

Formulario para la elaboración de resúmenes de tesis/trabajos finales.

Título: Abordaje PsicoOncológico en Cuidados Paliativos: Asistencia Emocional al Adulto Mayor y su Familia: Caso Ángelo

Autor: Lic. Hugo Nelson Barbieri

Director: Lic. Graciela Cuello

Fecha: 09/10/2014

Tema: Cuidados Paliativos en Adultos Mayores

1. Introducción

El presente trabajo lleva como título: *“Abordaje Psicooncológico en Cuidados Paliativos: Asistencia Emocional a un Adulto Mayor y su Familia. Caso Ángelo”*.

Tal como este título lo anticipa se desarrolla el tema del abordaje psicooncológico de un paciente de la tercera edad, que atraviesa la etapa terminal de su enfermedad oncológica, así como también la asistencia psicoterapéutica de su familia. Con este fin se describe y analiza la situación de Ángelo, paciente de 83 años de edad, viudo, con dos hijos: Carlos y Néstor.

De esto se desprende el siguiente interrogante, que se intentará responder a lo largo del presente estudio de caso:

¿Qué características adquiere el abordaje psicooncológico de un adulto mayor y su familia en cuidados paliativos?

Y a partir de aquí, los objetivos generales a cumplir, a saber:

- 1) Describir el abordaje psicooncológico de un adulto mayor que realiza cuidados paliativos.
- 2) Describir el abordaje psicooncológico de la familia de un adulto mayor que atraviesa la etapa final de su enfermedad.

Ahora bien, concretamente Ángelo recibe, tras varios estudios, el diagnóstico de cáncer rectal con compromiso ganglionar y hepático, estadio IV. Se advierte que al estar tan diseminado y sumado a la edad avanzada del paciente, estas son condiciones que colaboran en la complicación del cuadro clínico. Así es que se procede de inmediato al tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Además presenta déficits cognitivos e hipertensión, por lo cual, tanto esta situación como su pronóstico son en gran medida determinantes de la indicación de tratamiento paliativo, procedimiento atenuante y favorecedor, en razón del gran alivio que procura a su sintomatología.

Cabe aclarar que es derivado a tratamiento psicooncológico por problemas de resolución familiar ante la inminencia de su muerte.

Carlos es su cuidador principal, quien en determinado momento presenta síntomas de distrés, por la excesiva carga que le implica atender y acompañar a su padre, en esta instancia decisiva para su vida. Incluso manifiesta alteraciones emocionales debido a la anticipación de la pérdida.

Los adultos mayores constituyen una parte importante de la población que, además, va incrementándose con el transcurso del tiempo, como también las enfermedades que padecen, entre ellas el cáncer y los trastornos psicológicos que también son habituales en este tipo de cuadro patológico. Los síntomas que generan tales enfermedades merman la calidad de vida de estos pacientes, por ello se hace necesaria la implementación de técnicas de abordaje psicooncológico con el fin de optimizar su tránsito de vida llevando a un mejor estar y un mejor morir y, asimismo, posibilitar el apoyo a los seres queridos que acompañarán al paciente

En el momento de asistir a adultos mayores con enfermedad terminal, es necesario promover habilidades de afrontamiento que tanto el paciente como sus parientes, han recurrido en otros momentos de crisis en el pasado y han resultados eficaces para superar la situación. Así mismo, hay que suministrar el

soporte anímico, fortaleciendo las redes sociales secundarias del paciente que, en su etapa de vejez, de ordinario se hayan restringidas.

El objetivo prioritario durante este período es la “atención integral” del paciente para mejorar su calidad de vida y la de su familia, alcanzar una muerte digna y facilitar el proceso de duelo.

La familia aparece como paciente de segundo orden, como objeto de tratamiento en el contexto oncológico, donde las tensiones propias de atender una problemática como esta suelen provocar estrés en el cuidador principal.

Por otro lado, la pérdida de un ser querido por cáncer, hace que las familias hagan frente al duelo de distintas maneras. La mayoría de las personas que experimentan aflicción soportan bien la pérdida, siendo capaz de continuar normalmente con sus vidas diarias aunque les resulte difícil, sin embargo, otras tienen un proceso grave y pueden necesitar tratamiento.

El soporte psicooncológico, ofrecido desde cuidados paliativos, es una alternativa válida para otorgar una mejor calidad de vida, ofreciendo contención y apoyo durante este proceso, asimismo, soporte emocional en el trabajo de duelo.

A continuación se desarrolla el primer capítulo que constituye el Marco Teórico del estudio de caso. Allí se explica todo lo concerniente a los cuidados paliativos en adultos mayores con enfermedad oncológica en etapa terminal, que para el caso particular que se analiza en este estudio, se trata de un cáncer rectal. Y además se exponen algunos conceptos teóricos referidos a la familia del paciente oncológico y a las técnicas de abordaje psicooncológicas empleadas.

En el segundo capítulo se describen los Aspectos Metodológicos del Estudio de Caso, donde se plantea el problema, los objetivos, el tipo de trabajo y unidad de análisis.

Con respecto al tercer capítulo se realiza la Presentación del Caso Ángelo. Allí se efectúa una breve descripción introductoria que se acompaña del genograma correspondiente.

El cuarto capítulo corresponde al Relato del Caso que incluye la descripción de fragmentos de entrevista con el paciente y su familia. Para posteriormente, en el quinto capítulo efectuar el análisis del estudio de caso, en el que se articula el marco teórico con la información descriptiva del caso clínico.

Finalmente, en lo relativo a la conclusión, se presentan algunas reflexiones, limitaciones y el punto de vista particular de quien suscribe en referencia a los puntos más salientes de los capítulos desarrollados. Para luego, en la parte final del escrito, presentar las referencias bibliográficas de los autores consultados para el trabajo.

2. Antecedentes y Planteo teórico

Desde tiempos antiguos las comunidades otorgan soporte y ayuda a los aquejados de enfermedad y también a los agonizantes. A mediados del siglo pasado han sucedido, en la ciencia médica y en el espacio de salubridad en general, modificaciones significativas como son el desarrollo de las especializaciones, el surgimiento de nuevos tratamientos y una mayor atención en la sanación.

A partir de estos sucesos es que se conforman los cuidados paliativos que se erigen como alternativa válida y necesaria para suspender o aminorar el sufrimiento, que lleva a una agonía intolerable. El cáncer causa muchos síntomas y los tratamientos destinados para esta enfermedad pueden también originar efectos adversos o secundarios. Una parte vital de la atención al cáncer es promover el alivio sintomático y de los efectos adversos, lo que se denomina cuidados paliativos.

Entonces, los cuidados paliativos son cualquier tipo de tratamiento que se dirige en aliviar síntomas del paciente, mejorar su calidad de vida y ofrecer apoyo para sus familiares. Hay que señalar que los cuidados paliativos no sólo se indican para el paciente con enfermedad oncológica terminal sino también para cualquier otra patología que conduzca a similar destino y en cualquiera de sus etapas. De común,

los pacientes reciben tratamiento contra el cáncer y, en paralelo, trato para aliviar los síntomas que se espera posible durante todas las fases de la enfermedad.

Entonces a través de los cuidados paliativos se puede lograr en el enfermo un tiempo de paz, tranquilidad y calma; con acompañamiento familiar, dentro de un contexto conocido y personal; y también con lucidez y soporte medicinal que suspenda o aminore el dolor y el sufrimiento.

En definitiva estos cuidados ofrecen una mirada interdisciplinaria total, más allá del paciente y de su familia en tanto entidades individuales de asistencia. Entre los profesionales que integran un servicio de cuidados paliativos se cuentan: médico paliativista, enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional, psicooncólogo, etc.

Respecto al trabajo psicooncológico mejora la comunicación de contenidos ligados con el proceso de la enfermedad, posibilita que el paciente hable sobre la muerte y exprese sus miedos, e incorpora la asistencia emocional de la familia y el trabajo con el /equipo tratante; incluso hasta el momento de la elaboración del duelo.

El envejecimiento es un proceso inexorable e irreversible definido por el impacto que el tiempo realiza sobre la biología. Pese a su inevitabilidad, el ritmo de estos fenómenos es modificable y está ligado a la autonomía, a la plenitud y a la salud, no obstante, también se asocia, en algunas circunstancias, con la dependencia y la discapacidad. La edad es un factor de riesgo para padecer cáncer. Si bien la mayoría de los síntomas de la vejez no están necesariamente relacionados con esta enfermedad, los adultos mayores que no comunican a sus médicos cambios inusuales en su organismo, corren riesgo de que no se detecte la enfermedad desde sus inicios.

Un argumento que justifica la implementación de los cuidados paliativos es el progresivo aumento de la población añosa con el concomitante incremento de la expectativa de vida. Ahora bien, en los cuidados paliativos el objetivo principal es ofrecer tratamientos tendientes a paliar los síntomas físicos-psicológicos-sociales-

espirituales, de tal modo de facilitar al paciente no sólo el morir en paz sino también el vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final

La familia del adulto mayor es otro aspecto primordial a tratar. También hay que señalar que cuando en la familia uno de sus miembros presenta una enfermedad con evolución hacia la terminalidad pueden manifestarse sentimientos de angustia, ansiedad, culpa, desesperación, incredulidad, confusión, etc. Es decir que si bien la muerte de personas en edad avanzada es esperable, la repercusión en la familia no deja de ser significativa

Los adultos mayores son una parte importante de la población que va incrementándose con el transcurso del tiempo, como también las enfermedades que padecen, entre ellas el cáncer y los trastornos psicológicos que les son habituales. Los síntomas que generan tales enfermedades merman la calidad de vida de estas personas, circunstancia que hace necesaria la implementación de técnicas de abordaje psicooncológico con el fin de optimizar su tránsito de vida llevando a un mejor estar y un mejor morir.

Desde el tratamiento psicooncológico se intenta aliviar el dolor, por ejemplo con el uso de técnicas de relajación, promover a que esté acompañado por sus seres queridos, motivar a que esté activo en la medida que sea posible, a que pueda expresar sus deseos finales, y a favorecer a la resolución de problemas del pasado. En definitiva se trata de explorar su vida y recuerdos animando a exponer sus emociones, anhelos y temores.

El compromiso de atender a un paciente oncológico implica también la atención a su familia, considerando a ambos como pacientes y entendiendo que las vicisitudes emocionales de uno se trasladan al otro y viceversa. Es así que muchas veces se torna necesario tratar particularmente a la familia bajo un encuadre de terapia familiar, cuando la situación así lo requiera, en pos de acompañar a un mejor estar del paciente

El tratamiento de la enfermedad oncológica no sólo se da en el plano orgánico, sino también en lo emocional y social. Las repercusiones en la familia no se hacen esperar, desde el momento del diagnóstico, surgen distintas emociones que pueden tomar distintas características según la persona y familia que se trate.

La terapia psicooncológica en este momento crucial de la vida de la familia puede ser de gran ayuda, considerando que se le está ofreciendo optimizar su calidad de vida y una consideración especial a las necesidades que puedan surgir en esta etapa. Es esperable que los integrantes de una familia devengan en cuidadores del enfermo, y también es habitual que este nuevo rol conlleve esfuerzo y buena voluntad, aunque también genere ciertas alteraciones emocionales, en momentos específicos del cuidado.

Con el fallecimiento del ser querido enfermo, la familia entra en un proceso normal de reacción anímica que marca la pérdida de la persona, reacciones que son particulares según los valores y la cultura dominante. Proceso necesario de despedida que implica una desligazón afectiva paulatina, con desazón y tristeza, expresiones del ánimo que intentan curar heridas por el desasimiento vincular. Claramente cambia el curso normal de la vida de una persona y de una familia pero es un proceso normal. Así comienza el duelo tras la muerte real, sin embargo, también suele desencadenar una serie de comportamientos que lleva tiempo superar y en los que muchas veces resulta complicado hallar respuestas. De aquí se desprende la posibilidad de aparición de un cambio anímico que lleva a un estado depresivo o a la aparición de sintomatología somática

La importancia de compartir el estrés y los cuidados mutuos entre los integrantes de la familia suele ser el modo común de evitar complicaciones con el duelo. La muerte de una persona amada es una experiencia de pérdida y soledad crítica para la salud psíquica, muchas veces de adaptación difícil porque involucra una nueva posición de la familia y en la sociedad.

3. Materiales y Métodos

Este escrito consiste en un estudio de caso único cuya unidad de análisis es elegida en forma intencional en tanto resulta representativa y ejemplificador del tema propuesto en el trabajo integrador, así también, en un exclusivo interés personal, y también, en lo significativo que resulta, en lo personal, el estudio de estos casos tan particulares.

El alcance del estudio es descriptivo, en tanto y en cuanto se observa, registra y describe la variable, *abordaje psicooncológico en cuidados paliativos* en el caso elegido. Debido a que el enfoque metodológico utilizado es el cualitativo, esto favorece al estudio de la unidad de análisis y su contexto, familiar y social. Por consiguiente se emplea el razonamiento inductivo, que va de lo particular a lo general, para el análisis y comprensión profunda de la variable estudiada.

Por último su diseño es no experimental, ya que sólo se describe y observa la variable en la unidad de análisis en su contexto sin existir ningún tipo de manipulación ni control.

Por todo lo expuesto, en relación a las características metodológicas del estudio, las conclusiones que serán válidas sólo para este estudio de caso sin poder ser generalizadas a otros.

Finalmente como instrumentos de recolección de datos se aplica el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con el paciente, con el grupo familiar y con el equipo médico tratante; como así también se emplean datos de la historia clínica del paciente.

4. Resultados y Discusión

Se observa que Ángelo acepta y comprende su diagnóstico, como así también que su enfermedad ha avanzado y se encuentra en una etapa irreversible. Asimismo intenta apaciguar ciertos temores, como por ejemplo, la desolación y a morir solo. Se advierte que siente angustia al no haber dialogado aún con sus hijos para solucionar conflictos y dejar instrucciones póstumas.

En la primera entrevista se destacan la preocupación por la trascendencia de su ser, por la cercanía de la muerte y también las dificultades en el diálogo que tiene con su familia.

El hecho de hablar sobre la muerte lo hace sentirse escuchado y aceptado, ya que observa que su familia omite esta conversación, esperando su recuperación y creando esperanzas vanas de curación.

La propuesta de hacer un relato de su vida pasada es con el propósito de lograr un recorrido y balance de su vida, también con la intención de motivar a un cierre, sobre los eventos del pasado y, además, para motivarlo a aceptar y revalorizar su situación vincular familiar.

Se advierte que en esta primera entrevista el foco de atención se localiza en permitir la expresión afectiva, muy ligada a los recuerdos del pasado, y también se trabaja psicoterapéuticamente con el propósito de lograr una apertura hacia la trascendencia del ser, ante la inminencia de la muerte.

En la segunda entrevista, a propósito de sentirse una carga para su familia, es claro el sentimiento de inutilidad que lo aflige. Sin embargo la realidad es que su familia presenta una buena posición económica y recursos y, además, tienen la firme intención de compartir la labor de acompañamiento y cuidados, rotándose en la vigilancia permanente de Ángelo. Dicha realidad es la que el paciente asume y finalmente acepta.

Durante el tercer encuentro plantea la necesidad de dejar instrucciones a sus hijos, repartir sus bienes y también desea pedir perdón por no haber podido acompañarlos de una mejor manera. Respecto a la relación con sus hijos la siente como una situación pendiente en su vida, una deuda con ellos. En este sentido el trabajo terapéutico se focaliza en apaciguar la angustia y el pesar por esta situación.

En la entrevista con su hijo se observa como la enfermedad de Ángelo provoca cierta inestabilidad familiar, aunque, posteriormente, se empiezan a reordenar los roles y funciones en beneficio del enfermo, a pesar de algunos desencuentros.

Se le indica que es una tarea difícil de aceptar los síntomas del padre, su progresiva debilidad y dependencia, que generalmente les implica repartirse las responsabilidades del cuidado del enfermo y las demás tareas del funcionamiento familiar.

El dolor por una crianza rígida y los vínculos tensos entre Carlos, Néstor y su padre, a lo largo de la historia familiar, es lo que se expresa durante el segundo encuentro. Es importante considerar desde un principio al grupo familiar que resulta frecuente que aparezcan crueles reproches y autoreproches, sentimientos de castigo y de culpa, vivencias de haber sido disciplinados severamente, y todas otras manifestaciones posibles que acompañan al sufrimiento.

El deterioro progresivo de Ángelo y su posterior internación en la clínica promueven sentimientos de dolor y desamparo en Carlos y Néstor. La inclusión de los familiares en el tratamiento, en especial los dos hermanos, les brinda la posibilidad de saber que se está haciendo algo por el padre, que no se lo abandona y que se procura su alivio final, además les permite la intimidad en el contacto físico y emocional. Es importante para la familia poder despedirse y expresar sus sentimientos a través de gestos y palabras afectivas.

A partir de aquí se realiza una orientación psicoterapéutica respecto al duelo anticipatorio, explicando y aclarando las emociones propias de esta etapa y la necesidad de aceptar la inminente partida de su padre. Todo lo acontecido en el círculo familiar demuestra que más allá de los inconvenientes acaecidos, finalmente todos se adaptan a los cambios que se imponen a partir de la enfermedad de Ángelo, con roles definidos, sumado a un tipo de comunicación, que si bien en su momento fue ciertamente rígido, supieron flexibilizarlo y animarse al diálogo sincero y comprensivo.

Luego de la muerte de Ángelo la familia, en especial los hermanos, sufren emocionalmente la ausencia de su padre, por lo cual se los orienta psicoterapéuticamente en la elaboración del proceso de duelo. Entonces y recapitulando, la intervención psicooncológica se inicia con los familiares durante el proceso de enfermedad y se extiende, una vez fallecido Ángelo con el tratamiento de Carlos y Néstor.

En este sentido en el primer encuentro con los hermanos se observa con desconcierto, donde se expresan los sentimientos de irrealidad (“no es posible”), así también, de inseguridad y bronca. El proceso de duelo normal lleva en sus comienzos manifestaciones comunes de sentimientos difusos de ansiedad, baja autoestima y suma tristeza, tal como aparecen en Carlos y Néstor, las cuales son representativas de las dos primeras fases de un duelo normal.

La segunda sesión está determinado por la discrepancia en cómo se expresan las emociones en cada uno y lo que harán de allí en adelante con sus vidas: uno anclado al presente con mirada al pasado, el otro, desde el presente mirando al futuro. El proceso de elaboración del duelo familiar es distinto en cada uno de los integrantes, así, el dolor emocional puede suponer un gran sufrimiento y parálisis afectiva para uno, mientras que para otros deviene en mejora del sentido común y evolución personal. Finalmente, esto último es resultado manifiesto en los dos hermanos, es la semilla que germinará la adecuada y oportuna recuperación en el tiempo venidero y con la cual se culmina la orientación al duelo familiar.

En definitiva se trabaja sobre dos ejes importantes: el enfermo oncológico y su familia. En primer término se focaliza la acción psicoterapéutica en el proceso individual de Ángelo y en las vicisitudes interactivas de los miembros de la familia. Se trabaja en el sentido de permitir el despliegue emocional y un cierre de la vida de Ángelo; en posibilitar el destierro de sus temores; se ayuda a Ángelo a dejar en orden sus cosas y a que pueda despedirse de sus seres queridos. Respecto a la familia se trabaja en la comprensión y la reorganización de roles y funciones; en puedan realizar el acompañamiento al adulto mayor en estas circunstancias tan

dolorosas de su vida; se los insta a comenzar a entender y a aceptar el duelo anticipatorio. Finalmente se los acompaña en el proceso de duelo tras la defunción de su padre con el propósito que sus hijos puedan transitar y aceptar el duelo por la ausencia del ser querido.

5. Conclusiones / Recomendaciones

En la sociedad actual provoca mayor preocupación la enfermedad que amenaza la vida de un niño o adolescente, promoviendo por ello mayores recursos para su contención, en desmedro del anciano, quien presenta más riesgo de abandono, obstinación terapéutica, desatención en la toma de decisiones o en la consideración de los procesos de duelo. Por ello, el tema abordado resulta relevante, ya que el conjunto de los adultos mayores es el de mayor prevalencia en la cercanía a la muerte, y más aún, si a ello se le suma la enfermedad oncológica terminal, lo que resulta mucho más significativo que en otras enfermedades debido a la proximidad del fallecimiento y sus consecuencias, quizás por esta razón también, sea uno de los grupos etáreos más desprotegidos y vulnerables.

Sin duda la familia también tuvo un lugar preponderante en el abordaje psicooncológico. Es así que a través del relato se pudo remitir a los aspectos más sombríos o al recuerdo de aquellos seres queridos que tanto tienen que ver con la organización de la propia biografía, terreno óptimo para la mediación de la asistencia psicooncológica en la búsqueda de salvar las relaciones conflictivas o resolver problemas del pasado, si es que así lo desean sus protagonistas, con el fin de llevar a mejor tránsito el último tramo de vida del paciente.

Aquellos psicólogos que eligen trabajar con adultos mayores, con enfermedades crónicas y terminales, deben formarse bajo los ordenamientos teóricos que se dictan en Cuidados Paliativos, en PsicoOncología y en el conocimiento de las características de la franja etárea del geronte, su cosmovisión y sus frecuentes trastornos físicos, cognitivos y anímicos y psicosociales

Sin lugar a dudas, la promoción de los cuidados paliativos ha modificado la manera de fallecer, y junto a ello, la visión de la Medicina sobre la enfermedad de aquellos pacientes sobre los que ya no hay nada más por hacer, en términos de curación.

La prioridad no es la de continuar con tratamientos invasivos que provoquen mayor malestar al sujeto, más angustia e ilusiones de supervivencia, por el contrario y tal como se lo ejemplifica en este caso tras la decisión del comité de tumores, la prioridad es la promoción de una mejor calidad de vida, y en consecuencia, una mejor muerte, a través de la implementación de cuidados paliativos. Justamente la aceptación de Ángelo de su diagnóstico y pronóstico, le supuso superar el temor a la muerte, apoyado en sus creencias religiosas, familia, y también en el equipo tratante.

Debe quedar en claro, que actualmente el tratamiento de un proceso oncológico no se circunscribe solamente al paciente, sino también, incluye a su familia. Los distintos tratamientos médicos se complementan con las aproximaciones psicológicas de vanguardia que dan cuenta de la importancia del área anímica, ya que atendiendo las necesidades emocionales y psicológicas general de una familia, se logra mayor calidad de vida y un mayor bienestar psicosocial , facilitando el proceso de adaptación y reordenamiento familiar.

Como se ha podido comprobar, el rol del psicooncólogo y la implementación de las variadas técnicas de abordaje van variando de acuerdo al momento en que se encuentre tanto el paciente en la evolución de su enfermedad, a las características particulares de aquel y a su grupo familiar, entendido este como paciente de segundo orden. La etapa terminal de una enfermedad como la oncológica, la cual tiene el poder de desequilibrar y desmoronar cualquier organización familiar, supone la necesidad de contar con apoyo psicológico para los pacientes con el fin de enfrentar los grandes cambios que se avecinan en esa experiencia compartida que es el proceso de enfermedad.

De esto último se desprende también el tratamiento de la aflicción en el duelo familiar, lo que supone continuar con el apoyo psicológico una vez desaparecido el ser querido. Si bien no es común que las familias prosigan con la orientación psicológica tras la muerte del paciente, no obstante, resulta importante para muchas hablar sobre la pérdida, hacer planes para el futuro, conversar sobre los sentimientos, entre otros, trazando metas de recuperación.

Entonces, y de acuerdo al trabajo realizado, se pudo responder claramente al problema planteado en la introducción y además, se han alcanzado los objetivos propuestos y consistentes en dar cuenta del abordaje psicooncológico en cuidados paliativos de un paciente adulto mayor con cáncer rectal y su familia. Respecto a las técnicas de abordaje implementadas se describen la psicoeducación; el acompañamiento en el proceso de duelo anticipatorio; el apuntalamiento en la comprensión; la ayuda para poner en palabras los deseos finales; la resignificación de la vida y de su sentido; el trabajo psicoterapéutico sobre los miedos; el apoyo en la reorganización de roles y funciones familiares

En términos generales, el trabajo psicooncológico en cuidados paliativos ejemplificado en el caso analizado, puede ser empleado también en otras patologías que llevan al enfermo irremediablemente al sufrimiento, al desconsuelo, a la pesadumbre y a la terminalidad de su vida, siempre atendiendo al paciente junto a su grupo familiar primario o red social de su importancia.

Por último, y para dar por terminada esta conclusión, se acentúa la significación que adquiere el encuentro del psicooncólogo frente al paciente agonizante y su familia, que mediado muchas veces por tiempos apremiantes, fue siempre y en primer lugar, un encuentro humano, de dos o más subjetividades-biografías-emociones. En definitiva, se trata de un contacto compasivo, piadoso, caritativo y humanitario, y siempre comprendiendo que es el enfermo y su familia los que establecen en último término el camino a seguir...

6. Bibliografía

1. Alizade, A. (1995). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
2. Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Madrid: Ariel Ciencias Médicas.
3. Astudillo Alarcón, W., y Salinas Martín, A. (2011). *Bases para mejorar la intervención de los cuidadores en paliativos*. Recuperado de: <http://bit.ly/1rXiBgQ>
4. Béjar Alonso, E. y Beliera Kiendl, A. (2003). *El paciente geriátrico con cáncer*. En M., Die Trill. (p. 115-123). *Psicooncología*. Barcelona: Ades.
5. Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona. Paidós.
6. Cortés-Funes Urquijo, F. (2003). *Psicoterapia de familia*. En M., Die Trill. (p. 555-557). *Psicooncología*. Barcelona: Ades
7. Cuello, G. (2013). *Psico-Socio-Oncología*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
8. Die Trill, M. (2003). *Psicooncología*. Barcelona: Ades
9. Echeburúa, E. y Bolx, A. (2007). *¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?*. Recuperado de: <http://bit.ly/1wOhe2w>
10. Fernández-Cañadas, J., Gómez, R., Landete, I. y López-Andújar, L. (s. f.). *Proceso asistencial en urgencias al paciente terminal*. Recuperado de: <http://bit.ly/1uCq2bb>
11. Ferrell, B. y Ferrell, B. (s. f.). *El paciente anciano*. Barcelona: Seix Barral.
12. Fisman, N. (1985). *Psico-Socio-Oncología*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
13. Fonnegra de Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte*. Barcelona: A. Bello.
14. Freyre, E. (1994). *El problema de ayudar a morir*. La Habana: Ciencias Sociales.

15. Gastrón, A. (2001). *Imágenes y estereotipos del envejecimiento y la vejez*. Buenos Aires: Belgrano.
16. Gómez Ortiz, M. (2003). *Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos*. Madrid: Caritas.
17. Hennezel, M. (1994). La buena muerte. En M., Hennezel y J., Montigny. *El amor último*. (p. 100-113) Buenos Aires: De La Flor
18. Instituto Nacional del Cáncer (2013). *Cáncer de recto: Tratamiento*. Recuperado de: <http://1.usa.gov/1rXiUs0>
19. Liaño, E. (2013). *Introducción a los cuidados paliativos. Manejo del paciente con enfermedad terminal y su familia* (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
20. Medlineplus (2014). *Estrés y ansiedad*. Recuperado de: <http://1.usa.gov/Kcbz2Y>
21. Minuchin, S; Fishman, C. (1997). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
22. Montesinos, M. (2013). *Conceptos sobre oncología II*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
23. Montigny, J. (1994). La relación asistente / asistido en fase terminal: desafíos e impactos psicológicos. En M., Hennezel y J., Montigny. *El amor último*. (p. 115-130). Buenos Aires: De La Flor.
24. Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires: Belgrano.
25. Napolitano, A. (2013). *Conceptos sobre oncología II*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
26. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Edad promedio que define la vejez*. Recuperado de: <http://bit.ly/1Btw4hp>

27. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Definición de paciente terminal*. Recuperado de: <http://bit.ly/YyCBK0>
28. Peralta, V. y Díaz-Albó, B. (2011). *El psicólogo en los equipos de cuidados paliativos*. Recuperado de: <http://bit.ly/1rKb5zZ>
29. Pereira, R. (2007). *Resiliencia individual, familiar y social*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
30. Pérez Trenado, M. (s.f.). *El proceso de duelo y la familia*. Recuperado de: <http://bit.ly/lwPCmW1>
31. Ponce, C. (2013). *Abordaje psicooncológico en cuidados paliativos* (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
32. Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Buenos Aires: Planeta.
33. Romeo, A. (2013). *Cuidados paliativos pediátricos-oncología pediátrica-adultos mayores*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
34. Salvarezza, L. (2001). El dolor en la tercera edad. En R. D'Alvia (comp.). *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. (p. 45-52) Buenos Aires: Paidós.
35. Sastre, Moyano, P. (s.f.). *Cuidados paliativos*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
36. Soriano García, J., Carrillo Franco, G., Arrebola Suárez, J. y Martín García, A. (s. f.). *El cáncer en la tercera edad*. Recuperado de: <http://bit.ly/1ku94J2>
37. Vivanco Martínez, A. (s. f.). *La eutanasia ante el derecho*. Recuperado de: <http://bit.ly/1rXjciw>
38. Scharf, B. (2005). *Psicooncología: abordaje emocional en oncología*. Recuperado de: <http://bit.ly/1so8yzs>