

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

Título: Variables Intervinientes en el Dolor Refractario de una Paciente con Cáncer de Colon

Autor: Lic. María Emilia Cabrera

Directora: Lic. Graciela Cuello

Fecha: 29/9/12

Tema: Dolor Oncológico Refractario

1. Introducción:

El presente Trabajo Integrativo Final se escribe a los fines de acreditar la finalización de la Especialización en Psico-Oncología dependiente del Departamento de Posgrado de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).¹

En él, se realiza el estudio de un caso clínico con la articulación teórica correspondiente a la temática elegida; pretendiendo de esta manera caracterizar la existencia de vínculos entre el dolor oncológico y la incidencia de factores y variables implicadas en la experiencia y percepción del mismo.

El manejo del dolor se presenta como un problema en extremo desafiante, a pesar de los grandes avances en conocimientos científicos y los desarrollos de potentes analgésicos sigue siendo un reto para la persona que lo sufre, los miembros de su familia como así también para los profesionales de la salud y la sociedad en general (Miró 2003).

En el caso del cáncer, el estrés del dolor se superpone al miedo de morir de una enfermedad socialmente vista como fatal; siendo el dolor uno de los síntomas más comunes y temidos asociados a ella, llegando a ser muchas veces el principal.

El dolor por cáncer es un dolor crónico, su característica patognomónica no es solo es el tiempo de duración sino la presencia de alteraciones psicológicas que condicionan la conducta dolorosa.

Mediante el presente trabajo descriptivo se pretende profundizar y ejemplificar con un caso clínico, lo que Cicely Saunders (1969) denomina *dolor total*; presentando características del mismo que trascienden las manifestaciones físicas.

¹ Departamento de Posgrado. Paraguay 1338, 1er Piso (C1057AAV), Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

A partir de lo anteriormente mencionado surge el siguiente interrogante:

¿Cuáles son y cómo intervienen las diferentes variables que componen la vivencia dolorosa en la percepción de la misma, haciendo del dolor un síntoma de difícil control?

El objetivo general que se procura alcanzar es caracterizar y dar cuenta de las variables intervinientes en la percepción y modulación del dolor oncológico, que funcionan como barreras para un adecuado control del mismo.

Como así también; señalar la importancia del abordaje integral del dolor en pacientes con cáncer; analizar el dolor oncológico como experiencia subjetiva personal; reflexionar acerca de los tratamientos indicados en el caso del dolor oncológico; analizar el dolor oncológico como evento vital estresante; observar procesos de afrontamientos y su relación con la percepción de la vivencia dolorosa; identificar la existencia de estados emocionales negativos y su relación con esta y reflexionar sobre distintas estrategias terapéuticas orientadas al manejo y control de la vivencia dolorosa.

Por lo expuesto hasta aquí se sostiene que el presente estudio de caso, la bibliografía seleccionada, sus análisis y las conclusiones arribadas, son un aporte al abordaje integral del paciente oncológico con dolor.

El trabajo presentado se compone de una introducción a la temática del dolor oncológico, resaltando la importancia de la investigación en ella.

Se continúa con el primer capítulo del marco teórico correspondiente, dónde se citan autores que han profundizado el estudio del abordaje integral del dolor. El material utilizado se compone de libros, paginas Web, revistas científicas, material específico propuesto por docentes de la Especialización en Psico-oncología y distintas investigaciones llevadas a cabo sobre la presente temática.

En él se desarrolla primeramente una breve aproximación a la Psicooncología y a los Cuidados Paliativos; para continuar luego con los aspectos médicos y socioculturales del cáncer de colon.

Luego se desarrolla la definición de dolor distinguiendo las implicancias del dolor en pacientes con cáncer. Seguidamente se profundiza en la definición de dolor total, haciendo hincapié en las variables psicológicas, sociales y espirituales que participan del mismo.

Posteriormente se presentan las intervenciones terapéuticas en el manejo del dolor.

Finalmente se presentan extractos de la literatura, que desde tiempos inmemorables se ha encargado de abordar las preocupaciones primordiales de los seres humanos como lo son la enfermedad, el dolor y la muerte.

En el segundo capítulo se presenta la formulación del problema y los objetivos que guían el desarrollo del presente escrito. En el mismo también se describen los criterios de selección del caso clínico y las técnicas psicoterapéuticas utilizadas durante el tratamiento psico-oncológico.

En el tercer capítulo se hace una breve presentación del caso y el genograma familiar.

En el cuarto capítulo se transcriben fragmentos de distintas entrevistas con la paciente como así también del registro del diario del dolor que la paciente realiza durante el tratamiento como indicación terapéutica. Los fragmentos seleccionados tienen relación y ejemplifican las implicancias del dolor crónico, profundizando en las variables psicosociales relacionadas al dolor refractario.

En el quinto capítulo se efectúa el Análisis del Caso elegido, por lo cual se realiza la articulación teórica - práctica correspondiente.

Finalmente se presentan las Conclusiones Generales intentando responder a la problemática que guía el presente estudio de caso y se explicita la bibliografía utilizada como así también la de consulta, la cual posibilita el desarrollo del mismo, quedando la misma a disposición del lector si fuera de su interés la problemática abordada.

Se presenta también material anexo.

2. Antecedentes y Planteo Teórico:

El enfoque teórico del presente proyecto estará guiado por el aporte de diferentes autores de las corrientes Humanistas, Cognitivas y Psicodinámicas, tomándolos de forma integradora ya que se tratan de abordajes que al complementarse, enriquecerán el análisis del caso. Como así también se seleccionaran autores e investigadores que son autoridad en temas de la Medicina Paliativa y la Psico-oncología.

Algunos de los conceptos que formaran parte del Marco teórico son:

Psico-oncología: Campo interdisciplinar de la Psicología y las Ciencias biomédicas, dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer. Atiende a respuestas emocionales de los pacientes en todos los estados de la enfermedad, de sus familiares, del personal sanitario que las atiende y del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en morbilidad y mortalidad del cáncer. (Die Trill, 2003)

Cuidados Paliativos: En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica una definición actualizada de los Cuidados Paliativos y los considera como un

cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos.

Dolor: El término “Pain” (Dolor) deriva del latín “Pena”, que significa “Pena, Castigo”. En 1973 la comunidad científica, a través de la Asociación Internacional del Dolor (IASP), emite la siguiente definición: “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular, presente o potencial, o descrita en términos de la misma”.

Dolor Oncológico: Gómez Sancho (2006) plantea que al momento del diagnóstico y en estadios intermedios, del 30 al 45 % de los enfermos oncológicos experimentan dolor moderado a intenso que se incrementa a medida que avanza la enfermedad y hasta un 80 % de éstos casos tendrán dolor intenso a insoportable.

La Dra. María del Carmen Vidal y Benito (2008) señala que según estadísticas del año 2002, se diagnostican alrededor de 7.000.000 de casos nuevos de cáncer por año; que de 3 a 5.000.000 de pacientes fallecen por esta enfermedad cada año; y que más de la mitad de los diagnosticados, es decir aproximadamente 4.000.000 de pacientes, padecerán dolor en algún momento de la enfermedad.

Dolor Crónico: Morris (1993) señala que el dolor crónico es la expresión médica para designar un dolor que de modo perverso y episódicamente, se niega a desaparecer o reaparece por periodos prolongados. Hace entrar a quien lo padece a un mundo desestabilizador.

Gómez Sancho (2006) manifiesta que el dolor crónico se adueña de la persona en su totalidad, desorganiza la estructura psíquica amenazando el equilibrio psique-cuerpo.

Dolor Refractario: En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la escala que proponía un incremento en la potencia analgésica en función de la intensidad del dolor y la respuesta a los tratamientos previos. Siguiendo estas indicaciones se consigue un buen control de dolor en casi el 80% de los pacientes, sin embargo más del 20 % de los mismos con dolor oncológico presentan dolor refractario a estas medidas. El dolor refractario se define como la ausencia de control analgésico adecuado con opioides potentes a una dosis que provoque efectos secundarios intolerables a pesar de las medidas para controlarlos.

Dolor Total: Sicely Saundersen 1964 define el concepto de Dolor Total, que incluye variables sociales, emocionales y espirituales. La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad mas profunda en la que confiar.

El Dolor Total implica las diferentes dimensiones que modifican la percepción y manifestación del dolor, integrado en el concepto de sufrimiento. Cuando se identifica la presencia de dolor en enfermos con cáncer, existen dos riesgos: suponer que el mismo responde sólo a una naturaleza biológica, modificable por fármacos (reduccionismo biologicista) o ignorar la base somática del dolor y presuponer que se trata sólo de una expresión emocional o existencial (psicologismo). El concepto de dolor total integra y redimensiona al síntoma en sus múltiples facetas. (Dr. G. de Simone 2004)

Percepción y Vivencia Dolorosa: Die Trill (2003) plantea que la cultura define las creencias acerca de la enfermedad y la salud, la experiencia y la respuesta al dolor, el valor atribuido a las diferentes partes del cuerpo y a sus alteraciones como así también el significado que se le atribuye a los síntomas físicos, sufrir una enfermedad crónica, aceptar una limitación física permanente, tendrán un significado diferente en cada persona.

La percepción y la vivencia dolorosa dependerán de factores culturales, sumados a variablas sociales, de personalidad, entre otras que explican la interpretación y el sentido que cada uno asigne al dolor.

El dolor constituye un cuadro complejo, definido por la presencia de un conjunto de problemas específicos, algunos son significativos de invalidez, otros corresponden a fenómenos concurrentes y todos ellos constituyen factores que intervienen en la etiopatogenia, manifestación, curso y desenlace del dolor; aunque el peso específico que tienen estos factores es variable de un paciente a otro e incluso, en un mismo sujeto en diversos periodos de tiempo.

3. Material y Métodos:

El presente trabajo es un estudio de caso único de alcance descriptivo, en el cual se realiza un estudio cualitativo de un caso clínico elegido en forma intencional.

La metodología utilizada es inductiva, lo cual implica que las conclusiones alcanzadas no podrán ser generalizadas a otras poblaciones.

El diseño es no experimental, ya que se observa y se describe la unidad de análisis elegida en su contexto, para efectuar el estudio de las variables que guían el desarrollo del presente escrito.

Se analizan, las variables intervinientes en el dolor oncológico refractario, las que hacen de éste un síntoma de difícil control, que afecta la calidad de vida del paciente y su familia.

Los criterios determinantes en forma predominante para la selección de la unidad de análisis, son en primer lugar, el abundante material clínico con el que se cuenta y sus características pragmáticas. En segundo lugar, se trata de un caso paradigmático, en el cual se observan las implicancias del dolor total y de las variables psicosociales que hacen de él un síntoma refractario.

Las técnicas de recolección de datos del material que se analizara a continuación son: análisis de contenido de fragmentos de entrevistas semidirigidas y libres, y material escrito por la paciente.

4. Resultados y Discusión:

Se parte de la premisa que el dolor implica un cuadro complejo de abordar y que muchas de las limitaciones que se presentan a la hora de tratarlo se debe a que se escucha sólo una parte del mismo, o la física o la psicológica, a tal fin se propone un abordaje total del dolor.

Tal como lo expresa Carnero Gómez (2003) existe en estos pacientes un dolor físico real debido a la avanzada enfermedad. Milagros presenta un gran número de síntomas patognomónicos del cáncer colorrectal tales como pérdida de peso, anorexia, náuseas y fuertes dolores abdominales.

Pero así también en su discurso se trasmite el sufrimiento de la vivencia y sus consecuencias. Manifiesta una *falta de control* de sus dolores. Podría pensarse que esta falta de control no está vinculada sólo con el dolor físico, sino que este puede referirse a otros aspectos de su vida, como lo es en primera instancia su imagen, tan importante para ella. Además se observa una falta de control y abandono de parte de sus vínculos, como así también por parte de los médicos.

Al decir de Morris, el dolor crónico destruye los supuestos normales sobre el mundo. Nunca deja de atezar y frustra continuamente toda esperanza de mejoría. El mismo hace ingresar a la persona, en última instancia, a otro mundo, desestabilizador *“si voy a vivir así quiero morir..., no tener control sobre tu propio cuerpo es terrible, esto es morir cada día”*.

Respecto a la vivencia del dolor crónico Cuello (2001) plantea características del mismo, que se observan en el relato de Milagros, por ejemplo las energías están focalizadas en intentar controlar infructuosamente el estímulo doloroso que es de carácter a apremiante *“es una cruz esto para mi”*; no admite espera *“ya no aguanto más, me cuesta el dolor....., el dolor en el estoma no me deja dormir y me tortura la cabeza todo el día”*, y altera todos los intercambios del paciente consigo mismo y con su entorno *“mi esposo no entiende nada, él insiste en que me tienen que reconectar, hace 3 meses que vivo situaciones de mucha amargura en casa y no puedo dejar de pensar que lo mejor es morirme...”*

“¿Habría otra forma de poder vivir con esto pero sin dolor?” a partir de esta pregunta puede pensarse en un primer giro en la vida de Milagros, en un antes y un después del diagnóstico oncológico.

Resulta de importancia poder escuchar y detenerse en lo que Milagros manifiesta, ya que con solo plantear que existe la posibilidad de estar sin la bolsa en forma permanente, el dolor disminuye. Esto le permite posicionarse ante la enfermedad y la vida de forma totalmente opuesta a como lo viene haciendo.

Grau Abalo (2007) sostiene, que el enfoque integral en el tratamiento del dolor por cáncer no puede quedar sólo en lo declarativo, aludiendo con esto, a la declaración que hiciera la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, donde se resaltan los aspectos de la experiencia y de lo emocional. Por el contrario, hay que apuntar a un enfoque prácticamente orientado y dirigido a emplear las contribuciones de la Psicología, en la modificación de las circunstancias que obstaculizan el manejo adecuado del dolor.

En Milagros se conjugan diferentes variables que son puestas de manifiesto en su vivencia dolorosa; no se puede obviar que la sola localización de su enfermedad le provoca el dolor mayor, aquel por el que consulta por primera vez a la terapeuta, *“el dolor de llevar una bolsa de colostomía”*. Al respecto, todos los autores seleccionados en este estudio de caso, sostienen que el tratamiento indicado para el cáncer colorrectal avanzado, en la mayoría de los casos, afecta directamente la calidad de vida.

Por ejemplo, Carnero Gómez (2005) expresa que los pacientes que reciben este tratamiento experimentan una gran variedad de síntomas físicos y psicológicos afectando su vida y la de su familia.

Asimismo, Gómez Sancho (1998) sostiene que las intervenciones quirúrgicas, con la consiguiente colostomía, provoca un gran impacto emocional relacionado con la pérdida del control de esfínteres, la modificación de la imagen de si mismo, y el temor a la pérdida de la vida sexual.

Milagros puede reconstruir su imagen perdida, y su vida sexual y social, al tener control sobre la colostomía. Cuando esto sucede el dolor no controlado hasta el momento comienza a serlo con el mínimo de analgesia indicada.

Fernández (2004) sostiene que la apariencia física tiene un lugar importante en la sociedad actual, pero lo más importante es como cada persona se siente en relación a su propio cuerpo. Milagros evidencia en su relato que la belleza del cuerpo ocupa en ella un lugar muy importante, esto se ve en sus escritos donde ella se describe antes de su enfermedad y después de ella.

Su enfermedad, y principalmente la colostomía, contrastan con este aspecto de su vida; ocasionándole un fuerte dolor.

A propósito de lo expuesto, los autores seleccionados para el presente trabajo manifiestan que el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de forma temporal, no obstante, también pueden presentarse otros cambios permanentes. Algunos de ellos afectan a nivel estético, y otros conllevan alteraciones funcionales, repercutiendo directamente en las manifestaciones del dolor crónico.

En el caso de la presente articulación teórico-práctica ambas alteraciones (estéticas y funcionales) se conjugan y exacerban el dolor en Milagros. Esto pone de manifiesto la necesidad de intervenciones terapéuticas que le permitan construir una nueva imagen corporal, como así también encontrar soluciones alternativas que la ayuden a minimizar las limitaciones generadas tanto por las alteraciones estéticas como funcionales.

Como lo enuncian la mayoría de los autores seleccionados, los pacientes con dolor crónico oncológico requieren una atención específica en el tratamiento; es aquí donde se advierte que la psicooncología tiene mucho por hacer en el ámbito del tratamiento y el estudio del dolor crónico adquiriendo de esta manera una relevancia mayor.

El desafío, tal como lo propone Cuello (2001), es comprender y evaluar tanto los aspectos somáticos como los psicológicos; para desarrollar estrategias efectivas para el manejo del dolor crónico oncológico.

Se observa que cuando alguien puede oír lo que la enfermedad le significa, pero sobre todo las consecuencias de la misma, el dolor merma, principalmente en lo nociceptivo. Al decir de Grau Abalo (1999), no se puede ignorar el papel de las preocupaciones corporales, el reporte de incomodidad, creencia y cogniciones del paciente sobre su dolor.

La incomodidad es en Milagros un componente importante en la expresión y vivencia dolorosa: “*anoche soñé y me saque la bolsa, manche todo con caca...*”.

En el tratamiento psicoterapéutico de Milagros también se emplean intervenciones cognitivas-conductuales; principalmente intervenciones relacionadas con la respiración, la relajación y la meditación.

La participación de Milagros en los grupos de meditación y respiración influye positivamente ya que le permite obtener una variedad de estrategias que la ayudan a reorientar su atención para facilitar la tolerancia y estimular el autocontrol.

La propuesta terapéutica observada en el presente caso, se vincula con lo que los diferentes autores seleccionados proponen para el abordaje psicoterapéutico en pacientes con dolor crónico oncológico. Concretamente, diferentes estrategias y recursos para ayudarlos a que desarrollen recursos de afrontamiento eficaces, ante el dolor psíquico y social, ocasionado por diferentes pérdidas que limitan la vida de relación.

5. Conclusiones/Recomendaciones:

Es de importancia destacar que las conclusiones hacen referencia sólo al caso particular analizado en el presente trabajo, por lo que se aclara que no son generalizables a otros casos.

Partiendo del interrogante planteado en la introducción, y de los objetivos que guían la articulación teórica-práctica, puede sostenerse que en Milagros el abordaje integral del dolor es fundamental para que ella adquiriera el control sobre del mismo.

Como lo expresan varios de los autores citados, y con quienes la autora del presente escrito concuerda, la subjetividad de cada paciente se pone en actos en el encuentro médico-paciente. Por lo que el abordaje integral en Milagros se convierte en un imperativo ético a la hora de tratar su dolor, y especialmente, las variables psicosociales tienen un rol protagónico en su percepción.

Cuando los médicos sostengan su encuentro médico-paciente de la forma en que lo considera Viktor Frankl, es decir, no como meros técnicos del cuerpo, y además tomen el riesgo de ingresar en la vida emocional y espiritual de sus pacientes, seguramente lograrán el máximo de visión e intuición. Incluso es importante que aborden al paciente no solo desde su enfermedad sino también desde la visión global de sujeto con una enfermedad, asociada culturalmente con el dolor y el sufrimiento. Seguramente, esta es la forma en que podrán prestar el máximo de ayuda.

Esto supone entender al dolor como una experiencia de gran complejidad, subjetiva, individual, e intransferible. El dolor debe abordarse como una experiencia personal y como el resultado de un proceso elaborado, complejo, y específico, para cada persona, y variable según sus circunstancias.

El dolor evoca valores y emociones que condicionan su percepción, por esto no basta con conocer la causa y el tipo de dolor, además es necesario conocer la persona que padece ese dolor y las complejas circunstancias que lo condicionan.

Finalmente y para concluir, se acentúa la obligación personal de seguir investigando en esta temática, para que la concepción del abordaje integral del dolor no quede sólo plasmado en lo teórico. Asimismo más allá de esto, este escrito puede ser considerado un aporte de interés para los profesionales que forman parte de un equipo interdisciplinario de Oncología.

6. Bibliografía:

- Alizade, A. M. (1996) *Clínica con la Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Gabilondo. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 6 (1), p. 29-40.
- Bazako Goiburu (2003). Aspectos Psicosociales del Dolor Oncológico. En María Die Trill (comp.) *Manual de Psico-oncología* (cap. 29). Madrid: ADES (Aula de Estudios Sanitarios).
- Bejarano P., Fonnega de Jaramillo I., (1992). *Morir con Dignidad. Fundamentos del Cuidado Paliativo. Atención Interdisciplinaria del Paciente*. Bogotá: Fundación Omega.
- Bosnic M., (1999). Humanización de la Salud. *Revista Quirón*, 30 (2), p. 36-57.

- Carnero Gómez, R. (2005). Impacto de tratamiento del Cáncer Colorrectal Metastásico con Erbitux (Cetuximab). *Revista Española Economía Salud*, 4 (3), p.179-182. Recuperado de:
http://www.economiasalud.com/ediciones/43/08_pdf/erbitux.pdf
- Casal E. R. (2001). Consideraciones generales sobre el dolor. En R. D' Alvia (Comp.), *El Dolor. Un Enfoque Interdisciplinario*. (P.17-23)Buenos Aires: Paidós.
- Chevnik M. (2001) El dolor agudo. En Rodolfo D'Alvia (comp.). *El Dolor. Un Enfoque Interdisciplinario*. (p.65-74) Buenos Aires. Paidós
- Cuello G. (2001) El dolor crónico en pacientes terminales. En Rodolfo D'Alvia (comp.). *El Dolor. Un Enfoque Interdisciplinario*. (p.75-78) Buenos Aires. Paidós.
- Cruzado J., La Formación en Psicooncología. *Revista Psicooncología*. 0(1) P.9-19.
- Daud L. (2001). Cap. 5 ¿Cómo se puede aliviar el dolor? En Vilma Tripodoro. *Te Voy Acompañar Hasta el Final. Vivir con Cuidados Paliativos*. (p. 51-62) Buenos Aires: Capital Intelectual.
- De Andrés, J. (2005). Tratamiento del Dolor. Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar. *Boletín de Psicología*, 84. P.11-21.
- D'Alvia R. (2001). Dolor y aproximaciones Terapéuticas. En Rodolfo D'Alvia (comp.). *El Dolor. Un Enfoque Interdisciplinario*. (p.55-64)Buenos Aires: Paidós.
- De Simone. G., Tripodoro, V. (2004) *Control de Síntomas en Cuidados Paliativo*. En *Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas. Manual para estudiantes de la Carrera de Medicina*. Buenos Aires: Cronopio Azul.
- Fernández A. I. (2004). Alteraciones Psicológicas Asociada a los cambios en la Apariencia Física en Pacientes Oncológicos. *Revista Psicooncología*, 1- (2; 3) P.169-180.
- Fonnegra de Jaramillo I. (s/f). El médico ante el paciente que enfrenta su muerte. Recuperado de:
http://escuela.med.puc.cl/ArsMedica/ArsMedica3/03_Fonnegra.html

- Frankl, V. (2004). *El Hombre en Busca del Sentido*. Barcelona: Heder.
- Gómez Sancho, M. (1998) *Cómo dar Malas Noticias en Medicina*. 2da edición corregida y ampliada. Madrid: ARÁN.
- Gómez Sancho, M. (1999). *Medicina Paliativa en la cultura Latina*. Madrid: ARÁN.
- Gómez Sancho, M., Grau Abalo, J. A. (2006). *Dolor y Sufrimiento al final de la vida*. Madrid: ARÁN.
- Grau Abalo, J. (2007) *Evaluación e Intervención Psicológica en el Enfermo de Cáncer con Dolor*. *Revista Psicooncología*, 4(1) P.81-90.
- Jairo, J., Vélez M. y Krikorian A. (2008). Aspectos Neurobiológicos, Psicológicos y Sociales del Sufrimiento. *Revista Psicooncología* 5(2-3) P.245-255.
- López, M. (2001) *El Dolor en la Aduldez*. En Rodolfo D´Alvia (comp.). *El Dolor. Un Enfoque Interdisciplinario*. (P. 37-44) Buenos Aires: Paidós.
- Mirò J., (2003) *Dolor Crónico. Procedimientos de Evaluación e Intervención Psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Monsalve, V. (2006) *Intervención Psicológica en Dolor Oncológico: un Estudio de Revisión*. *Revista Psicooncología*, 3(1) P.139-152.
- Morris, D., B. (1993). *La Cultura Del Dolor*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Pelechano V. (2005) *Dolor crónico y personalidad*. *Boletín de Psicología* 84. P. 59-76.
- Sandor, M. (2010). *La Hermana*. 6ta edición. Barcelona: Salamandra.
- Saunders Cicely M. (1980). *La filosofía del cuidado terminal*. En *Cuidados de la Enfermedad Maligna Terminal*. (P. 259-272). Barcelona: Editorial Salvat.
- Tolstoy, L. (2005). *La muerte de Iván Ilich*. La Plata: Terramar.
- Tripodoro V., y D´Urbano E. (2001) *Los Cuidados Paliativos en el Domicilio. La experiencia en la Argentina*. En Natalia Luxardo, *Morir En Casa. El cuidado en el Hogar en el Final de la Vida* (p. 113-118) Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Verspieren, P. (1985) Eutanasia. Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morienti. Milán: Paoline.
- Vidal y Benito, M., C. (2008) Trastornos Psiquiátricos en los Enfermos de Cáncer. Buenos Aires: Polemos.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA.

- Colleau S. (1998). El miedo a la adicción: Obstaculo al alivio del dolor de cancer. Revista Cáncer Pain 11 (3) P. 2-3)
- Cyrulnik, B. (2006) La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Buenos Aires: Granica.
- Die Trill M., (2003) Manual de Psico-oncología. Madrid: ADES
- Gómez Sancho, M. (2007) Historia Clínica del Dolor: Clasificación, Evaluación y Prevalencia. Avances en Cuidados Paliativos. España: ARÁN
- Gonzáles Barón, M., (2004) Astenia, Dolor y Sufrimiento. *Revista Psicooncología*, 1(3-3) P.91-100.
- Kovadloff S., (2008). El enigma del sufrimiento. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Nascimento-Schule Clélia M. (1997). Dimensões da dor no câncer. Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. Brasil: Produção Editorial.
- Nasio J., (1999) El libro del dolor y del amor. México: Gedisa.
- Protocolo Auge. Documento de Trabajo. (2003). Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Recuperado de:
http://www.nutricionistasdechile.cl/documentos/prot/pad_cp.pdf
- Queraltó J., Kovacs F., (2009). Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. Barcelona: Paidós.
- Rinaldi, G. (2001). El dolor en el paciente quirúrgico. Buenos Aires: Paidós.

- Robaina F. J. (2005). ¿Por qué las Unidades de Dolor Deben ser Multidisciplinarias? *Revista Sociedad Española del Dolor*, 12(3)
Recuperado de: <http://www.sedolor.es/>
- Soriano, M., Cantero, R., Olivares, E., Cruzado, J., Delgado, I., Balibera, J. M., ... Balibera, J. L. (2007). Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer colorrectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *Revista Psicooncología* 4 (1) P. 121-132.
- Vilanova, F. Calidad en la Asistencia al Dolor: Un Derecho de los Pacientes.
Recuperado de: <http://www.sedolor.es/>
http://portal.sedolor.es/index.php?option=com_k2&view=item&id=225

PÁGINAS WEB DE CONSULTA:

- Asociación Andaluza del Dolor y asistencia Continuada (SAD) <http://asociacionandaluzadeldolor.sedolor.es>
- European Societies, Associations and Networks <http://www.efic.org>
- International Association for the Study of Pain (IASP) <http://www.iasp-pain.org>
- Sociedad Española del Dolor (SED) <http://www.sedolor.es>
- The American Pain Society <http://www.ampainsoc.org>