

## VALORACIÓN DEL SUFRIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO

Alicia Krikorian

Universidad Pontificia Bolivariana  
Instituto de Cancerología. Clínica Las Américas  
Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

### Resumen

El cáncer avanzado trae consigo múltiples temores asociados a los síntomas físicos presentes o potenciales, a los cambios emocionales y afectivos, a inquietudes existenciales y una variedad de preocupaciones que contribuyen de manera conjunta y dinámica al sufrimiento, entendido como la amenaza a la integridad y al agotamiento de recursos para hacerle frente. La evaluación del sufrimiento requiere de la visión integral y el estilo de trabajo interdisciplinario propios de los Cuidados Paliativos, para abordar la diversidad de experiencias y preocupaciones del enfermo y su familia. El presente artículo tiene como objetivo revisar el concepto de sufrimiento, así como los métodos para evaluar dicha experiencia en el contexto de enfermos de cáncer en estadios avanzados de la enfermedad. Aunque ha habido importantes avances respecto a las estrategias y protocolos dirigidos a mejorar el bienestar de pacientes con enfermedades que amenazan la vitalidad, aún se requiere mayor investigación en torno a la valoración del sufrimiento, dada su complejidad.

**Palabras clave:** Sufrimiento, evaluación, cáncer, cuidados paliativos, Instrumentos de evaluación en cuidados paliativos.

### Abstract

Advanced cancer entails multiple fears associated to actual or potential physical symptoms as well as emotional and affective changes, existential issues and a variety of concerns, all contributing dynamically to suffering, which implies a threat to integrity and the exhaustion of resources to cope with it. Suffering assessment requires a comprehensive and interdisciplinary approach to manage the diversity of experiences and concerns of the patient and family, found mostly in Palliative Care settings. The article reviews the concept and assessment of suffering in advanced cancer patients. Even though there have been important advances in the development of strategies and protocols to maintain and improve patient's well-being, there is still need for research in suffering evaluation given the complexity of the experience.

**Key words:** Suffering, assessment in palliative care, cancer, palliative care, measurement tools in Palliative care.

---

### Correspondencia:

Alicia Krikorian  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Calle 78 B # 72 a 109. Medellín, Colombia  
E-mail: aliciakriko@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los importantes avances que se han llevado a cabo en el diagnóstico temprano y el tratamiento del cáncer, aún existe un grupo de pacientes cuya enfermedad indefectiblemente avanzará y causará la muerte, especialmente en países en vías de desarrollo donde la enfermedad, con más frecuencia de la debida, es identificada en estadíos tardíos.

En Latinoamérica específicamente, existen condiciones especiales en cuanto a la incidencia y prevalencia del cáncer, presentándose además índices de mortalidad desafortunadamente altos, lo cual orienta a la necesidad de generar estrategias específicas, no sólo respecto a la prevención y tratamiento óptimo en esta población, sino también al manejo de las necesidades que se generan en los pacientes y sus familias al llegar a la etapa terminal<sup>(1)</sup>.

El cáncer avanzado trae consigo múltiples temores asociados a los síntomas físicos presentes o potenciales, a los cambios emocionales y afectivos, a inquietudes existenciales y una variedad de preocupaciones por asuntos económicos, familiares, sociales, entre otros<sup>(2)</sup>. Adicionalmente, el contexto cultural puede modular estos temores, ya sea por las creencias sociales compartidas, por el manejo que hagan de la enfermedad y la muerte, por el tipo de relación que se establezca con los servicios sanitarios y por una variada gama de influencias, específica para cada población. Dichos temores y preocupaciones pueden contribuir de maneras diversas al sufrimiento.

### Sufrimiento en cáncer avanzado

El sufrimiento fue inicialmente definido por Cassell<sup>(3)</sup> como un malestar gene-

rado por la amenaza inminente, percibida o actual, a la integridad o la continuidad existencial de la persona. El sufrimiento, por tanto, sería una experiencia personal, en cuanto abarca la totalidad de los aspectos que componen la existencia de una persona, e individual teniendo en cuenta que es una experiencia subjetiva y que es sólo vivenciada por quien lo padece. Más adelante, y retomando los conceptos básicos de Cassell, Chapman y Gavrín<sup>(4)</sup>, aportan una definición más operacional del sufrimiento, considerándolo “un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo que se caracteriza por la sensación de amenaza a la integridad, un sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales que permitan enfrentarla”.

La enfermedad en general, y el cáncer en particular (especialmente cuando se encuentra en fases avanzadas), podrán afectar de diferentes modos a la persona y sus dimensiones, teniendo en cuenta que usualmente la amenaza de la integridad personal es global y cuando se afecta una dimensión del sí mismo comúnmente se afectan otras de ellas. Adicionalmente, cada síntoma o problema experimentado por el paciente y/o su familia (o cuidadores) será percibido de manera distinta, de acuerdo con la forma en que sea interpretado, la experiencia personal y el contexto en el que aparezca, llevando a que constituya una amenaza más o menos intensa en cada caso.

Como se mencionó, el sufrimiento puede ser causado por múltiples factores, entre ellos los físicos, los psicológicos, los socio-culturales y los espirituales y/o existenciales. Los diferentes componentes del sufrimiento tienden a tener un efecto aditivo, a pesar de que pueden ser independientes uno del otro. Es común encontrar que la persistencia

de alguna de las causas del sufrimiento genere o exacerbe otros aspectos del sufrimiento total en el paciente y su familia<sup>(5)</sup>, por lo cual el equipo terapéutico deberá hacer un ejercicio de evaluación y manejo integral.

Las causas más frecuentes de sufrimiento en los pacientes con cáncer avanzado son:

1. Síntomas físicos: dolor, fatiga, disnea, anorexia, astenia, insomnio, estreñimiento<sup>(6-8)</sup>. Es importante tener en cuenta que la aparición conjunta de estos síntomas es bastante común, lo cual generará mayor malestar. La evidencia muestra que los pacientes hospitalizados pueden llegar a tener en promedio 13,5 síntomas concomitantes, mientras que los pacientes ambulatorios reportan un promedio de 9,7 síntomas<sup>(9)</sup>. Dichos síntomas varían en severidad y frecuencia afectando de modos diferentes el bienestar y la calidad de vida del paciente. Más aún, el significado atribuido a cada síntoma puede llevar a diferentes niveles de malestar independientemente de la magnitud del mismo<sup>(10)</sup>.
2. Síntomas psicológicos: ansiedad y el miedo, depresión, delirium, temor a la muerte, alteraciones de la auto-imagen, preocupación por asuntos como la pérdida de la funcionalidad, el sentirse una carga para sus cuidadores y preocupación por el futuro de sus familiares una vez que el paciente haya muerto. Las personas que enfrentan la posibilidad de una muerte cercana le temen en primer lugar al dolor (y otros síntomas potencialmente incontrolables), en segundo lugar a la posibilidad de ser abandonados durante su proceso de muerte

y en tercer lugar a la pérdida de la autonomía<sup>(11)</sup>. Los síntomas ansiosos pueden aparecer en el contexto de diversos trastornos: crisis de angustia, trastornos adaptativos, trastorno por estrés postraumático, ansiedad generalizada, entre otros. La depresión por su parte suele presentarse entre el 15 y el 25% de los pacientes<sup>(12)</sup>, mientras que el delirium puede aparecer hasta en el 80% de los casos<sup>(13)</sup>.

3. Problemas existenciales y/o espirituales: incluyen preocupaciones relacionadas con la desesperanza, la pérdida de sentido, la desilusión, el remordimiento, la ansiedad ante la muerte y la disrupción de la identidad personal<sup>(14,15)</sup>. Kissané ha descrito la aparición de lo que él denomina "síndrome de desmoralización" y que se caracteriza por la desesperanza, la pérdida de sentido de vida, actitudes pesimistas, indefensión, la sensación de entrapamiento, entre otros<sup>(16)</sup>. Se ha encontrado que algunos de los asuntos que contribuyen al sufrimiento existencial son: la pérdida de la autonomía, la baja auto-estima y la desesperanza, así como problemas referidos a la dignidad y auto-imagen, el aislamiento social, la falta de acceso a recursos y apoyo, la culpa, la pobre salud espiritual y la falta de sentido<sup>(17,18)</sup>.

Todos estos aspectos deberán ser tenidos en cuenta de manera conjunta, tanto en el proceso de evaluación como de intervención.

### Valoración del sufrimiento

Como se puede observar, las causas de sufrimiento son múltiples, variadas

y, adicionalmente, se presentan de manera dinámica en cada paciente. Esto lleva a la necesidad de que su abordaje sea llevado a cabo, idealmente, por un equipo interdisciplinario. Para ello será entonces necesario llevar a cabo un adecuado proceso de evaluación, teniendo en cuenta la variabilidad del estado del paciente, las circunstancias particulares momento a momento, así como el estado de deterioro progresivo en el que se halla el paciente y, por tanto, el agotamiento de sus recursos que en muchas ocasiones limitará el tiempo y la disposición para hacer interrogatorios exhaustivos.

Como bien lo describe Bayés<sup>(19)</sup>, la evaluación del sufrimiento se convierte en un reto para los profesionales, dado que la estrategia o el instrumento que elijan para dicha evaluación deberá tener en cuenta un conjunto de características y la sinergia que se establezca entre ellas. En primer lugar, deberá ser adecuado para medir aspectos subjetivos, en segundo lugar, deberá ser fácilmente comprensible para el paciente, adicionalmente, es necesario que permita evaluar un período concreto de tiempo, que no sea invasivo ni sugiera al enfermo nuevos problemas, que sea sencillo, rápido y fácil de administrar y finalmente, que se pueda aplicar repetidamente permitiendo en cada aplicación tener una idea acertada del estado del paciente.

La entrevista clínica es quizás la herramienta por excelencia, ya que permite evaluar de manera directa e individualizada la experiencia del paciente, teniendo en cuenta aspectos de la comunicación verbal y no verbal, de su historia personal, de la percepción que tiene acerca de su enfermedad, síntomas y tratamiento, de sus relaciones interpersonales, entre muchos otros. Dado que se requiere abordar múltiples y variados

síntomas, será importante que el equipo interdisciplinario organice estrategias que permitan la optimización de la información que dé el enfermo, de modo que cada profesional pueda identificar los síntomas y problemas desde su área específica del conocimiento a la vez que se limite el tiempo de entrevista dado el agotamiento que puede producir en el paciente. En ocasiones una consulta conjunta por el equipo interdisciplinario podrá contrarrestar esta situación, dado que de ese modo todos logran, de manera simultánea, escuchar las quejas del paciente, la problemática que relata y su percepción de la experiencia, así como la percepción de la familia o cuidadores.

Existen una serie de instrumentos o herramientas que pueden facilitar el proceso de evaluación o ayudar a la especificación de los síntomas, para luego complementar la información durante la entrevista clínica. Sin embargo, dada la complejidad del concepto de sufrimiento, aún no existen instrumentos que evalúen de manera directa el constructo y el profesional debe remitirse a instrumentos que evalúan un conjunto de síntomas o aspectos que indirectamente puedan indicar el nivel de sufrimiento del paciente. A continuación se relatan los más utilizados en la práctica en cuidados paliativos:

- **La percepción del paso del tiempo**, fue concebida por Bayés y colaboradores<sup>(20)</sup> como una medida indirecta del sufrimiento. Se considera que si el paciente refiere que percibe el paso del tiempo como “largo”, es indicativo de un alto nivel de sufrimiento. Si, por el contrario, percibe el paso del tiempo como “normal” o “corto” es indicativo de niveles de bienestar o bajo sufrimiento. Consta de

dos preguntas simples: a) "¿Cómo se le hizo el tiempo ayer (esta noche, esta mañana, esta tarde): corto, largo o usted qué diría? y b) ¿Por qué?.

Posee la ventaja de no ser invasivo para el enfermo y facilitar la expresión emocional en el contexto de una interacción más informal. Sin embargo, su utilidad y validez no ha sido probada en poblaciones más allá de la española y, en ocasiones, tiende a ser sumamente indirecta lo cual podría llevar a pensar que genere ruido innecesario en la evaluación del componente emocional. Será necesaria su adaptación y validación en otras poblaciones hispano-parlantes.

- **El termómetro emocional:** Constituye una de las herramientas de detección precoz de las reacciones emocionales que en la actualidad goza de mayor aceptación por ser una medida válida, confiable y práctica<sup>(21)</sup>. Se ha traducido del inglés (*distress thermometer*) de diversas maneras: termómetro del sufrimiento, termómetro de la angustia, entre otros. Esto, dado que la palabra *distress* no tiene una traducción exacta en el español y puede ser interpretada de diferentes maneras, dependiendo del país en el que se utilice. Por lo tanto, no existe consenso que evalúe el constructo de sufrimiento como tal, sino quizás componentes emocionales del mismo. El termómetro es una escala de 0 a 10 donde se le solicita al paciente que indique el nivel del angustia o malestar emocional, donde "0" equivale a "nada de angustia" y "10" al "mayor nivel posible de angustia". Adicionalmente se le

solicita que marque las áreas que le son problemáticas (aspectos físicos, emocionales, familiares, vocacionales, económicos y espirituales). Esta herramienta permite tener una información rápida acerca de las reacciones emocionales en los pacientes y los factores que los precipitan, con el fin de remitir al o los profesionales adecuados a cada caso.

- **Escala de Evaluación Edmonton (ESAS):** es un instrumento concebido para evaluar 9 síntomas comunes en cáncer (dolor, fatiga, náuseas, depresión, ansiedad, mareo, apetito, nivel de bienestar y disnea) a través de escalas visuales análogas. Permite obtener una medida global del malestar asociado a los síntomas, aunque no directamente la experiencia de sufrimiento como tal. Se ha validado en múltiples poblaciones y es de frecuente uso en cuidados paliativos dado que su aplicación es rápida, fácil y muy práctica<sup>(22)</sup>. Recientemente ha mostrado su utilidad como medida de detección rápida para la ansiedad y depresión en Cuidados Paliativos<sup>(23)</sup>.
- **El Inventario Breve de Síntomas (BSI):** fue desarrollado por Derogatis<sup>(24)</sup> y permite evaluar 9 dimensiones de síntomas, así como la severidad global del malestar emocional, la intensidad de los síntomas y la cantidad de síntomas presente. Dentro de las dimensiones de síntomas se encuentran la ansiedad, la depresión y la hostilidad. Es un instrumento que cuenta con adecuada validez y confiabilidad y es ampliamente utilizado en la literatura. Nuevamente, es un instrumento de permite eva-

- luar un grupo de síntomas y el malestar generado por ellos, pero no se dirige a la experiencia de sufrimiento como tal de una forma directa.
- De manera similar, el **MD Anderson Symptom Inventory**<sup>(25)</sup> permite evaluar un conjunto de síntomas en pacientes con cáncer y su impacto en la funcionalidad en las últimas 24 horas, a través de escalas visuales análogas: dolor, fatiga, náuseas, insomnio, sufrimiento emocional, mareo, disnea, memoria, apetito, somnolencia, sequedad bucal, tristeza, entre otros. Ha sido validado psicométrica y lingüísticamente en diversas poblaciones. Su confiabilidad aún está bajo estudio. Se encuentra disponible en la página web del MD Anderson Cancer Center y se debe solicitar permiso para su uso, tanto en investigación como comercial.
  - El **Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)** es también un instrumento desarrollado para evaluar síntomas en pacientes con cáncer, disponible en su formato original<sup>(26,27)</sup> y en formato corto<sup>(28)</sup>. Tiene la ventaja de que permite evaluar la presencia del síntoma, su frecuencia, severidad y malestar que produce. No requiere permiso para su uso y se encuentra disponible en idioma inglés.
  - Carol Ryff desarrolló la **Escala de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being)**, la cual evalúa 6 constructos teóricos del bienestar: autonomía – independencia y auto-determinación, control del entorno, crecimiento personal, relaciones positivas con los otros, sentido de vida y auto-aceptación<sup>(29,30)</sup>. Ha mostrado

tener adecuada validez en varias poblaciones y una correlación negativa con problemas de salud mental<sup>(31,32)</sup> y existe una versión validada en español<sup>(33)</sup>. Su aplicación permite evaluar el grado de bienestar de una persona y puntuaciones bajas podrían ser indicativos indirectos de sufrimiento. Sin embargo, no es posible concluir acerca de la experiencia de sufrimiento a través de la aplicación de esta escala.

Existen además una serie de escalas e instrumentos que permiten evaluar la experiencia emocional del paciente, aunque no son necesariamente indicativos de sufrimiento en el mismo: La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Inventario de Depresión de Beck, El Inventario de Depresión de Hamilton, El Perfil de Estado de Ánimo (POMS), entre otros. Para una revisión más detallada de los instrumentos disponibles, se recomienda al lector la revisión llevada a cabo por Agra y colaboradores<sup>(34)</sup>.

En cualquier caso, será necesario tener en cuenta que, aunque los instrumentos de evaluación son medidas que pueden facilitar el proceso de evaluación y ampliar la información acerca de la situación del paciente y/o su familia, nunca sustituyen la entrevista clínica. En gran medida, aliviar el sufrimiento del paciente tiene que ver con la consideración de sus necesidades, el contacto humano y la compasión, en un contexto donde la esperanza y el sentido de vida se ven amenazados y la soledad muchas veces invade al enfermo, por lo cual es esencial mantener una cercanía afectuosa y empática que genere seguridad y el mayor grado de bienestar posible a los afectados por la enfermedad.

## CONCLUSIÓN

El sufrimiento es una experiencia que aparece por la conjunción de un sin-número de síntomas y problemas que amenazan la integridad del paciente y su familia o cuidadores. Los Cuidados Paliativos son los que tradicionalmente se ha encargado del manejo del sufrimiento en los pacientes con enfermedades avanzadas y/o progresivas, dado que acogen un modelo bio-psico-social y espiritual, permitiendo la integralidad y la interdisciplinariedad en el proceso de evaluación e intervención. Aunque es un área que ha avanzado mucho en los últimos tiempos, proponiendo estrategias novedosas de abordaje y protocolos dirigidos a mantener y mejorar el bienestar de pacientes con enfermedades que amenazan la vitalidad, aún queda terreno por recorrer especialmente en lo concerniente a la valoración del sufrimiento y la complejidad que esta experiencia encarna. Se requerirán nuevas investigaciones que hagan particular énfasis en facilitar su evaluación momento a momento y el desarrollo de instrumentos prácticos y de fácil aplicación para pacientes en condiciones de deterioro físico, dado que los instrumentos existentes aún miden de forma indirecta la experiencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bosetti C, La Vecchia C. Cancer mortality in Latin America: implications for prevention. *Pan Am J Public Health*. 2005;18:1-4.
2. Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
3. Cassell EJ. Recognizing suffering. *Hastings Cent Rep* 1999;21:24-8.
4. Chapman CR, Gavrín J. Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet* 1999; 353: 2233-7.
5. Bruera E, De Lima L, Wenk R, Farr W. *Palliat Care in the developing world: principles and practices*. Houston, USA: IAHPC Press, 2004.
6. Kwon YC, Yun YH, Lee KH, Son KY, Park SM, Chang YJ, et al. Symptoms in the lives of terminal cancer patients: which is the most important?. *Oncology*. 2006;71:69-76.
7. Oi-Ling K, Man-Wah D, Kam-Hung D. Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliat Med* 2005; 19:228-33.
8. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Coyle N, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994;3:183-9.
9. Mercadante S, Casuccio A, Fulfaro F. The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. *J Pain Symptom Manage*. 2000;20: 104-12.
10. Ingham J, Portenoy RK. The measure of pain and other symptoms. In Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K editors. *Oxford textbook of palliative medicine*, third edition. Oxford: Oxford University Press, 2004.
11. Strang P. Cancer pain: A Provoker of emotional, social and existential distress. *Acta Oncol* 1998; 37:641-4.
12. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. En: Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
13. Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med* 2004;18:184-94.
14. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306: 639-45.
15. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care* 1994;10:57-70.

16. Kissane DW, Clarke DM. Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 2000;17:12-21.
17. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2000;9: 164-68.
18. Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliat Med* 2005;19:371-80.
19. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 2001
20. Bayés R, Limonero JT, Barreto P, Comas MD. A way to screen for suffering in palliative care. *J Palliat Care* 1997;13:22-6.
21. National Comprehensive Cancer Network, Practice guidelines in oncology Vol. 1. Distress management [En línea] National Comprehensive Cancer Network. 2008 [Acceso 10 de octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf)
22. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, McMillan P. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.
23. Vignaroli E, Pace EA, Willey J, Palmer JL, Zhang T, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. *Palliat Med* 2006; 9:296-303.
24. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychol Med* 1983; 13:595-605.
25. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS, Chou C, Harle M, Morrissey M, et al. assessing symptom distress in cancer: The M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000; 89:1634-46.
26. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994;30A:1326-36.
27. Ingham JM, Portenoy RK. Symptom assessment. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996;10:21-39.
28. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS, Thaler HT. The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF). *Cancer* 2000 1; 89:1162-71.
29. Ryff C. Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *Int J Behav Dev* 1989; 12:35-55.
30. Ryff C. Happiness is everything, or is it?. Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57:1069-81.
31. Cheng ST, Chan AC. Measuring psychological well-being in the Chinese. *Pers Ind Differ* 2005; 38:1307-16.
32. Springer KW, Hauser RM. An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: method, mode and measurement effects. *Soc Res* 2006; 35:1079-110.
33. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006; 18:572-7.
34. Agra Y, Badía Xy Gil A. Instrumentos para la medición de la calidad de vida en los pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 1998;110:18.