

ORIGINAL

Dolor y sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida: el papel del conocimiento de la enfermedad

M. A. JURADO MARTÍN, R. ESTEVE ZARAZAGA¹

Fundación Cudeca. Málaga. ¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

RESUMEN

Objetivo: contrastar el papel que tienen el conocimiento de la enfermedad y el estado emocional, en la experiencia de dolor y sufrimiento en una muestra de enfermos oncológicos en fase terminal.

Material y método: en una muestra de 89 pacientes oncológicos en fase avanzada-terminal se valoró, mediante una entrevista semi-estructurada de 5 minutos, el estado general, el conocimiento de la enfermedad, el grado de sufrimiento y su atribución, la intensidad de la tristeza y ansiedad y el dolor. Se realizó el estudio mediante modelos de ecuaciones estructurales (LISREL 8.30).

Resultados: a menor grado de conocimiento de la enfermedad se produce un mayor grado de ansiedad y tristeza ($\gamma = -0,27$ para la ansiedad; $\gamma = -0,19$ para la tristeza). La ansiedad hace aumentar el dolor ($\beta = 0,30$) y este aumenta la tristeza ($\beta = 0,10$). Por último, el dolor el dolor ejerce un efecto positivo sobre el sufrimiento ($\beta = 0,15$) que a su vez se ve influido por el estado general del paciente ($\beta = 0,24$).

Conclusiones: el punto de unión entre dolor y sufrimiento podría situarse en los aspectos emocionales que a su vez son fruto del significado atribuido al dolor. Una explicación adecuada a las necesidades del enfermo sobre su enfermedad reducirá la ansiedad asociada al desconocimiento y consecuentemente, se lograría un mejor control del dolor.

Med Pal 2009; Vol. 16, pp. 229-234

PALABRAS CLAVE:

Dolor. Sufrimiento. Tristeza. Ansiedad. Conocimiento sobre la enfermedad. Cáncer.

ABSTRACT

Objective: to examine the role played by disease awareness and emotions in the pain and suffering experience in a sample of patients with advanced cancer.

Material and method: the sample consisted of 89 patients with advanced or terminal cancer. A semistructured interview was administered to assess their general condition, disease awareness, suffering, sadness, anxiety, and pain severity. This study was analyzed using structural equation modeling (LISREL 8.30).

Results: the final model showed that disease awareness was determinant for anxiety ($\gamma = -0.27$) and depression ($\gamma = -0.19$). Anxiety had a significant effect on pain intensity ($\beta = 0.30$), and pain intensity was determinant for sadness ($\beta = 0.10$). Patient suffering was influenced by pain severity ($\beta = 0.15$) and general condition ($\beta = 0.24$).

Conclusions: emotional reactions to pain are crucial to explain the relationship between pain and suffering. A suitable explanation about the diagnosis and prognosis will contribute to reduce the anxiety associated with pain, and to a better control of pain.

KEY WORDS:

Pain. Suffering. Sadness. Anxiety. Disclosure. Cancer.

INTRODUCCIÓN

El sufrimiento de los enfermos oncológicos terminales se atribuye generalmente al descontrol de síntomas como el dolor, la disnea o las náuseas. Es común que

se identifiquen dolor y sufrimiento siendo una creencia extendida que el dolor en los pacientes implica una vivencia intensa de sufrimiento y distrés emocional. Sin embargo, no siempre el dolor causa sufrimiento y tampoco todo sufrimiento es consecuencia del dolor (1-5). Así lo muestran estudios como el de Ferry y Olson (6) en el que pacientes con alto grado de dolor afirmaban no tener una vivencia de sufrimiento y pacientes con un dolor moderado manifestaban una vivencia de intenso sufrimiento. Tal y como proponen algunos autores como Chapman y Gavrin (7), San-Ortiz y cols. (8) y Bayés y cols. (9), el grado en que el malestar emocional asociado a situación de enfermedad

Este artículo forma parte del trabajo presentado como tesina de investigación para la obtención del DEA en la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.

Recibido: 28-11-08
Aceptado: 12-03-09

terminal es vivido como sufrimiento estará mediado por la valoración cognitiva y subjetiva que hace el enfermo de su situación y de los recursos de afrontamiento disponibles.

Igualmente, desde las distintas teorías (10,11) acerca de la experiencia dolorosa, se considera que la valoración cognitiva de la nocicepción sería uno de los componentes de la experiencia que llevaría al sufrimiento. Daut y Cleeland (12) señalan que los pacientes con cáncer que atribuyen la aparición del dolor a una causa benigna, presentan menos interferencia en su vida diaria que aquellos pacientes que creen que la aparición del dolor se asocia a la progresión de la enfermedad. Algunos estudios indican que las creencias acerca de las causas del dolor y la presencia de trastornos emocionales o sintomatología psicológica predicen el nivel de dolor del paciente (13). Parece lógico pensar que la atribución de causa al dolor (progresión de la enfermedad o causa benigna) estará condicionada, entre otros factores, por el conocimiento y la información que el paciente tiene acerca de su enfermedad.

Janssen y Arntz (14) muestran que las emociones generadas por situaciones ajenas al dolor tienen un efecto positivo sobre el dolor porque disminuyen el foco de atención sobre este y que la ansiedad derivada del dolor produce un aumento de la percepción de este. Consecuentemente, la incertidumbre acerca de la causa del dolor y la sospecha de empeoramiento harán aumentar la atención sobre el dolor y seguidamente aumentará la intensidad percibida del mismo y la ansiedad. Existe una clara relación entre dolor, ansiedad y tristeza, así como la mayor prevalencia de trastornos emocionales en pacientes con dolor crónico ya sea de origen benigno u oncológico (11,15-18), además los resultados de estos estudios muestran que la relación entre estado emocional y dolor es bidireccional.

La evidencia citada indica que el conocimiento que tienen los pacientes respecto a su enfermedad podría jugar un papel decisivo en sus reacciones emocionales, en la valoración que hacen del dolor y de los otros síntomas; así como del sufrimiento. Sin embargo, ningún estudio hasta el momento ha contrastado directamente estas relaciones.

El objetivo principal de este estudio es contrastar el papel que tienen el conocimiento de la enfermedad y el estado emocional en la experiencia de dolor y sufrimiento en una

muestra de enfermos oncológicos en fase terminal. La figura 1 muestra las relaciones teóricas que, teniendo en cuenta la evidencia previa, se postulan entre las variables objeto de estudio. El modelo hipotético propone que el conocimiento de la enfermedad determinaría el nivel de ansiedad y depresión. A su vez, se predicen relaciones bidireccionales entre ansiedad y depresión y la intensidad percibida del dolor. Finalmente, el sufrimiento vendría explicado por la intensidad percibida del dolor y por el estado general del paciente, además del conocimiento de la enfermedad.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron pacientes oncológicos en situación avanzada-terminal que, según su estado general, eran atendidos por equipos de cuidados paliativos en consultas externas, visitas domiciliarias o unidad de ingresos.

Se incluyeron en el estudio pacientes con cáncer avanzado en cualquier localización, atendidos en la Fundación Cudeca que no cumplieran alguno de los siguientes criterios de exclusión:

- Deterioro cognitivo que le impidiese responder a las preguntas del estudio.
- Presencia de afasias y/o tumores cerebrales que afectasen al lenguaje o la comprensión.
- Desorientación provocada por la enfermedad o los tratamientos recibidos.
- Pacientes informados respecto a su diagnóstico y/o pronóstico que estuviesen atravesando un periodo de negación parcial o total.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

—*Datos socio-demográficos*: edad y sexo recogidos en la historia clínica.

—*Diagnóstico primario* categorizado por la localización del tumor, también obtenido a través de la historia clínica.

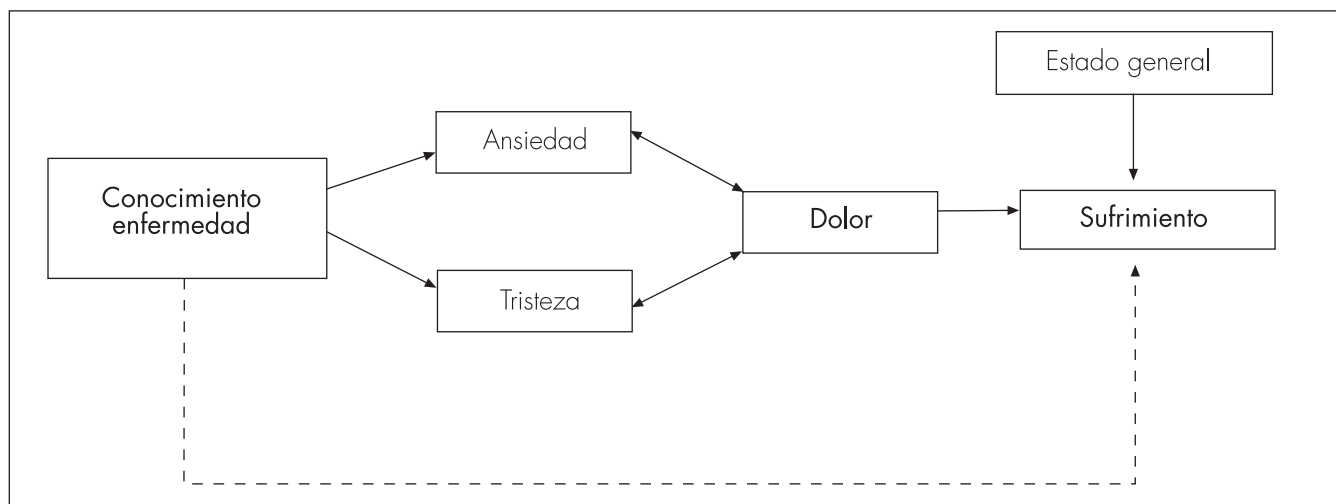


Fig. 1. Modelo hipotético propuesto.

—*Conocimiento de la enfermedad*: dato recogido de la Historia clínica que se obtiene a través de una entrevista con los familiares y es confirmado por el médico en la visita o consulta con el paciente. Se distinguen tres categorías: a) paciente no informado de diagnóstico ni de pronóstico; b) paciente que sabe que tiene un cáncer, y c) totalmente informado.

—*Estado general*: la escala ECOG (19). Escala usada frecuentemente en la investigación para la evaluación de la progresión de la enfermedad así como por los profesionales sanitarios para la valoración de las actividades de la vida diaria de los pacientes. Se trata de una escala numérica de 5 puntos (0-normal, 1- no realiza esfuerzos, 2- autónomo pero encamado menos del 50% del tiempo, 3- puede cuidarse en parte, pero necesita ayuda y está encamado más del 50% del tiempo; 4- necesita ayuda para todo y pasa todo el tiempo encamado).

—*Escalón de Tratamiento Analgésico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (20)*. Esta escalera cuenta con tres escalones: el primero constituido por los fármacos anti-inflamatorios, el segundo por los fármacos denominados opioides menores y el tercer escalón en el que se contemplan los opioides mayores.

—*Intensidad del dolor*, obtenida a través de una medida compuesta en la que en una escala de 0 a 10 se le pregunta al paciente acerca de su dolor la semana pasada (peor dolor, el promedio y el más bajo) así como por el dolor en el momento de la evaluación. La media aritmética de estas cuatro puntuaciones constituye la estimación de la intensidad del dolor. Según Jensen y cols. (21), este tipo de medidas compuestas aportan resultados más estables que las simples aunque no son superiores en su capacidad para detectar cambios debidos al tratamiento.

—*Grado de sufrimiento* y su atribución se evaluó a través de la percepción subjetiva del paso del tiempo (1,22-24) en relación a la semana anterior. Esta modificación se realizó para hacer coincidir la valoración del sufrimiento con el mismo periodo de tiempo sobre el que se evaluaba el dolor, la semana anterior.

—*Intensidad de tristeza y ansiedad*. Si la respuesta a la pregunta “¿se siente usted triste o nervio/ansioso?” era afirmativa se le mostraban los termómetros de ansiedad y tristeza (25-27). Estos termómetros consisten en unas escalas numéricas de 10 puntos en la que el enfermo sitúa su nivel de tristeza o ansiedad siendo 0 “nada” y 10 la “máxima ansiedad o tristeza imaginable”. En un estudio multicéntrico con población oncológica del sur de Europa (27), comparan los resultados en ansiedad y distrés emocional medidos con los termómetros y el HAD, encontrando que los termómetros de distrés y estado de ánimo deprimido se correlacionaban significativamente con las escala de ansiedad y depresión respectivamente, del cuestionario HAD.

PROCEDIMIENTO

Teniendo en cuenta los criterios éticos para la investigación en el ámbito de los cuidados paliativos (1,28), la evaluación se diseñó de forma que en sí misma fuera terapéutica, permitiera la descarga emocional, evitara sugerir aspectos que causaran mayor sufrimiento y su duración fuera corta.

La información se ha recogido a través de tres vías: a) de la historia clínica (sexo, edad y diagnóstico); b) valoración de los profesionales sanitarios que atendían a los pacientes (conocimiento de la enfermedad y ECOG); y c) los equipos de refe-

rencia del enfermo quienes, en el contexto de una visita o consulta ordinaria, evaluaban la intensidad del dolor, ansiedad, depresión y sufrimiento, a través de los instrumentos descritos anteriormente y aplicados de forma oral.

En la recogida de datos participaron tres equipos de referencia y se llevó a cabo de enero de 2006 a marzo de 2007. Durante la visita o consulta con el paciente, tras valorar los criterios de exclusión, el profesional sanitario pedía al paciente su consentimiento para participar en el estudio. En caso afirmativo, se comenzaba a pasar la escala de sufrimiento y su causa, intensidad de tristeza y ansiedad/nerviosismo y, por último, se valoraban las cuatro variables de dolor mostrando la regleta con la numeración de 0 a 10.

Para determinar si no existían diferencias significativas en alguna de las variables incluidas en el estudio en función del equipo que hubiese hecho la entrevista, se aplicó la prueba Kruskal-Wallis.

Para contrastar las relaciones propuestas en el modelo hipotético (Fig. 1), se realizó un análisis mediante Modelos de Ecuaciones Estructurales (29). Este tipo de análisis presenta la ventaja de que permite contrastar todas las relaciones predichas simultáneamente. Además, el investigador no sólo aporta los datos a las medidas de cada variable, sino que decide y detalla qué tipo de relaciones espera encontrar, incorporando sus propios conocimientos teóricos.

Se utilizó el LISREL 8.30 como programa de estimación de parámetros (29), y dada la naturaleza ordinal de las variables observables y puesto que no se cumplía el supuesto de normalidad multivariada, se empleó el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados (WLS).

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Un 15% de los pacientes no participaron por cumplir alguno de los criterios de exclusión en el momento de ser evaluados, por lo que la muestra final estaba compuesta por 89 pacientes. La edad oscilaba entre los 36 y los 91 años; si bien el 50% de los pacientes tenían una edad inferior a 63 años. En la tabla I se muestran los resultados del análisis descriptivo de la muestra definitiva de estudio.

Respecto al dolor, la media en la puntuación compuesta era 3,60 con una desviación típica de 2,60. De los 89 pacientes, 63 pacientes (70,8%) obtuvieron una puntuación compuesta de dolor inferior a 5 en la escala. Sin embargo, hay que tener presente que 50 (56,2%) de ellos afirmaron haber sentido el dolor más intenso de 8-10 en la escala durante la semana pasada. Esto se relaciona con el escalón analgésico pues 56 (63%) de los pacientes se encontraban en tratamiento con analgésicos potentes, en el escalón 3 de la Escala Analgésica de la OMS.

Se constató que no existían diferencias significativas entre los profesionales que realizaron la recogida de datos.

ANÁLISIS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

Los análisis se realizaron sobre una matriz de correlaciones policóricas (Tabla II). Este método de estimación es eficiente para cualquier distribución de las variables observables (30).

TABLA I
RESULTADOS DESCRIPTIVOS

	f.	%
Sexo		
Hombres	36	40,4
Mujeres	53	59,6
Diagnósticos primarios más frecuentes		
Ca. digestivo	25	28,1
Ca. pulmón	21	23,6
Ca. mama	14	15,7
Programa de atención		
Domiciliaria (tres equipos soporte)	74	83,1
Consulta externa-unidad de día	11	12,4
Unidad de ingresos	4	4,5
ECOG		
Completamente autónomos	18	20,2
Autónomos, pasan < 50% tiempo en cama	27	30,3
Cuidarse en parte, pasan > 50% tiempo en cama	29	32,6
Encamados	15	16,9
Conocimiento de la enfermedad		
Sin información	22	24,7
Conoce diagnóstico, no pronóstico	47	42,8
Totalmente informado	20	22,5
Paso del tiempo		
Largo o muy largo	46	41,6
Normal	27	30,3
Corto o muy corto	16	18
Tristeza		
0	28	31,5
1-3	4	5,6
4-6	23	25,8
7-9	18	20,2
10	15	16,9
Ansiedad		
0	44	49,4
1-3	7	7,8
4-6	20	22,4
7-9	12	13,5
10	6	6,7
Dolor en el momento de evaluación		
0	37	41,6
1-3	22	24,7
4-6	18	20,2
7-9	8	9
10	4	4,5

Se eliminaron algunas relaciones del modelo inicial pues sus parámetros eran menores de 0,10. Concretamente, los efectos del dolor sobre la ansiedad y el efecto de la tristeza sobre el dolor. A sugerencia del procedimiento estadístico se introdujo la correlación - que no efecto - entre ansiedad y depresión ($r = 0,35$). El modelo definitivo queda representado en la figura 2.

TABLA II
MATRIZ DE CORRELACIONES POLICÓRICAS

	Sufrimiento	Tristeza	Ansiedad	Dolor	Conocimiento
Sufrimiento	1,00				
Tristeza	0,12	1,00			
Ansiedad	0,05	0,45**	1,00		
Dolor	0,20*	0,40**	0,34**	1,00	
Conocimiento	0,00	-0,19	-0,24*	0,06	1,00
ECOG	0,26*	0,15	0,06	0,07	-0,10

**p < 0,01; *p < 0,05.

Como puede observarse, el conocimiento de la enfermedad tiene un efecto significativo sobre la ansiedad y la tristeza. En ambos casos el efecto es negativo ($gamma = -0,27$ para la ansiedad; $gamma = -0,19$ para la tristeza), lo que significa que a menor conocimiento de la enfermedad aparecerán respuestas más intensas de ansiedad y tristeza. La ansiedad presenta un efecto positivo sobre el dolor ($beta = 0,30$). Sin embargo, no ocurre lo mismo respecto a la tristeza aunque el dolor sí tiene un efecto positivo sobre la tristeza ($beta = 0,10$). Así, de acuerdo con estos resultados, la ansiedad aumentaría el dolor y este a su vez aumentaría la tristeza. Igualmente, el dolor ejerce un efecto positivo sobre el sufrimiento ($beta = 0,15$) que a su vez se ve influido por el estado general del paciente ($beta = 0,24$).

En cuanto al ajuste global del modelo final, los índices muestran un ajuste muy satisfactorio: $\chi^2/g.l. = 0,53$, que siendo menor que 2 indica un buen ajuste; GFI = 0,99 y AGFI = 0,98 ambos superiores a 0,90 lo cual es signo de un ajuste muy satisfactorio.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que cuanto menor es el conocimiento de la enfermedad se produce un mayor grado de ansiedad y tristeza. La ansiedad a su vez hace aumentar el dolor y este aumenta la tristeza. Por último, el dolor unido al deterioro del estado general explicaría parte del sufrimiento de los enfermos.

A la luz de los resultados obtenidos puede afirmarse que la relación entre el dolor y el sufrimiento vendría previamente condicionada por la carga emocional negativa del dolor. El dolor causaría sufrimiento en la medida en que es experimentado como una experiencia negativa con alta ansiedad. De esta forma, el punto de unión entre ambos conceptos, dolor y sufrimiento, podría situarse en los aspectos emocionales que a su vez son fruto de la valoración primaria de amenaza, es decir, del significado atribuido al síntoma (1-4,31), y que en este estudio se ha estimado con en el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad (Fig. 3). Woodruff (5) expone esta misma relación al hacer ver que la unión entre dolor y sufrimiento se encuentra en la multidimensionalidad de ambos constructos. Así también lo afirma Sanz (8), al recordarnos que no son los síntomas en los que causan sufrimiento sino la valoración de la intensidad de la amenaza, es decir, el significado más o menos funesto que la persona atribuye al síntoma. Esto

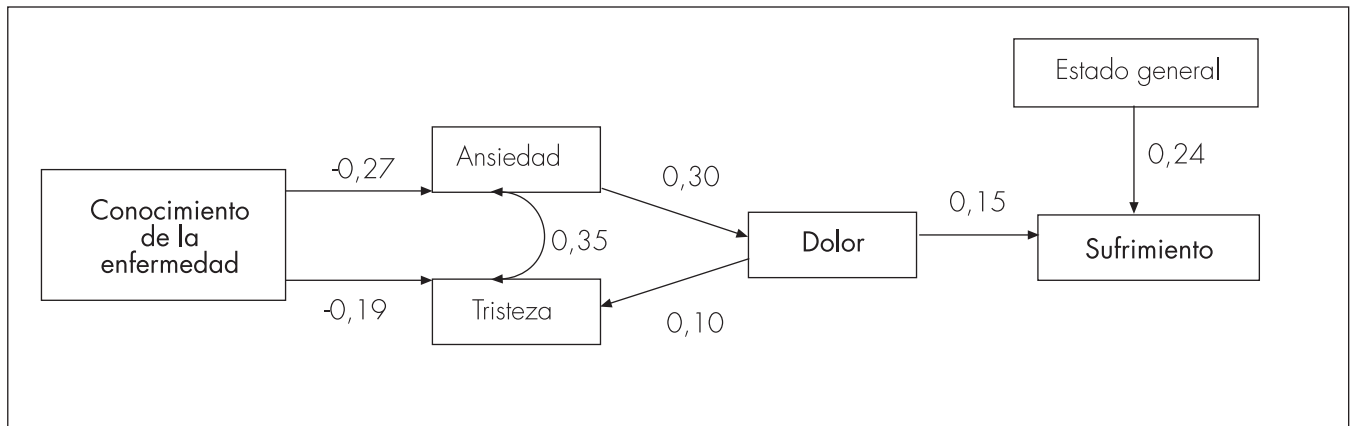


Fig. 2. Modelo definitivo.

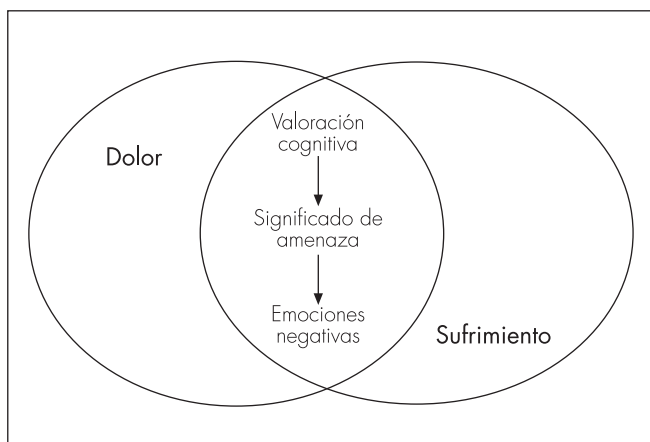


Fig. 3. Relación entre los conceptos de dolor y sufrimiento.

nos vuelve a plantear como ya nos anticipaban Bayés y cols. (9) que el sufrimiento en enfermos terminales viene determinado por la valoración de la amenaza frente a los recursos de afrontamiento disponibles.

Los resultados de este estudio indican que el conocimiento de la enfermedad tiene un efecto negativo en las reacciones emocionales de ansiedad y tristeza. Esto puede ser debido a que el enfermo realiza una valoración cognitiva (evaluación primaria) de amenaza de la situación o de la percepción del dolor (estímulo). Esta a su vez desencadenaría emociones negativas de ansiedad y tristeza, teniendo la ansiedad un efecto significativo sobre el dolor. Por tanto, a luz de estos resultados puede afirmarse que el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad influye sobre el dolor, lo que aporta una información importante para planificar la intervención con estos pacientes pues cabe deducir que una explicación adecuada a las necesidades del enfermo sobre las causas de su dolor y su enfermedad contribuirá a reducir la ansiedad asociada al dolor y consecuentemente, se lograría un mejor control del mismo. En línea con los resultados de este estudio, Arranz y cols. (32) indican que la incertidumbre ante la falta de información y la sospecha cada vez mayor de que la enfermedad está avanzando lleva en los pacientes oncológicos terminales a un alto grado de aislamiento, desconfianza hacia los profesionales que los atienden y la propia familia, mayor ansiedad,

miedos y mayor tristeza y soledad. Esta conspiración de silencio enfrenta al enfermo, que desea conocer más acerca de su estado real, a altos grados de malestar ante el empeoramiento de síntomas como el dolor y le dificulta la adaptación, ya que impide que se planifique de forma realista y acorde con su situación, agravándose así síntomas como el dolor y aumentando el sufrimiento.

Este estudio, si bien no se centra en el papel que ejercen las familias respecto a la información que le transmiten al enfermo, pretende contribuir a esclarecer el papel que tiene el conocimiento del paciente en el control del dolor y el sufrimiento que este comporta. Cuanto menos ha de plantearnos posturas éticas acerca de la información que se les da a los pacientes y el papel que ejercen los familiares desde ese bien intencionado deseo de protección.

Seguindo los resultados de estudios previos con pacientes con dolor de origen benigno (11,33,34) en el modelo hipotético se postuló una relación bidireccional entre el estado emocional y la intensidad subjetiva del dolor. Sin embargo, en contra de las predicciones, no se encuentra dicha bidireccionalidad. Estos resultados indican que la relación entre dolor y estados emocionales es compleja y que, más que una relación bidireccional, existe una cierta especificidad que futuras investigaciones tendrán que indagar si es idiosincrásica de los pacientes oncológicos. Los estudios de Janssen y Arntz (14), indican que la ansiedad asociada al dolor hace que este se perciba de forma más intensa. La percepción de aumento del dolor llevaría al paciente a re-evaluar su estado como “más grave”, con el consiguiente aumento de la tristeza.

En este estudio se ha optado por inferir el significado atribuido al dolor a través del conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad. Esta información puede ser uno de los principales aspectos que el paciente tome como punto de partida a la hora de realizar la evaluación primaria y atribuir significado al dolor. Entre las perspectivas futuras de investigación cabría diseñar un sistema sencillo y ágil de evaluación del significado del dolor que suponga un menor grado de inferencia y que oriente acerca de cómo este afecta al control del síntoma y consecuentemente al sufrimiento.

Era intención de los autores poder relacionar dolor y sufrimiento, por ello se adaptó el periodo de tiempo de la medida de sufrimiento al mismo periodo de tiempo de la medida de dolor (la semana pasada), esto podría suponer una limitación ya que el estado de ánimo se evaluó en el

momento presente. Sin embargo, y a pesar de esta diferencia temporal, sí existe una relación entre los estados emocionales y el dolor.

En principio que la muestra esté formada por pacientes atendidos desde distintos programas asistenciales de la Fundación Cudeca podría entenderse como una limitación. Sin embargo, este hecho parece no afectar a los resultados. Son distintos profesionales los que atienden en cada programa y no se encuentran diferencias significativas en los resultados en función del profesional que lo atiende. En este estudio se obtienen resultados similares a los obtenidos por Rodríguez y cols. (35) respecto al grado de malestar medido a través de la escala del paso del tiempo en una muestra de enfermos oncológicos hospitalizados. Si tene-

mos presente que la mayoría de los pacientes que forman parte de este estudio se encontraban en el momento de la evaluación en sus domicilios parece que se podría plantear que el malestar subjetivo del paciente no esté determinado por el lugar en el que se encuentre, sino por otros factores.

CORRESPONDENCIA:

M^a Ángeles Jurado Martín
Fundación Cudeca
Avenida del Cosmos, s/n
29631 Benalmádena, Málaga
e- mail: ma_jurado_martin@yahoo.es

Bibliografía

1. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
2. Gómez M. Dolor y sufrimiento. El problema del sentido. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 1998; 5: 144-58.
3. Gómez M. Dolor y sufrimiento. En: Gómez M, editor. *Avances en cuidados paliativos Gran Canaria: Gafos*; 2003. p. 475-501.
4. Gómez M, Grau JA. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid: Aran Ediciones; 2006.
5. Woodruff R. Pain. En: Woodruff R, editor. *Palliative Medicine. Evidence-based symptomatic and supportive care for patients with advanced cancer* Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 53-5.
6. Ferry W, Olson LG. Unobvious Wounds: The suffering of hospice patients. *International Medical Journal* 2004; 34(11): 604-7.
7. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care* 1993; 9(2): 5-13.
8. Sanz-Ortiz J, García A, Vegas ME. Concepto y tratamiento del sufrimiento. Reflexiones sobre la muerte y el proceso de vivir. En: Camps C, Carulla J, Casas A, González-Barón M, Sanz-Ortiz J, Valentín V, editores. *Manual SEOM de cuidados continuos* Madrid: Sociedad Española de Ontología Médica. Dispublic; 2004. p. 67-98.
9. Bayés R, Arranz P, Barbero JJ, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa (Madrid)* 1996; 3(3): 114-21.
10. Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *The Lancet* 1999; 353: 1607-9.
11. Vallejo MA, Comeche MI. Depresión, Ansiedad y dolor crónico. En: Fernández EG, Palmero F, editores. *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel; 1999. p. 289-324.
12. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982; 50: 1913-8.
13. Spiegel D, Blom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine* 1983; 4: 333-9.
14. Janssen SA, Arntz A. Anxiety and pain: attentional and endorphinergic influences. *Pain* 1996; 66: 145-50.
15. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of Psychiatric disorder among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
16. Gil F, Breitbart W. Intervención psicológica y psiquiátrica en el control del dolor. En: Sanz-Ortiz J, editor. *Actualización en dolor: Hacia un diagnóstico y tratamiento eficaces*. Madrid: YouyUs; 2006. p. 1-10.
17. Quero RM, Fernández A, Gálvez R. Alteraciones psicológicas, problemas psicosociales y características del dolor en una muestra de pacientes con cáncer avanzado y dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 1998; 5: 8-16.
18. Esteve R, Ramírez C, López AE. Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en Dolor* 2001; 2(4): 252-61.
19. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5: 649-55.
20. World Health Organization. *Cancer pain relief*. Geneva WHO; 1986.
21. Jensen M.P, Turner P, Romano JM, Fisher LD. Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain* 1999; 83: 157-62.
22. Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2000; 7: 70-4.
23. Bayés R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2000; 7(3): 101-5.
24. Bayés R, Limonero JT, Barreto P, Comas MD. A way to screen for suffering in Palliative Care. *J Palliat Care* 1997; 13(2): 22-6.
25. Gil F, Sirgo A, Maté J, Estradé E, Fuentes S, León C. Spanish Comprehensive Cancer Network (SCCN): psychosocial distress practice guidelines. Póster presentado a la VI Jornada Clínico-científica del ICO. Barcelona; 2000.
26. Gil F, Maté J. Formación en Intervenciones Psicológicas en el Afrontamiento de la Enfermedad y de la Muerte. *Actas Española de Psiquiatría* 2005; 3: 120-32.
27. Gil F, Gras L, Travado L, Tomamichel M, González JR. Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Support Care Cancer* 2005; 13(8): 600-6.
28. López JA, Fernández AM, Díaz- Rubio E. Investigación en cuidados paliativos de aspectos clínicos y psicológicos. En: González- Barón M, Ordóñez A, Fliu J, Zaramora P, Espinosa E, editores. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Médica Panamericana; 1996. p. 1411-28.
29. Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Lincolnwood: Scientific Software International; 1999.
30. Batista JM, Coenders G. Modelos de ecuaciones estructurales. Madrid: La Muralla; 2000.
31. González- Barón M, Muñoz JD, Lacasta MA. Dolor total y sufrimiento. En: González- Barón M, Ordoñez A, editores. *Dolor y cáncer. Hacia una oncología sin dolor*. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 341-65.
32. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2003. p. 98.
33. Chapman CR, Nakamura Y, Flores LY. Chronic pain and consciousness: a constructivist perspective. En: Gatchel RJ, Turk DC, editores. *Psychosocial factors in pain*. Nueva York: Guilford Press; 1999. p. 166-72.
34. Dar R, Leventhal. Schematic processes in pain perception. *Cognitive Therapy and Research* 1993; 17: 341-7.
35. Rodríguez Morera A, Roca Casademont R, Planes Pedra M, Gras Perez ME, Bayés Sopena R. Percepción subjetiva del paso del tiempo en el enfermo y el cuidador primario en Cuidados paliativos hospitalarios. *Medicina Paliativa (Madrid)* 2008; 15(4): 200-4.