

Título: La Vivencia del Dolor en una Paciente con Cáncer de Cuello Uterino. Caso Benita

Autor: Dr. Egzer Prophete

Directora: Dra. María Bosnic

Fecha: Junio 2016, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tema: Dolor oncológico

Introducción

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1994) "El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión". (p. 112).

La presencia de dolor dentro de un proceso oncológico es variable y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como también de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2010).

El dolor en el paciente oncológico es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros, psicólogo, autoridades sanitarias, dado que en alguna medida todos lo sufren si no es tratado correctamente.

Los pacientes con dolor oncológico han de ser evaluados de modo continuo y sus quejas siempre han de tenerse en cuenta, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales. La estrategia terapéutica se basa en los siguientes principios: tratamiento de la posible causa del dolor, prontitud en el tratamiento para evitar el sufrimiento y evaluación de las diferentes posibilidades terapéuticas existentes.

En relación a los objetivos propuestos se establecen los siguientes: como Objetivo General, describir la vivencia del dolor en Benita, y como Objetivos Específicos: detallar la modalidad de tratamiento del dolor indicado en la paciente, reflexionar sobre la importancia del control de síntomas, e identificar síntomas de depresión y ansiedad en la paciente.

Los capítulos que componen el trabajo son los siguientes: El primero corresponde al Marco Teórico, en el que se define el concepto de dolor en oncología; causas y tipos de dolor; y tipos de tratamiento para el dolor en oncología. Luego, en el segundo capítulo, se describen los aspectos metodológicos del estudio de caso. En el tercer capítulo se presenta el Caso Benita, que posteriormente será descrito y analizado. Finalmente se exponen las Conclusiones

Generales en las que se sintetizan los aportes que brinda el trabajo a nivel teórico y práctico; y se culmina el escrito con las Referencias Bibliográficas.

Antecedentes y Planteo teórico

Es posible considerar que el dolor agudo sea un síntoma y que el dolor crónico sea una enfermedad, que como tal deberá ser tratada por un médico especialista; por el contrario, el dolor agudo puede ser tratado en una unidad multidisciplinar.

Según algunos conceptos de Fields y Martin (2006) quienes explican que el dolor es un síntoma por el cual generalmente el paciente consulta: “la función del sistema de percepción del dolor (sistema sensorial) es proteger al cuerpo y conservar la homeostasis. Realiza esa función al detectar, localizar e identificar elementos nocivos para los tejidos”. (p.83).

Por su parte, Sancho y otros (2006) describen el dolor como una sensación desagradable que se concentra en alguna parte del cuerpo; como un proceso penetrante o destructivo de los tejidos (p. ej., lancinante, quemante, constrictivo, desgarrante u opresivo) o como una reacción emocional o corporal (p.ej., terrorífico, nauseabundo, asqueante). Y refieren que: “Todo dolor moderado o intenso conlleva ansiedad y el deseo imperioso de eludir o de suprimir esa sensación. Estas características se corresponden con la dualidad del dolor, que es tanto una sensación como una emoción”. (p.83).

Por consiguiente, es importante despejar los siguientes interrogantes: ¿Qué características presenta el dolor oncológico?, y ¿qué tratamientos existen actualmente para este tipo de síntoma?

Por cierto, muchos pacientes oncológicos con dolor sufren depresión. Su manifestación tiene que ver con el impacto negativo de la enfermedad en distintos aspectos de sus vidas, tal como fue expuesto anteriormente.

“El dolor en pacientes oncológicos es un tipo de dolor crónico, duradero y persistente que no responde fácilmente a los tratamientos médicos habituales”. (Miro, 2003, p.52)

Debido a las preocupaciones de los pacientes oncológicos, al sufrir el dolor que provocan la enfermedad y los tratamientos, pueden mostrar un gran nivel de depresión, además de otros problemas emocionales: problemas de concentración, problemas de sueño, pérdida de apetito, ansiedad, control de los impulsos, etc.

Gran parte de los pacientes que padecen una enfermedad tumoral presentan síntomas depresivos. A estos síntomas se suma el dolor como manifestación que muchos padecen por distintas causas, tal cual fue descripto anteriormente.

La presencia de dolor dentro del proceso oncológico es variable y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como también de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2010).

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (2010) el dolor oncológico se puede clasificar de distintas maneras en función de su intensidad, duración o de sus características.

- a) Según su Intensidad: Leve, moderado, intenso y muy intenso
 - b) Según su Duración:
 - Agudo: dura menos de 3 a 6 meses.
 - Crónico: persiste por más de seis meses
 - c) Según sus Características: nociceptivo (Somático y Visceral) y Neuropático
- Ahora bien, antes de describir opciones y modalidades de tratamiento es oportuno caracterizar brevemente dos conceptos: dolor total y sufrimiento.

El dolor total según Cicely Saunders se refiere al dolor sentido a nivel físico, emocional, espiritual y social, con la manifestación de síntomas en cada uno de éstos niveles:

- *Físico*: daño tisular, compresión nerviosa, síndromes dolorosos.
- *Emocional*: depresión, angustia, enojo, miedo y ansiedad.
- *Social*: pérdida de la posición social, de ingresos económicos y del rol familiar.
- *Espiritual*: sensación de culpabilidad, reproches e intranquilidad espiritual.

El paciente oncológico experimenta dolor en las diferentes áreas de expresión de su persona y esto le provoca sufrimiento. Un sufrimiento con significados e implicaciones internas y externas, tanto individuales como colectivas. Por una parte está la experiencia subjetiva e individual del sufrimiento y, por otra parte, está la experiencia externa y de comunicación de ese estado. En algunos casos de dolor, sobre todo de dolor crónico, ambos aspectos, esto es, la experiencia interna e individual del sufrimiento y las conductas de dolor, expresión de ese estado interno, son inseparables. (Miro, 2003, P. 34)

Ahora bien, ¿qué es el sufrimiento? Según Bonica (1990): “es un estado de malestar asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de la persona”. Los pacientes con dolor corren un riesgo muy cierto de sufrir, simplemente porque su integridad, física, emocional, cognitiva, social, e incluso laboral, está en peligro. (Miró, 2003, p.34)

Los pacientes con cáncer sufren dolores que responden a diferentes causas, coincidiendo con lo expuesto por Mayundo (2012). A veces padecen dolores debido a los tratamientos, que pueden durar varias semanas; también pueden ser consecuencia de aspiraciones de médula ósea; y de metástasis o invasión tumoral que pueden empeorar a lo largo de meses y años.

Todas las técnicas clásicas de manejo para el cáncer pueden producir dolor, ya se trate de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sean con intención curativa o paliativa.

1) Dolor relacionado con el tratamiento

A) Dolor por Cirugía Uno de los ejemplos clásicos de dolor relacionado con las intervenciones quirúrgicas por cáncer son los síntomas que se asocian a la mastectomía.

B) Dolor por Quimioterapia La neuropatía periférica inducida por la quimioterapia es uno de los efectos secundarios más comunes y constituye un factor limitador de la dosis que se puede suministrar al paciente.

C) Dolor por radioterapia: La radioterapia puede producir una amplia gama de lesiones en tejidos superficiales y profundos como quemaduras, úlceras, fistulas, cistitis, esofagitis, enteritis, proctitis, neuropatías, plexopatías y osteoradionecrosis.

2) Dolor por metástasis Óseas: Las metástasis óseas deterioran la calidad de vida, la movilidad, la independencia de los pacientes, y suelen acompañarse de dolor de severa intensidad, que frecuentemente es refractario a los analgésicos.

3) Dolor asociado al cáncer El dolor en pacientes con cáncer puede ser causado por enfermedades asociadas en el 3% al 5% de los casos.

La valoración de dolor es importante para una correcta decisión terapéutica, al igual que una precisa evaluación posibilita ofrecer un tratamiento acertado: a) Evaluación Clínica del Dolor
b) Evaluación Psicológica del Dolor

Además, una mala valoración del dolor implica un mal tratamiento del dolor y vice versa, una evaluación correcta del dolor se asocia con un buen tratamiento del mismo; y es necesario para valorar la eficacia de diferentes tratamientos analgésicos.

La Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales afirman que el alivio del dolor y otros síntomas es un derecho del paciente con cáncer avanzado e incurable. Alivio que debe ser procurado por los cuidadores de la salud a través del conocimiento de diferentes aspectos involucrados en éste tema, y de factores que influyen en él. (Mayundo, 2012, p.27).

Tal como lo explica la Organización Mundial de la Salud (2004) para abordar adecuadamente el dolor oncológico hay que realizar una correcta evaluación clínica y una exploración física completa del paciente.

A continuación se detallan opciones para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico:

a) Tratamiento Farmacológico: Según la Organización Mundial de la Salud (2004) habitualmente se indican los siguientes opioides:

Paracetamol: es una potencia analgésica similar al ácido acetilsalicílico.

Inhibidores de la COX-2: meloxicam, celecoxib, parecoxib, etoricoxib y valdecoxib.

Analgésicos opioides débiles: Tramadol

Analgésicos opioides potentes: Morfina, Fentanilo, Oxycodona

Coadyuvantes analgésicos: Corticoides sistémicos, Antidepresivos y Anticonvulsivantes:

B) Tratamiento No Farmacológico: técnicas de relajación, fisioterapia, masajes, aplicación de frío o calor y acupuntura.

Además, existen otras alternativas que también son muy importantes para aliviar el dolor en pacientes oncológicos: Distracción, visualización, meditación y yoga

c) Tratamiento Psicológico: El dolor suele aumentar la ansiedad y afectar a la persona psicológicamente, por lo cual es necesario dedicar tiempo a mejorar la propia respuesta emocional para así mejorar el control del dolor.

Es importante buscar apoyo psicológico, directamente con un psicólogo, o bien formando parte de asociaciones o foros de pacientes que facilitan el contacto con personas que están atravesando o han pasado por una experiencia similar.

El tratamiento del dolor en cáncer debe dirigirse hacia aquellos aspectos no resueltos por el tratamiento de base, es decir, que no se han solucionado con el uso de opioides. Algunas indicaciones concretas del tratamiento psicológico son los problemas de ansiedad, la irritabilidad, el bajo estado de ánimo, etc., asociados a la dificultad.

El énfasis crucial del tratamiento será la participación del paciente para que pueda aprender técnicas que le ayudarán a controlar el dolor, y por lo tanto a minimizarlo.

El tratamiento psicológico no sólo es compatible con cualquier tratamiento médico sino que, además, aumenta su eficacia. El psicólogo debe también realizar una acción preventiva tendiente a minimizar el impacto emocional y el dolor, tanto antes como después de cualquier intervención médica que se realice.

Respecto a los objetivos del tratamiento del dolor en pacientes oncológicos Bazako Goiburu (2003) describe: aumentar la actividad física hasta un nivel adecuado, de acuerdo con la edad, género y posibles limitaciones que impone la enfermedad; proporcionar analgesia que facilite un aumento de las horas de sueño y reposo, y que permita realizar actividades sin dolor; normalizar el nivel de actividad funcional; modificar las relaciones familiares para que el

paciente no utilice el dolor como medio de control y de interacción social; y finalmente es importante reducir las quejas de dolor. (p. 456).

Como se formuló anteriormente el dolor es una experiencia emocional, por lo cual el objetivo de la intervención psicológica estará encaminado a sus diferentes aspectos: sensorial-perceptiva, cognitivo-evaluativa y motivacional-afectivo, considerando el dolor no sólo como una sensación, sino también como un elemento de intercambio con el medio social.

En este sentido Bazako Goiburu (2003) menciona que en tanto se acepta que los cambios emocionales, cognitivos y sociales que operan en el paciente con dolor afectan éste síntoma, se habrán de articular programas de tratamiento encaminados a modificar aspectos motores, cognitivos y fisiológicos:

Aspecto Motor: Se basa en programas tendientes a regular la conducta del paciente a través de la meditación, la atención o el descanso. El objetivo de la intervención no es reducir la intensidad del dolor per se, sino incrementar la frecuencia de las conductas funcionales y reducir las conductas de dolor.

Aspecto Cognitivo: A través de técnicas cognitivas se trata de modificar aspectos evaluativos y atencionales en la percepción del dolor. El programa terapéutico incluye técnicas para el control del dolor, como el entrenamiento en inoculación de estrés. A través de esta técnica se pretende que el paciente aprenda estrategias para reducir la intensidad y su aversión al dolor. Este procedimiento consta de tres fases: educativa, entrenamiento o adquisición de habilidades y aplicación de las técnicas.

Fase educativa: se le ofrece al paciente un marco conceptual que le permita entender en qué consiste el dolor, cuáles son sus dimensiones, y qué elementos incorpora el programa para conseguir su alivio.

Fase de entrenamiento o adquisición de habilidades: consiste en entrenar al paciente en distintas habilidades y técnicas que pueden serle útiles para afrontar cada uno de los componentes del dolor.

Fase de la aplicación de las técnicas: es la fase donde se administran las técnicas seleccionadas. Entre las técnicas cognitivas utilizadas se encuentra la hipnosis. Para lograr el control del dolor mediante hipnosis se pueden considerar cuatro métodos básicos: la analgesia o anestesia, sustituir la sensación dolorosa, sustituir el lugar del dolor y la disociación.

Aspecto Fisiológico: Cuando el dolor persiste durante un largo periodo de tiempo se desarrollan círculos viciosos que, paradójicamente, conducen a un incremento del dolor y a la reducción de la tolerancia al mismo.

Es conocido que los pacientes oncológicos que padecen dolor crónico han realizado variadas consultas a especialistas en búsqueda de una respuesta, y cuando no la encuentran recurren a otros individuos como sanadores, curanderos, adivinadores, buscando alternativas terapéuticas en su desesperación por librarse del dolor.

Como síntesis de lo expuesto hasta aquí es importante reiterar que en éstos pacientes el dolor no sólo tiene que ver con la enfermedad orgánica, la parte emocional también puede tener influencia, por lo cual el tratamiento del dolor tiene que poner énfasis en cualquiera de las opciones mencionadas. Además hay que tener en cuenta en qué momento se pueden administrar estos tratamientos considerando el estado físico, psicológico y la edad de cada paciente antes de aplicarlos.

Materiales y Métodos

El presente trabajo es un estudio de caso único, siendo la unidad de análisis que se analiza ejemplificadora y paradigmática en cuanto al tema planteado. El alcance del estudio es descriptivo, en tanto se detalla la variable, vivencia del dolor, en dicha unidad. El enfoque metodológico utilizado es cualitativo, lo cual implica que las conclusiones alcanzadas no podrán ser generalizadas a otras poblaciones, es decir, que sólo serán válidas para el caso analizado. Por último, el diseño es no experimental, ya que se observa y se describe la unidad de análisis en su contexto, sin inducir ningún tipo de modificación.

Respecto a las técnicas de recolección de datos se aplica el análisis de contenido a fragmentos de entrevistas (semidirigidas y libres) realizadas a Benita y sus hijos, e integrantes del equipo profesional.

Se aclara que para realizar dicho escrito se llevó a cabo una investigación documental no exhaustiva. Se trabajó con material bibliográfico de fuentes primarias y secundarias. Específicamente se han utilizado libros, apuntes aportados por los docentes de la Carrera, y material obtenido de diferentes páginas de Internet. Información que en su totalidad es en idioma español.

Resultados y Discusión

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia que se puede detectar en etapas tempranas por métodos de diagnósticos no invasivo como el Papanicolaou. Sin embargo, en muchos casos la enfermedad se presenta de forma silenciosa sin evidencia alguna de síntoma.

En relación a éste tema se puede observar en el caso descripto que la paciente y toda su familia se encuentran en estado de shock al recibir la información del diagnóstico. Y mayor es el impacto al conocer que se trata de una etapa muy avanzada de la enfermedad, y de mal pronóstico.

Durante el relato de las entrevistas la paciente responde con pocas palabras a las preguntas de los profesionales, y en muchas ocasiones hace referencia a la muerte. Se puede entender que toda ésta situación la tomó por sorpresa: tiene cáncer, la enfermedad se encuentra en una etapa muy avanzada, y no hay tratamiento curativo.

El objetivo de los profesionales es acompañar a la paciente, tratar que sufra lo menos posible, y mitigar los dolores que le puede generar la enfermedad, como también otros síntomas asociados tales como: el problema de ansiedad, la irritabilidad, el bajo estado de ánimo, el insomnio, etc.

Se advierte en los profesionales la sensación de impotencia frente a ésta situación de no poder ofrecer tratamientos con finalidad curativa, no obstante, desde el principio le ofrecen a la paciente cuidados paliativos para ayudarla a transitar esta etapa tan difícil de la enfermedad, con el menor dolor posible.

En los hijos se observa un importante monto de angustia por no poder encontrar una solución ni lograr la curación de la enfermedad de su madre. Se advierte que los hijos presentan buena disposición ante la situación, escuchan la información sobre el tratamiento de la enfermedad, piden consejos al equipo médico y al psicólogo, están muy presentes en el acompañamiento de su madre, se muestran con disponibilidad para esperar las indicaciones del equipo, y sostienen la esperanza de escuchar una buena noticia respecto de una solución curativa, aunque desafortunadamente nunca obtienen la respuesta esperada.

Al principio no comprenden lo que sucede, ya que su madre gozaba de buena salud, pero en el momento de entrevistarse con los profesionales del equipo de cuidados paliativos, quienes se ocupan del tratamiento de los dolores de Benita brindándole calma y confort, se sienten un poco más aliviados. Comprenden que a pesar del sufrimiento observado en su madre ella está recibiendo los mejores tratos y cuidados posibles.

Benita fallece debido a que la enfermedad cursa una etapa muy avanzada y de mal pronóstico. Más allá de éste final se advierte que los profesionales, con sus limitaciones frente a la enfermedad, logran que Benita pueda partir en paz y sin dolor. Es así que acompañan a la familia durante el proceso y también después del fallecimiento, ya que ofrecen su apoyo para el proceso de duelo que deberá transitar.

Conclusiones / Recomendaciones

El dolor es un síntoma de alta prevalencia en los pacientes con cáncer que deteriora de forma importante su calidad de vida. Con las medidas anunciadas por la OMS, en 2004, que divide en tres escalones ascendentes las distintas opciones terapéuticas, el dolor puede ser controlado en un alto porcentaje de casos.

Siempre hay que buscar cómo controlar el dolor de los pacientes oncológicos, ya que tiende a ser crónico, duradero e insoportable. Hay situaciones en las que no hay que ignorar la necesidad de aumentar la dosis habitual de medicación, si el paciente no responde favorablemente a la dosis indicada, o en ocasiones, ocurre que se debe cambiar el fármaco.

Aquellos pacientes difíciles de controlar con estas medidas se pueden beneficiar de la aplicación de técnicas de neuromodulación, implementadas por expertos en el tratamiento del dolor crónico. También se sabe que existen alternativas como yoga, métodos de relajación y acupuntura, entre otras, que ayudan bastante en los episodios de dolor intenso. El correcto manejo de los distintos fármacos (AINES, opiáceos y coadyuvantes), el conocimiento de sus efectos secundarios, la pérdida del miedo a los opiáceos y el conocimiento de los distintos síndromes álgicos asociados al paciente oncológico, deben ir de la mano de una adecuada valoración del dolor según las distintas escalas, tanto en la fase de instauración del tratamiento, como en el seguimiento del paciente.

Si el dolor es una experiencia emocional y no sólo una sensación, la intervención sobre él debe ser multidisciplinaria. Por tanto de la realización de la evaluación psicológica junto con el diagnóstico médico, debe recogerse información relevante para plantear cualquier programa de tratamiento.

La evaluación psicológica no presupone la necesidad directa de un tratamiento psicológico, pero resulta esencial para enfocar adecuadamente otros tratamientos. Y además, el tratamiento psicológico no sólo es compatible con cualquier tratamiento médico sino que también aumenta su eficacia.

El psicooncólogo debe también realizar una acción preventiva en aquellos casos en que la realización de intervenciones médicas dolorosas sea necesaria, tratando de minimizar el impacto emocional y el dolor, tanto antes como después de que aquellas se realicen.

Con respecto al caso de Benita, desafortunadamente, se detecta en etapa muy avanzada cuando la enfermedad se ha diseminado a otros órganos a distancia. En este sentido los profesionales

solo pueden indicar lo que se llama manejo del dolor, como también de diferentes signos y síntomas, desde el equipo de cuidados paliativos.

Como fue mencionado anteriormente el equipo de cuidados paliativos tiene por misión dar confort y alivio al dolor y a otros signos y síntomas que provoca la enfermedad. Esto se pudo lograr en Benita, proceder que no sólo la ayudó a ella, en los últimos días de su vida, sino también a sus hijos que no toleraban ver a su madre sufriendo.

Debido a que el dolor es un síntoma de alta prevalencia en los pacientes con cáncer, y que deteriora de forma importante su calidad de vida, tal como lo explica la Organización Mundial de la Salud (2004), para tratar adecuadamente el dolor oncológico hay que realizar una correcta evaluación clínica y una exploración física completa del paciente, así como también son necesarias otras exploraciones complementarias que puedan aportar resultados de utilidad clínica.

También se sabe que el dolor es una experiencia emocional y no sólo una sensación, por eso la intervención sobre éste síntoma debe ser multidisciplinario. Esto significa que la evaluación psicológica junto con el diagnóstico médico debe recoger información relevante para plantear cualquier programa de tratamiento.

Por último es importante mencionar que el dolor en los pacientes con cáncer suele aumentar la ansiedad y afectar a la persona psicológicamente. En el caso Benita se observa que en el momento en que el psicooncólogo efectúa su intervención, esto aporta alivio a la paciente. Además se advierte que se minimiza su impacto emocional cuando ella visualiza diferentes aspectos de su vida. Esto no solo ayuda a que Benita se sienta mejor, además ayuda a su familia en tanto ven a su madre con menos molestias, a pesar que conocen que su esperanza de vida es muy corta.

Bibliografía

- Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor (1994). *Términos de dolor*. Recuperado de:
https://jfoyarzo.files.wordpress.com/2010/09/iasp_termonologie_es.pdf
- Bazako Goiburu, E. (2003). Aspectos psicosociales del dolor oncológico. En M., Die Trill, *Psico-Oncología*. (p. 447- 460). España: Ades.
- Die Trill, M. (2003). Los trastornos del estado del ánimo .En *Psico-Oncología* (p. 247). España: Ades.

- Khosravi Shahi, P. del Castillo Rueda, A. y Pérez Manga, G. (2007). Manejo del dolor oncológico. *Anales de Medicina interna* 24 (11), http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007001100010&script=sci_arttext
- Mayundo, T. H. (2012). Cuidados paliativos. Bases filosóficas de la muerte, el dolor, y el sufrimiento En C. I., Agamez, H. Álvarez Torres y M. V., Mera Gamboa (eds.) *Paliación y cáncer*. (p.17-31). Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos.
- Miro, J. (2003). *Dolor crónico*. España: Desclee De Brouwer.
- Meseguer, C (2003). La ansiedad. En M., Die Trill, *Psico-Oncología*. (p. 237). España: Ades.
- Montesinos, M. (2015). *Cáncer del aparato genital femenino*. (Apunte de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Tratamiento del dolor en el paciente oncológico*. Recuperado de: [Scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272004000600007&Script=Sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272004000600007&Script=Sci_arttext)
- Sociedad Española de Oncología Médica (2010) *El dolor en el Paciente oncológico*. Recuperado de: www.Seom.org/F_Oncovida_17_BAJA
- Schavelzon, J. (1988). Dolor. En *Paciente con cáncer*. Argentina: Científica interamericana.
- Sancho, J., López, G., Sancho, A., Ávila, C., Grande, M., Cavallo, L.,..., Pérez- Manga, G. (2006). Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología*, 3 (1), p. 121-138.
- Sandeurs, C. (s.f.). *Revisión Bibliográfica: Dolor Total*. Recuperado de www.dolorypaliativos.org/art137.asp
- Vidal y Benito, M. (2012): Trastornos Psiquiátricos en los enfermos con cáncer. En *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. (p. 55-57) Buenos Aires: Polemos