

INDICE

Índice.....	1
I Antecedentes.....	3
II Marco teórico.....	9
• Tanatología	
• Cuidados Paliativos	
• Paciente Terminal	
• El Duelo	
• Manifestaciones del Duelo	
• Tipos de Duelo	
• Dilemas paliativos	
III Planteamiento del problema.....	16
IV Justificación.....	17
V Objetivos.....	18
• General	
• Específicos	
VI Hipótesis.....	19
VII Variables.....	19
VIII Diseño metodológico.....	20
• Tipo de estudio y diseño general de estudio	
IX Universo de estudio.....	21
X Material y métodos.....	22
XI Resultados.....	23

XII Conclusiones.....	28
XIV Bibliografía.....	29

I. ANTECEDENTES

Culturalmente la palabra Cáncer atemoriza a cualquier individuo que la padece, pero hablar y enfrentarse ante el Cáncer Infantil se convierte en un tema devastador no tan solo para el niño que lo padece y su familia, sino que culturalmente genera una resistencia/negación, ya que dicha enfermedad involucra voluntaria e involuntariamente a la muerte y el hecho que un niño muera antes que una persona adulto y/o de sus padres va contra la naturaleza existencial.¹

Muchos médicos que brindan asistencia a niños y adolescentes con cáncer tributarios de cuidados paliativos fracasan al intentar curar la enfermedad y con ello prolongar la vida y en ese intento poblado de buenas intenciones pero carente de profesionalidad y ética es que se convierten en fuentes de sufrimientos para los pacientes, familiares y hasta para el propio equipo de trabajo al mantener una conducta de obstinamiento terapéutico en la mayoría de los casos; aún cuando comprenden la realidad de una muerte próxima no hacen un manejo adecuado de los factores psicológicos, espirituales y sociales para ayudar a un buen morir.¹

¿Es calidad de vida, en una persona que está al final de su vida o es calidad de muerte hasta el último momento de su existencia?;

En otras palabras son cuidados por la vida al final de la vida y para ello se necesita de un manejo terapéutico adecuado del proceso vivir/morir en estos grupos de

edades, Es una tarea dura y difícil, para la cual necesitamos de preparación y un verdadero trabajo interdisciplinario pero gratificante y de gran aportación a nuestro crecimiento personal, porque ¿existirá una tarea más noble y humana que acompañar a niños y adolescentes en los últimos días de su existencia por la vida?¹

Desde el nacimiento de una persona hasta el momento en que fallece existen situaciones críticas que tienen que confrontarse para poder crecer internamente y seguir viviendo. Cuando la familia se enfrenta al diagnóstico de una enfermedad, oncológica, se dan cuenta que la expectativa de vida para el hijo enfermo y los planes que tenían para el futuro, son inciertos hasta que puedan conocer los resultados de la cirugía o el tratamiento médico que se les indique.

La razón por la cual el pensamiento humano ha hecho durante más de dos mil quinientos años un esfuerzo tan extraordinario para encontrar una definición que dé razón integral de él, es debida a su dolor, su sufrimiento y su muerte; sin la existencia de estos el ser humano no habría tenido necesidad de encontrarle significado, dirección y sentido a su dolor y su muerte. De aquí la importancia de encontrar una definición, lo más integral posible, con la que pasar transversalmente por las necesidades físicas, psicológicas, y espirituales del enfermo terminal, poniendo esperanza cierta en su espíritu y convirtiéndose en integral herramienta para el agente de salud y cuidadores, y sea signo de esperanza también para estos. ¿Qué puede ser un médico o una enfermera para un enfermo terminal, a quien le quedan unos meses de vida, si no una espiritual

misericordia para con un espíritu con divina conciencia filial? Esta actitud real es la más elevada en el orden de la dignidad humana.

Los cuidados paliativos aparecen proporcionando a los pacientes y a sus familiares, mediante una contención general, una mejor calidad de vida en sus últimos días logrando un cambio en la sociedad, en la manera de cómo morir dignamente, o mejor dicho, vivir mejor esos últimos días.²

El cuidado paliativo es la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo, y tratamiento de los síntomas.³

Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.³

El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Es una respuesta adaptativa normal que suele producirse en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de aquella.⁴

No existe una respuesta disponible a la pregunta ¿en qué momento se ha terminado un duelo?, por lo que debe considerarse que es imprescindible haber completado las diferentes etapas hasta llegar al restablecimiento emocional. No obstante, hay estudios en los que se asienta que después de cumplir 12 meses se piensa que el duelo es patológico. Si persiste y la persona no logra superarlo, se debe intervenir para lograr la resolución del mismo.⁴

Las pérdidas y su proceso de elaboración, como parte constante de la vida de todo hombre, se han constituido como un tema de especial interés para el abordaje psicológico desde diferentes perspectivas. Sin embargo la literatura psicológica ha centrado su atención en la naturaleza del objeto perdido, por ello este proceso psicológico se ha definido con relación a la muerte, considerada como el magno exponente en cuanto a pérdidas se refiere. El trabajo realizado supone frente a este hecho, que la intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido sino de la carga libidinal investida sobre el objeto que se pierde. Consecuentemente es posible afirmar, que se inviste todo aquello que sea percibido como propio, independientemente si su naturaleza es tangible o intangible.⁴

Ante este panorama, surge la inquietud sobre las implicaciones que tiene la elaboración del duelo, cuando la pérdida que generó a este último, está situada del lado de lo intangible. Es por ello que el cuestionamiento que aquí nos ocupa, es el cómo se caracteriza el proceso siguiente a la pérdida de algo de orden simbólico, específicamente, de la dignidad. Para realizar la caracterización de la elaboración de este tipo de pérdidas se propone un recorrido y una articulación entre conceptos como duelo, dignidad, ofensa, perdón y venganza.⁵

La muerte parece un ejemplo paradigmático de lo que puede llamarse un “hecho social”. Sabemos que tiene lugar en un contexto social, en función de organizaciones, definiciones profesionales de rol social, interacción y significado social. El significado de la muerte se define socialmente, y la naturaleza de los rituales funerarios, del duelo y el luto refleja la influencia del contexto social donde ocurren. Así, diferentes culturas manejan el problema de distinta manera.

El Cáncer en la niñez tiene una incidencia mundial de 11 x 100,000 personas nacidas vivas en menores de 20 años. La sobrevida en los países desarrollados es alrededor del 80% no así en los países en vía de desarrollo en donde la baja prioridad que se le da al Cáncer Infantil en los programas de salud hace que la mortalidad sea alta debido por lo general a lo tardío del diagnóstico.

Este retraso es debido especialmente a situaciones socio-económicas, y por ignorancia de los padres y del médico que debido al desconocimiento de los tumores infantiles en la gran mayoría de los casos nunca consideran como

posibilidad diagnóstica esta patología. Se realiza una diferencia entre los cánceres del adulto y los infantiles.⁵

II. MARCO TEORICO

TANATOLOGIA

Se define como el estudio de los fenómenos de la muerte y las estrategias psicológicas asociadas que se emplean para afrontarlos.⁵

Es la disciplina orientada al cuidado y/o acompañamiento de cualquier tipo de pérdida, real o simbólica: se involucra en el manejo de Duelo por muerte, separación, divorcio, discapacidades, jubilaciones y todo lo relacionado con la muerte y los procesos del morir, y como objetivo principal, mejorar la comprensión acerca de la muerte humana, con el propósito de servir a los moribundos.⁵

CUIDADOS PALIATIVOS

Definición

La OMS define a los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde al tratamiento curativo.

Objetivo: Controlar el dolor y otros síntomas, así como problemas sociales y espirituales. Y como meta del apoyo paliativo es ofrecer la mayor calidad de vida posible al paciente y a su familia.⁶

CUIDADOS PALIATIVOS

Propósitos fundamentales

Afirmar la vida y considerar el proceso del morir como normal.

Ni acelera, ni pospone la muerte.

Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas.

Integra los aspectos Psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.

Ofrece el apoyo necesario, para ayudar al paciente a vivir lo mas activo posible hasta el momento de su muerte.

Ofrece un sistema de ayuda a la familia para afrontar de la mejor manera la enfermedad del paciente y el duelo.⁶

MANEJO DEL PACIENTE TERMINAL

La enfermedad terminal es aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y pronóstico de vida no mayor a seis meses. Al no existir posibilidades de curación, la paliación es la alternativa más viable en este contexto.⁸

El manejo paliativo de pacientes en fases avanzadas de diferentes enfermedades plantea un reto en la atención médica, habiendo cobrado su mayor impulso a partir

de las últimas décadas, básicamente por los avances clínicos en el manejo de la población oncológica terminal.⁸

En la actualidad se dispone de un cúmulo de conocimientos que permite no sólo el mejor entendimiento de la fisiopatología de los síntomas comunes en esta fase, sino un abordaje terapéutico mucho más exitoso. El dolor pese a ser el síntoma más temido en el cáncer terminal, no es el único problema que puede aquejar al paciente, síntomas tales como la disnea, el delirium, el síndrome anorexia-caquexia-astenia, y diferentes condiciones consideradas como Urgencias Paliativas deben ser conceptualizadas como parte del manejo cotidiano de estos casos; mientras que la alternativa de la sedación terminal deberá ser cuidadosamente valorada en situaciones específicas, considerando todos los posibles matices bioéticos que conlleva.⁸

El objetivo último del manejo sintomático es mejorar las condiciones de vida y la calidad de muerte en este colectivo de enfermos. Por todo esto, es imprescindible que el equipo terapéutico a cargo de pacientes terminales, esté preparado para atender situaciones de descontrol sintomático con herramientas clínicas de probada eficacia, protocolos estandarizados de manejo y criterios uniformes de actuación.⁸

PACIENTE TERMINAL

- 1.- Diagnostico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- 2.- Falta de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Presencia de diversos síntomas, intensos y cambiantes.
- 4.- Pronostico de vida no mayor a 6 meses.
- 5.- Fuerte impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.⁸

Proceso de la Enfermedad

El papel que juega la familia, en especial los progenitores, es fundamental para el desarrollo favorable de cualquier individuo. El ser humano es un animal social, que a diferencia de otros animales no podría subsistir alejado de un adulto. Con el cuidado del bebé se cubren sus necesidades más elementales, esta práctica dura varios años.⁸

A través de la familia se da una integración a la sociedad, por medio de este proceso de integración, el niño aprende reglas, asimila patrones de conducta y se manifiesta de forma particular en su medio ambiente. El contacto con los demás comprende interrelaciones de tipo social y emocional, conforme el individuo crece, sus interrelaciones con los otros se va incrementando. Los resultados de estas interacciones son: la comprensión del lenguaje, las costumbres, la cultura, además que estas relaciones cubren necesidades físicas, crea vínculos emocionales.⁸

El niño se hace más independiente y en la adolescencia crea nuevas expectativas, en la adultez con una independencia más declarada busca pareja, se casa y tiene descendencia. De esta manera es como la humanidad se han desarrollado por generaciones a través de cientos de años. Por ello es importante además de conocer la historia social, la historia personal, esa historia familiar que involucra costumbres y características particulares en cada ente familiar.⁸

La importancia de la familia radica en que es un organismo vivo que se manifiesta por medio de interacciones y como cualquier otro organismo, se transforma, se crea y se establece a través del tiempo, afectando a cada sujeto particularmente en lo que refiere a sus tres esferas sustanciales: la biológica, la social y la psicológica.⁸

EL DUELO

Es la reacción secundaria a la pérdida de la salud o de un ser querido.

Es una reacción natural ante una pérdida (familiar, salud, órgano u objeto), el cual, incluye manifestaciones físicas, psicológicas y sociales y la intensidad y duración son proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida.⁹

MANIFESTACIONES Y/O TARTORNOS DEL DUELO

Físicos: anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución del interés sexual, aumento de la morbilidad y mortalidad.

Psicológicos: Ansiedad, tristeza, dificultad en la atención y concentración, apatía y desinterés.

Sociales: Rechazo a los demás, tendencia al aislamiento e hiperactividad.

ESTADOS EMOCIONALES DEL DUELO

Existen situaciones en las que se presentan cambios desfavorables en el estado de salud. Se deben afrontar situaciones adversas para el ser humano que le generan sentimientos de desesperanza, angustia, depresión, en las que se hace necesaria una intervención oportuna que busque potenciar las fortalezas del paciente y ayudarlo a salir adelante, bajo el acompañamiento constante del personal de salud que le permita aumentar su confianza.¹⁰

TIPOS DE DUELO

Anticipado: Ayuda a tomar conciencia respecto de lo que sucede, libera los estados de ánimo y programa el tiempo, en vista de la inevitable muerte.

Retardado: Se presenta en personas que parecen mantener el control de la situación sin dar signos evidentes de sufrimiento.

Crónico: El doliente es agobiado por constantes recuerdos y es incapaz de reintegrarse a la sociedad.

Patológico: La gravedad de la pérdida supera, rompiendo el equilibrio físico y psíquico del doliente.

Superado.

DILEMAS PALIATIVOS

¿Cuándo dejo de hablar de curación?

¿Cuándo comunico la verdad?

¿Cuándo suspendo el tratamiento curativo y lo refiero a cuidados paliativos?

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio fenomenológico con 13 padres y madres de niños (as) con leucemia tuvo como objetivo conocer los sentimientos, las expectativas y las preocupaciones cotidianas de los padres y las madres. Inicialmente, padres y madres sintieron que el cáncer era una catástrofe que ponía fin a su mundo pero poco a poco han “aprendido” a vivir con una enfermedad “conocida” pero las relaciones entre padres y madres fueron afectadas tanto positiva como negativamente. La experiencia con la enfermedad fue diferente para padres y madres.

¿Cuál es la prevalencia de disfunción emocional del Cuidador Primario en
Pacientes Oncopediátricos?

IV. JUSTIFICACIÓN

El alto impacto psicoemocional que produce la enfermedad oncológica infantil no tan solo en el paciente sino en todo el sistema familiar, nos lleva durante el proceso de la enfermedad a intervenir desde nuestro enfoque (psicológico, tanatológico o paliativista), con el objeto de proporcionar un soporte psíquico lo mas adecuado posible de acuerdo a sus propios recursos internos y no tan solo para sobrellevar la enfermedad sino que ayude a los involucrados a darle un nuevo significado a la vida y a la muerte.

Es por ello, que a través de esta investigación queremos identificar las emociones que mayormente prevalecen en el cuidador primario y en todos los involucrados en dicha enfermedad, y así, poder dar una intervención integral que los ayude a procesar su estado emocional pero desde una perspectiva diferente, no tan solo de la muerte sino también de pérdidas y ganancias en esta lucha continua.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el grado emocional de los cuidadores primarios con pacientes Oncopediátricos, mediante el instrumento de medición “Termómetro de las siete emociones del duelo”.

Objetivos Específicos

Determinar las diferencias existentes en el grado emocional del duelo de acuerdo al género del Cuidador Primario.

Identificar la reacción emocional del proceso de duelo del Cuidador Primario correlacionado con el tipo de Cáncer infantil.

Evaluar el impacto emocional del Cuidador Primario durante el proceso de duelo de acuerdo al tiempo de diagnóstico.

VI. HIPOTESIS

A mayor tiempo de diagnóstico, mayor disfunción emocional del Cuidador Primario.

VII. VARIABLES

Vi.- Tiempo de diagnóstico del cáncer infantil

Vd.- Grado emocional del Cuidador Primario del paciente Oncopediatrico.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal
- Prospectivo

IX. POBLACIÓN DE ESTUDIO, TAMAÑO DE LA MUESTRA Y SELECCIÓN DE PACIENTES

Se realizo el estudio en el Pabellón de Oncopediatria del Hospital General de Tampico “Dr. Carlos Canseco”. El cual consta de 50 pacientes con enfermedad de Cáncer Infantil.

TX.- 24 pacientes (2-17 años)

Vigilancia.- 26 pacientes (2-19 años)

MUESTRA

El total de la muestra fueron de 13 Cuidadores Primarios con Pacientes Oncopediatricos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes en Tratamiento y Vigilancia que reporta el médico tratante alteración emocional observable durante el proceso de la Enfermedad/tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluye a todo paciente oncológico que no asistió a la junta

X. MATERIAL Y MÉTODOS

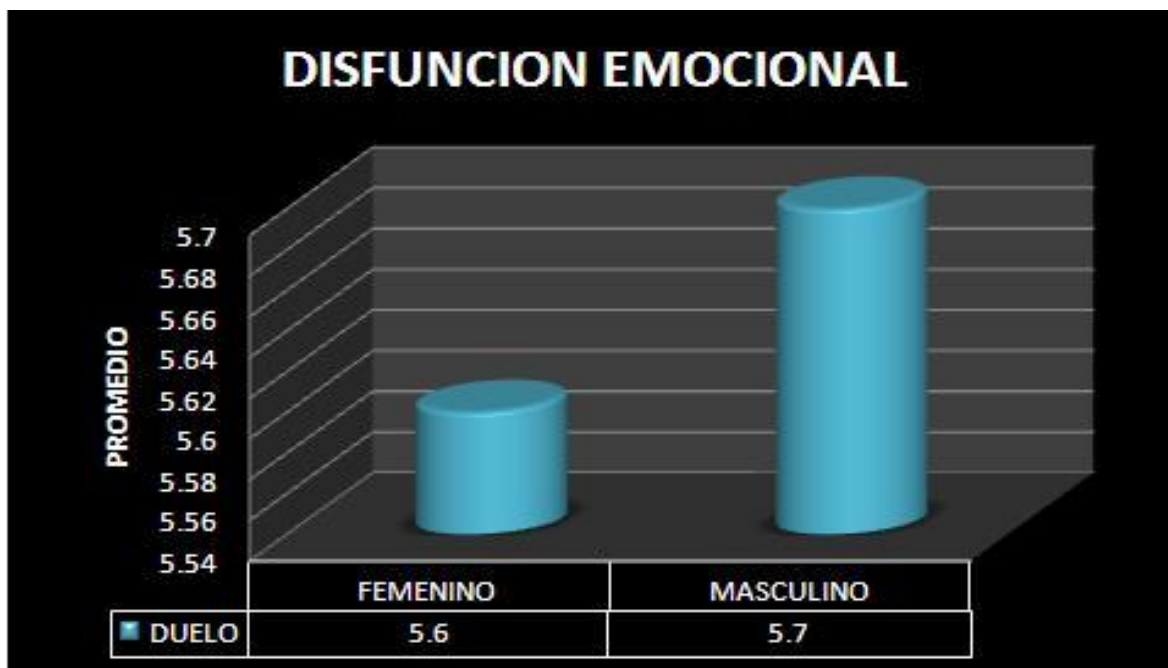
Se convoco a una junta con padres de pacientes oncológicos para la aplicación de la prueba de medición de las siete emociones del Duelo.

Así mismo, durante la aplicación de la prueba se recopilaron datos relevantes para la investigación como:

- Diagnostico
- Edad del Paciente
- Tipo de Cáncer
- Tiempo de Diagnostico
- E Identificar al Cuidador Primario

XI. GRÁFICAS DE RESULTADOS

A continuación se presenta la graficación de los resultados obtenidos de la prueba de medición del “Termómetro de las siete emociones del Duelo” con la cual se llegaron a las conclusiones posteriores.

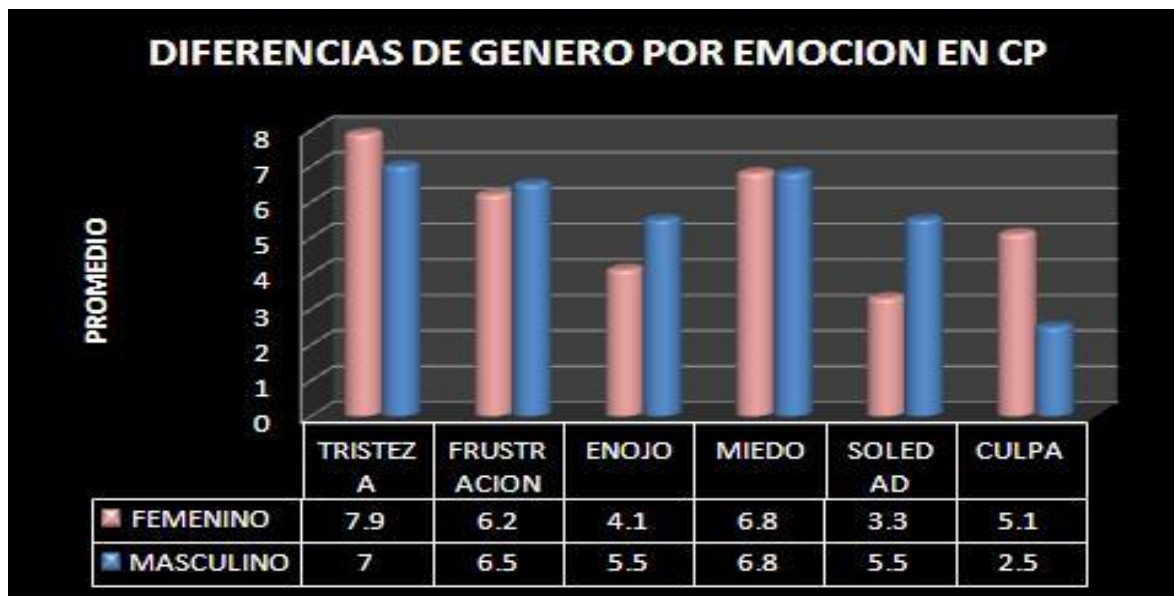


GRÁFICA 1.- Prevalencia de Disfunción Emocional del cuidador primario en pacientes Oncopediátricos.

Se observa una mínima diferencia de la prevalencia de disfunción emocional entre hombres y mujeres que son cuidadores primarios de pacientes Oncológicos Pediátricos.

En donde se obtiene como resultado que los hombres presentan una disfunción emocional mayor con un 5.7 de promedio.

Y las mujeres una disfunción emocional menor con un 5.6 de promedio

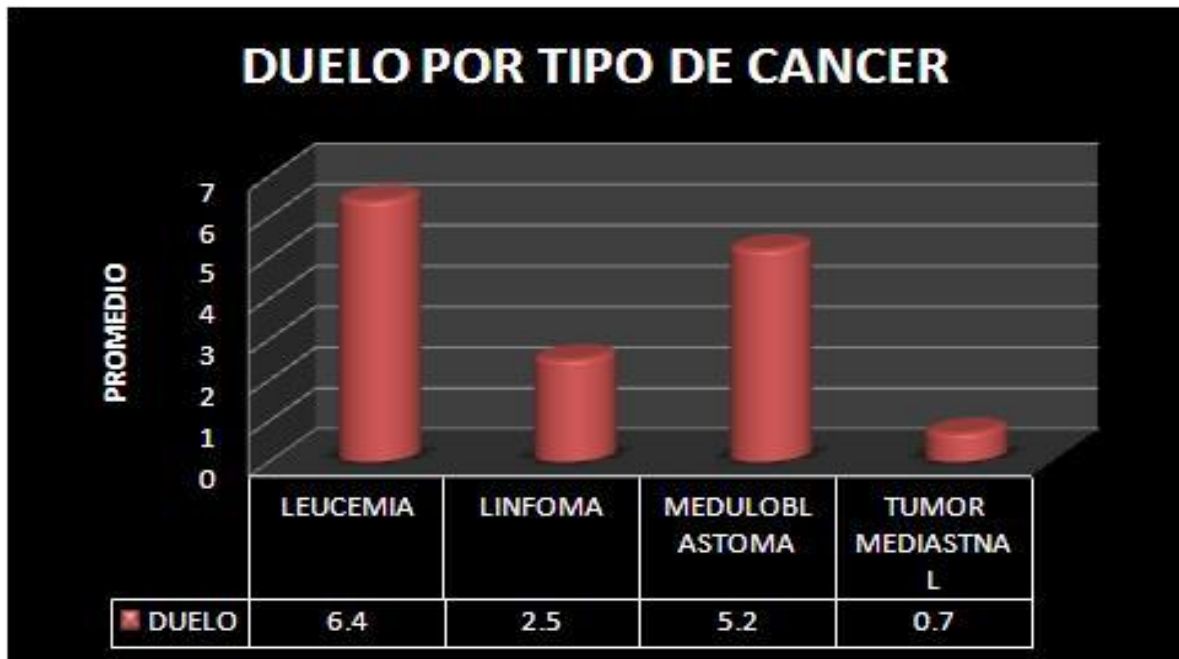


GRAFICA 2.- Diferencias de género por tipo de emoción en cuidadores primarios de pacientes Oncopediátricos.

Se observa el promedio de cada una de las emociones presentadas por los cuidadores primarios de pacientes Oncológicos Pediátricos, así mismo se demuestra las diferencias de género por cada tipo de emoción.

En las mujeres se observó que en la tristeza presentan mayor disfunción emocional, obteniendo un 7.9 de promedio. Y en la soledad presentan menor disfunción emocional con un 3.3 de promedio.

En cuanto a los hombres se encontró que en la tristeza presentaron mayor disfunción emocional con un 7 de promedio, y en la culpa reflejaron menor disfunción emocional con un promedio de 2.5.

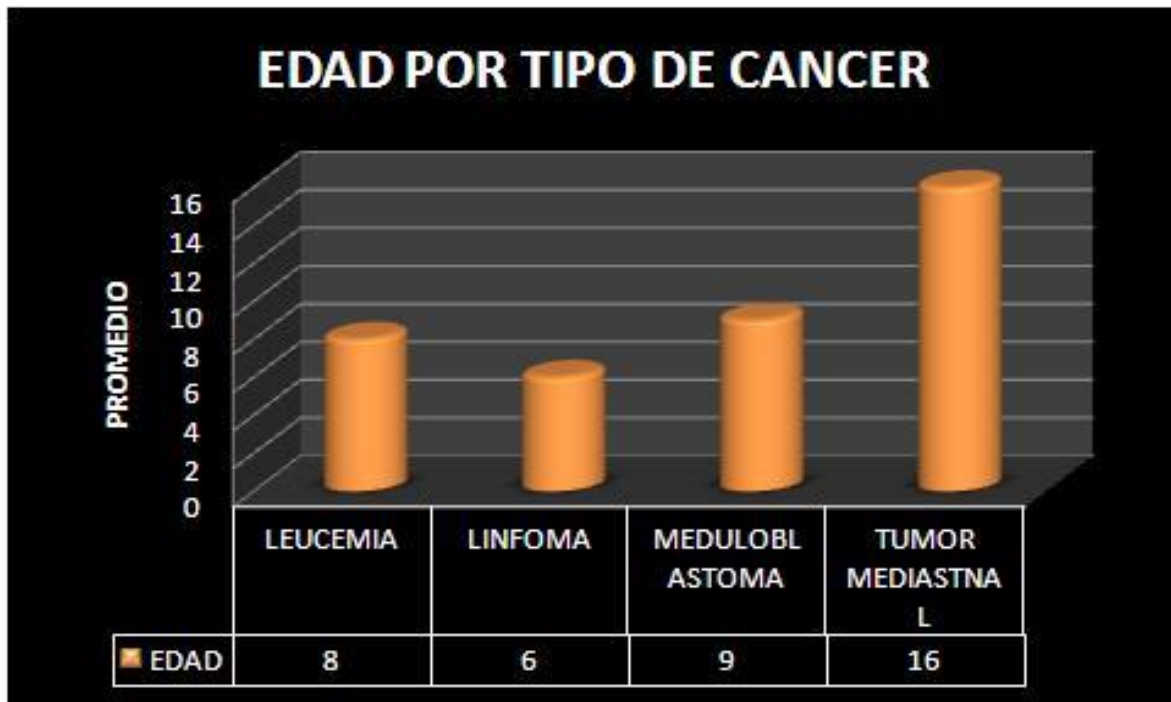


GRAFICA 3.- Proceso de duelo por tipo de Cáncer en cuidadores primarios de Pacientes Oncopediátricos.

Se encuentra que la Leucemia es la que tiene el mayor promedio con un 6.4 y el tumor mediastinal menor promedio con 0.7, por tipo de Cáncer. En cuanto al proceso de duelo que presentan los cuidadores primarios de pacientes Oncológicos Pediátricos.

Se encuentra que el cuidador primario con Cáncer de Leucemia, con mas alto promedio es de 10, y este presenta la máxima de disfunción emocional.

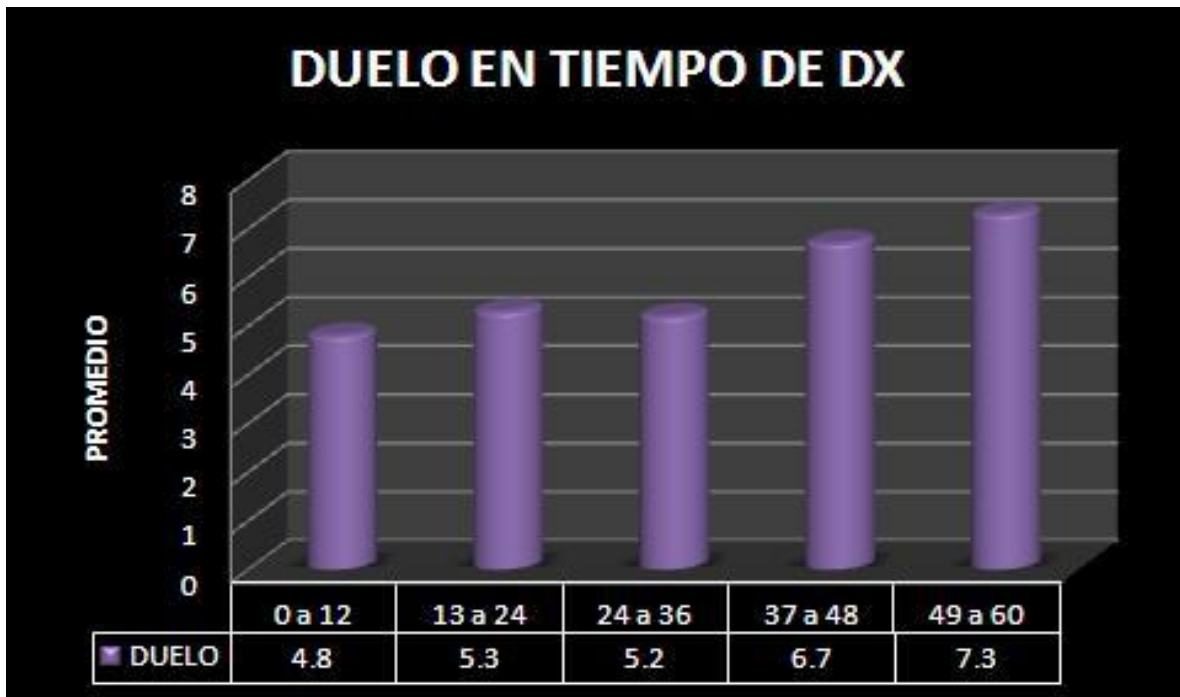
Y el cuidador primario con menor disfunción emocional por este tipo de Cáncer es de 3.8 de promedio.



GRAFICA 4.- Edad de pacientes Oncopediátricos por tipo de Cáncer.

Se observa que el mayor promedio de edad de pacientes Oncológicos Pediátricos por tipo de Cáncer se encuentra en Tumor Mediastnal con una edad promedio de 16 años.

Y la edad promedio menor es de 6 años en el Cáncer de Linfoma.



GRAFICA 5.- Proceso de Duelo en tiempo de diagnostico en cuidadores primarios de pacientes Oncopediátricos.

Se demuestra el proceso de duelo de los cuidadores primarios en base al tiempo de diagnostico que los pacientes Oncológicos Pediátricos presentan.

Se observo que a mayor tiempo de diagnostico en meses, es mayor la disfunción emocional que presentan los cuidadores primarios.

Obteniendo el mayor promedio de 7.3 en el grupo de 49 a 60 en tiempo de diagnostico con un solo paciente.

Y el menor promedio fue de 4.8 en el grupo de 0 a 12 en tiempo de diagnostico con cuatro pacientes en un rango de 0.7 a 6.8.

XII. CONCLUSIONES

- 1.- La prevalencia de disfunción emocional se observó la más alta en hombres
- 2.- El mayor grado de emoción se observó en la tristeza en donde prevalecen las mujeres, y el menor grado de emoción se encontró en los hombres en la culpa.
- 3.- La Leucemia es la que presenta mayor proceso de duelo y el Tumor Mediastinal presenta el menor.
- 4.- El Tumor Mediastinal presentó la edad promedio mayor en cuanto a pacientes oncológicos y el Linfoma obtuvo la edad promedio menor.
- 5.- Se observó que a mayor tiempo de diagnóstico es mayor la disfunción emocional.

XIII. BIBLIOGRAFIAS

XIV.

1. Castañeda- Carlos, Dalailama y Hopkins-J, Kapleau-P. y Col.- "El conocimiento silencioso" - FCE. – 1998- "Acerca de la muerte" Edit. Océano – 2003-"El zen de la vida y la muerte" - Ediciones Oniro – 1998.
2. De Simone, Gustavo G., García, Diego, Sancho Gómez, Marcos "El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos", Ética de los confines de la vida. Colombia. ed. El Búho.1998, "Avances en Cuidados Paliativos". T III. Ed. Gafos. 2003.
3. Wenk-R, Gonzales-Barón-M. Los Cuidados Paliativos en la República Argentina: La necesidad de Centros de Asistencia y entrenamiento. Comunicación en Cuidados Paliativos. Monografía del programa argentino de Medicina Paliativa. Femeba. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer. Interamericana. 540 pp. 1993, 1994.
4. Revista Esp. Med. Quir. - Rev. Psicol. GEPU. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Elaboración de duelo en la pérdida simbólica: El caso de la dignidad. 2008; 13(1): 28-31-2010; 1(2): 129-173.

5. Robin E. Miller, MD.- Rev. Oncología. Cáncer Infantil. Cáncer en la niñez: Una reseña para pediatras generales y médicos familiares que practican en países en desarrollo. 1998; 8(3): 273-277. Septiembre 2010.
6. Aries-Phillipe- Behar, Daniel. Commelin, P El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus. Un buen morir. México: Editorial Pax, 2004 Nueva mitología griega y romana. México: Ed. Divulgación, 1955. Ed. 1984
7. Silva RCF-Hortale-Va. Pimenta-Cam. Cruz-DALM. Cuidados Paliativos Oncológicos. Cuidados Paliativos durante el proceso de morir. Cad. Saude Pública. Sao Paulo. 2006, 2008.
8. Bernard SA, Bruera E. Drug interactions in palliative care. J Clin Oncol 2000; 18: 1780–1799 Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994• Foley KM. Controlling cancer pain. Hosp Pract 2000;35:101–108.
9. Abels-Gilberto, Binger-Charles-M. y Malinak-D., Castañeda-A. M. El Duelo. (Online) disponible en www.seminarioabierto.com/consejería16.htm. (citado el 6 de Abril del 2007) pag.1, 2. “Muerte y Duelo” en Goldman, Harold. Psiquiatría General. Editorial el Manual Moderno, México.
10. Valero-S. Castañeda-Ana María. El Duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. El Manejo Psicologico del

duelo en situaciones de emergencias y desastres. Citado en el 2003, Guía para el psicólogo emergencista. Lima, Perú.

11. Gustavo G., García, Diego, Sancho Gómez, Marcos “El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos”, Ética de los confines de la vida. Colombia. ed. El Búho. 1998, “Avances en Cuidados Paliativos”. T III. Ed. Gafos. 2003.
12. Pimenta-Cam. Cruz-DALM. Cuidados Paliativos Oncológicos. Cuidados Paliativos durante el proceso de morir. Cad. Saude Pública. Sao Paulo. 2006, 2008.
13. Hopkins-J, Kapleau-P. y Col.- "El conocimiento silencioso" - FCE. – 1998- "Acerca de la muerte" Edit. Océano – 2003- "El zen de la vida y la muerte" - Ediciones Oniro – 1998.
14. Binger-Charles-M. y Malinak-D., Castañeda-A. M. El Duelo. (Online) disponible en www.seminarioabierto.com/consejería16.htm. (citado el 6 de Abril del 2007) pag.1, 2. “Muerte y Duelo” en Goldman, Harold. Psiquiatría General. Editorial el Manual Moderno, México
15. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, et al. A prospective multicenter assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. J Pain Symptom Manage. 1995;10:348–355.