Se discute el significado de estos hallazgos y se comenta la utilidad de continuar con esta línea de investigación.

Introducción

No hay duda del profundo impacto psicológico que el descubrimiento de una afección cancerosa tiene sobre un individuo y su familia. El problema no es solamente "tener cáncer", sino el significado que la persona adjudica a la enfermedad: dolor, mutilación, hospitalización, problemas económicos, pérdida del atractivo o de la función sexual, invalidez o muerte (1, 7, 13, 14, 15, 22).

Por ello es evidente la importancia que tienen los factores psicológicos en el tratamiento integral del paciente con cáncer (42).

Actualmente, la investigación psicológica en el cáncer puede agruparse en cuatro principales áreas de interés:

- 1) La comunicación entre el médico y el paciente acerca del diagnóstico de cáncer (21, 26, 27).

- 2) Las causas por las que los pacientes cancerosos demoran consultar al médico.

- 3) El posible papel que juegan los factores psicosociales en la etiología del cáncer (1, 2, 3, 33, 40).

- 4) El pronóstico del cáncer en relación al ajuste psicológico y social del paciente a la enfermedad (6, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 20, 21).

De acuerdo con esta última línea de investigación, la adaptación es un concepto muy importante; se debe tener presente que el concepto del cáncer, como un equivalente de muerte, ha cambiado: ahora el cáncer es una enfermedad crónica (31). La pregunta que

ABSTRACT

Fifty patients from the National Institute of Cancerology were interviewed and their psychological reactions to the neoplastic disease were classified in: denial, active acceptance and passive acceptance. Associations between these psychological reactions and demographic, clinical variables and Zung index were sought. It was found that the site of cancer in women was significant for the psychological reactions; women with breast cancer did not accept actively their disease. A Zung index above 60 was associated with an absence of active acceptance.

The meaning of these findings is being discussed as well as the usefulness of this kind of investigation.

han intentado resolver los investigadores de esta área es: ¿La conducta adaptativa de un individuo puede influir en el pronóstico de su enfermedad?

En 1952, West y col. (10) reportaron estar impresionados por la aceptación "casi dolorosa" del paciente con enfermedad rápidamente progresiva que contrastaba con la personalidad más expresiva y algunas veces extraña de los pacientes cuya enfermedad les daba más tiempo de vida. En el mismo año, Bacon y cols. (10) describieron a la típica paciente con cáncer mamario como incapaz de expresar abiertamente su enojo y agresividad y, en cambio, aparentar placidez en lugar de la frustración que realmente siente.

Gorzinsky y cols. (10) reportaron que las pacientes que habían sobrevivido 10 años al cáncer mamario, utilizaban menos mecanismos de defensa (regresión y negación) que el grupo de pacientes que no había podido sobrevivir a la enfermedad. Rogentine y sus asociados (30, 31) describieron a 31 pacientes con melanoma maligno, en quienes las recaídas ocurridas durante el primer año se habían asociado con menos estrés psicológico del esperado.

A principios de los años 70, Davies (4) estudió a 42 pacientes con cáncer avanzado; los dividió en cuatro grupos de acuerdo a su distinta forma de responder a la enfermedad (adaptado, apático, independiente y sin aceptación a la enfermedad) y encontró una menor supervivencia en el grupo definido como "apático".

Weisman (11), en un diseño más sofisticado, determinó un índice de vulnerabilidad y calculó un cociente de supervivencia en el que se medía la diferencia entre la supervivencia real y la esperada, por medio de ecuaciones de regresión basadas en factores médicos y terapéuticos. Encontró una correlación inversa: a mayor índice de vulnerabilidad, menor supervivencia.

Derogatis (6, 25) evaluó a 35 pacientes con cáncer

* Este trabajo forma parte de la tesis que la autora elaboró para obtener el grado de Especialización de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, UNAM.

** Clínica de Estudios Especiales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

mamario metastásico que recibían quimioterapia. Esta investigación puso al descubierto diferencias importantes en los perfiles psicológicos de las pacientes que sobrevivieron durante periodos relativamente largos y de las que sucumbieron más rápidamente a la enfermedad. En las que sobrevivieron durante largo tiempo se observaron síntomas elevados y niveles mayores de afecto disfórico que en las pacientes que sobrevivieron menos tiempo. Pudo demostrarse que las pacientes que sobrevivieron más tiempo a la enfermedad manifestaron un perfil psicológico que sugiere una respuesta característica de esta enfermedad. Estaban molestas y tenían una elevación mensurable en los niveles de ansiedad y alienación; eran infelices y lo demostraban en su afecto; comunicaban su malestar. Las pacientes que murieron más rápidamente eran menos capaces de comunicar sentimientos disfóricos —particularmente los de enojo y hostilidad— aunque su perfil de sintomatología no era diferente del de los controles.

Greer (11) evaluó a 57 pacientes tres meses después de haberseles practicado la mastectomía, y su respuesta psicológica se categorizó de acuerdo a lo manifestado por ellas y al afecto correspondiente. Una investigación preliminar (34) había mostrado que era posible agrupar las respuestas psicológicas en cinco categorías excluyentes entre sí: 1) negación, 2) espíritu de lucha, 3) aceptación estoica, 4) aceptación con ansiedad-depresión y 5) aceptación con sentimiento de impotencia/desesperanza. Encontró una asociación estadísticamente significativa entre la respuesta psicológica inicial al recibir el diagnóstico de cáncer y el resultado después de cinco años. Se obtuvo un resultado favorable más frecuentemente en aquellos pacientes cuyas respuestas se categorizaron como negación o espíritu de lucha, que en los pacientes que mostraron aceptación estoica o una respuesta de desesperanza.

Estas investigaciones parecen establecer consistentemente que hay relación entre la forma en que el paciente se adapta a la enfermedad maligna y el tiempo de supervivencia.

En esta línea decidimos investigar, como un estudio preliminar, la forma en que los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología reaccionaban a la enfermedad, e hipotetizamos que estas formas de reacción estarían relacionadas con variables demográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad), clínicas (localización del cáncer, extensión y tiempo transcurrido desde que se hizo el diagnóstico histopatológico) y psicológicas (índice de Zung).

Pacientes y método

Se entrevistó a 50 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, que habían sido admitidos consecutivamente durante el mes de agosto de 1983, para aplicarles tratamiento. Se excluyó a los pacientes que ingresaron para hacerles un diagnóstico.

Los criterios que se usaron para incluir a los pacientes en este estudio fueron los siguientes:

- edad entre 18 y 60 años
- estado de conciencia claro (fueron excluidos los pacientes con confusión mental y/o dolor importante)

— diagnóstico histopatológico de malignidad.

Las características de la muestra y la localización del cáncer aparecen en los cuadros 1 y 2.

CUADRO 1

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

LOCALIZACION	MUJERES (n = 30)	HOMBRES (n = 20)
Edad (años)	43.9±7	36±11
Escolaridad (años)	4.1±3.7	7.1±4.7
Duración de la enfermedad (meses)	10.5±10.4	9±6.7

CUADRO 2

LOCALIZACION DEL CANCER EN 50 PACIENTES ESTUDIADOS

LOCALIZACION	MUJERES (n=30)	HOMBRES (n=20)
Testículo	—	6
Cabeza y cuello	1	4
Leucemias y linfomas	3	7
Mama	9	—
Cervicouterino	10	—
Otros	7	3

Se hicieron entrevistas semiestructuradas que duraron de 45 a 60 minutos. Se le preguntó al paciente lo siguiente:

- cuándo se inició el padecimiento
- las circunstancias del diagnóstico (cómo se hizo, si se le comunicó al paciente, quién lo hizo, etc.)
- las circunstancias en que ingresó al Instituto Nacional de Cancerología (quién lo envió, cuál fue la reacción del paciente, etc.)
- su reacción ante la sospecha y la confirmación del diagnóstico
- los cambios que ocurrieron en su vida a partir del diagnóstico, y
- sus principales preocupaciones actuales.

Al finalizar la entrevista se aplicó la Escala de Depresión de Zung (43); ésta se les leyó a los pacientes y, en algunos casos, fue necesario explicarles algunos reactivos. Para la interpretación de esta escala se tomó como punto de corte un índice de 60, tomando en cuenta que la sintomatología del cáncer (pérdida del apetito, pérdida de peso, cansancio, etc.) corresponde a la sintomatología vegetativa de la depresión, y que en poblaciones similares éste ha sido el punto de corte que se ha empleado.

Posteriormente se revisó el expediente clínico, de donde se obtuvieron los datos demográficos y clínicos relevantes para el estudio; la etapa clínica de la enfermedad se clasificó en: con metástasis y sin metástasis.

De acuerdo con la reacción de los pacientes hacia la enfermedad, éstos se dividieron en tres grupos:

- **NEGACION:** pacientes que aparentemente rechazan activamente cualquier evidencia acerca de su diagnóstico, por ejemplo: “era un granito”, “cálculos”, “aire”, “es para prevenir un tumor”, etc.
- **ACEPTACION PASIVA:** pacientes que aceptan el diagnóstico con una actitud negativa hacia el tratamiento y sin esperanza de curación; por ejemplo: “me voy a morir”, “esto es incurable”, “que sea lo que Dios quiera”.
- **ACEPTACION ACTIVA:** los pacientes que adoptaron una actitud muy optimista y que planeaban hacer todo lo que estuviera a su alcance para vencer el cáncer; por ejemplo “puedo luchar y vencerlo”, “primero Dios me voy a curar”, etc.

Se utilizó la prueba de χ^2 (8) para evaluar la relación que existía entre las diferentes formas de manejar la enfermedad, y el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad, la localización del cáncer, su extensión, el tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico y el índice de Zung.

Resultados

De los 50 pacientes entrevistados, cuarenta y siete (94 %) se refirieron a su enfermedad como: cáncer, tumor canceroso, tumor maligno.

Para la mayoría de los hombres (11 de los 16 en quienes se obtuvo este dato), su principal preocupación se relacionaba con aspectos de su enfermedad (dolor, curación, temor a quedar desfigurado, radiaciones), mientras que de las 22 mujeres de quienes se obtuvo este dato, 12 (54.5 %) manifestaron que su principal preocupación eran sus hijos, y solamente tres se encontraban preocupadas por algún aspecto de su enfermedad.

Tanto para las mujeres como para los hombres, el área que más cambió debido a la enfermedad fue el área laboral (48 % dejó de trabajar).

De los 20 pacientes de quienes se obtuvo el dato acerca de su reacción hacia el Instituto, ocho manifestaron esperanza y optimismo por haber sido enviados a esta institución, pero para doce de ellos, esto aumentó su pesimismo en relación con su pronóstico.

No se encontraron asociaciones significativas entre la reacción a la enfermedad y el sexo, edad, estado civil, escolaridad, localización del cáncer en los hombres, tiempo transcurrido desde la realización del diagnóstico y extensión de la enfermedad.

La localización del cáncer en la mujer se asoció significativamente con la reacción psicológica a la enfermedad; de las nueve pacientes con cáncer mamario (cuadro 3) ninguna aceptaba activamente la enfermedad ($p < 0.05$).

También se encontró asociación significativa entre la reacción del paciente a la enfermedad y la escala de Zung (cuadro 4). De los 18 pacientes con un índice

CUADRO 3

REACCION A LA ENFERMEDAD Y LOCALIZACION DEL CANCER (MUJERES)			
REACCION	CANCER MAMARIO	OTROS	TOTAL
Aceptación pasiva	5	5	10
Aceptación activa	0	9	9
Negación	4	7	11
Total	9	21	30

$$\chi^2 = 4.26, p < 0.05$$

CUADRO 4

REACCION A LA ENFERMEDAD E INDICE DE ZUNG DE LOS PACIENTES CON CANCER			
REACCION	<60	≥60	TOTAL
Aceptación pasiva	6	7	13
Aceptación activa	15	1	16
Negación	11	10	21
Total	32	18	50

$$\chi^2 = 9.1744, p < 0.01$$

de Zung igual o superior a 60, solamente uno aceptaba activamente la enfermedad ($p < 0.01$).

Aunque 18 pacientes tuvieron un índice de Zung elevado, durante la entrevista, y de acuerdo a los criterios del DSM-III, sólo siete de ellos presentaron un cuadro depresivo. Para averiguar el por qué de esta diferencia, se decidió analizar cada reactivo del Zung, dividiendo a los 18 pacientes con índice elevado, en dos grupos: en un grupo, los siete pacientes clínicamente deprimidos, y en otro, los 11 sin depresión clínica.

Los pacientes clínicamente deprimidos tuvieron las mayores puntuaciones en los reactivos:

1. Me siento abatido y melancólico.
3. Tengo accesos de llanto.
18. Mi vida tiene bastante interés.

Los pacientes sin depresión clínica obtuvieron las puntuaciones mayores en los reactivos:

4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.
7. Noto que estoy perdiendo peso.
8. Tengo molestias de constipación.
10. Me canso sin hacer nada.

Discusión

Llama la atención la manera en que se asocian en la mujer la localización del cáncer y su forma de reaccionar a la enfermedad. Desconocemos el significado de este hallazgo, que no ha sido reportado en otros estudios, y pensamos que podría estar relacionado con el

deterioro en la autoimagen que se presenta en la post-mastectomía (17), lo que probablemente impide a las pacientes enfrentarse activamente y con optimismo a su enfermedad.

Era de esperarse la asociación entre el índice de Zung y la reacción a la enfermedad, ya que un índice elevado de Zung significa un estado depresivo o una amplia sintomatología (en este caso relacionada con el cáncer), y en estas condiciones resulta más difícil luchar contra la enfermedad.

Al analizar los resultados de esta escala en toda nuestra población, encontramos que 48 pacientes (96%) obtuvieron puntuaciones elevadas en el reactivo 6, "nunca disfruto de las relaciones sexuales". Esto se traduce como una disfunción muy importante en el área de la sexualidad, que en algunos casos podría estar asociada con la localización del cáncer (testículos, cervix uterino, ovarios, mama) y en otros podría interpretarse como una disminución en la vitalidad del individuo.

Es importante hacer notar que la existencia de un sentimiento de abatimiento y melancolía (como sentimiento vital y persistente) es un indicio confiable de la presencia de un trastorno depresivo, ya que este reactivo diferenció a los pacientes clínicamente deprimidos, de aquellos sin depresión, aunque ambos grupos tenían puntuaciones elevadas en la escala de Zung.

Observamos que los síntomas vegetativos de depresión de la escala ocasionaron una elevación en la puntuación de aquellos pacientes que no se encontraban deprimidos.

Notablemente, y de acuerdo a estudios anteriores (28), aunque algunos pacientes cancerosos se encuentran deprimidos, su autoestima no se deteriora (reactivos 17 y 19 de la escala de Zung), a diferencia de los pacientes deprimidos que se encuentran internados en hospitales psiquiátricos.

Aunque no se encontró asociación significativa entre la reacción a la enfermedad y el sexo, como se observa en el cuadro 5, entre las mujeres no parece haber diferencia en cuanto a la distribución de las diferentes formas de reaccionar al cáncer, en tanto que en los hombres predominó la negación (50%) como forma de reacción, y hubo una frecuencia menor de aceptación pasiva (tres pacientes). Esto concuerda con lo observado por otros autores (19), quienes reportaron que la negación era un mecanismo muy importante

entre los hombres, aun en aquellos con enfermedad avanzada y con poca esperanza de sobrevivir, a diferencia de las mujeres, quienes tendían a reconocer la gravedad de su enfermedad.

Es importante hacer notar que la negación como mecanismo psicológico no está relacionada con el conocimiento del diagnóstico y de las implicaciones de éste, ya que como se mencionó, 47 pacientes conocían su diagnóstico.

Por lo que respecta a la menor frecuencia en que se observa una aceptación pasiva entre los hombres, podríamos especular que esto se relaciona con la imagen que el sujeto tiene de sí mismo o con las características que tradicionalmente se atribuyen al sexo masculino, como es el control de las situaciones. En el estudio mencionado (19) también se observó que los hombres tendían a obtener puntuaciones de control más elevadas (de acuerdo al inventario de control de Rotter) conforme la enfermedad avanzaba.

Es importante mencionar dos hallazgos negativos. El primero se refiere a que no hay relación entre la escolaridad y el mecanismo empleado. Aunque podría pensarse que la negación es un resultado de la falta de conocimientos, en nuestro estudio observamos que no existe diferencia entre una escolaridad nula y más de 10 años de escuela. De once pacientes que habían asistido a la escuela durante más de 10 años, seis de ellos negaban la enfermedad.

El segundo hallazgo negativo de importancia se relaciona con el tiempo transcurrido desde que se hizo el diagnóstico histopatológico de malignidad hasta la entrevista al paciente. Aunque es posible que algunos pacientes hayan sospechado desde antes la naturaleza de su padecimiento, decidimos calcular el tiempo que el paciente había vivido con la enfermedad tomando en cuenta la fecha en que se hizo el diagnóstico de certeza, como una forma de homogenizar los datos.

Kübler-Ross propuso la existencia de diferentes etapas por las que atraviesa un sujeto durante una situación de pérdida o de muerte inminente, y aunque se sabe que el paciente puede avanzar, retroceder o alternar estas etapas, se considera que la negación es una forma de reacción que corresponde a las primeras etapas de ajuste a las situaciones ya mencionadas. En nuestro estudio observamos que aun después de que los pacientes han vivido con la enfermedad durante más de un año, continúa existiendo la negación como una forma de manejar la enfermedad.

Creemos que es importante identificar las características que se asocian con la negación, ya que pensamos que esta forma de reaccionar se asocia con una alta frecuencia de abandono del tratamiento. En este estudio, de siete pacientes que habían abandonado el tratamiento, cinco de ellos empleaban la negación, y dos, la aceptación pasiva.

Dadas las características de la población, no fue posible emplear métodos complicados de evaluación psicológica, por lo que se pretende que en investigaciones posteriores se simplifiquen los instrumentos ya existentes o se diseñen instrumentos apropiados a la población en estudio.

Consideramos que se cumplió el propósito de reali-

CUADRO 5

REACCION A LA ENFERMEDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON CANCER			
REACCION	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Aceptación pasiva	10	3	13
Aceptación activa	9	7	16
Negación	11	10	21
Total	30	20	50

$\chi^2=2.07$, n.s.

zar un estudio preliminar que nos permitiera conocer a la población de pacientes del Instituto Nacional de Cancerología desde el punto de vista psicológico;

creemos que deben emprenderse investigaciones de este tipo con un mayor número de pacientes, lo que permitirá hacer algunas generalizaciones.

Agradecimiento

La autora agradece al Dr. Javier Sepúlveda A. su colaboración en este estudio.

REFERENCIAS

1. Anónimo: Mind and cancer. *Lancet*, i: 706-707, 1979.
2. BARTROP W R, LUKHURST E, LAZARUS L, KILOH L G, PENNY R: Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* i: 834-836, 1977.
3. BROWN J H, PARASKEVAS F: Cancer and depression, cancer presenting with depressive illness, an autoimmune disease? *Brit J Psychiat* 142:227-232, 1982.
4. DAVIES R K, QUINLAN D M, MCKEGNEY F P, KIMBALL CH P: Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients. *Psychosom Med* 35: 464-471, 1973.
5. DEAN C, CHETTY U, FORREST A P M: Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet* i: 459-462, 1983.
6. DEROGATIS L R, ABELOFF M D, MELISARATOS N: Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 242: 1504-1508, 1979.
7. FIORE N: Fighting cancer. *N Engl J Med* 300: 284-289, 1979.
8. FLISS J: *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley and sons (Eds.) Nueva York, 1971.
9. GREENBERG R P, DATTORE J: The relationship between dependency and the development of cancer. *Psychosom Med* 43: 35-43, 1981.
10. GREER S: Psychological enquiry, a contribution to cancer research. *Psychological Med* 9: 81-89, 1979.
11. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE K W: Psychological response to breast cancer, effect on outcome. *Lancet* i: 785-787, 1979.
12. GORZYNSKI J G, HOLLAND J C: Psychological aspects of testicular cancer. *Sem in Oncology* 6: 125-129, 1979.
13. HERSH S P: Psychosocial aspects of patients with cancer. En: V T de Vita, S Hellman (Eds.) *Cancer, principles and practice of oncology*. J B Lippincott Company, Filadelfia, 1982.
14. HOLLAND J C: Psychological aspects of cancer. En: J F Holland, E Frei (Eds.). *Cancer Medicine*. Lea & Febiger, Filadelfia, 1974.
15. HOLLAND J C: Coping with cancer, a challenge to the behavioral sciences. En: W J Cullen, B H Fox, R N Isom (Eds.): *Cancer, the behavioral dimensions*. Raven Press, Nueva York, 1976.
16. HUGHES J: Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *J Psychosom Res* 26: 277-283, 1982.
17. JAMISON K R, WELLISH D K, PASNAU R O: Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. *Am J Psychiat* 135: 432-436, 1978.
18. KRANT M J: Problems of the physician in presenting the patient with the diagnosis. En: W J Cullen, B H Fox, R N Isom (Eds.): *Cancer, the behavioral dimensions*. Raven Press, Nueva York, 1976.
19. LEIGH H, UNGERER J, PERCARPIO B: Denial and helplessness in cancer patients undergoing radiation therapy. *Cancer* 45: 3086-3089, 1980.
20. LEVINE P M, SILBERFARB P M, LIPOWSKY Z J: Mental disorders in cancer patients. *Cancer* 42: 1385-1391, 1978.
21. MCINTOSH J: Patient's awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease. *Lancet* ii: 300-303, 1976.
22. MILTON G W: Thoughts in mind of a person with cancer. *Brit Med J* 4: 221-223, 1973.
23. MITCHELL G W, GLICKSMAN A S: Cancer patients, knowledge and attitudes. *Cancer* 40: 61-66, 1977.
24. MORRIS T, GREER H S, WHITE P: Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer* 40: 2381-2387, 1977.
25. MORROW G R, CHIARELLO R J, DEROGATIS L R: A new scale for assessing patients' psychosocial adjustment to medical illness. *Psychological Med* 8: 605-610, 1978.
26. PECK A, BOLAND J: Emotional reactions to having cancer. *Am J Roentgenol* 114: 591-599, 1972.
27. PECK A, BOLAND J: Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer* 40: 180-184, 1977.
28. PLUMB M M, HOLLAND J C: Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. I. Self reported symptoms. *Psychosom Med* 39: 264-276, 1977.
29. PLUMB M M, HOLLAND J C: Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. II. Interviewer rated current and past psychological symptoms. *Psychosom Med* 43: 243-254, 1981.
30. SCHNAPER N: Psychosocial aspects of management of the patient with cancer. *Med Clin N A* 6: 1147-1155, 1977.
31. SILBERFARB P M: Research in adaptation to

- illness and psychosocial intervention, an overview. *Cancer* 50 (supp.): 1921-1927, 1982.
32. SKLAR L S, ANISMAN H: Stress and coping factors influence tumor growth. *Science* 205: 513-515, 1979.
 33. SILBERFARB P M, MAURER L H: Psychosocial aspects of neoplastic disease. I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *Am J Psychiat* 137: 450-455, 1980.
 34. VETTESE J M: Problems of the patient confronting the diagnosis of cancer. En: W J Cullen, B H Fox and R N Isom (Eds.), *Cancer, the behavioral dimensions*. Raven Press, Nueva York, 1976.
 35. VINEY L L, WESTBROOK M T: Coping with chronic illness, the mediating role of biographic and illness related factors. *J Psychosom Res* 26: 595-605, 1982.
 36. WEISMAN A D: *The realization of death*. Aronson eds. 1974.
 37. WEISMAN A D: Coping behavior and suicide in cancer. En: W J Cullen, B H Fox, R N Isom (Eds.): *Cancer, the behavioral dimensions*. Raven Press, Nueva York, 1976.
 38. WEISMAN A D: Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *The A J of Med Sci* 271: 187-196, 1976.
 39. WELLISCH D K, JAMISON K R, PASNAU R O: Psychosocial aspects of mastectomy. II. The man's perspective. *Am J Psychiat* 135: 543-546, 1978.
 40. WHITLOCK F A, SISKIND M: Depression and cancer, a follow up study. *Psychological Med.* 9: 747-752, 1979.
 41. WORDEN J W, WEISMAN A D: The fallacy in postmastectomy depression. *The A J of Med Sci* 273: 169-175, 1977.
 42. WORDEN J W, SOBEL H J: Ego strength and psychosocial adaptation to cancer. *Psychosom. Med.* 40: 585-592, 1978.
 43. ZUNG W W K: A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 12: 63-70, 1965.