

ORIGINAL

Causas de sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida

M. A. JURADO MARTÍN¹, R. ESTEVE ZARAZAGA², O. VILLALBA MERCHÁN¹

¹Fundación Cudeca. Benalmádena, Málaga. ²Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

RESUMEN

Objetivo: conocer y analizar el grado de malestar y las principales causas de sufrimiento de los enfermos oncológicos en situación avanzada desde la perspectiva de los pacientes.

Método: en una muestra de 132 pacientes atendidos en la Fundación Cudeca, se valoró, mediante la escala del paso subjetivo del tiempo, el grado de sufrimiento y su atribución. Los datos fueron analizados mediante SPSS.11.

Resultados: la mayoría de los pacientes relacionan su percepción subjetiva del paso del tiempo principalmente con el control sintomático, seguido de la capacidad para realizar actividades distractoras y su estado de ánimo. Para los niveles de sufrimiento más elevados, las causas del sufrimiento se relacionan con la sintomatología física y el aburrimiento. Que "la vida transcurre con normalidad", es destacado en un 14% de los pacientes y asociado a la percepción de que el tiempo ni se alarga ni se acorta respecto al cronológico.

Conclusiones: los pacientes no se refieren a la muerte próxima como su principal amenaza sino a los factores cambiantes. El aburrimiento se relaciona con la sensación de vacío, tanto en lo que se refiere a carencia de actividades como a su significado. La capacidad de distracción, descubrimiento de nuevas actividades y sensación de utilidad facilitan la adaptación y reducen el malestar. Conocer lo que preocupa al paciente permite al profesional orientar su intervención hacia la causa del sufrimiento.

Med Pal 2010; Vol. 17, pp. 90-95

PALABRAS CLAVE:

Cuidados paliativos. Enfermedad terminal. Sufrimiento. Causas de distrés. Percepción subjetiva del tiempo.

ABSTRACT

Objective: to know and analyze the discomfort level and main causes of suffering in advanced cancer patients from a patient's perspective.

Method: in a sample of 132 patients cared for at Cudeca Foundation suffering and its causes were evaluated using a subjective perception scale. Data were analyzed using the SPSS 11.

Results: most patients associate time perception with symptom control, their capacity for distraction, and mood. In the highest levels of suffering, the main causes are physical symptoms and boredom. For 14% of patients life time is normal and associated with the perception that its passing is neither slow or fast.

Conclusions: patients do not report death proximity perception as their main threat. Their main threats are changing factors. Boredom is related with a feeling of void, both for lack of activities and the meaning ascribed to life. The capacity of enjoying, discovering new capacities and a useful feeling could enhance adaptation and reduce discomfort. Knowing the patient's main threat will allow the professional to help the patient directly about his/her worries.

KEY WORDS:

Palliative care. Terminal ill. Suffering. Cause of distress. Time perception.

INTRODUCCIÓN

El sufrimiento de los enfermos oncológicos terminales es generalmente pensado en términos de descontrol de síntomas como el dolor, la disnea o las náuseas. Actualmente existe una mayor tendencia considerar todas las dimensiones del sufrimiento atendiendo a las causas del mismo desde una perspectiva más amplia.

Sanz-Ortiz y cols. (1) recogiendo las reflexiones de Chapman y Gavrin (2) y Bayés (3) definen el sufrimiento

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. De dicho trabajo se han derivado dos comunicaciones a congreso:

—Presentado como comunicación formato póster en el Forum de investigación organizado por la EACP en Trondheim, Noruega. Mayo 2008.

—Presentado como comunicación oral en el Congreso Nacional de Cuidados Paliativos, Salamanca 2008.

Recibido: 13-07-09
Aceptado: 14-10-09

como “[...] todo proceso, estado o experiencia que rebaja, disminuye o destruye la integridad de la persona” (p. 92). Resaltan del sufrimiento, el carácter cognitivo y afectivo, complejo y negativo, fruto de la percepción de amenaza, la falta de recursos y la impotencia para hacerle frente. Otro aspecto que destacan es el carácter multidimensional del sufrimiento que abarcaría todas las dimensiones de la persona: física, emocional, social y espiritual.

Tomando como referencia el *Sistema armónico de adaptación* propuesto por Comas (4) se establece que el principal factor que influye en la adaptación a la enfermedad terminal es la percepción de amenaza para la existencia. Los componentes de este modelo son: agentes estresores de la situación, componentes de adaptación del individuo y componentes de apoyo en el entorno. Como agentes estresores distingue entre aquellos estables en la situación (percepción de muerte) y los cambiantes de origen biológico, psicológico y/o sociales. Como componentes de adaptación señala las conductas de adaptación automáticas que identifica con las respuestas emocionales, y las conductas de adaptación intencionadas que hacen referencia a las estrategias de afrontamiento que el sujeto ha ido aprendiendo a lo largo de su vida. Los componentes de apoyo serían el entorno afectivo cercano y los servicios comunitarios de apoyo. Estos componentes adaptativos y de apoyo son los que guiarán al sujeto haciendo de moduladores del proceso de adaptación.

Si se establece un paralelismo entre el modelo de adaptación de Comas (4) antes comentado y la definición de sufrimiento de Chapman y Gavrin (2), se encuentra que los agentes potencialmente estresores podrían equipararse a los agentes amenazadores. Por otro lado, los componentes de adaptación y los componentes de apoyo harían referencia a los recursos de carácter personal y social que el individuo considera que tiene para hacer frente a dicha amenaza. Si en la valoración cognitiva del grado de amenaza frente a los recursos disponibles el sujeto percibe falta de control e impotencia para hacer frente a esta, se generarán reacciones emocionales que llevarán a un sufrimiento intenso, según postulan Chapman y Gavrin (2), o estrés psicológico, desde las teorías de Lazarus (5).

El cáncer avanzado y todo lo que lo circunda tienen un gran potencial para convertirse en agentes amenazantes, pues, en el propio proceso de enfermedad existen numerosos estresores potenciales de tipo tanto estables como cambiantes.

Son pues múltiples las posibles causas de sufrimiento para el paciente oncológico avanzado. Algunos autores han propuesto que se evalúe el sufrimiento a través de la percepción subjetiva del paso del tiempo (6-9). Desde esta perspectiva, cuando el paciente tiene la sensación de que el tiempo se dilata respecto al tiempo cronológico ello sería un indicador de malestar-sufrimiento, mientras que cuando el tiempo subjetivo se acorta respecto al tiempo cronológico, indicaría bienestar y capacidad de disfrutar. En la evaluación del sufrimiento mediante este procedimiento la valoración del paso del tiempo va acompañada de una segunda pregunta acerca del porqué de esa percepción subjetiva. Este instrumento presenta varias ventajas. En primer lugar, cumple con los criterios éticos para la evaluación en investigación en cuidados paliativos (10) pues es de corta duración, no contiene aspectos que puedan añadir sufrimiento y es fácil de aplicar en el contexto del ejercicio

profesional clínico. Al mismo tiempo, la pregunta abierta permite que se establezca una buena relación terapéutica favoreciendo que el profesional se acerque a aquello que es más importante para el enfermo en ese momento sin sugerir aspectos nuevos. La SECPAL en *La Guía Básica de exploración de necesidades espirituales* recomienda el uso de esta escala como forma inicial de acercamiento al sufrimiento de los enfermos terminales (11). Por todo ello, esta escala se considera un instrumento útil para valorar las causas por las que los enfermos dicen sufrir pues, además de una puntuación de 1 a 5, proporciona una explicación inicial de dicho sufrimiento.

Si bien es amplia la literatura que recomienda el uso del paso del tiempo como medida de sufrimiento-malestar, no abundan los estudios que aporten datos científicos sobre el sufrimiento evaluado con este instrumento. Rodríguez, Roca, Planes, Gras y Bayés (12), han realizado un estudio sobre la percepción del paso del tiempo en pacientes y sus cuidadores. Encuentran que no hay concordancia entre la percepción del paso del tiempo de los enfermos y de sus cuidadores. Para la mayoría de los pacientes el tiempo se le hace largo o muy largo, sin embargo, para sus cuidadores el tiempo transcurre normal o corto. Este resultado es curioso, pues ambos grupos se encontraban en el hospital, lo que hace pensar que este paso del tiempo puede estar influenciado por otras variables. En este estudio posponen el análisis de las causas a las que atribuyen el paso del tiempo.

Otro estudio llevado a cabo por Jurado y Esteve (13), encuentra que cuanto menor es el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad, la ansiedad aumenta y esta a su vez hace aumentar el dolor. Las conclusiones destacan que parece que es el conocimiento de la enfermedad el que ayuda al enfermo a dar significado al dolor que experimenta y de ahí que su sufrimiento esté relacionado con el significado. En ese estudio se muestran las relaciones estadísticas establecidas entre las variables mediante el método de ecuaciones estructurales.

El propósito del estudio actual es realizar un análisis descriptivo de las causas por las que los pacientes dicen que se les hace el tiempo más largo, es decir, en sus propias palabras, qué les produce sufrimiento a los enfermos oncológicos en situación avanzada. Conocer a qué atribuyen su malestar permitirá que el equipo de cuidados paliativos dirija su intervención directamente a aquello que el paciente identifica como amenaza principal.

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 les 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.

—*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 (14). 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; y 4 - necesita ayuda para todo y pasa todo el tiempo encamado).

—*Grado de sufrimiento* y su atribución. Se evaluó a través de la percepción subjetiva del paso del tiempo (6-9) en relación a la semana anterior. Este estudio forma parte de una investigación más amplia de la que se han publicado algunos resultados recientemente (13) y esta modificación se realizó para hacer coincidir la valoración del sufrimiento con el mismo periodo de tiempo sobre el que se evaluaban las otras variables. Existe la posibilidad de que el recuerdo de la semana anterior esté contaminado por efectos de olvido o recencia, siendo esta una de las limitaciones de este estudio. Las respuestas a la pregunta por las causas a las que atribuyen los pacientes el que el tiempo se alargue o acorte fueron clasificadas inicialmente en las trece categorías propuestas por Bayés (7) y que aparecen en la tabla I.

PROCEDIMIENTO

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 referencia del enfermo quienes, en el contexto de una visita o consulta ordinaria, evaluaban los estados emocionales 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 junio de 2008. 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.

Para determinar si los resultados estaban influidos por el equipo que hubiese hecho la entrevista, se aplicó la prueba Kruskal-Wallis, no obteniéndose diferencias significativas. Puesto que son distintos profesionales los que atienden los distintos programas de la fundación Cudeca podemos afirmar que tampoco existen diferencias significativas en función del lugar donde se encuentra el paciente.

Se utilizó el programa estadístico SPSS.11 para el análisis descriptivo de las variables. Las respuestas directas a “¿por qué el tiempo se les hacía...?”, fueron clasificadas siguiendo el listado de 13 categorías sobre las causas del malestar del enfermo descritas por Bayés (7) (Tabla I). De estas se suprimieron dos: “percepción de control sobre los pensamientos perturbadores” y “presencia de estímulos ambientales agradables”, pues no se encontraron respuestas que pudieran ser incluidas aquí. Así mismo se añadió una última categoría “todo sigue sin cambios” y otra “otros” para aquellas respuestas que no podían ser clasificadas. Este mismo autor las agrupa en tres grandes bloques (7,8): “tiempos de espera”, “una situación presente desagradable” y “un estado de ánimo deprimido o angustiado”. En el presente artículo se ha optado por utilizar la primera de las clasificaciones de causas de sufrimiento ya que es interesante poder analizar de forma más minuciosa las causas por las que dicen los enfermos que sufren.

Con estas categorías se obtuvieron variables neutras que estaban formadas por dos categorías que podían considerarse aspectos positivos y negativos y que hacían referencia a un mismo constructo. Así, se obtuvieron las variables (Tabla I): control sintomático (categorías 1 y 8), estado de ánimo (categorías 4 y 9), tiempos de espera (categorías 5 y 10), sueño (categorías 6 y 11), y aburrimiento-distracción (categorías 7 y 12). Se mantuvieron las categorías 2, 3, y 13 ya que no se podía ver reflejado su contrario. Algunos pacientes en su primera respuesta daban dos motivos que justificaban su percepción subjetiva del paso del tiempo y ambas respuestas fueron tratadas como independientes. Para el análisis de estas variables se realizó un estudio de porcentajes de respuesta con el objetivo de determinar cuáles de estos aspectos son más importantes para el paciente a la hora de atribuir la causa de su malestar.

RESULTADOS

En el estudio no participó el 17% de los pacientes por cumplir alguno de los criterios de exclusión en el momento de ser evaluados, por lo que la muestra final estaba compuesta por 132 pacientes, de los que se obtuvieron 143 respuestas a las causas de sufrimiento. La edad oscilaba entre los 31 y los 91 años; si bien el 50% de los pacientes tenían una edad inferior a 65 años. En la tabla II se muestran los resultados del análisis descriptivo de la muestra definitiva.

Respecto al paso del tiempo se obtiene que 26 (18,2%) de los pacientes afirma que se les hace el tiempo “corto” o “muy corto” y 68 (51,5%) siente que el tiempo se les hace “largo” o “muy largo”. Sin embargo, 40 (30,3%) afirman que el tiempo transcurre “como siempre”.

En la tabla I se muestra la frecuencia de respuesta en cada categoría, agrupadas según el grado de sufrimiento, así como el porcentaje de respuesta en cada categoría para un total de 143 respuestas. Cinco respuestas no pudieron ser clasificadas dentro de ninguna de las categorías, por lo que fueron clasifi-

TABLA I

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE RESPUESTA EN LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DEL ÍTEM DE "CAUSAS A LAS QUE ATRIBUYE EL SUFRIMIENTO" AGRUPADAS SEGUN NIVELES DE SUFRIMIENTO

Categorías	Sufrimiento Percepción del paso del tiempo			Porcentaje de respuesta
	Corto	Normal	Largo	
	Muy corto		Muy largo	
1. Padecimiento de sintomatología física intensamente desagradable y/o amenazadora	0	2	35	25,8%
2. Sintomatología de origen psicosocial intensamente desagradable y/o amenazadora	0	1	11	8,3%
3. Presencia de estímulos ambientales desagradables o molestos	0	0	3	2%
4. Estado de ánimo ansioso o depresivo	1	1	6	5,5%
5. Tiempos vacíos de espera incierta	0	0	4	2,7%
6. Insomnio	0	0	5	3,5%
7. Aburrimiento	0	1	15	11,9%
8. Buen control de síntomas físicos	3	2	0	3,5%
9. Estado de ánimo tranquilo y relajado	4	3	0	4,9%
10. Tiempos de espera reducidos a un mínimo y de duración corta	1	0	0	0,7%
11. Dormir bien	2	2	0	2,7%
12. Distracción	10	6	0	11,9%
13. Todo sigue sin cambios	1	19	0	14%
14. Otros	1	4	0	3,5%

Se muestra la frecuencia de respuesta en cada categoría agrupada según el grado de sufrimiento así como el porcentaje de respuesta en cada categoría para un total de 143 respuestas.

TABLA II

RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA PARA UN TOTAL DE 132 CASOS

	f.	%
Sexo		
Hombres	57	43,2
Mujeres	75	56,8
Diagnósticos primarios más frecuentes		
Ca. Digestivo	44	
Ca. Pulmón	22	16,7
Ca. Cabeza y cuello	15	11,4
Ca. Mama	14	10,6
ECOG		
Completamente autónomos	33	25
Autónomos, pasan < 50% tiempo en cama	37	28
Cuidarse en parte, pasan > 50% tiempo en cama	38	28,8
Encamados	24	18,2
Conocimiento de la enfermedad		
Sin información	36	27,3
Conoce diagnóstico, no pronóstico	52	39,4
Totalmente informado	44	33,3
Paso del tiempo		
Muy largo	42	31,8
Largo	26	19,7
Normal	40	30,3
Corto	21	15,9
Muy corto	3	2,3

casos como "otros". Se observa que, para los niveles de sufrimiento más elevados, las causas del sufrimiento se relacionan con la sintomatología física y el aburrimiento.

Analizando las variables neutras sobre las causas de sufrimiento se confirmó que la mayoría de los pacientes, en sentido positivo o negativo, relacionan su percepción subjetiva del paso del tiempo principalmente con el control sintomático, seguido de la capacidad para realizar actividades distractoras y su estado de ánimo. Los resultados pueden verse reflejados en la tabla III. Como se observa, 22 de las respuestas obtenidas se asocian con un transcurrir del tiempo "corto" o "muy corto" y como se puede observar, también en la tabla, puntúan en el aspecto positivo de cada una de las variables. Setenta y seis respuestas se asocian a un paso del tiempo "largo" o "muy largo" y así mismo estas respuestas puntúan en el extremo negativo de las variables neutras.

Cabe destacar también cómo el hecho de que la vida transcurre con normalidad, sin cambios importantes, es destacado por un 14% de los pacientes y asociado a la percepción de que el tiempo ni se alarga ni se acorta respecto al cronológico.

DISCUSIÓN

A la luz de las respuestas directas y las frecuencias en las categorías, los motivos que atribuyen los pacientes sobre la percepción de que el tiempo se alarga respecto al cronológico, hacen referencia al descontrol de síntomas como el dolor, a la debilidad física, la dificultad para el movimiento y al aburrimiento.

TABLA III
VARIABLES NEUTRAS FORMADAS POR LA AGRUPACIÓN DE LAS CATEGORÍAS SOBRE LAS CAUSAS DE SUFRIMIENTO

Categorías	Sufrimiento Percepción del paso del tiempo			Porcentaje de respuesta
	Corto Muy corto	Normal	Largo Muy largo	
1. Sintomatología física: a. Intensamente desagradable b. Buen control	0 3	2 2	35 0	29,4%
2. Estado de ánimo: a. Negativo b. Positivo	1 4	1 3	6 0	10,5%
3. Tiempos de espera: a. Incierta b. Reducidos de duración corta	0 1	0 0	4 0	3,5%
4. Sueño: a. Insomnio b. Dormir bien	0 2	0 2	5 0	6,3%
5. Aburrimiento-distracción: a. Aburrimiento b. Distracción	0 10	1 6	15 0	21,7%
6. Todo sigue sin cambios:	1	19	0	14 %
7. Sintomatología de origen psicosocial intensamente desagradable y/o amenazadora:	0	1	11	8,4%
8. Presencia de estímulos ambientales desagradables o molestos:	0	0	3	2%
9. Otros:	1	4	0	3,5%
Totales de respuestas asociadas al paso del tiempo	23	41	79	99,3%

Retomando el *Sistema Armónico de Adaptación* (4) podríamos pensar que, dentro de las amenazas del paciente (factores estresores estables y cambiantes) son los estresores cambiantes los que mayor malestar generan en los enfermos.

En contra de lo que la simple intuición podría sugerir, la percepción de muerte próxima no parece ser lo que los pacientes refieren como su principal amenaza. Esto puede ser debido a la falta de información de los pacientes o a que su estado general no les lleva a vivenciar esta percepción de muerte próxima, es decir, puede que no exista una conciencia de muerte por distintos motivos. Así mismo existe la posibilidad de que en una primera respuesta a por qué el tiempo se les alarga no encuentren en esta preocupación el principal motivo o que no se atrean a manifestarlo de forma abierta.

Parece pues, a la luz de estos resultados, que son los factores de tipo cambiante los que mayor malestar generan en los enfermos. Principalmente el control de síntomas físicos y la capacidad para realizar actividades distractoras, ambos aspectos muy relacionados con los cambios que la enfermedad ha ocasionado en sus vidas. La necesidad de un buen

control sintomático es algo ampliamente reconocido y la propia SECPAL (15) lo considera uno de los pilares fundamentales de la intervención en cuidados paliativos.

Es importante también reconocer el malestar que genera el aburrimiento. Generalmente estas personas han encontrado muy disminuidas sus actividades tanto laborales como de distracción desde que se diagnosticó la enfermedad. En ocasiones, viven muy cuidados y atendidos por todos, pero aburridos y con la sensación de ser una carga familiar y que sólo les queda esperar que pase el tiempo. Aburrimiento que suele llevar consigo sensación de vacío y que es objetivo y real en cuanto a actividades se refiere, y otro tipo de vacío, menos observable, pero también muy real, aquel que está relacionado con el significado que se le da al tiempo vivido.

La capacidad para distraerse, descubrir nuevas habilidades y sentirse útil, puede potenciar la adaptación y reducir el malestar generado pues mantiene al enfermo conectado con la vida por encima de la situación física en la que se encuentra. Desde la Fundación Cudeca se desarrolla un programa de Unidad de Día en el que uno de los objetivos es dar respuesta a esta necesidad de los pacientes de sentirse aún

vivos. Tiene un objetivo rehabilitador: físico, social y psicológico. Es una forma de dar respuesta, entre otras cosas, al aburrimiento, promoviendo las relaciones sociales, el descubrimiento de nuevas habilidades y la recuperación de capacidades aparentemente perdidas, lo cual dotaría de un nuevo significado al vacío derivado de la enfermedad.

La adaptación de la pregunta sobre el paso del tiempo realizándola sobre la semana pasada podría ser una limitación de este estudio. Es probable que efectos de recencia y olvido estén influyendo en sus repuestas a la pregunta de por qué el tiempo transcurrió largo o corto. Sin embargo, también es posible que precisamente por la influencia de esos efectos nos estemos acercando aún más a lo que al paciente le preocupa y siente como amenaza real en estos momentos. Es por tanto una cuestión que habrá que dilucidar en futuros estudios.

Otra de las posibles limitaciones de este estudio alude a que se ha considerado únicamente la primera respuesta que daban los pacientes a la pregunta “¿por qué el tiempo

se le hace...?”. Se siguió este procedimiento para no contaminar con la evaluación la percepción subjetiva del paciente acerca de aquello que provoca malestar. Posiblemente ahondando en sus respuestas y con la puesta en marcha de una entrevista de relación de ayuda podríamos descubrir que estas son sólo una de sus causas de malestar y posiblemente, los aspectos psicológicos y espirituales cobrarían más fuerza.

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. 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 Oncología Médica Dispublic; 2004. p. 67-98.
2. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. *J Pall Care* 1993; 9(Supl. 2): 5-13.
3. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca; 2001. p. 92.
4. Comas MD, Javaloyes N. Proceso de adaptación psicosocial a la fase terminal. En: Díe Trill M, López Imedio E, editores. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ediciones Ades; 2000. p. 165-8.
5. Lazarus RS. From Psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology* 1993; 44: 1-21.
6. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca; 2001. p. 131-2.
7. Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Rev de la Sociedad Española del Dolor* 2000; 7: 70-4.
8. Bayés R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. *Med Pal* 2000; 7(3): 101-5.
9. Bayés R, Limonero JT, Barreto P, Comas MD. A way to screen for suffering in palliative care. *J Palliat Care* 1997; 3(2): 22-6.
10. Bayés R. Principios de la investigación psicosocial en cuidados paliativos. En: Díe Trill M, López Imedio E, editores. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ediciones Ades; 2000. p. 651-68.
11. Benito E, Barbero J, Payás A, editores. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: Aran Ediciones; 2008. p. 105-6.
12. Rodríguez A, Roca Casademont R, Planes M, Gras ME, Bayes R. Percepción subjetiva del paso del tiempo en el enfermo y el cuidador primario en cuidados paliativos hospitalarios. *Med Pal* 2008; 15(4): 200-4.
13. Jurado MA, Esteve R. Dolor y sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida: el papel del conocimiento de la enfermedad. *Med Pal* 2009; 16(4): 229-34.
14. 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 Oncology* 1982; 5: 649-55.
15. SECPAL. Disponible en: <http://www.secpal.com>