

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ASTENIA

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

*Unidad de Cuidados Paliativos. AECC/IMSALUD. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Servicio de Neurología del Hospital Central de Defensa. Madrid.

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

Resumen

La astenia es un síntoma frecuente en los enfermos con cáncer y tiene importantes repercusiones sobre su calidad de vida. En este artículo se aborda este problema desde una perspectiva psicológica, basándonos en datos empíricos y aproximaciones teóricas y científicas del campo de la psicología, con la finalidad de obtener un mayor conocimiento de este fenómeno multifactorial para poder ayudar en lo posible a afrontar mejor este problema de forma multidisciplinar y disminuir el sufrimiento que pueda producir la astenia en los pacientes con cáncer.

Se concluye que el abordaje actual frente a la enfermedad subraya la necesidad de conservar las actividades habituales a un nivel adecuado sin provocar frustración. El descanso y falta de actividad física, como respuesta al cansancio, pueden (por separado o conjuntamente) inducir o aumentar la astenia. No sólo es necesario investigar en síntomas como la depresión, el dolor, o la astenia de forma independiente, sino también conjuntamente; un tratamiento eficaz de la depresión puede aliviar la astenia, pero inversamente el adecuado tratamiento de dolor puede aumentar la astenia. Es necesario establecer un instrumento de medida que sea válido, fiable, sensible a los cambios, con el que los diferentes profesionales podamos comparar resultados.

Palabras clave: astenia, Psicología, depresión y dolor.

Abstract

The asthenia is a frequent symptom in the patients with cancer and has important repercussions on its quality of life. In this article east problem is approached from a psychological perspective, basing on empirical data and theoretical and scientific approaches to us of the field of psychology, with the purpose of obtaining a greater knowledge of this multifactorial phenomenon to be able to help as far as possible to confront better east form problem to multidiscipline and to diminish the suffering that can produce the in the patients with cancer.

One concludes that the present boarding front to the disease emphasizes the necessity to conserve the habitual activities at a level adapted without causing frustration. The rest and lack of physical activity, like answer to the fatigue, they can (separately or jointly) induce or increase the asthenia. It is not only necessary to investigate in symptoms like the depression, the pain, or the asthenia of independent form, but also jointly; an effective treatment of the depression can alleviate the asthenia, but inversely the suitable treatment of pain can increase the asthenia. It is necessary to establish a measurement instrument that is valid, trustworthy, sensible to the changes, with that the different professionals we pruned to compare results.

Key words: fatigue, Psychology, depression and pain.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la astenia es una de las quejas más comunes entre las personas diagnosticadas con cáncer⁽¹⁾, es un proble-

ma infravalorado por la mayoría de los profesionales de la salud que tratan y cuidan a las personas con cáncer (oncólogos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.).

No existe acuerdo sobre si la astenia es un síndrome o síntoma, los factores etiológicos implicados, los instrumentos de evaluación a utilizar o el tratamiento más eficaz para el problema de la astenia en las personas con cáncer.

Correspondencia:

María Antonia Lacasta
Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz
Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid
E-mail: marianlacasta@eresmas.es

Por este motivo, consideramos importante abordar este problema desde una perspectiva psicológica, basándonos en datos empíricos y aproximaciones teóricas y científicas del campo de la psicología, con la finalidad de obtener un mayor conocimiento de este fenómeno multifactorial y así poder ayudar en lo posible a afrontar mejor este problema de forma multidisciplinar y disminuir el sufrimiento que pueda producir la astenia en los pacientes con cáncer.

DEFINICIÓN

Miaskowski y Portenoy consideran que la astenia es una de las quejas más comunes entre las personas diagnosticadas con cáncer⁽¹⁾. La astenia (o fatiga) se da entre un 14% y 96% de las personas con cáncer, especialmente en los enfermos que están con tratamiento⁽⁴⁻⁶⁾. Otros autores estiman su prevalencia entre el 33% y el 100% de estos pacientes, dependiendo de la escala empleada y la población estudiada; la prevalencia aumenta cuando se emplean tratamientos específicos como quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia⁽⁷⁾. Bruera afirma que la astenia probablemente es el síntoma más prevalente en los pacientes con cáncer terminal y avanzado⁽⁸⁾.

La astenia se empezó a estudiar en el siglo XIX, por Mosso o Josefa Ioteyko en su tesis doctoral de 1896. Desde entonces, en todos los estudios e investigaciones se desarrolla una visión unitaria de la astenia o fatiga (término utilizado por estos autores), incluyendo en él tanto el aspecto físico como el intelectual (mental). Estos autores consideraban necesario establecer una distinción clara entre "fatiga" y "sensación de fatiga", "cansancio objetivo" y "subjetivo", "fatiga" y "hastío".

J. Ioteyko decía que una condición esencial para definir agotamiento era la sensación de "malestar", conocido como "sensación de fatiga"⁽³⁾. Así pues, y en el terreno de la psicopatología, el énfasis se ha puesto definitivamente en esta misma sensación de "malestar", y ya a principios del siglo XX la astenia se definió como "laxitud o cansancio resultado de un esfuerzo físico o mental"⁽²⁾.

Uno de los problemas con el que nos encontramos a la hora de definir la astenia es la propia descripción o fenomenología del término. Algunos autores, como Hernández Vidal y otros, dicen que la astenia es una experiencia pobremente definida, cuyo reconocimiento puede incluso variar según el bagaje cultural⁽²⁾. Estos mismos autores afirman que no está claro si la experiencia de la sensación de cansancio (la astenia) es primaria o se trata de una mezcla de percepción-estado; o bien si sus acompañantes somáticos, como por ejemplo dificultad para respirar, náuseas, cansancio muscular o dolor forman todos ellos parte del mismo concepto. Así pues, hay autores que definen la astenia como un síndrome y otros que lo consideran más bien como un síntoma^(9, 11, 13).

Para una mejor comprensión y definición del problema de la astenia, creemos que se debería hacer la misma distinción que hace la propia Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁴⁾, y que distingue entre 2 modalidades de criterios:

- El **campo clínico**, en donde el estudio de la astenia se abarca principalmente desde las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, es decir, principalmente como *síndrome*. Las ventajas que presenta este criterio pueden ser las siguientes: facilitar la comunicación entre los clínicos, mejorar la recogida de datos y recuperar y compilar información estadística y epidemiológica. Las limitaciones que puede presentar son: la dificultad en el diagnóstico de algunos "casos límite" o la gran heterogeneidad que se da en las personas con este diagnóstico.
- El **campo de la investigación**, donde observamos que en los últimos años el estudio de los fenómenos (o síntomas) tiene más ventajas que el sistema de clasificación categorial. La descripción de los fenómenos, la cuantificación de los atributos y la

distribución continua de éstos, producen un mayor acercamiento al modelo psicológico que nosotros defendemos (modelo continuo de enfermedad) y, por tanto, ayudaría más a una posible comprensión y explicación de los trastornos. Además, tal y como se puede comprobar en el amplio espectro de la psicopatología, hay muy pocos rasgos (síntomas o conductas) que sean patognomónicos de un trastorno en concreto, por lo que está siendo más interesante que la investigación se centre principalmente en “fenómenos” (síntomas), que en muchos casos son comunes a diferentes trastornos, como puede ocurrir también en el caso de la astenia⁽¹⁵⁾.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, definiremos la astenia como “sensación subjetiva de la persona, que se caracteriza principalmente por un cansancio significativo que hace reducir el funcionamiento físico, psicológico y social que no se recupera con el descanso”. En el aspecto físico se incluyen debilidad generalizada, disminución de la fuerza y mayor fatigabilidad. En el psicológico, la disminución del bienestar personal y de la capacidad para actividades intelectuales, labilidad emocional y apatía. Y en el aspecto social, afecta a las actividades cotidianas, el trabajo, las relaciones sociofamiliares y los recursos económicos. En general, esta sensación de cansancio, que interfiere en el funcionamiento diario de la persona, produce una sensación de malestar en las personas que la padecen y también en las que le rodea.

Por otro lado, y centrándonos en el problema de 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”⁽⁹⁾.

MODELOS EXPLICATIVOS

El mecanismo que causa la astenia en los pacientes con cáncer se desconoce. Parece ser que 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 los que nos encontramos los siguientes:

- **Modelo neurofisiológico:** Este modelo hace una distinción entre el componente central (cerebro y médula espinal) y el sistema periférico (nervios periféricos, sarcolema muscular y otros factores). El deterioro en ambos tipos puede incidir en la fatiga crónica. El mecanismo central podría ser la clave para explicar el cansancio extremo de pacientes tratados con bioterapia⁽¹⁶⁾; pero aún está por demostrarse si los regímenes quimioterapéuticos potencialmente neurotóxicos causan astenia a través de este mecanismo. Además, muchos individuos con cáncer pueden estar recibiendo al mismo tiempo otros fármacos (hipnóticos, analgésicos, anti-convulsivos, etc.) que también afectan al sistema nervioso central, pudiendo agravar el problema.
- Otra explicación en el estudio de la astenia se concentra en la **reducción de depósitos de proteínas en el músculo esquelético**, que pueden ser resultado del factor endógeno de necrosis tumoral. Esta debilidad muscular precisaría que las personas utilicen una cantidad de energía extraordinaria para realizar las tareas necesarias (hacer ejercicio o al sentarse o pararse durante períodos prolongados)⁽¹⁷⁾.
- Otra propuesta es un esquema para **explicar la astenia que comprende factores bioquímicos, fisiológicos y de conducta**, entre los que se encuentran los siguientes: actividad/descanso, sueño/vigilia, acumulación de metabolitos, cambios

en la energía, modalidad de la enfermedad, modalidad del tratamiento, modalidad de los síntomas, modalidad psicológica, modalidad de oxigenación, cambios en la modalidad de regulación y transmisión y otras modalidades relacionadas (ritmos circadianos, sucesos de la vida, etc.). Además, este esquema define que estos factores son modificados por la propia percepción del cansancio⁽¹⁸⁾.

- Por último, **la tensión nerviosa prolongada**, que produce una respuesta de estrés podría utilizarse como modelo explicativo de la astenia. De acuerdo con este modelo, las personas con cáncer frecuentemente sufren tensión nerviosa extraordinaria durante un tiempo prolongado, lo que les hace gastar energía y sufrir astenia⁽¹⁹⁾.

A continuación presentamos una propuesta de “modelo psicológico de la astenia tumoral”, basada en la última perspectiva expuesta y que se centra en el factor psicológico del estrés. Este modelo sigue haciendo hincapié en los factores psicológicos como determinantes en el fenómeno de la astenia (especialmente el estrés), pero teniendo en cuenta también que existen otros factores influyentes o moduladores (nutrición, medicación, etc.).

Modelo psicológico de la astenia tumoral

El modelo explicativo que aquí proponemos (ver figura 1) sobre la astenia tumoral es un modelo adaptado del modelo procesual de estrés que propone Sandín⁽²⁰⁾.

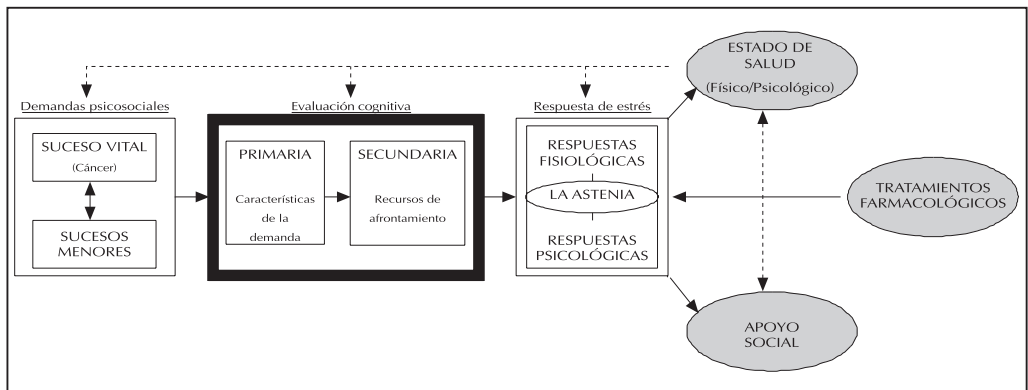
Las teorías basadas en la interacción, conciben el estrés como un proceso interactivo entre el individuo y la situación. La teoría originaria de esta aproximación corresponde a Richard S. Lazarus, que tiende a maximizar la relevancia de los factores psicológicos que median entre los estímulos y las respuestas del estrés, pero considerando además al individuo como un *elemento activo*, que valora las demandas de la situación y los recursos de que dispone para hacerle frente⁽²⁸⁻³⁰⁾.

En este artículo se propone un modelo psicológico de la astenia tumoral tomando como referencia el modelo procesual del estrés, basado en el modelo interaccional⁽²⁰⁾. Planteamos un modelo que incluye 6 componentes, que desarrollan funciones importantes en el proceso del estrés y, consecuentemente, también en el fenómeno de la astenia:

1. Suceso vital estresante:

Uno de los aspectos más importantes tal y como recoge Sandín⁽²⁰⁾, es el que supone un cambio radical respecto a la tradicional

Figura 1. Modelo adaptado del modelo procesual del estrés



orientación médica, sustituyendo el clásico modelo que entiende la causa de la enfermedad unifactorialmente (agente patógeno) por un enfoque más complejo y multidisciplinar (bio-psico-social).

Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que alteran (o amenazan con alterar) las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en la conducta de dicho individuo⁽³¹⁾. Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos. Es decir, las personas que padecen cáncer están sufriendo un acontecimiento vital altamente traumático, y esto produce estrés.

Además, podríamos decir que el estado de estrés que vive un enfermo con cáncer no es único ni pasajero; existen diferentes momentos y situaciones en el proceso de la enfermedad que hay que tener en cuenta, y que forman parte del mismo suceso vital; es decir, el enfermo no sólo sufre estrés durante el tratamiento de la enfermedad, sino que también sufre estrés durante un período de tiempo que puede abarcar desde antes de saber el diagnóstico, en que el paciente piensa, teme, intuye o anticipa que puede sufrir tal enfermedad (que puede ser de días, o incluso semanas antes, en las que el paciente debe someterse a las pruebas de evaluación y pruebas complementarias) hasta mucho tiempo después del tratamiento.

Durante todo este tiempo, el paciente con cáncer puede sufrir estrés, y un fenómeno secundario al estrés podría ser la astenia. Los estudios demuestran que aunque la astenia existe en 14% al 96% de las personas con cáncer, especialmente entre los individuos que se encuentran bajo tratamiento^(4,6), continúa siendo un asunto importante para aquellas personas que ya no reciben tratamiento y que están libres de enfermedad⁽³²⁾.

En un estudio con 74 enfermas de cáncer de mama en etapa temprana, sin historial médico de trastornos afectivos, el 45% aproximadamente notaron índices de astenia que variaba de altos a moderados⁽³³⁾. Se concluye que la astenia en estos casos pudo ser el resultado secundario de un aumento

en la tensión cognoscitiva al tener que afrontar un diagnóstico. Considera que la astenia puede comenzar antes del tratamiento debido a las preocupaciones u otros factores cognoscitivos, tanto primarios como secundarios al insomnio.

Según los datos anteriores, podemos afirmar que cada una de las fases y situaciones por las que pasa el paciente con cáncer (prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, postratamiento, recidivas y fase terminal) puede provocar estrés; pero, a su vez, cada una de estas situaciones es diferente y podría implicar efectos diferentes en las demás fases de este modelo. Además, el suceso vital (la enfermedad de cáncer) y el estrés diario contribuyen a su vez de forma interactiva⁽²⁰⁾.

2. Evaluación cognitiva:

Dependiendo de *cómo sea la evaluación* que hace el enfermo del suceso vital y de los sucesos menores se producirá o no la respuesta de estrés, en mayor o menor intensidad, y por tanto también la astenia.

Según Cox, la respuesta de estrés ocurrirá únicamente si la persona percibe que el suceso (o sucesos) supera sus recursos⁽³⁴⁾. En esta valoración que hace el enfermo, un factor psicológico de vital importancia es el "control percibido"; los experimentos de Weiss ya demostraron que la respuesta de estrés depende del control (o percepción de control) que el sujeto tiene sobre el estresor, más que las características físicas de éste⁽³⁵⁾.

Otros autores, como Rahe y Arthur, llegaron a medir el estrés sobre la base de dimensiones psicológicas asociadas a la evaluación cognitiva, y afirmaban que "dependiendo de la forma en que el sujeto evalúe estas dimensiones (deseabilidad, controlabilidad, negatividad, predecibilidad, novedad, y dependiente versus independiente) puede variar el efecto del suceso vital; así, por ejemplo, cuando el sujeto percibe el suceso como negativo, incontrolable, impredecible, independiente e indeseable, suele perturbar la salud de forma más prominente" ⁽³⁶⁾.

Todos los datos aportados hasta ahora dan una vital importancia a los factores psicológicos en el origen del estrés, y, desde nuestro punto de vista, *cuanto mayor sea la probabilidad de que un paciente con cáncer sufra estrés, mayor será también la probabilidad de padecer astenia y de que ésta pueda potenciar la respuesta de estrés*. Así pues, lo que nosotros pretendemos defender en nuestro modelo explicativo de la astenia, desde la óptica de un modelo psicológico, es que ésta es *secundaria a la respuesta de estrés*.

En esta segunda fase de nuestro modelo habría que distinguir también, tal y como hace Sandín⁽²⁰⁾, entre evaluación primaria y evaluación secundaria:

- En la **evaluación primaria** (características de la demanda), el enfermo evalúa las demandas de la situación y analiza qué daños o beneficios genera el suceso estresante (la enfermedad), tanto para su integridad biológica como para sus valores u objetivos.
- En la **evaluación secundaria** (recursos de afrontamiento), el enfermo valora si puede hacer algo para enfrentarse a la situación (la enfermedad) y si puede llevar a cabo conductas para superar o prevenir un posible daño o aumentar los posibles beneficios. Es una evaluación de lo que puede hacerse, o no, ante una determinada situación.

El resultado de esta evaluación está muy determinado, en primer lugar, por la evaluación primaria (el que una persona piense que puede controlar, o no, la situación de estrés depende directamente de las demandas percibidas), pero también está muy determinado por las conductas o habilidades para afrontar la situación.

Por tanto, lo determinante es lo que el enfermo crea que puede hacer ante esta situación; si se considera capaz de afrontar la situación, la respuesta de estrés y las emociones negativas asociadas serán mucho menores, que si piensa que no puede hacer nada por controlarla.

Estas teorías están relacionadas con el concepto de Chapman y Gravin sobre el sufrimiento. Estos autores 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”. Podríamos decir que es la ruptura del equilibrio entre la percepción de amenaza y la evaluación de recursos para afrontarla lo que da lugar al estrés psicológico y éste es al sufrimiento⁽³⁸⁾.

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta este momento, consideramos necesario que en cada una de las fases de la enfermedad de cáncer (prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento y postratamiento) se lleve a cabo una intervención multidisciplinar, 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 la respuesta de estrés, la astenia y el sufrimiento.

3. *Respuesta de estrés y la conducta asténica:*

Esta respuesta incluye respuestas fisiológicas y psicológicas (emocionales, cognitivas y conductuales). Este conjunto de factores fisiológicos y psicológicos, que constituyen la respuesta de estrés, configura la tercera etapa de nuestro modelo explicativo de la astenia. En esta fase, y como consecuencia de la propia respuesta de estrés, nosotros ubicamos la conducta asténica.

Según Sandín, las respuestas fisiológicas asociadas al estrés no se reducen a la activación/inhibición de las variables neuroendocrinas y del sistema nervioso, sino que implican a múltiples componentes del organismo; estos cambios en su mayor parte son secundarios a las alteraciones producidas por la actividad neuroendocrina⁽²⁰⁾.

Por otro lado, la principal *respuesta psicológica* asociada al estrés es de tipo emocional (la sensación subjetiva de

malestar emocional o emociones negativas asociadas a la respuesta de estrés⁽²⁰⁾. Entre estas emociones negativas destacan la ansiedad y la depresión. Sandín también afirma que las emociones acompañan y determinan en gran medida los procesos de estrés. Estos componentes emocionales también pueden variar en función de la dimensión agudo/crónico, dando lugar a los fenómenos antes mencionados; así, por ejemplo, en circunstancias de estrés agudo es frecuente la experiencia subjetiva de ansiedad, y cuando el estrés es crónico predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo. Esto explicaría el paso de un síndrome de ansiedad a un cuadro de tipo depresivo.

El estrés, por tanto, es una respuesta del organismo que se puede explicar básicamente en términos de cambios fisiológicos y emocionales⁽³⁹⁾ que pueden ser primarios o secundarios a la propia respuesta de estrés. La astenia, desde nuestro punto de vista, formaría parte de la misma respuesta de estrés, es decir, *sería una respuesta asociada a la respuesta de estrés y, por tanto, la astenia tumoral, como "sensación inespecífica y subjetiva de cansancio" -tal y como la definíamos anteriormente- formaría parte de la misma respuesta de estrés (3ª parte del modelo expuesto).*

Esta sensación de cansancio incluiría también componentes emocionales, cognitivos y conductuales, derivados de la propia respuesta de estrés. Entre los *componentes emocionales* de la astenia, además de la propia sensación de cansancio y agotamiento, se pueden incluir también otras emociones negativas, como por ejemplo: ansiedad y depresión. Entre los *componentes cognitivos* de la astenia, se pueden incluir también los fallos cognitivos vinculados a la propia respuesta de estrés (pérdida de memoria, pérdida de concentración, etc.). Y en el *componente motor* se incluiría la principal respuesta derivada de la astenia, que sería la "no actividad" (dejar de realizar actividades sociales y de la vida diaria, dejar el trabajo, etc.).

4. Tratamiento del cáncer y otros fármacos:

La astenia es el síntoma más frecuente entre los pacientes de cáncer. Hay multitud de factores que se han intentado relacionar con este fenómeno, como por ejemplo: deficiencia hormonal, deterioro pulmonar, anemia, trastorno del sueño, etc. Entre todos estos factores, sí queremos destacar uno, que está siempre presente en los pacientes de cáncer y que en la mayoría de los casos actúa como factor modulador (y a veces también causal) de la astenia: las terapias de cáncer y otros fármacos.

La astenia es un síntoma común que acompaña a la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y a los llamados moduladores de la respuesta biológica. Además de los medicamentos que se usan durante la quimioterapia, algunos otros medicamentos pueden contribuir también a la astenia; por ejemplo, los opioides que se utilizan en el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer causan somnolencia; también causan somnolencia otros tipos de medicamentos como los antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas o antihistamínicos; y, además, tomar varios de estos medicamentos a la vez podría aumentar estos efectos.

5. Estado de salud:

Definíamos la astenia como "la sensación subjetiva que se caracteriza principalmente por un cansancio significativo, *que hace reducir el funcionamiento físico, psicológico y/o social y no se alivia con el descanso*". Si nos centramos en la segunda parte de la definición, comprenderemos entonces cuáles son las consecuencias de la astenia, y que son derivadas también de la propia respuesta de estrés. Tal y como señala Sandín, el estado de salud más que una fase del proceso de estrés se trata de un resultado del mismo⁽²⁰⁾. *Nosotros también participamos de esta idea, y suponemos que la astenia, como respuesta asociada a la respuesta de estrés, tiene también sus consecuencias sobre la salud.* Se han identificado múltiples factores que podrían ser resultado de la propia respuesta de estrés y que

también podrían contribuir a la astenia; los factores físicos (anemia, factores de nutrición, ejercicio físico, trastornos del sueño...) y los factores psicológicos (ansiedad, depresión).

Por tanto, el estado de salud sería resultado, en parte, del proceso de estrés; pero, además (y como adaptación del modelo de Sandín), este estado de salud influirá también en la propia respuesta de estrés, por medio de su influencia en la primera fase del proceso (el suceso vital -cáncer- en nuestro modelo) o en la segunda (evaluación cognitiva). En definitiva, es un proceso de retroalimentación que tiende a la auto-perpetuación: estado de salud → respuesta de estrés → astenia → estado de salud.

Dejando a un lado los factores físicos, nos queremos centrar ahora en los factores psicológicos. Hay múltiples investigaciones que han descubierto cuáles son los efectos de la ansiedad sobre la salud, pero entre todos los autores que se interesan por esta cuestión, queremos destacar a Walter Cannon, que se interesó por el efecto que puede provocar la ansiedad hasta el punto de dar lugar a la muerte⁽⁴⁰⁾.

Cannon fue uno de los primeros científicos que se interesaron en las muertes abruptas que sobrevienen sin ninguna causa médica aparente. Examinó incluso varios informes sobre muertes vudú en diversas partes del mundo y luego visitó África para investigar el mismo fenómeno; llegó a la conclusión de que las muertes vudú eran auténticas y que seguían un patrón predecible. Así pues, con este tipo de investigaciones se trató de explicar cómo los animales, e incluso los humanos, podían morir de causas psicológicas; y se llegaba a la conclusión de que muchas de las muertes repentinas son resultado de irregularidades cardíacas fatales, después de la activación prolongada del sistema nervioso simpático que suele acompañar al estrés.

6. *Apoyo social:*

En el modelo de Sandín, este aspecto se refiere también como un factor importante y modulador asociado al estrés, dado que

puede “amortiguar” el efecto de las demandas estresantes sobre las respuestas de estrés, y parece que también puede actuar directamente sobre la salud⁽²⁰⁾.

Se ha publicado abundante evidencia que relaciona apoyo social con la salud física y psíquica⁽⁴¹⁾, y se ha señalado que el apoyo social favorece también la salud⁽⁴²⁾.

Así pues, nosotros también defendemos en nuestro modelo de astenia que *el apoyo social puede amortiguar el efecto del estrés en un enfermo de cáncer*, haciendo que sea menor también la incidencia del fenómeno de la astenia en el propio enfermo; y, por otro lado, podría actuar también directamente sobre la salud, principalmente la psicológica, reduciendo la probabilidad de aparecer síntomas de ansiedad y depresión en el enfermo. Esto será algo a tener muy en cuenta en la fase de intervención.

Este modelo psicológico propuesto daría respuesta también a la evidencia de que el cuadro psicopatológico más frecuente en los enfermos de cáncer es el trastorno de adaptación, con alteración mixta de las emociones, es decir, presencia de síntomas ansiosos y depresivos.

En el estudio, realizado por Derogatis y colaboradores⁽⁴³⁾, se concluye que el 47% de los pacientes con cáncer cumplía criterios de DSM III para trastornos mentales y el 53% no. Del 47% antes visto, un 68% presentaba trastornos adaptativos en las variedades de ánimo deprimido, ansioso o mixto; el 13% depresión mayor, el 8% trastorno mental orgánico (delirium), el 7% trastorno de personalidad y el 4% trastorno de ansiedad. Estas cifras son semejantes a las de España⁽⁴⁴⁾.

Hay que tener en cuenta que puede haber enfermos que no presenten un trastorno psiquiátrico de acuerdo al DSM-IV y, sin embargo, tener acentuada una sintomatología ansioso-depresiva, como expresión del esfuerzo de adaptación, que puede interferir en su vida y requerir de intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas, al igual que ocurre en el tratamiento psiquiátrico.

EVALUACIÓN DE LA ASTENIA

Se han utilizado diferentes técnicas y desarrollado diversos instrumentos para evaluar la astenia. Aunque muchos investigadores consideran que la astenia es un fenómeno multidimensional, el número y las dimensiones siguen debatiéndose y ello queda reflejado en los instrumentos utilizados. Las escalas utilizadas para medir la astenia se detallan en la figura 2.

Al ser la astenia un síntoma multidimensional y subjetivo, será necesario realizar una historia clínica completa que incluya:

- Descripción detallada de la astenia del enfermo (inicio, duración, intensidad, factores que la acentúan y/o alivian).
- Factores que contribuyen a su desarrollo (enfermedad, síntomas, tratamiento).
- Factores subyacentes (anemia, depresión, ansiedad, dolor, etc.).
- Tratamientos.
- Fármacos actuales.
- Alimentación y cambios en cuanto al apetito y peso.
- Información disponible sobre este síntoma.
- Impacto y consecuencias de la astenia en las distintas actividades de su vida cotidiana (físico, psicológico y social).
- Hábitos de actividad y reposo.
- El significado que el enfermo atribuye a su cansancio y la percepción de controlabilidad sobre el mismo.

Figura 2. Escalas para evaluar la astenia

POBLACIÓN GENERAL	PACIENTES ONCOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Pearson and Byars Fatigue Feeling Checklist⁽⁴⁷⁾ • Profile of Mood States (POMS) Fatigue and Vigor subscales⁽⁴⁸⁾ • Rhoten Fatigue Scale⁽⁴⁹⁾ • Fatigue Severity Scale⁽⁵⁰⁾ • Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)⁽⁵¹⁾ • Escala analógica visual • The Profile of Mood States Fatigue/Inertia Subscale⁽⁵²⁾ • Lee's Visual Analogue Scale for Fatigue⁽⁵³⁾ • Fatigue Impact Scale⁽⁵⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • EORTC QLQ-C30⁽⁵²⁻⁵⁵⁾ • Fatigue Symptom Checklists of Kogi, adapted by Kobashi⁽⁵⁶⁾ • Piper fatigue Scale (PFS)⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾ • Edmonton Functional Assessment Tool. EFAT⁽⁵⁹⁾ • Escala de Moran⁽⁶⁰⁾ • Schwartz Cancer Fatigue Scale⁽⁶¹⁻⁶²⁾ • Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue. FACT-F⁽⁶³⁻⁶⁴⁾ • Fatigue Symptom Inventory. FSI⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾ • Multidimensional Fatigue Symptom Inventory. MFSI⁽⁶⁷⁾ • Brief Fatigue Inventory. BFI⁽⁶⁸⁻⁶⁹⁾ • The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia⁽⁷⁰⁾ • Cancer Fatigue Scale⁽⁷¹⁾ • Multidimensional fatigue Inventory⁽⁷²⁾ • Fatigue Scale⁽⁷³⁾

- Estado emocional del enfermo con cansancio y las reacciones emocionales reactivas a un incremento en su intensidad.
- Recursos (personales, sociales, económicos).

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El control del cansancio en el paciente con cáncer implica fomentar la adaptación y el ajuste del paciente a su estado, favoreciendo la consecución del bienestar⁽³⁷⁾. La intervención psicológica, desde una perspectiva coadyuvante, tiene como objetivos: a) aliviar el síntoma ya sea por la disminución en la percepción de intensidad como en el incremento de la tolerancia, b) aumentar el control sobre la situación y c) normalizar el estado emocional del enfermo con astenia.

Los aspectos psicológicos incluyen factores cognitivos, emocionales y conductuales. Los *factores cognitivos* comprenden el significado que el enfermo da a su cansancio, la percepción de “amenaza-control” y el foco de atención mental sobre el cansancio; los *emocionales* comprenden el estado emocional del enfermo y las reacciones reactivas a su astenia; y los *conductuales*, aquellas conductas que aumentan o disminuyen la intensidad de la astenia, que se adquieren por experiencias previas y están relacionadas con el soporte sociofamiliar. Algunas técnicas o estrategias abordan directamente el síntoma, tratando de modificar la percepción y el control sobre éste; otras tratarán de normalizar el estado emocional. A continuación presentamos algunas técnicas o estrategias que se utilizan en la intervención psicológica:

- A. Informar para disminuir la incertidumbre y que el enfermo tenga un papel activo en el proceso terapéutico. Se trata de informar al enfermo sobre:
 - La posibilidad de que la enfermedad subyacente o los tratamientos le produzcan astenia y diferentes formas de afrontarla.

- Las posibles causas de la astenia y tratamientos disponibles.
- La importancia de referir al médico este síntoma y pedir ayuda.
- La diferencia entre astenia y depresión.

- B. Identificar y reestructurar creencias erróneas o pensamientos distorsionados que hacen que: 1) El enfermo se enfrente a la situación desde una posición derrotista 2) Generen reacciones emocionales que influyan en la astenia 3) Interfieran en el tratamiento médico y en la percepción de control 4) Favorezcan el procesamiento erróneo de la información y patrones conductuales desadaptativos.
- C. Favorecer la expresión y la elaboración de sus sentimientos, tales como la ira, la culpa, la tristeza, la rabia, la frustración, el miedo y la ansiedad.
- D. Enseñar a identificar posibles fuentes de estrés y a manejar sus propias reacciones y emociones ante hospitalizaciones, intervenciones, tratamientos y síntomas (a nivel cognitivo, fisiológico y conductual).
- E. Fomentar un afrontamiento positivo en contraposición a estrategias de afrontamiento basadas en la resignación pasiva, fatalismo y conformismo que pueden conducir a la desesperanza. Transmitir la utilidad de centrarse en lo que puede hacer, en lugar de lamentarse de lo que no puede realizar, evaluando conjuntamente qué tipo de logros y actividades puede ir incorporando. Generar alternativas y suscitar estrategias internas de motivación. Planificar conjuntamente con el paciente un programa de actividad y descanso, de acuerdo a su modalidad de astenia, para optimizar su energía, informándole de que cualquier cambio en la rutina diaria requiere un consumo adicional de energía.

1. Actividad:

- Acordar objetivos reales y realizables dependiendo del estado de la enfermedad.
- Establecer prioridades en las distintas actividades.
- Enseñar a identificar aquellas actividades que le producen cansancio y desarrollar estrategias para modificarlas o contrarrestar el cansancio.
- Mantener un horario regular y adecuado de actividades.
- Programar las actividades cotidianas más importantes durante las horas de menos fatiga y eliminar aquellas que no sean necesarias y las nocivas para su salud.
- Mantener o desarrollar habilidades de autocuidado.
- Determinar el uso de actividades que favorezcan la atención.
- Planificar actividades gratificantes.
- Realizar ejercicio físico de acuerdo a las limitaciones individuales. Algunos estudios sugieren que el ejercicio moderado (como por ejemplo el caminar) y la rehabilitación pueden mejorar los aspectos físicos y psicológicos en el enfermo con cáncer durante el tratamiento o al finalizar éste. También sugieren la realización de las actividades cotidianas en aquellos enfermos con cáncer avanzado que reciben fisioterapia.

2. Descanso:

- Una buena “higiene del sueño”: Establecer unos buenos hábitos que puedan ayudar a mejorar el sueño y los ciclos de actividad, como procurar no acostarse en la cama si no es para dormir, reducir las siestas a no más de una hora y evitar dormir con la radio o con la televisión encendidas.

F. Enseñar a desfocalizar la atención mental en el cansancio. Se hace reflexionar al paciente que la focalización excesiva en la sensación de cansancio la amplifica, y la desfocalización de ésta la disminuye. El aprender a focalizar su atención, cuando aparezca el cansancio, en algún otro pensamiento o actividad le ayudará a controlar sus reacciones.

G. Favorecer la relajación. Se ha comprobado⁽⁷⁵⁾ que en pacientes oncológicos la relajación aumenta el umbral del dolor, reduce la disnea, el temor, la ansiedad, la tensión muscular y normaliza el ritmo respiratorio. Por lo tanto, podría ayudar a normalizar el estado emocional reactivo al cansancio, a mejorar la percepción subjetiva de astenia y, lo más importante, a potenciar el sentimiento de autocontrol del paciente, disminuir la respuesta de estrés y aliviar el sufrimiento. Con los enfermos oncológicos se han utilizado distintas técnicas, adaptándose a la situación de cada persona, como son la relajación muscular progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz, la meditación, ejercicios de respiración abdominal o en tres tiempos, visualización e imaginación guiada. Los tranquilizantes generalmente intensifican la fatiga y, quizás, por esta razón pueda ser más útil la relajación.

H. Utilizar la “Desensibilización Sistemática” para suprimir náuseas y vómitos condicionados que pueden potenciar la astenia.

I. Favorecer las relaciones sociales. El apoyo social percibido disminuye los efectos adversos de estrés. Diversos estudios⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾ muestran que es un elemento crucial en la adaptación psicológica y constituye un importante factor protector ante las enfermedades.

CONCLUSIONES

- El conocimiento actual de la astenia es limitado. Es necesario conocer la incidencia, prevalencia y factores implicados en pacientes con cáncer en España. Al igual que el poder mostrar resultados sobre la efectividad de las estrategias y los tratamientos utilizados.
- Un mejor conocimiento de la astenia desde los diversos campos y una definición adecuada podrían mejorar nuestras intervenciones, y esto nos ayudaría aliviar el sufrimiento del enfermo.
- No sólo es necesario investigar en síntomas como la depresión, el dolor o la astenia, de forma independiente, sino también conjuntamente. Un tratamiento eficaz de la depresión puede aliviar la astenia, pero inversamente el adecuado tratamiento de dolor puede aumentar la astenia⁽³³⁾.
- Abordar la astenia como un síntoma sencillo es simplificar el problema; creemos que sería adecuada una intervención interdisciplinaria.
- Es necesario establecer un instrumento de medida que sea válido, fiable, sensible a los cambios, con el que los diferentes profesionales podamos comparar resultados.
- El abordaje actual frente a la enfermedad subraya la necesidad de conservar las actividades habituales a un nivel adecuado, pero sin provocar frustración. Para la persona con astenia puede parecer paradójico el énfasis en la actividad, ya que la astenia muchas veces se interpreta como una señal para descansar. Los datos empíricos apoyan fuertemente la terapia del ejercicio progresivo. El descanso y falta de actividad física, como respuesta al cansancio, pueden (por separado o conjuntamente) inducir o aumentar la astenia⁽³³⁾.
- Es importante preguntar al paciente sobre este síntoma, aceptar su expe-

riencia, facilitar un tratamiento eficaz y su adaptación. Todos los pacientes con cáncer tienen derecho a: a) Un adecuado control de síntomas (incluida la astenia), desde el diagnóstico, tratamiento, recidivas, postratamiento y fase terminal, independientemente de las características personales y culturales, y b) Estar tratados por profesionales competentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Miaskowski C, Portenoy RK. Update on the assessment and management of cancer-related fatigue. *Principles and Practice of Supportive Oncology Updates 1998*; 1 (2): 1-10.
2. Hernández Vidal P, Berrios GE, Bulbena Vilarrasa A. Concepto y evaluación de la sensación de fatiga. En Bulbena Vilarrasa A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa Palacios P. Editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson; 2000.
3. Ioteyko J. *La fatigues*. Paris: Flammarion; 1920.
4. Irvine DM, Vincent L, Bubela N. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nurs* 1991; 14 (4): 188-99.
5. Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol* 2000; 18 (18): 3295-301.
6. Cella D. Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. *Cancer* 2002; 94 (2): 528-38.
7. Stone P, Richards M, A'Hern R, Hardy J. Estudio comparativo de la prevalencia, gravedad y correlaciones del cansancio en los pacientes con cáncer frente a un grupo control de voluntarios sin cáncer. *Ann Oncol* 2000; 9: 834-41.
8. Bruera E. Symptom control in patients with cancer. *J Psychosoc Oncol* 1990; 8:47-73.

9. González Barón M, Andreu Rodríguez M. La astenia en el paciente con cáncer. *Oncología* 2001; 3 (6): 292-99.
10. Vogelzang 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.
11. Pickard-Holley S. Fatigue in cancer patients. A descriptive study. *Cancer Nurs* 1991; 14 (1): 13-9.
12. Curt GA. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition. *The Oncologist* 2000; 5: 353-60.
13. Stone P, Richards M. Fatigue in patients with cancer. *Eur J. Cancer* 1998; 34 (11): 1670-6.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.
15. Lacasta M, Calvo C, González Barón M. Psicopatología de la astenia. Madrid: Ed. Panamericana; 2004.
16. Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. Key aspects of comfort: Management of pain, fatigue and nausea. Nueva York: Springer Publishing; 1989.
17. St Pierre BA, Kasper CE, Lindsey AM: Fatigue mechanisms in patients with cancer: effects of tumour necrosis factor and exercise on skeletal muscle. *Oncol Nurs Forum* 1992; 19 (3): 419-25.
18. Piper BF, Lindsey AM, Dodd MJ: Fatigue mechanism in cancer patients: developing nursing theory. *Oncol Nurs Forum* 1987; 14 (6): 17-23.
19. Aistars J. Fatigue IN. The cancer patient: a conceptual approach to a clinical problem. *Oncol Nurs Forum* 1987; 14 (6): 25-30.
20. Sandín B. El estrés. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F.: *Manual de Psicopatología*. Volumen 2. Madrid: MC Graw-Hill, 1995; p. 3-51.
21. Selye H. *Stress*. Barcelona: Científico Médica; 1954.
22. Selye, H. *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril; 1956.
23. Selye H. *Stress without distress*. Londres: Hodder & Stoughton. 1974.
24. Mason JW. Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosom Med* 1968; 30: 565-808.
25. Mason J. W. A re-evaluation of the concept of "non-specificity" in stress theory. *J Psychiat Res* 1971; 8: 323-33.
26. Holmes TH. y Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-18.
27. Holmes TH y David EM. Editores. *Life change, life events, and illness*. Nueva York: Praeger; 1989.
28. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: MCGraw-Hill; 1966.
29. Lazarus RS. *Coping theory and research: Past, present and future*. *Psychosom Med* 1993; 55: 234-47.
30. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993; 44: 1-21.
31. Thoits PA. Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En Kaplan B. Editor. *Psychological stress: Trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press. 1983 p. 33-103.
32. Servaes P, van der Werf S, Prins J, Verhagen S, Bleijenberg G. Fatigue in disease-free cancer patients compared with fatigue in patients with chronic fatigue syndrome. *Support Care Cancer* 2001; 9 (1): 11-7.
33. Cimprich B. Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nurs* 1999; 22 (3): 185-94.
34. Cox T. *Stress*. Nueva York: MacMillan; 1978.
35. Weiss, JM. Effects of coping behaviour in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *J Comp Physiol Psychol* 1971; 1: 1-14.
36. Rahe RH, y Arthur RJ. Life change and illness studies: Past history and future directions. *J Human Stress* 1978; 4: 3-15.
37. Lacasta Reverté, MA. *El papel del psicólogo en Cuidados Paliativos*. Infocop. Colegio oficial de psicólogos. Madrid, 1997.

38. González Barón M, Lacasta M y Muñoz D. Dolor y sufrimiento. En: González Barón M y Ordóñez Gallego A. Editores. Dolor y Cáncer. Madrid: Editorial Panamericana; 2003.
39. González Barón S. Emoción y Dolor: bases neurofisiológicas. En: González Barón M, Ordóñez Gallego A. Editores. Dolor y Cáncer. Madrid: Editorial Panamericana; 2003.
40. Cannon WB. "Voodoo" death. *American Anthropologist* 1942; 44 (2): 169-81.
41. Krause N. Issues of measurement and analysis in studies of social support, aging and health. En: Markides K S, Cooper C L. Editores: Aging, stress and health. Chichester: Wiley; 1989. p.43-66.
42. Adler N y Matthews K. Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annu Rev Psychol* 1994; 45: 29-259.
43. Derogatis LR; Morrow GR, Fetting J, Penman D, Pisetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama* 1983; 249: 751-57.
44. Ginés Llorca R, Díez Sánchez MA. Intervención en pacientes oncológicos. En García-Camba E. Editor. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Medica S.A; 1999 p. 231-59.
45. Razavid D, Delvaux N. *Psycho-Oncologie*. Paris: Masson; 1994.
46. American Psychiatric Association. D.S.M.-IV Manual diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
47. Pearson PG. The development and validation of a checklist measure subjective fatigue. Report no 556-115. School of Aviation, Usaf, Randolph AFB, Texas; 1956.
48. McNair D, Lorr M, Droppelman L. Profile of Mood States. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service, 1971.
49. Rhoten D. Fatigue and postsurgical patient. En: Norris CM, ed. Concept clarification in nursing. Rockville: MD, Aspen Publishers, 1982; 277-300.
50. Krupp LB, La Rocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989; 46: 1121-123.
51. Smets EM, Garssen B, Bonke B, de Haes JCJM. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995; 39: 315-25.
52. Lee KA, Hicks G, Nino-Murcia G. Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Res* 1991; 36: 291-98.
53. Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue initial validation of the fatigue impact scale. *Clin Inf Dis* 1994; 18 (Supl. 1): S79-S83.
54. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer I* 1993; 85: 365-76.
55. Arraras JJ, Illarramendi JJ, Valerdi JJ. El cuestionario de calidad de vida de la EORTC. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Rev Psicol Salud* 1996; 7: 13-33.
56. Kobashi-Schoot JM, Hanewald GJ, van Dam FS, Bruning PF. Assessment of malaise in Cancer patients treated with radiotherapy. *Cancer Nurs* 1985; 8: 306-14.
57. Piper BF, Lindsey AM, Dodd Mj, Perketich S, Paul SM, Weller S. The development of an instrument to measure the subjective dimension of fatigue. En: Funk SG, Tornquist EM, Capagne MT, Archer Gopp L, Wiese RA. Editores. Key Aspects of Comfort, Management of Pain, Fatigue and Nausea. New York: Springer Publishing; 1989 p. 199-208.
58. Piper BF, Dibble SL, Dodd Mj, Weis MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 677-84.
59. Kaasa T, Loomis J, Gillis K, Bruera E, Hanson J. The Edmonton Functional Assessment Tool: preliminary development and

- evaluation for use in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 10-19.
60. Morant R, Stiefel F, Berchtold W, Radziwill A, Riesen W. Preliminary results of a study assessing asthenia and related psychological and biological phenomena in patients with advanced cancer. *Supp Care Cancer* 1995; 1: 101-7.
 61. Schwart JE, Jandorf L, Krupp LB. The measurement of fatigue: a new instrument. *J Psychosom Res* 1993; 37: 753-62.
 62. Schwart AL. The Schwartz Cancer Fatigue Scale: Testing reliability and validity. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 711-17.
 63. Yellen SB, Cella DF, Webster K, Blendowski C, Kaplan E. Measuring fatigue and other anaemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue (FACT-F) measuring system. *J Pain Symptom Manag* 1997; 13: 63-74.
 64. Cella D. *Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Scales*. Vol 4. Chicago, Ill: Evanston Northwestern Healthcare, 1997.
 65. Hann DM, Jacobsen PB, Martin SC, Kronish LE, Azzarello LM, Fields KK. Fatigue in women treated with bone marrow transplantation for breast cancer: a comparison with no history of cancer. *Supp Care Cancer* 1997; 5: 44-52.
 66. Hann DM, Jacobsen PB, Azzarello LM, Martin SC, Curran SL, Fields KK, Greenberg H, Lyman G. Measurement of fatigue in cancer patients: development and validation of the Fatigue Symptom Inventory. *Qual Life Res* 1998; 7: 301-10.
 67. Stein KD, Martín SC, Hann DM, Jacobsen PB. A multidimensional measure of fatigue for use with cancer patients. *Cancer Pract* 1998; 6: 143-52.
 68. Cleeland CS, Wang XS. Measuring and understanding fatigue. *Oncol* 1999; 13: 91-7.
 69. Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK, Huber SL. The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer* 1999; 85: 1.186-196.
 70. Cella D. The Functional Assessment of Cancer Therapy Anemia 8 FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *Semin Hematol* 1997; 34 (3 Supl 2): 13-19.
 71. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, Hosaka T, Uchitomi Y. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain and Symptom Manage* 2000; 19: 5-14.
 72. Smets EMA, Garssen B, Bonke B, De Haes JCJM. The multidimensional fatigue inventory (MF) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995; 39: 315-25.
 73. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, Wallace EP. Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res* 1993; 37: 147-53.
 74. Havard Loge J. Unpacking fatigue. *The Journal of the European Association for Palliative Care*. 8th Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). The Hague, April 2003. Plenary lectures: 14-20.
 75. Grau J, Chacón M. El dolor: Aspectos psicológicos. En: Die M, López E. Editores. *Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos*. Madrid: Ades; 2000.
 76. Blazer D.G. Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology* 1982; 115:684-94.
 77. Penebaker J.W. Confiding in others and illness rates among spouses of suicide and accidental death victims. *Journal of Abnormal Psychology* 1984; 93: 473-6.
 78. Levav Y, Friedlander Y, Kark JD, Peritz E. An epidemiologic study of mortality among bereaved parents. 1988; 319: 457-61.
 79. Bowling A. Who dies after widow(er)hood? A discriminant analysis. *Omega* 1988-1989; 19: 135-53.

