

ASTENIA, DOLOR Y SUFRIMIENTO

Manuel González Barón*, María Antonia Lacasta** y Amalio Ordóñez*

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Unidad de Cuidados Paliativos. AECC/IMSALUD. Servicio de Oncología. Hospital Universitario de la Paz.

Resumen

Introducción: La astenia es un síntoma frecuente en los enfermos oncológicos que tiene importantes repercusiones sobre su calidad de vida. A pesar de su prevalencia y relevancia, algunos expertos reconocen que existe un gran desconocimiento de este síntoma. Por otro lado los pacientes no expresan la importancia que para ellos tiene la sensación de astenia, ya que lo consideran inevitable. Este hecho queda patente en un estudio que comparaba la importancia relativa que cada oncólogo daba a la astenia y al dolor, con las que le daba el paciente.

Objetivo: Evaluar que síntoma dolor o astenia preocupa más a los enfermos oncológicos y cómo se les puede ayudar a aliviar el sufrimiento que estos síntomas pueden producirle.

Método: Se ha evaluado a 187 pacientes oncológicos, en tratamiento de quimioterapia, en el Servicio de Oncología Médica del Hospital La Paz, de Madrid; sobre sus preocupaciones, la percepción subjetiva de sufrimiento y si hay algo que les ayude a aliviar su sufrimiento.

Resultados: El 81 de los pacientes refieren que hay diferentes aspectos que les preocupan, como el estar enfermo, la familia, el futuro el dolor y el cansancio. La percepción subjetiva de sufrimiento resulta en un EVA de 0-3 para el 41 % y para el cansancio en un EVA de 4-7 en un 37% de las personas preocupadas por estos síntomas. Asimismo un 68% realiza alguna estrategia para controlar el cansancio y un 84% para controlar el dolor. El 62% de los enfermos preocupados por el dolor y el 57% de los que están preocupados por el cansancio consideran que se les podría ayudar a afrontar dichos síntomas.

Palabras clave: astenia, dolor, sufrimiento, percepción subjetiva y estrategias de control.

Abstract

Introduction: The asthenia is a frequent symptom in the oncological patients who have important repercussions on their quality of life. In spite of its prevalence and relevance, some experts recognize that the great ignorance of this symptom exists. On the other hand the patients do not express the importance that stops they has the asthenia sensation, since they consider it inevitable. This fact is left patent in a study that compared the relative importance that each oncologist gave to the asthenia and the pain, with that it gave the patient him.

Objective: To evaluate that symptom pain or asthenia worries to the oncological patients more and how can be helped to alleviate the suffering them that these symptoms can produce to him.

Method: One has evaluated 187 oncological patients, in chemotherapy treatment, in the Service of Medical Oncology of the La Paz Hospital, of Madrid; on its preoccupations, the subjective perception of suffering and if there is something helps them to alleviate its suffering.

Results: The 81 of the patients refers that there are different aspects that worry to them, like ill being, the family, future, pain and fatigue. The subjective perception of suffering is in EVA of 0-3 for 41% and the fatigue in EVA of 4-7 in a 37% of the people worried about these symptoms. Also a 68% make some strategy to control the fatigue and 84% to control the pain. 62% of the patients worried about the pain and 57% of which is worried about the fatigue consider that it would be possible to be helped them to confront these symptoms.

Key words: asthenia, pain, suffering, subjective perception and strategies of control.

Correspondencia:

Manuel González Barón
Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitario La Paz
Castellana, 261. 28046 Madrid
E-mail: mgonzalezb.hulp@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

La astenia se define como una debilidad sistémica con manifestaciones tanto físicas como mentales. En lo somático se incluyen debilidad generalizada, disminución de la fuerza y cansancio no explicable por el esfuerzo y no recuperable por el descanso. Psicológicamente hay disminución de la capacidad para actividades intelectuales, labilidad emocional y apatía⁽¹⁾. La astenia es un síntoma frecuente en los enfermos con cáncer y tiene importantes repercusiones sobre su calidad de vida. Su prevalencia se estima entre el 33% y el 100% de los enfermos oncológicos, dependiendo de la población estudiada y la escala con la que se evalúe. La prevalencia aumenta cuando se utilizan tratamientos específicos como radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia⁽²⁾.

Pero, a pesar de ser un síntoma de gran prevalencia y relevancia entre los pacientes con cáncer, algunos expertos reconocen que existe un gran desconocimiento de este síntoma, debido fundamentalmente a algunos motivos⁽³⁾:

1. Por un lado, los médicos no le dan la importancia que tiene, tal y como reconocen estos autores, tal vez porque el oncólogo considera que la astenia no supone un riesgo vital inminente para sus pacientes y la creencia de que apenas se dispone de medios para aliviarla. Este hecho queda patente en un estudio que comparaba la importancia relativa que cada oncólogo daba a la astenia y al dolor, con la que les daba el paciente, y en el que los oncólogos pensaban que el dolor preocupaba más que la astenia a sus pacientes (61% frente al 37%) mientras que los pacientes sentían que la astenia interfería en sus vidas más que el dolor (61% frente al 19%)⁽⁴⁾.
2. Al tratarse de una sensación subjetiva, es muy difícil de evaluar⁽⁴⁾.
3. Por otro lado, los enfermos no expresan al médico lo importante que es

para ellos la sensación que sufren de astenia (o cansancio) y si existe alguna forma de solucionarlo.

En el estudio llevado a cabo por Stone⁽⁵⁾ se demuestra que a pesar de que, el 82% de los pacientes refirieron haberse encontrado cansados en algún momento del tratamiento y que de ellos el 52% sentían que la astenia era su mayor problema (por encima de síntomas como el dolor ansiedad, depresión, alopecia, disnea, estreñimiento, pérdida de peso, náuseas/vómitos etc.), la mitad de los que sentían astenia nunca se lo habían comunicado a su médico, ya que la mayoría de ellos pensaban que era algo inevitable. Concluían que, a pesar de que la astenia repercutía de manera importante en la calidad de vida de los enfermos con cáncer, ellos sentían que no estaba tratada ni reconocida por sus médicos.

La astenia tiene también implicaciones socioeconómicas que han empezado a ser analizadas en los estudios sobre astenia tumoral:

- Para muchos pacientes diagnosticados con cáncer, la astenia puede convertirse en un asunto crítico en sus vidas, afectando a la sensación de bienestar personal, las actividades de la vida cotidiana, las relaciones con familiares y amigos, e incluso en la adhesión al tratamiento⁽⁶⁾.
- Los recursos económicos pueden verse también limitados cuando las personas que sufren la astenia se ven forzadas a entrar en programas de incapacidad o se quedan sin trabajo. En un estudio se encontró que hasta en un 91% de los pacientes que refirieron cansancio, este síntoma les había impedido llevar una vida normal. Un 75% de los que tenían un empleo cambiaron su situación profesional, llegando en los casos extremos a dejar de acudir al trabajo por completo (23%), solicitar la baja por incapacidad (23%) o utilizar días de permiso sin sueldo (11%). El 65% de los enfermos dijeron que la persona que les cuidaba tuvo que solicitar al menos un día libre al mes (media de 4,5 días al

mes). Cuando los pacientes estaban siendo sometidos a quimioterapia, las personas que les cuidaban tuvieron que dejar de trabajar algún día (20%), aceptar menos responsabilidades (18%), reducir horas de trabajo (11%), utilizar días de permiso sin sueldo o dejar de trabajar (12%)⁽⁷⁾.

Por lo que se podría ampliar la definición de la astenia diciendo que es *“la sensación subjetiva de la persona que se caracteriza principalmente por un cansancio significativo que hace reducir el funcionamiento físico, psicológico y social y que no se recupera con el descanso”*. En lo físico se incluyen debilidad generalizada, disminución de la fuerza y mayor fatigabilidad. En el aspecto psicológico, hay disminución del bienestar personal, de la capacidad para actividades intelectuales, labilidad emocional y apatía. Y en el aspecto social, afecta a las actividades cotidianas, al trabajo, a las relaciones sociofamiliares y a los recursos económicos. En general, esta sensación de cansancio que interfiere con el funcionamiento diario de la persona, produce también una sensación de malestar en las mismas personas que la padecen e incluso en las que le rodean⁽⁸⁾.

Circunscribiendo el problema de la astenia a los pacientes con cáncer, definiremos la *astenia tumoral* como *“la sensación inespecífica y subjetiva de cansancio sin necesidad de esfuerzo previo, que repercute de manera significativa en el funcionamiento físico, psicológico o social del paciente, y que está asociada (por su historia clínica) al diagnóstico de la enfermedad neoplásica. Es un cansancio que no se alivia con el reposo”*⁽³⁾.

El mecanismo que causa la astenia en los pacientes con cáncer se desconoce. Mientras que algunos trabajos encuentran relación con determinados fenómenos, otros no obtienen las mismas conclusiones. Por lo que parece ser, la astenia de los pacientes con cáncer es un fenómeno multifactorial o multidimensional. Se han propuesto varios modelos para el estudio de la astenia. Entre ellos, y desde la perspectiva

psicológica, se propone el modelo del estrés que sugiere que la tensión nerviosa prolongada produce una respuesta de estrés. Las personas con cáncer frecuentemente padecen tensión nerviosa extraordinaria durante un tiempo prolongado, lo que hace gastar energía y sufrir consecuentemente astenia⁽⁹⁾. Este modelo sigue haciendo hincapié en los factores psicológicos como determinantes en el fenómeno de la astenia (sobre todo, el estrés), pero teniendo en cuenta también que existen otros factores influyentes o moduladores (nutrición, medicación, etc.). La teoría del estrés de Lazarus y Folkman⁽¹⁰⁾ en 1969 seguida por Labrador^(11,12) y Sandin⁽¹³⁾ entre otros, afirma que el estrés psicológico se produce cuando el individuo percibe, por ejemplo, un daño físico (cáncer, dolor, astenia, etc.) o psicosocial (culpa, soledad, etc.) como *una amenaza y evalúa* que los *recursos* que posee son insuficientes para hacerle frente. Si, por el contrario, ante esta situación percibe que tiene los suficientes recursos, realizará un afrontamiento adecuado. Concibe el estrés como un proceso interactivo entre el individuo y la situación, en el que el individuo es un *elemento activo* (no pasivo como en las anteriores teorías del estrés) que valora las demandas de la situación y los recursos de los que dispone para afrontarla.

Estas teorías están relacionadas con el concepto de Chapman y Gravin⁽¹⁴⁾ y Bayés⁽¹⁵⁾ sobre el sufrimiento. Chapman y Gravin definen el sufrimiento como *“un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirán afrontar dicha amenaza”*. Bayés⁽¹⁶⁾ considera que el sufrimiento constituye un fenómeno más amplio que el dolor físico. Parte del concepto de sufrimiento definido por Cassell⁽¹⁷⁾ como *“el estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con indepen-*

dencia de su causa". Piensa que el concepto de sufrimiento puede ser similar al del "dolor total" acuñado por Saunders⁽¹⁸⁾ y dice que "el hombre puede sufrir por múltiples causas, entre las que se encuentra el dolor, pero ésta no es la única, puesto que no todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor". Cree que una persona sufre cuando: a) experimenta un daño físico o psicosocial que percibe como una amenaza para su existencia o integridad y, b) al mismo tiempo evalúa que carece de recursos para afrontarla. Bayés⁽¹⁵⁾ afirma que la percepción de amenaza y la valoración de recursos son subjetivas, ya que no produce la misma valoración de amenaza el mismo acontecimiento (diagnóstico de cáncer, dolor, astenia, soledad, etc.) en todas las personas, ni la percepción de poseer recursos para hacerle frente, en el caso de que éstas tuvieran los mismos.

Podríamos deducir que es la ruptura del equilibrio entre la percepción de amenaza y la evaluación de recursos para afrontarla lo que produce estrés psicológico y éste es el que podría conducir al sufrimiento⁽¹⁹⁾.

Si nuestro objetivo primordial como profesionales sanitarios es la consecución del bienestar, calidad de vida y el alivio del sufrimiento⁽²⁰⁾ será necesario para ello reducir o eliminar la amenaza y aumentar la percepción de control, disminuyendo en la manera de lo posible el sufrimiento que le pueda ocasionar a esa persona la amenaza (dolor, astenia, etc.). Para ello, consideramos importante que en todas y cada una de las fases de la enfermedad de cáncer (pre-diagnóstico, diagnóstico, tratamiento y post-tratamiento) se lleve a cabo una intervención interdisciplinar, que abarque los aspectos bio-psico-sociales de la enfermedad, para tratar y prevenir (en lo posible) todos los síntomas primarios y secundarios a la enfermedad, entre los que se encontrarían, entre otros, la respuesta de estrés, la astenia, el dolor... y, especialmente, el sufrimiento⁽²⁰⁻²⁶⁾.

OBJETIVO

Evaluar qué síntoma (dolor ó astenia) preocupa más a los enfermos oncológicos y cómo se puede ayudar a los enfermos a aliviar el sufrimiento que estos síntomas pueden producirle.

MÉTODO

Se ha preguntado a 187 enfermos oncológicos, 115 mujeres y 72 hombres, con una media de edad de 56 años (D.T.= 13,1), bajo tratamiento de quimioterapia, atendidos en la consulta del Servicio de Oncología del Hospital La Paz de Madrid sobre:

- Sus preocupaciones, especialmente dolor y cansancio.
- Si utilizan estrategias para hacer frente a su preocupación.
- Su percepción subjetiva de sufrimiento (Escala Analógica Visual: 0-10).
- Si hay algo que les pueda ayudar a aliviar su sufrimiento.

RESULTADOS

Preocupaciones

Del 81% de los enfermos que refieren que hay aspectos que les preocupan (ya que el 18% no contesta y el 1% de los enfermos dice no preocuparles nada en el momento que se les pregunta), al 11% de los enfermos les preocupa el dolor y al 8%, el cansancio (ver figura 1).

Al 11% de los enfermos les preocupa tener dolor porque "les recuerda la enfermedad que tienen" y piensan que "no hay solución contra el dolor". Les da miedo que se prolongue y les impida poder hacer lo que quisieran en ese momento. Consideran que cuando tienen dolor, no sólo lo pasan mal ellos, sino que además hacen sufrir a su familia. Además les impide dormir bien y desde luego no les permite trabajar (ver figura 2).

Figura 1. Preocupaciones de los enfermos oncológicos

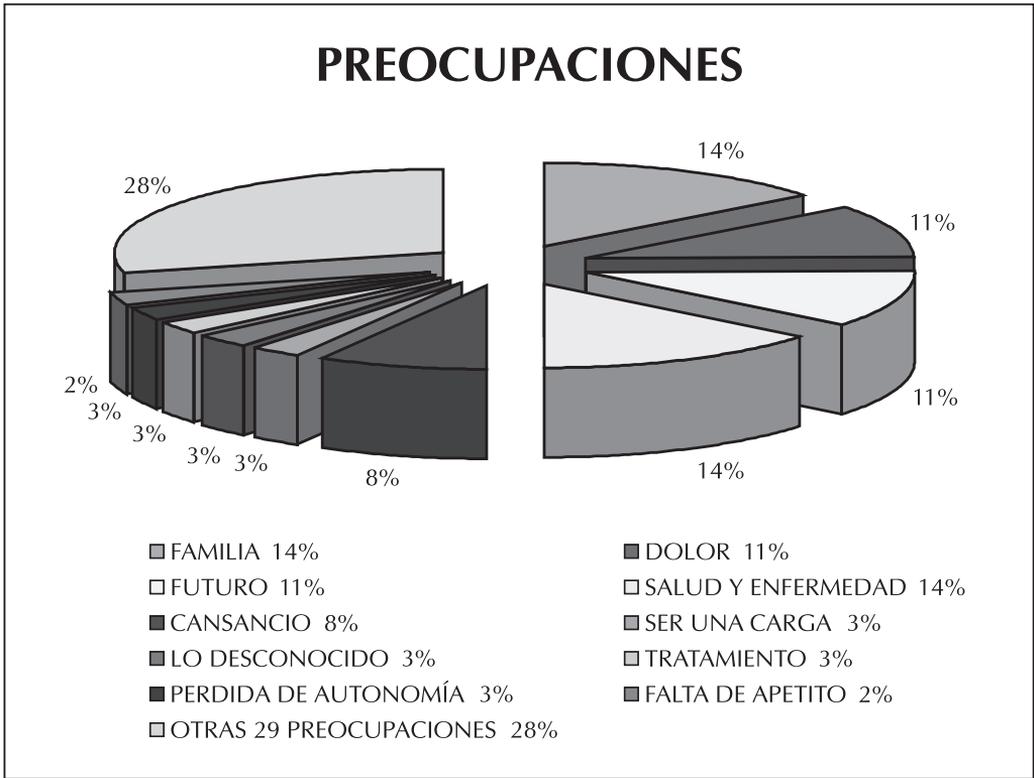
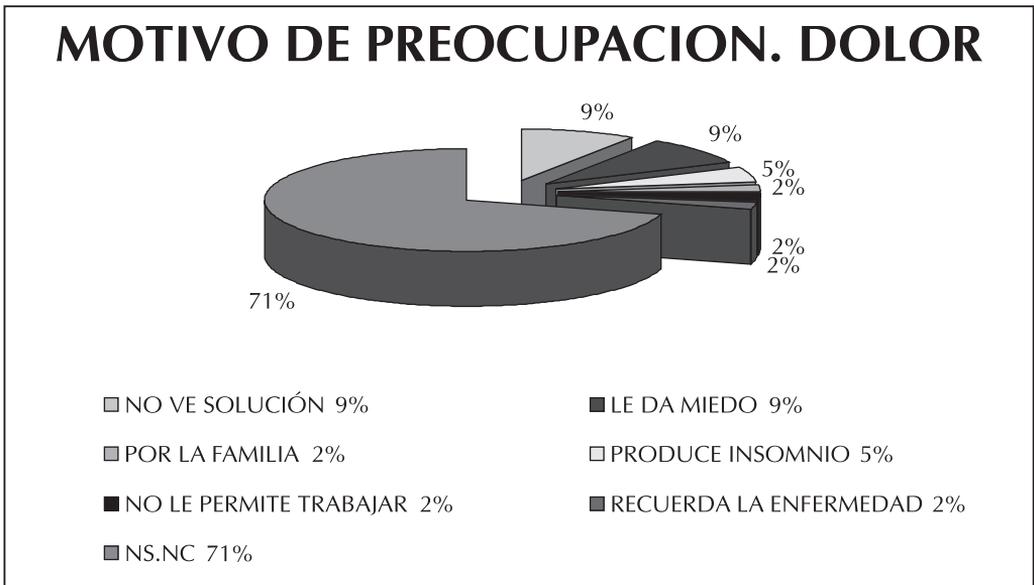


Figura 2. Preocupación por el dolor.



Al 8% de los enfermos consultados les preocupa en el momento de la entrevista el cansancio. Dicen que este síntoma les impide tener una vida normal a ellos y a su familia; les hace padecer pérdida de autonomía y especialmente les preocupa porque es un síntoma que se mantiene a lo largo del tiempo sin posibilidad de control alguno (la enfermedad, los tratamientos y los efectos de los mismos son largos) (ver figura 3).

Cuando se les pregunta cuánto les preocupan estos síntomas (dolor y/o cansancio) con una valoración de EVA (0= no le preocupa nada a 5= le preocupa mucho) el **dolor** les preocupa una media de 2,44 y el **cansancio** de 2,81 (sin embargo la media de preocupación de los enfermos que dicen la familia es 3,74, la media de los que dicen el futuro es 3,5 y la de los que dicen la salud y la enfermedad es 3,44).

Estrategias

El 84% de los enfermos a los que les preocupa el dolor, dicen utilizar alguna estrategia para hacerle frente. El 16% no hacen nada. El 68 % de enfermos a los que les

preocupa el cansancio dicen que utilizan estrategias para aliviarlo, el 23% no hacen nada y el 9% no contestan.

Sufrimiento

Cuando se le pregunta al 11% de los enfermos que dicen preocuparles “el dolor” dónde se sitúan en una EVA de sufrimiento (máximo=10 y mínimo=0), el 41% refiere su sufrimiento con un EVA de 0 a 3, el 31% de 4 a 6 y el 26% de 7 a 10.

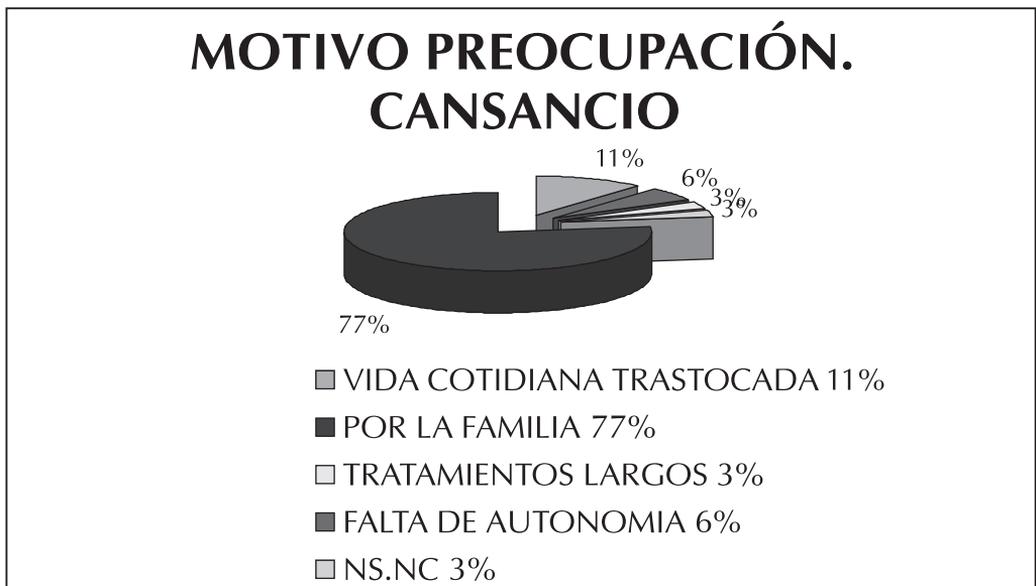
El 51% de los enfermos que refieren preocuparles “el cansancio” (8%) refieren su sufrimiento con una EVA de 0 a 3, el 37% de 4 a 6 y el 12% de 7 a 10.

Dolor

Cuando se les pregunta a los enfermos que refieren preocuparles “el dolor” dónde situarían en una EVA (máximo=10 y mínimo=0) la intensidad de su dolor en los últimos días, el 73% dice que en una EVA de 0 a3, el 16% de 4 a 6, el 9% de 7 a 10.

Cuando se les pregunta a los enfermos que refieren preocuparles “el cansancio” dónde

Figura 3. Preocupación por el cansancio



situarían en una EVA de máximo (máximo=10 y mínimo=0) la intensidad de su dolor en los últimos días, el 80% dice que en una EVA de 0 a 3, el 17% de 4 a 6 y el 3% de 7 a 10.

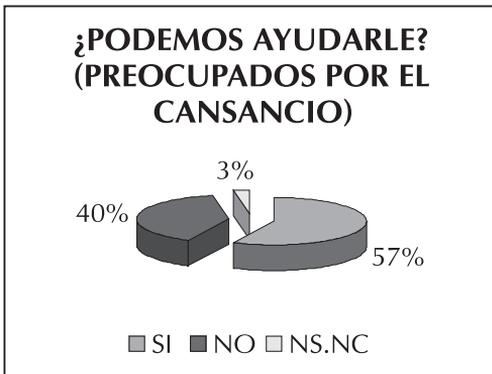
¿Podemos ayudarles?

El 62% de los enfermos que les preocupa el dolor (11%) y el 57% que les preocupa el cansancio (8%) dicen que se les podría ayudar (ver figuras 4 y 5). En ambos casos coinciden en que se aliviaría su sufrimiento controlando los síntomas; dándoles información respecto a si es un síntoma que se va poder controlar y cómo; informándoles sobre qué pueden hacer para colaborar de alguna manera en el control de la situación; clarificando dudas o preguntas que van surgiendo y recibiendo apoyo psicológico cuando se necesite.

Figura 4. Ayuda al dolor



Figura 5. Ayuda al cansancio



DISCUSIÓN

Sentirse enfermo, como dice Bayés⁽¹⁵⁾, “es esencialmente percibir con mayor o menor intensidad una amenaza”. En la práctica clínica no utilizamos el término amenaza, sino el de preocupación⁽¹⁵⁾ ya que como dice Lazarus, al ser algo concreto y externo, puede facilitar el afrontamiento, como se observa en este trabajo.

El 81% de los enfermos refieren que hay diferentes aspectos que les preocupan, como no tener salud o estar enfermo, la familia, el futuro, *el dolor* (11%) y *el cansancio* (8%), entre otras. El dolor les preocupa porque “les recuerda que están enfermos”, “tienen la creencia de que no hay solución”, “tienen miedo de que este síntoma se mantenga y no poder hacer nada para disminuirlo o suprimirlo”, “no les deja dormir y no les permite trabajar”. El cansancio les preocupa porque “no pueden llevar una vida normal ni ellos ni su familia”, “sufren pérdida de autonomía” y “tienen la creencia de que se mantiene en el tiempo sin posibilidad de control”. Lo que demuestra que ambos síntomas tienen *importantes repercusiones sobre la calidad de vida de los enfermos y de los familiares*, y esto coincide con el estudio llevado a cabo por Curt et al. en el año 2000⁽⁷⁾.

La prevalencia de la astenia se estima entre el 33% y el 100%⁽²⁾, aumentando ésta cuando se utilizan tratamientos de quimioterapia (como ocurre en este estudio). Sin embargo, sólo el 8% de los enfermos considera que es el síntoma que más les preocupa. Esto puede ser debido a que sea un problema infravalorado incluso por los mismos pacientes, al no expresar la importancia que pueda tener para ellos y sus familiares (lo que coincide con el estudio de Vogal-zang, 1997⁽⁴⁾) y por la creencia de que no se disponen de medios para aliviarla.

Así pues, el 68 % de enfermos a los que les preocupa el cansancio dicen que utilizan alguna estrategia que les ayuda, el 23% no hacen nada y el 9% no contestan. El 84% de los enfermos a los que les preocupa el dolor dicen utilizar alguna estrategia que les es útil y el 16% afirman no hacer nada. Cuando se les pregunta al 11% de los enfermos que dicen

preocuparles “el dolor”, el 41% tienen una EVA de 0 a 3, el 31% de 4 a 6 y el 26% de 7 a 10. Del 8% de los enfermos que refieren preocuparles “el cansancio”, el 51% se sitúa en una EVA de 0 a 3, el 37% de 4 a 6 y el 12% de 7 a 10. Si nuestro objetivo primordial como profesionales sanitarios es la consecución del bienestar y el alivio del sufrimiento, será preciso seguir potenciando la utilización de diversas estrategias para favorecer la percepción de control sobre los síntomas ya que como dicen diversos autores^(10, 14, 15) si el paciente evalúa que tiene los suficientes recursos para afrontar la situación (como les ocurre a la mayoría de estas personas) disminuirá su sufrimiento.

Pero al mismo tiempo habrá que reducir o eliminar la amenaza realizando un adecuado control de síntomas y efectos secundarios de los tratamientos; informar, clarificar dudas y reestructurar creencias erróneas.

Cuando se les pregunta a los enfermos dónde situarían en una escala analógica visual, la intensidad de su dolor en los últimos días, el 80% de los que refieren preocuparles “el cansancio” dice que en una EVA de 0 a 3, el 17% de 4 a 6 y el 3% de 7 a 10. El 73% de los enfermos que refieren preocuparles “el dolor”, sitúan la intensidad de su dolor en los últimos días en una EVA de 0 a 3, el 16% de 4 a 6, el 9% de 7 a 10. El porcentaje de los que perciben su dolor con una “EVA de 7 a 10” es mayor para los que les preocupa el dolor que el cansancio y quizás esta podría ser la razón para que su preocupación principal fuera el dolor.

El 62% de los enfermos preocupados por el dolor y el 57% de los que están preocupados por el cansancio, consideran que se les podría ayudar: a) dándoles información, clarificando dudas o creencias erróneas sobre estos síntomas, b) controlando síntomas y efectos secundarios de los tratamientos y c) con ayuda psicológica para disminuir el impacto emocional y aprender estrategias para poder afrontar aquellos aspectos que les preocupan y de esta manera no sentirse indefensos ante determinadas situaciones. Consideran que con todo ello podrían aliviar de alguna manera el sufrimiento que les producen estos síntomas, la situación de enfermedad y el dolor que causan a sus familiares.

CONCLUSIONES

- El dolor y la astenia preocupan a los enfermos con cáncer de forma similar (11% vs 8%).
- El dolor y la astenia tienen importantes repercusiones en la calidad de vida, no sólo de los enfermos, sino también de los familiares: “no les deja dormir y no les permite trabajar”, “no pueden llevar una vida normal ni ellos ni su familia” y “sufren pérdida de autonomía”.
- La astenia es un problema infravalorado por los profesionales y por los enfermos ya que éstos no expresan la importancia que puede tener para ellos, a no ser que se les pregunte y se trate *directamente el tema de la astenia*.
- Al utilizar el término “preocupación” como algo concreto, podemos potenciar que los enfermos utilicen estrategias o informarles de lo que pueden hacer para afrontar estos aspectos con el objetivo de disminuir su indefensión al potenciar su papel activo durante todo el proceso de la enfermedad y ello puede ayudar a aliviar su sufrimiento.
- Además es conveniente, no sólo potenciar la utilización de diferentes estrategias para hacer frente al dolor o la astenia que les preocupe, *sino disminuir o aliviar la amenaza realizando un adecuado control de síntomas y efectos secundarios de los tratamientos; informando, clarificando dudas y reestructurando creencias erróneas*. Esto es lo que piden los enfermos que han participado en este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Theologides A. Asthenia in cancer. *Am J Med* 1982; 73:1-3.
2. Stone P, Richards M, A'Hern R, Hardy J. A study to investigate the prevalence, severity and correlates of fatigue among patients with cancer in comparison with a

- control group of volunteers without cancer. *Ann Oncol*. 2000 May; 11(5): 561-7.
3. González Barón M, Andreu Rodríguez M, Ordóñez Gallego A. La astenia en el paciente con cáncer. *Oncología* 2001; 6: 292-99.
 4. Vogalzung NJ, Bretibart W, Cella D, Curt GA, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Scherr SL, Portenoy RK. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. *The Fatigue Coalition, Semin Hematol* 1997; 34 (2): 4-12.
 5. Stone P, Stone P, Richardson A, Ream E, Smith AG, Kerr DJ, Kearney N. Cancer-related fatigue: Inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. *Ann Oncol* 2000; 11: 971-75.
 6. Pickard-Holley S. Fatigue in cancer patients. A descriptive study. *Cancer Nurs* 1991; 14 (1): 13-9.
 7. Curt GA. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition. *Oncologist* 2000; 5: 353-60.
 8. Lacasta M, Calvo C, González Barón M. *Psicopatología de la astenia*. Madrid: Panamericana; 2004; p. 91-116.
 9. Aistars J. Fatigue In The cancer patient: a conceptual approach to a clinical problem. *Oncol Nurs Forum* 1987; 14 (6): 25-30.
 10. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company; 1969.
 11. Labrador FJ. *El estrés nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas Hoy; 1992.
 12. Labrador FJ. *Estrés: Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema; 1993.
 13. Sandín B. El estrés. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de Psicopatología*. Volumen 2. Madrid: MCGraw-Hill; 1995.
 14. Chapman CR y Gravrin J. Suffering and its relationship to pain. *J. Palliat Care*, 1993; 9 (2): 5-13.
 15. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
 16. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. *Anu. Psicol.* 1998; 29 (4): 5-17.
 17. Cassell EJ. The nature of suffering physical, psychological, social and spiritual aspects. Stark P, McGovern J. The hidden dimension of illness: human suffering. Nueva York: National League for Nursing Press 1992: 1-10.
 18. Saunders C. The philosophy of terminal care. En: Saunders, DC. *The management of terminal malignant disease*. Londres. 1984; p. 232-41.
 19. Lacasta Reverte M. A. *El papel del Psicólogo en Cuidados Paliativos*. Madrid Infocop Suplemento informativo de Papeles del Psicólogo. 1997: 3-37.
 20. González Barón M, Lacasta MA, Ordóñez A. *Elaboración de un instrumento que permita identificar y aliviar el sufrimiento*. Estudio preliminar. *Med. Paliat* 2003; 10 (4): 191-201.
 21. González Barón M, Lacasta M, Muñoz D. *Dolor y sufrimiento*. En González Barón M, Ordóñez Gallego A, editores. *Dolor y Cáncer*. Madrid: Panamericana; 2003.
 22. González Barón M, Lacasta Reverte MA, Ordóñez Gallego A. *Evaluación del sufrimiento*. En: González Barón M, Ordóñez Gallego A, editores. *Dolor y Cáncer*. Madrid: Panamericana; 2003.
 23. González Barón M, Lacasta Reverte MA, Ordóñez Gallego A, García Penas A. *Dolor o cansancio: ¿Qué síntoma le preocupa más a los enfermos?* *Med Paliat* 2003; 10 (1): 154.
 24. González Barón M, Lacasta Reverte MA, Ordóñez Gallego A, Muñoz D. *Drawing up an instrument which allows identifying and suffering relieve*. *European Journal of Palliative Care*. Abstracts of the 8th Congress of the European Association for Palliative Care, The Hague, The Netherlands 2003.
 25. González Barón M, Torres RM, Lacasta Reverte MA. *Astenia en Cuidados Paliativos*. *Med Paliat* 2003; 10 (1): 176.
 26. Hürny C, Bernhard J, Coates A, Peterson HF, Castiglione-Gertscha M, Gelber RD, Rudenstam CM, Collins J, Lindtner J, Goldhirsch A, Senn HJ. Responsiveness of a single-item indicator versus a multi-item scale: Assessment of emotional well-being in an international adjuvant breast cancer trial. *Med Care* 1996; 34 (3): 234-48.

AGRADECIMIENTOS

A R. Bayés por su gran aportación sobre el tema del sufrimiento y a todos los *enfermos* que han participado, ya que sin su colaboración hubiera sido imposible este trabajo.