

# EL PACIENTE CON ENFERMEDAD MALIGNA Y SU FAMILIA: UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA

*Amalia Aponte Salazar\**

*María Eugenia Molina Restrepo\**

## Resumen

*El presente artículo expone el trabajo educativo domiciliario realizado con los pacientes afectados de enfermedad maligna -en fases curativa, paliativa y terminal- y con sus familias. Se describe el proceso realizado a partir del momento del diagnóstico, las acciones educativas desarrolladas, el papel del facilitador y el acompañamiento.*

*La interacción entre los investigadores, los enfermos y sus familias permitió entender que las prioridades en cada caso particular son individuales y la atención a las demandas físicas y emocionales es impostergable.*

*El facilitador, en la atención a los pacientes con enfermedad en fase terminal y sus familias, trascendió los objetivos de curación para cumplir objetivos de soporte, y en este sentido hizo el acompañamiento hasta el final.*

En esta investigación también participó la enfermera Sivia Zuluaga Gil. Enfermera Instituto del Seguro Social -ISS- Medellín.

*Palabras claves*

**Cuidado terminal**  
**Paciente terminal**

---

\* Profesoras Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.

## **Introducción**

La incursión en el estudio de la enfermedad maligna, de la muerte y del impacto que tienen éstas en el enfermo y su familia ha despertado mayor interés en los últimos años.

Gracias al apoyo financiero y logístico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl y a la participación de la Secretaría de Servicios Administrativos del Departamento de Antioquia y la aprobación del Comité de Investigaciones del Servicio Seccional de Antioquia fue posible el desarrollo de esta investigación.

En este estudio se hizo una aproximación al tabú con relación al tema enfermedad maligna-muerte y a las situaciones de crisis experimentadas por las personas que ven acortado su proceso vital a causa de la enfermedad; además, se identificaron los esfuerzos que la familia y otras instituciones hacen para dar una dimensión más humana al acercamiento y manejo de esta problemática. También, se observó la vivencia del enfermo y su familia desde el diagnóstico hasta la superación de las etapas del proceso de fallecimiento.

Indudablemente, existe relación entre el proceso de morir y la forma como se ha vivido, así mismo con los sistemas de creencias y costumbres y en general con el contexto sociocultural al cual se pertenece.

En este informe de la investigación se describe el trabajo educativo sistemático y continuo realizado con la participación del enfermo, su familia y los facilitadores, el cual se efectuó en sesiones educativas con el apoyo de una serie de lecturas elaboradas para tal fin.

## **Justificación**

En el desarrollo vital del ser humano la enfermedad, el proceso de morir y la muerte generan temor, angustia y sufrimiento, tanto al individuo como

a su familia y amigos; esta situación limita el compartir activamente con el enfermo, en todo el discurrir de su enfermedad y muerte.

En Colombia la muerte de pacientes con neoplasias ocurre en un alto porcentaje en el hogar sin el soporte y la ayuda necesaria, tanto para el enfermo como para la familia, principalmente porque el hospital rechaza al paciente en fase terminal y lo prefiere en fase curativa y paliativa.

El aumento de las enfermedades degenerativas como causa de muerte y la falta de tratamientos curativos hacen que tarde o temprano la familia y el paciente deban enfrentar el proceso de morir y la muerte. El cáncer constituye actualmente la segunda causa de mortalidad en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares. En Medellín, de todas las muertes ocurridas en 1987, el 35% fue ocasionado por enfermedades malignas. Es un hecho por todos conocido, la angustia y el miedo que representan estas dolencias para la mayoría de los humanos, siendo gran parte de esta connotación la derivada del temor al duro sufrimiento que suele rodear a muchos de estos pacientes y su familia durante periodos de vida más o menos prolongados.

A lo largo del ejercicio profesional ha sido posible entender paulatinamente la necesidad de orientación tanto para la familia como para la persona enferma con el fin de lograr una preparación en este campo.

En Colombia la escasez de programas orientados a la preparación del enfermo, su familia y allegados para enfrentar esta situación de una manera más adecuada, exige que los profesionales de diferentes áreas se preparen y trabajen conjuntamente con los individuos y grupos en el desarrollo de acciones educativas que faciliten la comprensión y abordaje de la última parte de la enfermedad y finalmente la muerte.

El presente trabajo pretende demostrar los cambios logrados por la familia y demás relacionados de un paciente con enfermedad en fase terminal, como resultado del desarrollo de un conjunto de acciones educativas, referidas al proceso de morir y la muerte. Lo anterior adquiere importancia por cuanto se traduce en un mayor bienestar físico y emocional, en esta última etapa de su vida.

# Objetivos

## Objetivo general

Desarrollar acciones educativas dirigidas al enfermo y a su familia con el fin de orientar la atención y acompañamiento en el proceso de enfermedad y muerte.

## Objetivos específicos

- Identificar las necesidades de información y orientación del enfermo y la familia con relación a la fase terminal.
- Describir las características socioeconómicas del grupo de familias en estudio.
- Analizar la percepción del estado de fase terminal por parte de la familia.
- Analizar la percepción del estado de fase terminal por parte del paciente.
- Identificar los cambios en el patrón de interacción de la familia con el paciente en fase terminal.
- Evaluar las acciones realizadas por la familia para la atención de las necesidades físicas y emocionales del paciente en fase terminal.

## Metodología

### Descripción

En la presente investigación se utilizaron preferentemente informaciones de tipo cualitativo cuyo análisis se dirigió a proporcionar descripciones y explicaciones sobre el paciente con enfermedad maligna en fase terminal, paliativa o curativa y su familia; en algunos aspectos se recurrió a las técnicas cuantitativas.

### Población

La población estaba conformada por las personas que recibían asistencia médica por medio de la Secretaría de Servicios Administrativos del Departamento de Antioquia y cumplían con los siguientes requisitos: 1) tener un diagnóstico de cáncer cuya evolución estuviera en fases paliativa, curativa o terminal; 2) conocer, por parte del enfermo, la verdad acerca de su

situación; 3) vivir en Medellín y su área metropolitana; y 4) no haber participado en sesiones educativas de orientación y apoyo similares a las ofrecidas en este estudio.

## **Recolección de la información**

Para la recolección de la información se revisaron tres fuentes: 1) los diarios de consulta -sis-1- del primero de agosto de 1990 al 28 de febrero de 1991 -se realizó selección manual de las historias clínicas-; 2) los listados de los pacientes remitidos al servicio de radioterapia de la Fundación Universitaria San Vicente de Paúl y 3) las historias de otros enfermos remitidos y hospitalizados en el periodo antes señalado.

## **Instrumentos**

Encuesta. Dirigida al enfermo y a la familia con el fin de recoger la información relacionada con las condiciones socioeconómicas, la conformación familiar, la evolución y tratamiento de la enfermedad.

Visita domiciliaria. Se realizaron en total cuarenta visitas domiciliarias a doce de los pacientes seleccionados, ya que éstos no podían desplazarse al consultorio determinado para las entrevistas en la Secretaría de Servicios Administrativos o a la Facultad de Enfermería para las sesiones educativas.

## **El facilitador**

Se designó con este nombre a las investigadoras quienes se responsabilizaron personalmente de orientar y propiciar cambios de conceptos, actitudes y comportamientos en los enfermos y sus familias, facilitando el recorrido de un camino que la vida los obligó a caminar; todo esto en un trabajo continuo y sistematizado. De esta manera, las investigadoras se constituyeron en facilitadores.

Este papel de facilitador no tiene que ser desempeñado necesariamente por un profesional de enfermería, basta con que el facilitador sea un profesional sensible, preparado en el tema y consciente de su responsabilidad al tomar la decisión de acompañar y que tenga una actitud positiva hacia el trabajo con la gente.

Para comprender la situación que va a afrontar, el facilitador debe entender las limitaciones percibidas por las personas enfrentadas a una enfermedad maligna y su familia; posiblemente relacionados con algunas etapas de su enfermedad, antes de llegar a la fase de aceptación.

En muchos casos el enfermo no comparte la verdad con su familia, suele entonces sentirse aislado o separado de las personas que ocupan su mismo espacio físico, que hacen parte de su vida cotidiana y podrían ayudarle. Siente que debe enfrentarse solo a problemas antes no conocidos, y sin duda, amenazantes.

En este proceso el facilitador adquiere compromisos que debe asumir, entre ellos la capacidad para abordar el tema, acompañar al enfermo en el proceso de deterioro y en los trastornos de salud causados por los efectos secundarios de los tratamientos. En igual medida debe detectar las necesidades emocionales y permitir la expresión de sentimientos en el grupo enfermo-familia y estar dispuesto a reflexionar sobre la muerte.

De la misma manera reforzar conductas positivas mediante la identificación y análisis de los problemas, buscando soluciones enmarcadas en el respeto del contexto sociocultural de cada individuo y su grupo familiar. Este respeto incluye la consideración de las creencias y costumbres de la gente con relación a la enfermedad y a la muerte, sus ideas, sentimientos y experiencias. Es necesario respetar la creencia del más allá que tenga en enfermo, así dicha concepción no corresponda a la del facilitador.

El facilitador no debe aferrarse al aspecto religioso para hacer su intervención de ayuda, puede trabajar en torno a él sólo si al enfermo le reporta beneficios, tampoco se permitirá el juicio y la censura.

Al iniciar el trabajo con el enfermo y la familia el facilitador centra su interés en percibir la experiencia del enfermo y su grupo, prestando gran atención a la comunicación verbal y no verbal. A manera de ejemplo, son importantes las expresiones faciales, los cambios en el tono de la voz y los cambios posturales.

Es conveniente que sea cuidadoso al interpretar conductas o sentimientos del enfermo, especialmente en la fase inicial.

En su trabajo, el facilitador respeta la autodeterminación del enfermo, no está invitado a ser el poseedor de la verdad ni a ejercer el poder; sí, es un guía que escucha y analiza la situación con el enfermo y su familia, con el fin de generar conjuntamente cambios en la práctica.

Debe abstenerse de proporcionar elementos que el enfermo o su familia pueden elaborar, encontrar o resolver por sí mismos.

Durante todo este proceso de acompañamiento, el facilitador aprende de las experiencias del enfermo y de sus propias limitaciones y sentimientos. Es difícil evitar el compromiso emocional en el dolor del otro y éste puede presentarse al estar cerca de situaciones como las de los hijos que pierden a sus padres y viceversa, la enfermedad maligna del cónyuge, las situaciones de las personas jóvenes con vivencias de estos diagnósticos. En alguna medida estas situaciones generan en el facilitador el temor a enfrentar sus propios sentimientos de pérdida. Así mismo llega a sentir temor frente a la posibilidad de rechazo por parte del enfermo o de alguno de los integrantes del grupo familiar; además teme al fracaso y a la incompetencia, ya que cada caso es único y debe tomar decisiones en un momento dado y sobre una situación concreta y específica.

Los protocolos de manejo, no son susceptibles de ser aplicados. En última instancia, la vivencia, el respeto, la habilidad para escuchar, el conocimiento profundo del tema, la disponibilidad y el compromiso son los elementos que determinan la asesoría y la ayuda prestados al enfermo y su familia.

## **Sesiones educativas**

Se prepararon lecturas, una para cada sesión, cuyos contenidos están relacionados con el tema de la investigación. La duración de cada sesión fue de dos horas aproximadamente. Cada uno de los asistentes recibió copia de las lecturas, a las personas que no pudieron asistir se les enviaron por correo. Se logró validar cada una de las lecturas con las sugerencias y comentarios de los pacientes y familiares.

Las lecturas preparadas y trabajadas son las siguientes:

1. La verdad
2. El pensamiento de los niños sobre la muerte
3. El dolor es un síntoma que casi siempre acompaña al enfermo que padece enfermedad maligna

4. Vivencias a partir del diagnóstico de una enfermedad maligna
5. La esperanza
6. La familia del enfermo
7. Molestias del enfermo con una enfermedad maligna y sus cuidados
8. La alimentación del enfermo
9. El duelo
10. La relajación física y mental
11. El contacto físico

Estos documentos están hoy recopilados en la cartilla **Lecciones de Vida** editada en dos oportunidades por la Universidad de Antioquia. La cartilla se convierte en herramienta de ayuda para los pacientes con enfermedad maligna y su familia, en la formación de estudiantes y en el trabajo de los distintos profesionales que desde diversos ángulos asisten a los pacientes con enfermedad maligna y su familia.

## Resultados

Tabla 1

**Distribuciones porcentuales de las variables analizadas que se presentaron mayor frecuencia en los veintitrés usuarios. Secretaría de Servicios Administrativos. Departamento de Antioquia. Medellín 1991**

VARIABLE	CATEGORIA	PORCENTAJE %
Grupos de edad	50-59 años	65,2
Sexo	60 años o mas femenino	56,5
Estado civil	Casado Vuido	74,9
Escolaridad	Secundaria completa Ed. superior completa Ed. superior incompleta Tecnología	65
Dependencia a la que pertenece.	Educación Jubilado	52,2 13,0



VARIABLE	CATEGORIA	PORCENTAJE %
Proveedor económico principal	El paciente	82,6
Papel en la familia	Padre, madre, cónyuge	78,2
Tenencia de la vivienda	Alquilada En amortización En comodato	43,4
Tipología de la familia	Nuclear	65,2
Ejercicio autoridad	Democrática	60,9
Etapas del ciclo vital familiar	Salida de los hijos	47,82
Diagnóstico	Gastrointestinal	26,08
	Hemolinfático	26,08
	Miscelanea	21,73
	Mama	13,04
	Cérvix	13,04
Tipo de atención	Mixta	95,6
Tipo de tratamiento	Múltiple	69,6

Los resultados en cuanto a la edad se encuentran dentro de lo esperado, según las estimaciones de prevalencia realizadas en otros estudios para el área metropolitana de Medellín. En esta investigación es mayor el porcentaje de mujeres con cáncer, este dato también es similar a los resultados obtenidos en el Departamento de Antioquia, el área metropolitana y el Municipio de Medellín.

La conformación de estas familias se hizo a partir del matrimonio católico en el 74% de los casos y no aparece ninguno de separación conyugal. Puede deducirse que estas parejas posiblemente iniciaron su organización familiar en la década de los 60; al respecto Virginia Gutiérrez I encontró que el matrimonio era un indicador de status, donde el grupo antioqueño ocupaba la mayor inclusión de esta forma matrimonial, y se convirtió en patrón de prestigio no solamente del individuo sino del núcleo familiar; reforzado por la influencia religiosa condicionante de la moral familiar y se

puede entender entonces la alta proporción de personas casadas y viudas en este grupo.

Con respecto al grado de escolaridad se concluye que este es alto, pues en promedio han dedicado once años a la educación formal, ninguna persona era analfabeta y un porcentaje alto, 65%, obtuvieron título de bachiller.

Llama la atención que un número alto de personas de este grupo son proveedores económicos principales y el 78,2% de ellos cabeza de familia -padres, cónyuges- y responden por su familia y otros miembros -en promedio cuatro-, los cuales son mayores de edad.

El 13% de este grupo son jubilados y el sustento familiar reside en la pensión de jubilación esencialmente. Estas situaciones pueden convertirse en otra de las preocupaciones para el paciente y su familia, además del diagnóstico de enfermedad maligna ya establecido.

Se destaca y es preocupante que el 43,3% no posean vivienda propia a pesar de haber estado vinculados durante muchos años a una institución oficial. Cabe preguntarse si son efectivos los sistemas utilizados por el Estado para proveer de vivienda a sus trabajadores que en general son personas de escasos recursos.

Aunque los hallazgos de este trabajo no son cuantitativamente significativos; estos pacientes están incluidos en el gran grupo de familias colombianas que carecen de vivienda y sin posibilidades de conseguirla en las condiciones actuales.

En cuanto al tipo de familia, el 65% corresponde a familias nucleares, es decir, conformadas por los padres y sus hijos. El 35% corresponde a familias extensas, las cuales, además de los hijos, han incorporado otros parientes o relacionados y constituyen una organización familiar común.

Predomina en el 60,9% de estas familias la autoridad democrática, lo que puede significar que han estado receptivas a los cambios sociales de los últimos tiempos que orientan la construcción de una autoridad democrática en los hogares. También puede contribuir a la conformación de este tipo

de autoridad en las familias, la participación de las mujeres en el trabajo remunerado y el nivel de escolaridad de las parejas.

La etapa del ciclo vital -salida de los hijos- agrupa un número mayor de familias, 47,82%, y puede explicarse teniendo en cuenta la edad actual de los padres y el tiempo de unión que lleva la pareja conyugal.

Con respecto al diagnóstico de las personas del estudio se obtuvieron los siguientes resultados: seis personas con cáncer gastrointestinal, igual número con cáncer hemolinfático y cinco en los clasificados como miscelánea. Con cáncer de cérvix y de mama, se encontraron tres pacientes.

En el grupo considerado miscelánea se incluyeron los diagnósticos de metástasis ósea, seminoma, sarcoma sinovial fusocelular en rodilla y carcinomas hepáticos y del plexo braquial.

Se aclara que el número de personas de este estudio no es significativo para comparar los hallazgos con los diagnósticos referidos para el Departamento de Antioquia y el área metropolitana de Medellín.

Conviene resaltar el alto porcentaje, 95,6%, del tipo de atención mixta -hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria- recibida por los pacientes. Esto depende de las exigencias de la enfermedad y la etapa en la cual se encuentran.

El tipo de tratamiento múltiple -farmacológico y no farmacológico- corresponde al 69,9% este hallazgo está de acuerdo con el abordaje actual de las enfermedades neoplásicas en cuyo tratamiento se conjugan diferentes medicamentos, técnicas y procedimientos.

## **Descripción de casos**

Se presenta la descripción de algunos casos que los investigadores consideran representativos en el presente trabajo.

Los nombres utilizados son supuestos, con el fin de garantizar la privacidad de las familias y los enfermos comprometidos en el estudio; a manera de ejemplo se transcribe uno de ellos:

Luis Gonzalo Tuberquia, cincuenta y cuatro años de edad, casado, padre de tres hijos mayores de 23 años, trabajó como celador en una universidad de

la ciudad, pensionado. El ciclo vital de la familia corresponde a la salida de los hijos. Con un diagnóstico de cáncer de colon metastásico de diez años de evolución. Recibió tratamiento con quimioterapia y con droga para aliviar el dolor y otros malestares como el insomnio.

En la primera visita del facilitador a su casa, Luis Gonzalo expresó la necesidad de ver a un hijo pequeño de una relación extramatrimonial; aunque sabía que esto mortificaba mucho a su esposa y quizás no le permitiría verlo en casa.

Esto se resolvió con la ayuda de una cuñada y durante la segunda visita contó muy animado el encuentro con su hijo, además expresó el deseo de ver a una profesora del grupo investigador, a la cual conoció desde antes y le tenía gran aprecio.

La visita de la docente fue planeada para el miércoles siguiente, el lunes de esa semana llamaron para avisar de su fallecimiento. Éste y otros casos enseñan que para los pacientes con enfermedad en fase terminal, el mañana puede no existir y los deseos del enfermo deben ser atendidos a la mayor brevedad posible.

### **Aspectos relevantes**

Los relatos permiten observar algunos aspectos señalados por la teoría con relación a las vivencias de la persona con enfermedad maligna, el morir y la muerte. Se destacan los siguientes:

1. La influencia de la familia de origen en la formación de las actitudes hacia la vida y la muerte.
2. La importancia de los sistemas de apoyo ofrecidos por la familia, los amigos y otros grupos en situaciones de crisis.
3. La necesidad expresada o identificada en estas personas de concluir asuntos pendientes -entrevistarse con hijos ausentes y compañeros de trabajo- requiere atención inmediata y en ocasiones se constituye en la última voluntad cuya satisfacción, les ayuda a tener serenidad frente a la muerte; esta puede ocurrir en cualquier momento y el hecho de no acudir oportunamente a la solicitud del enfermo, deja en quien no lo hizo, sentimientos de culpa e incomodidad.

4. La enfermedad maligna y la muerte son eventos generadores de crisis y estas son abordadas por las personas en la forma como han enfrentado situaciones críticas anteriores.
5. La ayuda proporcionada a la familia y al enfermo cuando se comparte la verdad, reduce la incertidumbre y facilita la comunicación.
6. La conservación de la autoestima hasta el final hace que estos procesos sean menos dolorosos y es una tarea que debe ser comprendida por la familia, los amigos y el equipo de salud.

## **Conclusiones**

- La interacción entre los investigadores, los enfermos y sus familias permitió entender que las prioridades para cada caso son individuales. La respuesta a las demandas físicas y emocionales de estos enfermos es impostergradable.
- El tiempo apremia para las personas que tienen una enfermedad en fase terminal y la muerte es inminente. El tiempo no se puede predecir y el postergar las acciones para mañana o para la próxima semana resta calidad de vida al enfermo. Así mismo hay incertidumbre e insatisfacción y posiblemente no se alcancen a cumplir.
- Como ya se ha referido, uno de los criterios de selección de los enfermos y sus familias para esta investigación se relacionaba con el conocimiento de la verdad. A excepción de una paciente, todos expresaron los beneficios de esta información oportuna.
- El facilitador, en la atención a los pacientes con enfermedad en fase terminal y sus familias, trascendió los objetivos de curación para cumplir objetivos de soporte y en este sentido hizo el acompañamiento hasta el final. La continuidad de la atención es básica, ya que favorece la elaboración del duelo anticipatorio y contribuye a una muerte digna. El papel así desempeñado por el facilitador fue más allá de la muerte y contribuyó a la elaboración del duelo posterior a ésta.
- Como en todo proceso educativo la participación de los pacientes en la corrección del material y en la preparación de las sesiones educativas les permitió sentirse útiles, fortalecer su autoestima y contribuyó a la formación de los facilitadores.

- La importancia de la visita domiciliaria es incuestionable y se utilizó como un instrumento válido y necesario para dar continuidad en la asistencia, a los pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, cuando el desplazamiento se convertía en fuente de dolor e incomodidad. La visita domiciliaria permitió interactuar en una atmósfera de confianza que facilitó las intervenciones y las acciones terapéuticas, logrando una mayor satisfacción de necesidades.
- Las sesiones educativas además de cumplir una función informativa se convirtieron en un grupo de apoyo al reunir personas con vivencias similares y expresar inquietudes frente al proceso de morir, la muerte y los tratamientos y sus efectos, contribuyendo así a la función formativa.
- Se logró detectar la solidaridad también de los amigos y familiares lejanos en torno a los enfermos de este estudio, mediante la observación directa y los relatos. Esta solidaridad está representada en la participación frecuente en el cuidado del enfermo, la realización de los quehaceres domésticos, el cuidado de los niños y la ayuda en el desplazamiento a la consulta.
- La actualización de datos en las historias clínicas de los pacientes relacionados -con la dirección y el teléfono- y la sistematización de los datos de morbilidad de los usuarios de la Secretaría de Servicios Administrativos con enfermedad maligna habrían hecho posible la obtención de una muestra significativa.
- La totalidad de los enfermos y familias del grupo expresaron la satisfacción por la calidad y la oportunidad de los servicios prestados por la Secretaría de Servicios Administrativos.
- Los enfermos y sus familias se convirtieron en maestros que permitieron validar la teoría y poner a prueba constantemente, la disponibilidad de los facilitadores para enfrentar la vida y la muerte.

## **Referencias bibliográficas**

1. GUTIERREZ DE P., Virginia. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Bogotá. Talleres gráficos Canal Ramírez, 1975. p. 332-334.

## Bibliografía

- ACKERMAN, Nathan. Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismo de la vida familiar. Buenos Aires: Hormé, 1977.
- AGUILEZA, Donna y MESICK, Jamce. Control de los conflictos emocionales. México: Interamericana, 1976.
- ARANGO, Piedad. Ciclo vital de la familia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo Integral. CIDI. Medellín, 1982.
- ARIES, Philippe. El cambio de la muerte. En: Fulton Robert et al. La muerte y el morir: Desafío y cambio. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, 1981.
- BERGER, Maurice y HORTALA, Françoise. Morir en el Hospital. Barcelona: Rol, 1982.
- CARPENTINO, Linda J. Diagnóstico de Enfermería. Madrid: Interamericana, 1986.
- DAVIS, F. Karen. La respuesta del asistente al sistema familiar con un niño en trance de muerte. En: Haber J. et al. Psiquiatría. Texto básico. Barcelona: Salvat, 1983.
- FISCELLA, Luis. Rol del anesthesiólogo en el tratamiento del dolor del paciente oncológico. En: Revista Colombiana de Anestesiología. XIV No. 2 (abril-junio, 1986) p. 150-151.
- FONNEGRA de J, Isa. El duelo anticipatorio, aspectos clínicos e intervención. IV Congreso Colombiano de Psicología Clínica. Barranquilla. Agosto 1989.
- FONNEGRA de J, Isa. La muerte, el morir y el duelo vistos desde diferentes perspectivas profesionales. Bogotá: Fundación Omega, 1986.
- FONNEGRA de J, Isa. Un acercamiento vivencial a la realidad de la muerte. Bogotá: Fundación Omega, Marzo de 1988.
- FULTON, Robert. La negación de la muerte. En: Fulton Robert et al. La muerte y el morir. Desafío y cambio. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano. 1981.
- GAFO, J. Ayudando a bien morir. En: GAFO, J. et al. La eutanasia y el derecho a morir con dignidad. Madrid: Ediciones Paulinas, 1984.
- GUTIERREZ DE P., Virginia. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Bogotá: Talleres Gráficos Canal Ramírez, 1975.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1975.
- LINDEMANN, Erich. Sintomatología y manejo del duelo agudo. En: Am. G. Psiquiatría. 101 (sept. 1994); p. 141-148. Sept.
- NOLAN, Thomas et al. El proceso de la muerte. En: Haber, J. et al. Psiquiatría. Texto básico. Barcelona: Salvat, 1983.

- O'BRIEN, Tony. Síntomas respiratorios. Memorias 2o Simposio Internacional sobre el cuidado integral de los pacientes terminales. Santafé de Bogotá: Fundación Omega, 1991.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Reunión consultiva de expertos sobre el tratamiento del dolor en el cáncer. Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra. 1987.
- SPORKEN, Paul. Ayudando a morir. Santander: Sal Terrae, 1978.
- STERNBACH, Richard. Una guía para el control del dolor agudo, el dolor en cáncer y el dolor crónico. Memorias del tercer curso colombiano sobre dolor. Bogotá, 1998.
- VALLEJO, Julio et al. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1985.
- WORDEN, Willian. Citado por FONNEGRA de J. En: Cuando muere un ser querido. Bogotá: Fundación Omega. El Espectador, revista del jueves, octubre 12 1987.



**ESPECIALIZADO EN ROPA PARA**

Médicos - Enfermeras - Odontólogos y personal paramédico  
- Ropa para cirugía - Zapatos y medias para dama - Tocas  
- Ganchos y demás accesorios

**DOTACIONES**

CENTRO COMERCIAL  
NUEVA VILLA DE ABURRÁ - PLAZOLETA  
Local 137 - Carrera 81 32-136 - Teléfono: 250 57 38 - Fax: 411 59 75  
Medellín - Colombia