



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

*Universidad de la República*

*Facultad de Psicología*

# **La labor del psicólogo de Cuidados Paliativos en Uruguay**

*Trabajo final de grado*

*Artículo científico de producción empírica*

Estudiante: Lucía Alonzo Murga

6207108-3

Tutora: Prof. Asist. Ana Belén Santa Cruz

Revisor: Prof. Agda. Ana Luz Protesoni

## Resumen

En el presente artículo se indaga la labor de los psicólogos en los equipos de Cuidados Paliativos (CP) de diferentes centros de salud de Uruguay en los meses de agosto y septiembre de 2023, tanto del ámbito público como mutual.

Enmarcado en un estudio descriptivo, la revisión bibliográfica y la entrevista semiestructurada fueron los métodos de recolección de datos empleados. Se revisaron 40 producciones acerca de la temática, contemplando tesis de grados, de doctorado, producciones académicas y artículos científicos, utilizando palabras claves como, “Cuidados Paliativos”, “Psicología y Cuidados Paliativos”, en buscadores como Redalyc, Scielo y Colibrí y Google Scholar.

La Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) proporcionó información en relación a la situación de los CP en las instituciones del país durante el periodo comprendido entre el 1ero de enero y 31 de diciembre de 2022. Lo que permitió poder contrastar y comparar los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los psicólogos, con los datos recopilados de dicha encuesta.

Se realizaron un total de 12 entrevistas a psicólogos que trabajan en CP. En las cuales se indago acerca de aspectos en relación a la institución, la composición de los equipos y su funcionamiento, posibles obstáculos y facilitadores para el trabajo en CP, las estrategias, las técnicas y encuadres de las intervenciones tanto con los pacientes, como con las familias.

Para el análisis, la técnica utilizada fue el análisis de contenido, Ruiz Olabuenaga (2012) expone que esta técnica se emplea para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos, más concretamente (aunque no exclusivamente) de los documentos escritos.

Se procedió así a generar unidades de registro en base a palabras, frases o temas, los cuales luego se categorizaron considerando criterios en común entre las unidades, lo que posibilitó la simplificación y reducción en categorías más amplias.

Los datos obtenidos fueron codificados de manera manual, considerando aspectos tales como contradicciones, casos ambiguos, coincidencias y adecuación de los contenidos. Se realizaron así 4 categorías, la institución, las intervenciones con los pacientes, las intervenciones con la familia, y el trabajo de equipo.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Asistencia Paliativa, Equipo Interdisciplinario, Psicólogo, Intervenciones.

## **Introducción**

En el siguiente artículo se indaga la labor de los psicólogos en los meses de agosto y septiembre de 2023 en los equipos de CP de Uruguay, investigando sobre el tipo de intervenciones que realiza, las técnicas, las estrategias y los encuadres empleados en estas intervenciones; así mismo se indaga sobre el equipo, su funcionamiento y su conformación.

Los CP, considerando los aportes de Ortega y López (2005) es la asistencia que se le imparte a aquellos pacientes con enfermedades crónicas en etapa avanzada, progresiva e incurable, las cuales no responden a tratamientos de curación. Estas enfermedades generan una serie de síntomas intensos y multifactoriales, por lo que se busca aliviar el sufrimiento y acompañar tanto al paciente como a su familia en este proceso, de la mano de un equipo

interdisciplinar, que tiene como objetivos el control de los síntomas, con el propósito de mejorar la calidad de vida e influir de manera positiva en el proceso de la enfermedad.

Como menciona Mayer (2006) el paradigma de CP se opone al paradigma de curación como propósito fundamental. Por el contrario, tienen como propósito, el brindar apoyo al paciente para poder vivir esta etapa de la manera más digna posible, mejorando la calidad de vida, considerando a la muerte como un proceso natural, la cual no se acelera ni se retrasa, si no que se busca aliviar el dolor y posibles síntomas.

Se considera al paciente como un ser biopsicosocial, donde las dimensiones emocionales, espirituales y psicológicas también son tenidas en cuenta. De ahí radica la importancia de un equipo interdisciplinario que brinde una asistencia integral, donde desde las diferentes profesiones, y con las diferentes herramientas con las que cuentan cada uno de ellos puedan generar un bienestar y alivio al paciente.

En las intervenciones psicológicas en CP, las técnicas de relajación y respiración son grandes aliados para el trabajo con los pacientes, se busca orientar las intervenciones a paliar el sufrimiento, el aceptar la nueva situación y acompañar al paciente y a su familia en este proceso, sin despertar cuestiones que podrían resultar contraproducentes.

Resulta pertinente hacer una distinción entre estrategia y técnica, para esto se recurre a los aportes de Boholavsky, R.(1983), quien comenta que la estrategia implica subrayar el tipo de mirada, de operación, sobre las conductas humanas, por encima de lo que se mire o lo que se opere. Las estrategias clínicas, tienen un carácter consciente e intencional, de esta manera tienen parentesco con la estrategia militar, siendo las acciones previstas o planificadas para actuar en determinada situación con el fin de modificarla en relación a determinado propósito.

Como expone Britos, J (2002) alcanzar dicho propósito estará mediatizado por la organización y la implementación de recursos de forma adecuada. Es así que el psicólogo aplicará tácticas y técnicas de intervención siempre supeditadas a una estrategia general, que implican una combinación de conocimiento teórico basado en la evidencia y creatividad.

### **Historización**

Los cuidados paliativos tienen su raíz en la época medieval, utilizando el término “hospicio”, como anfitrión que brindaba alimento, acogía viajeros y peregrinos los cuales muchas veces estaban enfermos.

Más adelante s. XIX surgieron los hospices dedicados directamente a los enfermos, en Francia, Dublín y Londres. Pero es en 1967 que Dame Cicely Saunders funda “St Christopher’s Hospice” en Londres, lugar en que además de atender a pacientes moribundos, trabajaban con la familia de estos, también realizaban actividades de enseñanza e investigación.

Actualmente se refiere a Cuidado Paliativos y no Hospice, ya que este último se utiliza como sinónimo de hospital en francés, es por ello que se optó por paliativos, palabra que proviene del latín, “pallium”, que significa manto o cubierta, podría considerarse como ponerle a una capa a los que pasan frío.

En 1980 la OMS realiza la primera definición de Cuidados Paliativos, la cual fue modificándose a lo largo del tiempo, finalmente la OMS (2002) define a los CP,

Es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se enfrentan problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (p.109)

Si bien los inicios de los CP en Uruguay datan del 1985, con el equipo privado de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos en Montevideo, los CP parecieron relegados por mucho tiempo en materia legal e institucional en nuestro país.

Actualmente en Uruguay y desde el 2008 se establece en el plan de Atención en Salud (PIAS) que los CP son una prestación obligatoria para todos los prestadores de salud del país. La Ley 18335, derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, establece en su artículo 6, " Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública." (2008).

Desde 2013 se ha implementado por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), un plan nacional de CP, el cual establece definiciones, informa la situación de los CP en ese momento, establece estrategias para asegurar la asistencia paliativa de calidad para los pacientes que lo necesiten, identifica también qué pacientes son pasibles a acceder a cuidados paliativos, haciendo hincapié en que esta asistencia es un derecho de todos los usuarios y de sus familias, siendo una responsabilidad del sistema sanitario el responder a estas. Es a partir de la ordenanza ministerial N. 1695/019 en 2019 que se establecen la obligatoriedad y los lineamientos a desarrollar por parte de los prestadores de salud.

Della Valle y Núñez (2022), en la Encuesta anual sobre el desarrollo de los CP en Uruguay, dan cuenta de un avance en relación a la asistencia en CP en nuestro país. En dicha encuesta accedieron al 100% de los prestadores de salud del país, los resultados obtenidos abarcan el periodo de tiempo del 1ero de enero y 31 de diciembre de 2022, fueron 105 las instituciones encuestadas, de las cuales, 63 pertenecen al ámbito público y 41 al privado. Estas instituciones abarcan todos los departamentos, las asistencias a adultos y pediátricas. Así mismo, 24 de las instituciones encuestadas no cuentan con cobertura en CP, por otro lado, se cuenta con 7 convenios de atención en el país, de atención público-privado y público-público, a su vez, también se integra la fundación Pérez Scremini, la cual brinda asistencia a través de un equipo no específico ya que asiste a niños y adolescentes con patologías oncológicas.

Uruguay es de América Latina el país que presenta la cobertura en CP más alta, se estima que la población pasible a recibir CP en el periodo de tiempo mencionado es de 17.425 personas.

### **Metodología**

Este trabajo se enmarca en un estudio de tipo descriptivo. Sampieri et al. (2004) caracteriza a los estudios descriptivos como aquellos que, “miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así -y valga la redundancia- describir lo que se investiga.” (p.71)

Se utilizó un diseño flexible que enriqueció el trabajo debido a la posibilidad de poder ser permeable a los cambios y dificultades que se presentaron. Se obtuvieron así, datos descriptivos sobre la labor de los psicólogos dentro de los equipos de CP en Uruguay en los meses de agosto- septiembre de 2023.

La revisión bibliográfica y la entrevista semiestructurada y fueron los métodos de recolección de datos utilizados. Con respecto a la revisión bibliográfica, se consultaron bases de datos tales como Colibrí, Scielo, Redalyc y Google Scholar. Se utilizó como criterio de inclusión producciones sobre Psicología en el trabajo de CP y CP en Uruguay.

Las palabras claves para la búsqueda fueron, “Cuidados Paliativos”, “Asistencia Paliativa”, “El psicólogo en Cuidados Paliativos”, “Psicología y Cuidados Paliativos”. Se consultaron producciones de diversos países con el fin de enriquecer los conceptos y contrastar con la realidad de los CP en Uruguay. Se encontraron así alrededor de 200 mil producciones acerca de la temática en cuestión.

De la bibliografía encontrada fueron finalmente seleccionados 40 producciones, de diferentes países como son Uruguay (19 producciones), Argentina, Chile, Brasil, México, España y EEUU. Los años de las producciones seleccionadas van desde 1997 a 2022. En esta selección se tuvo en cuenta el área de estudio, considerando las producciones relacionadas a la psicología, la salud y multidisciplinaria, que abordan aspectos tales como los equipos CP, trabajo interdisciplinario, su funcionamiento y conformación, las intervenciones y aspectos psicológicos en relación a la asistencia paliativa, intervenciones con pacientes y familia, técnicas, estrategias y encuadre de las intervenciones. La Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) fue una valiosa fuente de información acerca de la situación de los CP desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Estos datos obtenidos



en la encuesta fueron de gran utilidad a la hora del acercamiento a las instituciones y la planificación de las entrevistas.

Luego de la revisión bibliográfica, se buscó contactar con 81 instituciones de salud, tanto públicas como mutuales, mediante e-mail institucionales adquiridos en el directorio de centros asistenciales con servicio de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública. En dicho contacto, se consultó la posibilidad de contactar con el psicólogo de CP de la institución. A partir de la información brindada por las instituciones se dio un primer contacto vía *WhatsApp* con los psicólogos. Así mismo luego de realizadas las entrevistas, el muestreo “bola de nieve” permitió acceder a más informantes. Se les consultó a los entrevistados la posibilidad de facilitar el contacto de otros colegas psicólogos que trabajaran en equipos de CP. De esta manera es que se pudo entrevistar a 12 psicólogos de CP de todo el país.

Se realizaron entonces entrevistas semiestructuradas. Sampieri (2004) describe que las entrevistas semi estructuradas, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. (p.371)

Dichas entrevistas, fueron realizadas vía llamada telefónica en el mes de Agosto-Septiembre, con una duración media de 30 minutos por entrevista, se realizaron preguntas abiertas posibilitando a que los profesionales puedan desarrollar sus ideas y explayarse en lo que consideren pertinente, reestructurando las preguntas y modificándolas según la situación. Las preguntas orientadoras se organizaron en 4 categorías, con respecto a la institución, se buscó indagar, a que institución pertenecen, como se encuentran conformados los equipos de CP de los entrevistados, la población a la que asisten y obstáculos y facilitadores a la hora de trabajar como psicólogos en los equipos de CP. Luego, en relación a las intervenciones psicológicas, se indagaron aspectos como encuadre, técnicas, características de las

intervenciones, circunstancias y efectos del proceso de enfermedad. A su vez se indagó acerca de aspectos tales como la comunicación, duelo y resistencias en las intervenciones con los pacientes y las familias. Así mismo se preguntó acerca del trabajo del equipo, obstáculos y facilitadores a la hora del trabajo en CP e instancias que propicien el bienestar del equipo.

Las entrevistas fueron grabadas con previa autorización de los entrevistados. Luego se procedió a transcribir de manera textual y completa las entrevistas. Se revisaron y organizaron los materiales, enumerando las entrevistas y agregando previo al número asignado la letra "E" de "entrevistado".

El método de análisis empleado fue el análisis cualitativo de contenido. Por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones (Spradley, 1980, p. 70)

Se tomo como referencia los aportes de Ruiz Olabuenaga (2012) en relación al análisis de contenido. Se generaron unidades de registro en base a palabras, frases o temas, de acuerdo a criterios temáticos, los cuales luego se identificaron y clasificaron en categorías, considerando criterios en común entre las unidades de registro, que posibilita la simplificación y reducción de las unidades en categorías más amplias. Para la categorización se siguió un proceso de categorización mixto, ya que algunas de las categorías fueron elaboradas a priori, y otras fueron surgiendo en base a la lectura y examen de las entrevistas, no existiendo previamente una categoría que las contemple. Los datos obtenidos fueron codificados de manera manual, considerando aspectos tales como contradicciones, casos ambiguos, coincidencias y adecuación de los contenidos.

De las diferentes categorías elaboradas se ofrece una descripción y se analizan los significados de estas, a su vez se contrasta con la Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) la cual brinda información acerca de la situación de los CP desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. En cuanto a la confiabilidad y validez, se entrevistaron a psicólogos de CP de diferentes departamentos del país, considerando instituciones públicas como mutualistas, de asistencia pediátrica y adultos, lo que brinda diferentes perspectivas en cuanto al labor de los psicólogos en los equipos de CP en las instituciones.

## **Resultados**

### **Resultado de la revisión bibliográfica**

En primer lugar, se presentan los datos obtenidos de la revisión bibliográfica, los cuales fueron clasificados en dos categorías, los equipos de CP y por otro lado, el rol del psicólogo dentro de dichos equipos.

#### Los equipos de CP

El trabajo en CP requiere de un equipo interdisciplinar que contemple la multiplicidad de factores que atraviesan al paciente en el proceso de la enfermedad, este equipo debe brindar desde sus diferentes disciplinas una asistencia integral al paciente y a su familia.

Barbero (2008) plantea que es imprescindible que el equipo trabaje de manera interdisciplinar lo que implica una necesaria interacción profesional continua, con condiciones de simetría moral entre los profesionales. Donde todos los miembros puedan expresar su

opinión, su conocimiento, sus experiencias, generando un espacio donde todos sean escuchados, y respetados.

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos, guías de buenas prácticas para su implementación (2013), divide a la asistencia paliativa en tres, siendo estos,

1: Equipos de soporte hospitalario/sanatorial donde se atienden a pacientes internados en régimen de interconsulta, la conformación de este equipo debería de ser de un Médico con carga exclusiva de 20 horas semanales, Licenciado o Auxiliar en Enfermería y un Administrativo, Licenciado en Psicología y Trabajador Social según se requiera.

2: Equipos de soporte hospitalario/sanatorial y ambulatorio los cuales brindan asistencia en consultorio y domicilio, la conformación de este equipo sería de un Médico Asistencial con cargo exclusivo, Médico Coordinador del Equipo, Auxiliar o Licenciado en Enfermería y Administrativo, Licenciado en Psicología y Trabajador Social a tiempo parcial o exclusivo según se requiera.

3: Unidades de CP donde a las asistencias brindadas anteriormente se le suma la asistencia en camas propias. Estos estarían conformados por los profesionales mencionado anteriormente, considerando la cantidad de médicos y enfermeros necesaria para una adecuada atención.

Si bien existe un lineamiento de cómo deben estar conformados los equipos en Uruguay, los CP aún se encuentran en crecimiento, por lo que se pueden encontrar equipos que no cuenten con la conformación establecida o equipos donde los miembros no se encuentren capacitados en CP.

La Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) menciona que “Los modelos de asistencia paliativa pueden estar integrados de diversas maneras. La unidad mínima funcional es el médico y personal de enfermería. A medida que

aumenta la capacitación, la captación y su desarrollo, se incorpora en forma puntual, parcial o exclusiva a otros especialistas o técnicos.” (p.12)

La siguiente tabla da cuenta de la conformación de los equipos de CP según los datos extraídos de la encuesta mencionada. Se puede observar entonces que auxiliar en enfermería y médicos son los profesionales que prevalecen en los equipos.

**Tabla N. 1**

Conformación de los equipos de cuidados paliativos. Uruguay, 2022

| <b>Conformación del equipo</b> | <b>Número absoluto</b> |
|--------------------------------|------------------------|
| Auxiliar enfermería            | 288                    |
| Médicos                        | 338                    |
| Licenciado enfermería          | 153                    |
| Licenciado psicología          | 97                     |
| Licenciado en trabajo social   | 60                     |
| Administrativos                | 56                     |
| Voluntarios                    | 38                     |

*Fuente: ENCP 2022*

Se considera así que los equipos se encuentran consolidados cuando cuentan con todos los miembros estipulados según el ámbito de asistencia que integren. Las modalidades asistenciales mencionadas en la Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) son:

Unidad de Cuidados Paliativos (UCP): Ofrece asistencia paliativa a pacientes y sus familias en entornos de internación, consultorio y domicilio. El equipo está compuesto por médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, y puede incluir personal administrativo y voluntarios. Los profesionales de la UCP tienen dedicación exclusiva o mayoritaria a cuidados paliativos, cuentan con formación intermedia-avanzada, y disponen de camas propias o acceso fácil a camas en la institución. Además, cuentan con un lugar identificable para sus actividades.

Equipo de Soporte (ES): Estos equipos fijos específicos para cuidados paliativos constan, como mínimo, de un médico y un enfermero. Pueden trabajar de manera coordinada con enfermería no específica de sala, domicilio y consultorio, y pueden incluir la participación de psicólogos, trabajadores sociales, otros profesionales de la salud, personal administrativo y voluntarios. Aunque no garantizan la continuidad asistencial por sí mismos, colaboran de forma coordinada con otros equipos.

Equipo NO Específico (ENE): Proporciona asistencia a través de equipos de atención no específicos para cuidados paliativos, como en el caso de la internación domiciliaria.

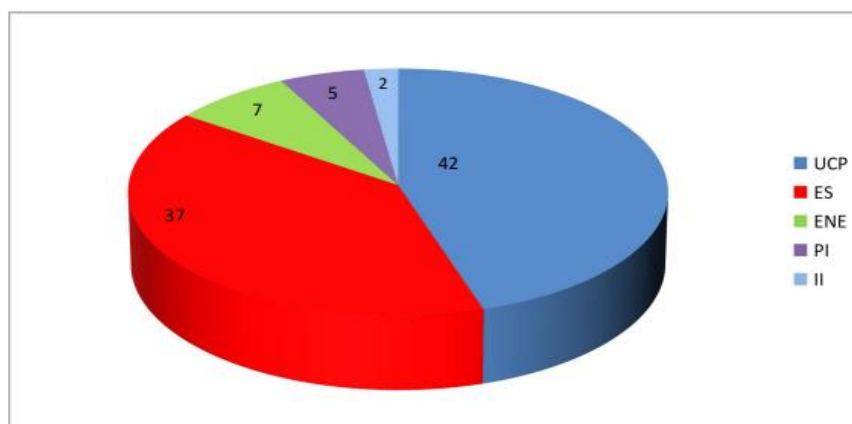
Profesional Individual (PI): Profesional médico que, dentro de su carga horaria, destina horas específicas para cuidados paliativos y no forma parte de una unidad o equipo de soporte.

Impulso Individual (II): Profesional médico que, aunque no tiene horas asignadas para cuidados paliativos, se dedica a la atención de pacientes en esta área."

En el siguiente gráfico se observan los diferentes modelos de asistencia de las instituciones de salud de Uruguay, considerando que en algunos casos las instituciones cuentan con diversos modelos asistenciales.

**Figura N. 1**

Modelos de asistencia paliativa en Uruguay (números absolutos)



Fuente: ENCP 2022. UCP: Unidad de cuidados paliativos. ES: Equipo de soporte. PI: Profesional individual. II: Impulso individual. ENE: Equipo no especializado.

Otro aspecto que influye en que un equipo se encuentre consolidado tiene que ver con las horas que los profesionales dedican al trabajo en CP. Para esto, se recurre a los datos de la encuesta anual sobre el desarrollo de los CP en Uruguay (2023) en relación a la dedicación exclusiva, parcial o mixta dentro de la institución a la tarea específica.

**Tabla N.2**

Dedicación de los equipos asistenciales y unidades de cuidados paliativos.  
Uruguay, 2022

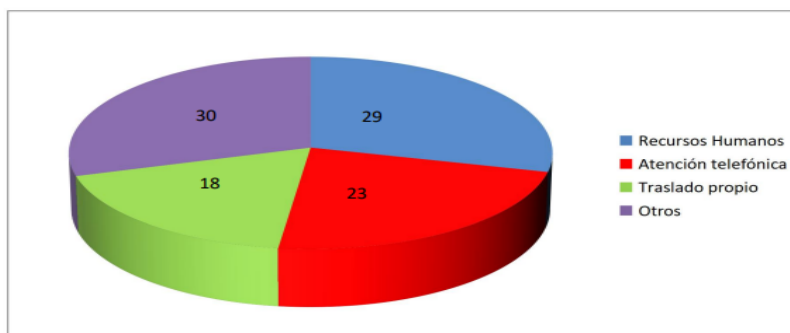
| Dedicación equipos de trabajo | Número absoluto |
|-------------------------------|-----------------|
| Dedicación exclusiva          | 31              |
| Dedicación parcial            | 53              |
| Mixto                         | 2               |
| Total                         | 86              |

Fuente: ENCP 2022

En la mencionada encuesta, se exponen desafíos u obstáculos en los equipos de CP, estos son, aumento de recursos humanos y las horas que se necesitan de los mismos, falta de retribución a la atención telefónica de guardia, falta de traslado propio, desconocimiento y falta de reconocimiento de los cuidados paliativos por parte del resto del personal de la salud con la consiguiente derivación tardía o falta de captación de pacientes y la falta de cobertura en las licencias de los miembros del equipo, un inadecuado lugar físico para la tarea y la presencia de violencia social al concurrir a los domicilios.

**Figura N.2**

Problemas identificados por los equipos de trabajo en porcentajes. Uruguay, 2022



Fuente: ENCP 2022. OTROS: derivación oportuna, reconocimiento, lugar físico, cobertura de licencias, violencia social.

En cuanto al trabajo de los equipos de CP, resulta imprescindible que los miembros del equipo trabajen en conjunto y de manera interdisciplinar, discutiendo acerca de las posibilidades y situaciones de los pacientes, creando estrategias en conjunto, acompañándose en las intervenciones, apoyando y fomentando al paciente como un sujeto activo en su enfermedad. Estos son aspectos claves para no caer en lo que se conoce como “encarnizamiento médico”, como menciona Pessini y Berachini (2006) los profesionales tienen que reconocer los límites de la medicina, deben medir las ventajas del tratamiento, evaluando los riesgos y beneficios, con el fin de prevenir el tratamiento fútil.

Las reuniones de equipo aparecen como fundamentales para el adecuado funcionamiento del equipo, estas instancias también son importantes para poder detectar las propias implicancias, los efectos que estas situaciones generan en los miembros del equipo, evitando lo que se denomina como “burnout”. Fernández et al. (2017) refiere, “El síndrome de burnout ha sido considerado como un problema del ámbito profesional que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo. Suele aparecer cuando existe una exposición prolongada a diferentes estresores de tipo emocional e interpersonal, exigiendo una alta implicación emocional con las personas a las que se les provee algún servicio.” (p.2).

#### El psicólogo y su rol dentro del equipo de Cuidados Paliativos.

Los síntomas y el sufrimiento que padece el paciente no son solo de índoles físicas si no que abarca múltiples factores psicológicos, sociales y espirituales, es por esto que se considera al psicólogo en los equipos de CP fundamental, ya que posee herramientas a la hora de aliviar y prevenir el sufrimiento, así como mejorar la calidad de vida del paciente y su familia generando una atención integral al paciente.



La noción de “dolor total” mencionada por Protesoni (2016) en “Políticas del dolor. La subjetividad comprometida”, hace referencia a la multiplicidad de aspectos que se ponen en juego en el proceso de la enfermedad. Considera que el dolor también tiene factores sociales y culturales, habla de un modo de pensar, de sentir y de actuar. “Ese dolor desligado vacía al yo, hace que la persona se ausente y forja una muralla sonora que impide el mundo de relaciones. No es posible así ningún encuentro, es necesario controlar el dolor para que emerja el sujeto” (p.98) Se desprende así la importancia de las intervenciones psicológicas en CP, buscando aportar al bienestar del paciente y apuntando también a una reorganización vital.

De acuerdo con, Gandolfi et al. (2008), las intervenciones se centran en las vivencias acerca del sufrimiento, las construcciones fantasmáticas, temores, estrategias de afrontamiento, significaciones y re-significación en torno al proceso de enfermedad que atraviesan tanto el paciente como la familia.

En la comunicación entre el paciente y la familia muchas veces puede darse lo que se conoce como “conspiración de silencio”, en el texto Intervenciones psicológicas en Cuidados Paliativos domiciliarios (2004) la define como situaciones donde el paciente y/o la familia son incapaces de expresar pensamientos, sentimientos y emociones en relación a la situación que están viviendo. En estos casos el psicólogo interviene, generando estrategias que posibiliten la comunicación entre ambas partes, enseñando técnicas de expresión emocional y motivando a que realicen actividades en conjunto.

La presencia de la muerte genera diversos efectos en los pacientes y las familias por lo que es crucial brindar apoyo, intentando facilitar la aceptación de esta situación, aliviar el sufrimiento que se van generando a partir de los diferentes duelos y pérdidas que van atravesando, considerando también la edad biológica del paciente, la etapa de la enfermedad en la que se encuentra, el soporte familiar y los recursos para afrontar esta situación amenazante.

El apoyo psicológico se debe brindar durante todo el proceso de la enfermedad, hasta después de la muerte del paciente, siendo esencial el apoyo a la familia del enfermo. Como refiere Buero (2017), “el equipo terapéutico debe ayudar a la familia a desarrollar los mecanismos necesarios para lograr un adecuado soporte emocional, así como también para adaptarse a las diferentes etapas de la enfermedad.” (p.15).

En el trabajo con las familias Novellas y Pujelo (sf) postulan como fundamental el establecer una relación que permita al familiar transitar por este proceso sintiéndose acompañados, posibilitando a las familias que recuperen su confianza en sus capacidades cuidadoras. Pensando en tomar consciencia de las capacidades de cada uno de ellos y de las posibilidades de una muerte digna y no en términos de curación.

En las intervenciones de CP, el trabajo del duelo es un aspecto central, de acuerdo con Alba Payas (1998) “el duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad de la que haya que evitar o de la que haya que curarse”.

Worden (1997), describe 4 tareas en el duelo, a) aceptar la realidad de la pérdida, b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, c) adaptarse a una vida donde el ser querido está ausente, d) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Gil et al.(2008) expresan que, es necesario que los psicólogos puedan observar si el duelo sigue su curso normal, si las reacciones que se dan en este proceso tiene una duración e intensidad adecuada, considerando que todas las personas son diferentes y por tanto viven el duelo de diferentes formas. Se espera que en este proceso existan manifestaciones sentimentales, cognitivas, sensaciones físicas y conductuales.

Ocurren casos donde el duelo no sigue un curso normal, los psicólogos tienen que prestar especial atención a aspectos que pueden predecir un potencial duelo patológico, lo que

permitirá poder actuar y prevenir mediante una intervención temprana un posible duelo no resuelto.

Expresa Gil et al. (2008) que, la elaboración del duelo comienza cuando se tiene consciencia de la pérdida, cuando se conoce el diagnóstico y el pronóstico de incurabilidad. Es por esto que la atención debe recibirse antes del fallecimiento del paciente, donde se puedan identificar las necesidades, dificultades y preocupaciones de la familia para poder aliviarlas o suprimirlas, evaluar y potenciar los recursos, con el fin de facilitar un adecuado manejo de sus emociones, valorar los factores de riesgo y prevenir las posibles complicaciones, proporcionando información a la familia y ayuda para aceptar el futuro con la ausencia del enfermo.

La atención debe brindarse también luego del fallecimiento del paciente, donde se deberá continuar brindando apoyo emocional, evaluando de forma precisa la problemática que imposibilita al familiar poder transitar el duelo de forma normal, proporcionando apoyo necesario, potenciando la aceptación de la pérdida y favoreciendo una nueva forma de relación con el fallecido que compatibilice con la nueva realidad.

Gandolfi et al. (2009), hace alusión a los llamados duelos patológicos, donde la pérdida no permite la reorganización de la vida de los familiares. Se considera que el duelo se da por resuelto cuando se puede recordar a la persona sin dolor, por el contrario, se comentan como problemáticos aquellas situaciones en las que el duelo parece no tener fin, presentándose situaciones de dolor permanente, llevando muchas veces al agotamiento y enfermedad por parte de los familiares.

El equipo de CP tiene que poder pensar estrategias que consideren al paciente y a su familia en su singularidad, tomando en cuenta la multiplicidad de factores que influyen y afectan el proceso de la enfermedad, tomando en cuenta que trabajar en CP implica como menciona

Gandolfi et al. (2009), una dimensión del tiempo imprevisible, ya que en todo el proceso existe la posibilidad de que el siguiente encuentro no se concrete. Lo que hace que se requiera de un manejo consciente del encuadre.

Resulta pertinente recurrir a un concepto de encuadre, Arévalo (2021) hace referencia entre otros autores a Bleger y comenta;

La apuesta de Bleger se podría resumir como el mantenimiento de un conjunto de normas y actitudes. En este modo, el encuadre puede ser entendido como un programa, algo que se da fijo, predeterminado, y que se aplica en el tiempo sin variación. Este marco incluye un gran número de reglas que se establecen desde el principio y tiene como objeto una tendencia contractual de la erótica transferencial. Asigna lugares fijos, duración estable de la sesión, hora de comienzo y finalización, frecuencia, honorarios que hay que pagar, momentos de las vacaciones... actitud neutra del analista, entre otras. (p.3)

En las intervenciones psicológicas en CP, la dinámica de los encuentros posibilita de alguna manera la construcción del encuadre para esa situación en particular, donde necesariamente se debe estar abierto a lo inesperado. Se considera así el encuadre interno como los aspectos materializables, como el espacio físico, la duración y frecuencia de la consulta, los sujetos y honorarios. (Gandolfi et al. 2009)

Las intervenciones en CP, se dan en diferentes ámbitos, como son, el domicilio, el consultorio, y la sala de internación, en estos ámbitos son múltiples y variables las situaciones que se pueden encontrar, existiendo lugares que en ocasiones se pueden presentar como ajenos, donde no siempre se puede saber quiénes estarán presentes en ese espacio y que posibilidad de privacidad se darán en las intervenciones. Esto hace que el encuadre se torne

móvil, con el fin de poder constituir un espacio de trabajo psicológico, recepcionando pedidos y trabajando sobre la demanda de los pacientes y sus familias. (Gandolfi et al. 2009)

Cada paciente y cada familia presentan diferentes realidades, diferentes maneras de atravesar y vivir la enfermedad, por lo que se hace necesario que los profesionales puedan ser flexibles en cuanto a las estrategias y las técnicas a utilizar, teniendo en cuenta la etapa vital, situación y ámbito en el que se encuentre el paciente.

Las técnicas conductuales son de gran utilidad en las intervenciones en CP, en el texto *Intervenciones psicológicas en Cuidados Paliativos domiciliarios (2004)* se menciona técnicas conductuales, como, programar pequeñas actividades y establecer tareas diarias con el fin de distraer la atención del paciente, atención que se encuentra localizada en su enfermedad, se busca así alejar las rumiaciones y pensamientos negativos.

Otra técnica mencionada, en relación con la ansiedad que se genera en este proceso, son las técnicas de respiración en dos tiempos, la relajación y la visualización, adaptando las técnicas al estado en que se encuentre el paciente.

En cuanto a los sentimientos de miedo y preocupación, muy comunes en estas situaciones, el abordaje se realiza a través de diversas técnicas, como, parada de pensamientos, reestructuración cognitiva, auto instrucciones, etc. Así mismo, las charlas, los juegos, el ver la televisión, se presentan como aliados a la hora del alivio de la ansiedad.

En suma, existe un gran abanico de técnicas psicológicas útiles para las intervenciones en CP, algunas de ellas son, reestructuración cognitiva, terapia cognitiva, autoinstrucciones, manejo de contingencias, planificación de actividades gratificantes priorizando antes facilitación de expresión emocional, respiración y relajación.

La comunicación, se presenta como un aspecto fundamental en la asistencia paliativa, Ortega y Lopez (2006), declaran que las habilidades de comunicación con pacientes, familiares y entre profesionales sanitarios son fundamentales desde el primer contacto que se establece al dar el diagnóstico hasta el fallecimiento del paciente. Mencionan así la técnica del *counselling*, para fomentar la comunicación asertiva que permita a las personas mostrar lo que sienten, lo que piensan y lo que necesitan. Esta técnica facilita la expresión de las emociones del paciente, la familia y también del personal de salud, considerando su implicación afectiva con el paciente. (p.154)

### **Resultados de las entrevistas**

En la Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) se indica que son 81 las instituciones que cuentan con asistencia a CP distribuidas en los 19 departamentos del país. Teniendo en cuenta estos datos, fueron contactadas 81 instituciones de los 19 departamentos. Se obtuvo respuesta de 15 instituciones, de los cuales, 3 indicaron que no cuentan con psicólogo en CP, estos son Canelos, Lavalleja y Durazno.

Se realizaron finalmente 12 entrevistas, de los departamentos de Montevideo, Cerro Largo, Rocha, Maldonado, Rivera, Flores y Rio Negro. En estas, 11 fueron a psicólogos que trabajaban en equipos de CP en instituciones de salud, siendo la entrevista restante a un psicólogo encargado de gestión y coordinación.

En la siguiente imagen se pueden observar los departamentos de Uruguay y las diferentes respuestas obtenidas al contactar con los departamentos.

**Figura N. 3** Mapa de Uruguay

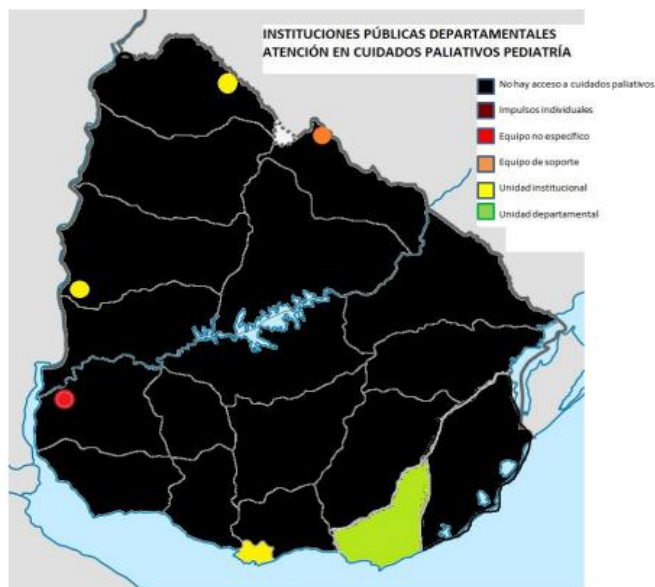


Estos datos se pueden contrastar con los datos extraídos de la Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) donde se mencionan los departamentos que cuentan con equipos de CP en el país, dividiendo en instituciones públicas, privadas, asistencia pediátrica y adultos.



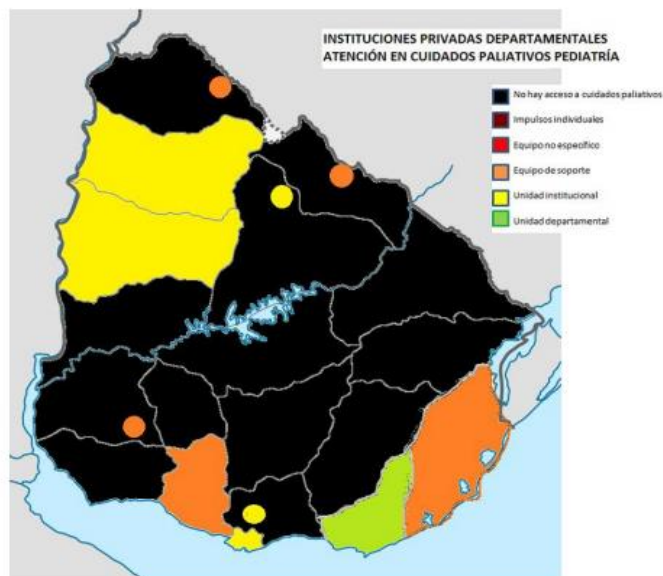
**Figura N.4, N.5, N.6 y N.7**

Instituciones públicas que presentan atención en cuidados paliativos pediátricos, divididas por departamentos.



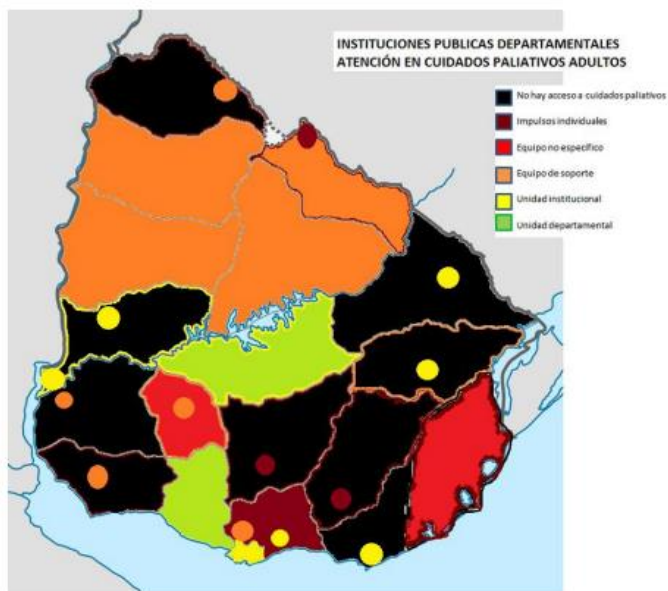
\*Este mapa representa una noción general del estado de situación departamental. Para mayor detalle referirse al anexo 2.

Instituciones privadas que presentan atención en cuidados paliativos pediátricos, divididas por departamentos.



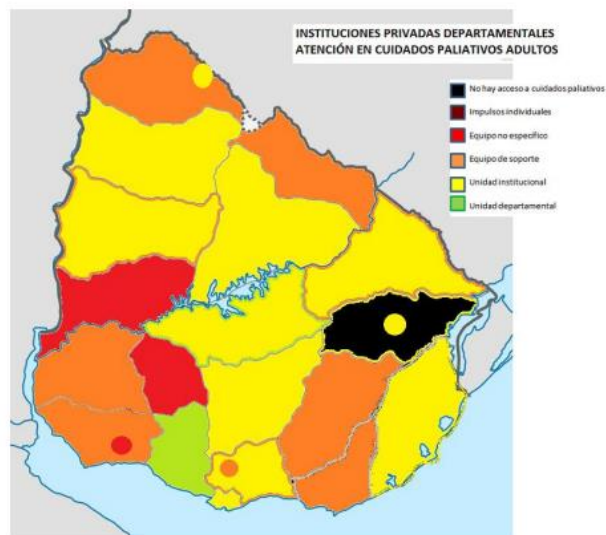
\*Este mapa representa una noción general del estado de situación departamental. Para mayor detalle referirse al anexo 2.

Instituciones públicas que presentan atención en cuidados paliativos del adulto, divididas por departamentos.



\*Este mapa representa una noción general del estado de situación departamental. Para mayor detalle referirse al anexo 2.

Instituciones privadas que presentan atención en cuidados paliativos del adulto, divididas por departamentos.



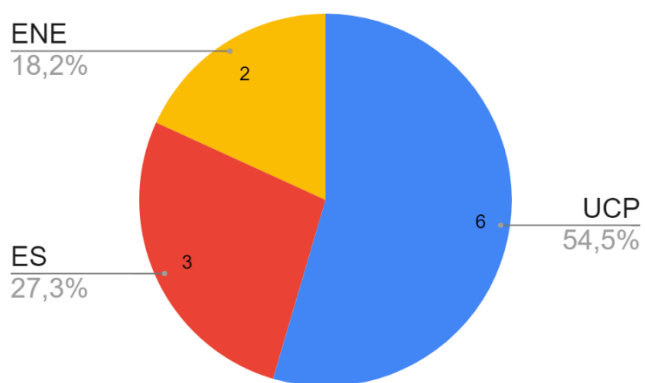
\*Este mapa representa una noción general del estado de situación departamental. Para mayor detalle referirse al anexo 2.



Emerge de los datos expuestos, que todos los departamentos cuentan con algún tipo de asistencia de CP, en su mayoría CP de adultos. Las unidades de CP y equipos de soporte son las modalidades de asistencia que prevalecen. Esto se puede contrastar con los datos obtenidos en las entrevistas, considerando que se pudo acceder a un solo caso de asistencia pediátrica, siendo todos los restantes asistencia a adultos. Así mismo los psicólogos entrevistados pertenecen en su mayoría a Unidades de CP y equipos de soporte, lo que se asemeja a los datos obtenidos en la encuesta mencionada.

**Figura N.8**

Modalidades asistenciales de los equipos entrevistados.



A continuación, se procederá a organizar y presentar de manera sistemática los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas. Estos datos se clasificarán en cuatro categorías principales: aspectos institucionales, intervenciones con el paciente, intervenciones con la familia y dinámica de trabajo del equipo.

## 1. Nivel institucional

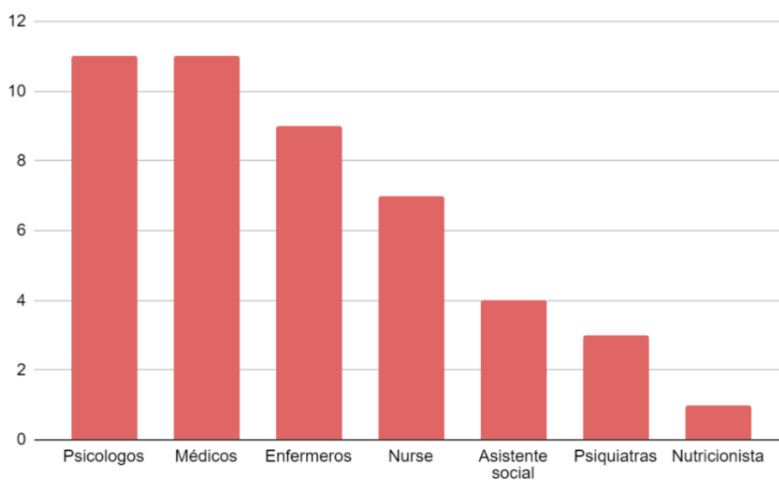
### 1.1. Conformación de los equipos de CP

De los datos obtenidos en las entrevistas a los psicólogos de once prestadores de salud, se obtuvo información en relación a la conformación de los equipos de CP, existiendo en todos los equipos Médicos, ya sean internistas, oncólogos, paliativistas o de familia. Luego a excepción de uno de los equipos, todos cuentan con Licenciados o Auxiliares en Enfermería, siete de ellos cuentan con Nurse y seis de los equipos cuentan con Asistente Social.

En la siguiente tabla se muestran los diferentes profesionales que forman parte de los equipos entrevistados

**Figura 9**

*Profesionales integrantes de los equipos de CP.*



Es importante resaltar que el psicólogo dentro de los equipos de CP es algo reciente, y por el momento no todos los equipos de CP del país cuentan con psicólogo. En este trabajo se entrevistó exclusivamente a psicólogos que trabajan en CP.

Los Asistentes Sociales son los profesionales que más escasean en los equipos, al indagar se obtuvo que en los equipos que no cuentan con Asistente Social se convoca al de la institución cuando se requiere de su ayuda, pero no son parte del equipo. Por otro parte, en un caso se comenta que no acceden a trabajar con Asistente Social.

Los psicólogos entrevistados comentan como desafío para la asistencia en CP a aquellos equipos que carecen de los profesionales necesarios para brindar una atención integral al paciente. Siendo estos equipos más pequeños con una poca formación específica y a su vez poca interdisciplina.

De las entrevistas se denota la falta de asistentes sociales, de médico paliativista y en uno de los casos de enfermeros, donde en ocasiones se recurre a profesionales que trabajan en la institución o profesionales externos a esta, pero que estos luego no forman parte de las reuniones, lo que se presenta como un gran desafío para el trabajo en CP.

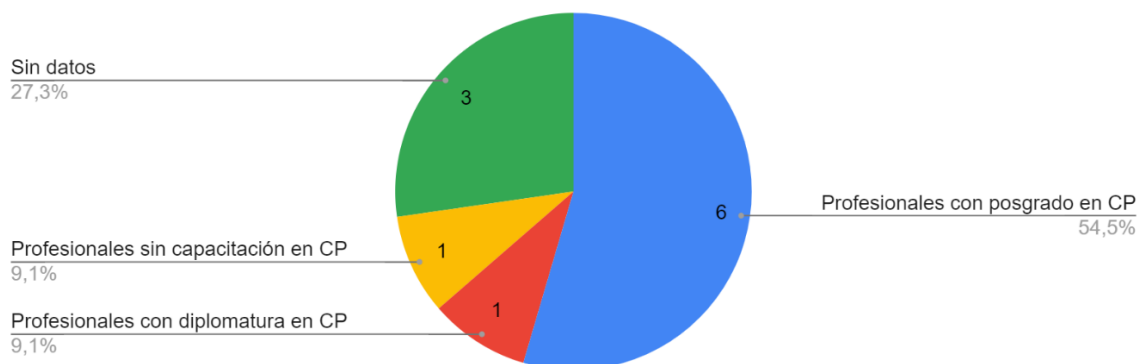
*“El desafío es...en este equipo particular tiene que ver con los límites, con el encuadre, con el marco de trabajo, y después bueno, una dificultad, algo que se necesitaría sería un paliativista... No tenemos paliativista, la doctora es oncóloga, le pone la mejor, pero no es paliativista.” E9*

Con respecto a los miembros del equipo es conveniente señalar que muchas veces no se encuentran capacitados en CP, el trabajo de estos profesionales queda supeditado a experiencias previas similares, o lo que van aprendiendo en el trabajo junto con el equipo.

En el siguiente gráfico se muestra que, de los psicólogos entrevistados 6 cuentan con posgrados, estos incluyen, especializaciones, maestrías y doctorados. Uno cuenta con diplomatura en CP y otro no cuenta con formación específica en CP. De los tres restantes no se obtuvo información en relación a la formación académica específica en CP.

**Figura N. 10**

Formación de los psicólogos entrevistados



Los entrevistados mencionan acceder a capacitaciones y congresos, manifestando la importancia de la formación para el trabajo en asistencia paliativa, tanto de ellos como psicólogos, como del resto de los miembros del equipo.

## 1.2. Población

Los equipos de CP del país, deben atender a múltiples patologías y poblaciones, en el caso de las instituciones entrevistadas, salvo un caso, todas asisten a poblaciones adultas, donde las patologías que se presentan son múltiples. Se obtuvo que las patologías oncológicas son las que prevalecen. Así mismo, las patologías no oncológicas mencionadas en las entrevistas fueron, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares y demencias.

Estos datos se pueden contrastar con datos extraídos de la Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023) donde se menciona la población asistida según franja etaria y patología.

**Tabla N.3**

Distribución por grupos etarios según patología. Uruguay, 2022

| Grupo etario            | Oncológicos<br>números absolutos | No oncológicos<br>números<br>absolutos | Total        |
|-------------------------|----------------------------------|--|--------------|
| Perinatal               | 0                                | 253                                    | 253          |
| Niños 0-12 años         | 111                              | 253                                    | 364          |
| Adolescentes 13-19 años | 38                               | 101                                    | 139          |
| Adultos mayores 20 años | 6816                             | 4365                                   | 11181        |
| <b>Total</b>            | <b>6965</b>                      | <b>4972</b>                            | <b>11937</b> |

Fuente: ENCP 2022

De lo expuesto en la tabla, se puede observar semejanza en lo que respecta a la prevalencia de patologías oncológicas en la asistencia paliativa de los adultos por sobre otras patologías. Por otra parte, el psicólogo entrevistado que realiza asistencia pediátrica comenta que las encefalopatías y las parálisis cerebrales son las patologías que prevalecen en la asistencia pediátrica.

En la Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023), se exponen las principales patologías no oncológicas que prevalecen, estas son, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, HIV-SIDA, demencias, entre otros. Estos datos también se pueden contrastar con los resultados de las entrevistas realizadas en este trabajo, donde estas patologías son mencionadas.

*“Somos de los servicios que más patologías no cáncer vemos, es decir patologías de órganos, insuficiencia cardíaca, insuficiencia pulmonar, renal. El año pasado fue un 60, 40, un 60 % de patología oncológica y 40% de patología no oncológica.” E6*

*“Oncológicos es la gran mayoría también puedes tener pacientes con enfermedades neurológicas, párkinson, ELA, demencia.” E7*

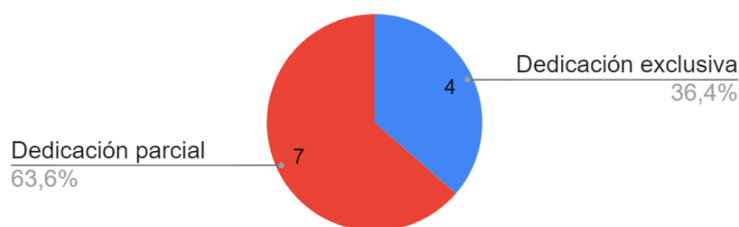
### 1.3. Obstáculos y facilitadores

Se indago sobre obstáculos que perciben los psicólogos entrevistados en el trabajo en CP, donde mencionan dificultades a nivel institucional, en relación a las horas asignadas a la asistencia paliativa. Los profesionales en su mayoría no cuentan con horas exclusivas para dedicarse a CP. Por lo que deben repartir sus horas de trabajo, entre la asistencia en CP y sus demás funciones en la institución. En relación a esto los entrevistados manifiestan no sentir mucho apoyo o reconocimiento por parte de la institución en los que respecta al trabajo en CP.

*“No hay mucha preocupación por cómo se trabaja, o reconocimiento mucho de las horas, o mismo del trabajo en sí..” E10*

**Figura N.11**

Dedicación de los psicólogos entrevistados al trabajo en CP.



Un aspecto que se presenta como problemático por parte de los entrevistados es cuando el paciente experimenta un cambio en su situación y pasa a ser asistido en otro ámbito, por ejemplo, cuando es trasladado a sala de internación o a su domicilio. En este momento, el equipo de CP que lo ha estado atendiendo durante un tiempo cede la responsabilidad a otro equipo (el equipo de internación o el equipo de domicilio). Este cambio significativo puede tener efectos negativos tanto en el paciente como en su familia. Por lo que sería oportuno pensar si existen estrategias que mitiguen estos posibles efectos negativos que puedan surgir por el cambio del equipo asistencial.

Otros obstáculos o desafíos planteados tienen que ver con situaciones individuales de los miembros del equipo que repercuten en el trabajo, en relación a temas no trabajados por parte de los miembros, cuestiones de encuadre y límites en relación a la asistencia, que puedan generar algún conflicto. Por otro lado, también pueden presentarse dificultades

externas como ser temas de inseguridad a la hora de poder realizar visitas domiciliarias, o situaciones de violencia que pueden generarse con los pacientes o familias.

Al preguntar sobre los facilitadores en el trabajo en CP, los entrevistados hicieron alusión al equipo como una gran fortaleza en su trabajo. Aparecen equipos donde la comunicación es fluida, continua e interdisciplinar, donde todas las voces son escuchadas.

Se destaca el tema de la “vocación”, y la “gratificación” que les genera el trabajo en CP. Resulta interesante como comentan sentirse “a gusto” y “felices” del trabajo que realizan, con el claro objetivo de que el paciente pueda “irse en paz” y de manera “digna”.

De lo expuesto anteriormente, es imprescindible que el equipo pueda manejar estos objetivos comunes, y que pueda acompañar al paciente en su enfermedad. Evitando prácticas infructíferas que puedan causar más molestias, prácticas con el objetivo de extender la vida a base de sufrimiento, así como el limitarse a la hora de la medicación, si no que, por el contrario, la medicación debe considerarse como un aliado a la hora de aliviar los síntomas. Dicho esto, en los equipos entrevistados, se puede observar cómo se encuentran consolidados, persiguiendo el mismo objetivo y trabajando a favor de estos.

*“Es precioso, yo soy una enamorada de los CP. En el sentido de que uno puede hacer mucho, los psicólogos podemos hacer muchísimo, pero también podemos hacer muchísimo daño, entonces es importantísimo que nos podamos formar en esto. Es duro, trabajar en CP es duro, porque implica estar en contacto con la posibilidad de que vos te vas a morir también, porque se muere la gente joven también, y las injusticias pasan y las enfermedades suceden, y uno tiene que tener su proceso hecho.” E6*



## 2. Intervenciones psicológicas con los pacientes

### 2.1. Características de las intervenciones psicológicas en CP.

La OMS (1990) establece los principios de los Cuidados Paliativos, los cuales incluyen aliviar el sufrimiento, promover el bienestar y controlar los síntomas, teniendo en cuenta aspectos psicológicos y espirituales. Se busca identificar las necesidades específicas del paciente en este proceso y facilitar la prestación de cuidados dentro de su entorno natural. Se reconoce la vida como un valor fundamental y se comprende la muerte como un proceso natural que no se aplaza ni se anticipa. El objetivo es ayudar a los pacientes a vivir lo más plenamente posible hasta el final de sus vidas, teniendo en cuenta el sufrimiento asociado con la enfermedad.

Las intervenciones psicológicas, siguiendo a Mateos (2003), pueden dirigirse a paliar el impacto psicológico y ayudar a adaptarse a los pacientes y a sus familias a la enfermedad. Estas intervenciones deben ser continuas y flexibles, contemplando los cambios rápidos que se dan en la evolución de la enfermedad, donde se hace necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades del paciente.

El encuadre en estas intervenciones depende en gran medida de la situación en la que se encuentra el paciente. Estas intervenciones pueden darse en tres ámbitos principalmente, el domicilio del paciente, la policlínica y el piso o sala donde los pacientes están internados. Dado los diferentes marcos en que las intervenciones se llevan a cabo es que se hace necesario una flexibilidad y creatividad por parte del psicólogo.

En cualquiera de los diferentes ámbitos en que el psicólogo interviene, el encuadre de trabajo con el paciente y la familia es diferente dependiendo de la demanda de estos, siendo consultas que no tienen una duración determinada, donde la situación en la que se encuentra el paciente, el lugar, el contexto y el momento son determinantes a la hora de la intervención.

*“Es bastante relativos, nosotros tenemos un tiempo establecido si.. la hora seria como la hora de psicoterapia 50min, pero después en los hechos eso es muy relativo, al estar en la casa uno no siempre maneja los tiempos, y hay situaciones en que .. hay determinadas cosas que hay que verlas ahora porque no sabes si la semana que viene el paciente va a estar en condiciones, o que ya no va a estar” E3*

A pesar de la flexibilidad en torno al encuadre, todas se enmarcan en el mismo objetivo el de acompañar al paciente en este proceso, siendo empático, posibilitando que el paciente se exprese de manera abierta y sincera, mediante una escucha activa, considerando el momento vital en el que se encuentra la persona, es en base a todo esto es que se elaborarán estrategias en busca de una mejor calidad de vida, para una mejor calidad de muerte, evitando el sufrimiento tanto físico como psicológico.

*“Lo que el psicólogo tiene que ser es muy flexible, olvídate del encuadre del consultorio porque eso no existe, los tiempos son otros...” E7*

*“Dispositivo móvil, encuadre totalmente diferente a lo que es un paciente habitual. Vas a la casa, conoces a la familia, trabajas desde otro lugar.” E6*

## 2.2. Estrategias y técnicas

De la misma manera que el encuadre de las intervenciones es diverso y flexible también los son las estrategias que se utilizan, siendo el foco principal como se menciona anteriormente el aliviar el sufrimiento del paciente, el escuchar activamente y el habilitar un espacio para que pueda expresar sus sentimientos, temores y ansiedades.

Los psicólogos entrevistados se han formado desde diferentes marcos teóricos, como ser el psicoanálisis, conductivo conductual, la Psico Neuro inmuno Endocrinología, la Psicología Médica, Mindfulness, EMDR. Y es a partir de sus diferentes conocimientos que intervienen con el paciente según su necesidad y según la situación en la que se encuentre. Se comenta además el uso de técnicas de relajación y respiración, como un gran aliado a la hora de las intervenciones.

*“Yo trabajo con recursos, con software, con tecnología, con TICS, yo digo trabajo con pacientes que no hablan.. Utilizamos técnicas diversas, porque usamos mindfulness, herramientas emdr, la escucha clínica, que es escucha psicoanalítica” E12*

*“No aplico técnicas ni nada, no tiene sentido, muchas veces los tomo de la mano, los abrazo, ósea, trato de no movilizarlos con cosas que infiero.” E7*

*“Que puedas hacer un espacio, recibir ese dolor poderlo verlo y bueno dar una respuesta, de contención, de acompañamiento, simplemente la respuesta es eso, desde un apretón de manos o con la mirada, y eso puede ser mucho más valioso que decir muchas cosas, a veces el no decir nada es lo que hay que hacer.” E8*

### 2.3. Circunstancias y efectos del proceso de enfermedad

El diagnóstico de una enfermedad terminal genera una cantidad de emociones, miedos y ansiedades, las cuales hay que saber escuchar y captar, pero también muchas veces estos pacientes cuentan con otras temáticas previas que también se tienen que tener en cuenta a la hora de trabajar con ellos.

*“Hay una fase de escuchar mucho y ver en qué momento y en qué faceta está situado el paciente y la familia, y a partir de ahí la demanda que empieza a surgir, las preguntas o los comentarios que pueden ser un poco velados, ahí puede ir habiendo una pauta para ir abriendo mas que es lo que está sucediendo realmente, o que es lo que puede suceder, o cuales son los temores, los miedos, las preocupación mayor” E8*

Por otra parte, es importante saber en qué etapa vital se encuentra el paciente, como se adapta a la enfermedad y con qué herramientas cuenta para poder hacer frente a la situación. Así como también, es imprescindible poder identificar quien será el cuidador principal de este paciente.

*“El rol, uno de los principales es ver la adaptación que tiene el paciente, los recursos para afrontar esta situación, de crisis vital, y la familia, ayudar para poder acompañar y procesar esta situación...” E1*

*“...Yo trabajo con una población, la población del hospital, con multi patologías, mucho paciente adicto, mucho paciente en situación de calle, y capaz que su enfermedad no es lo más importante en ese momento, entonces yo voy a trabajar con lo que al paciente le preocupa..” E6*

Con respecto al trabajo con los pacientes y las familias muchas veces en un primer momento se presentan ciertas resistencias, donde pueden incluso negar o minimizar la enfermedad, presentando un hermetismo grande y el deseo de no hablar con el psicólogo, en ocasiones el paciente no desea acompañamiento psicológico, pero si la familia, y se respeta esa decisión y se acompaña desde ese lugar.

*“Hay un periodo que el paciente y la propia familia también pueden negar, o no darle la importancia, o minimizar incluso lo que sucede, en términos de amenaza hacia la vida, entonces hay una fase en la que hay que acompañar y hay que ver hasta donde el paciente quiere saber y de lo que quiere hablar, el paciente y la familia.” E8*

Muchas veces el psicólogo también trabaja acerca de lo que el médico dice, intentando poner en palabras más simples aspectos de la enfermedad del paciente, su diagnóstico y el proceso de la enfermedad, ayudando a procesar la información, y si es necesario también

ayudar a poder comunicar sobre la enfermedad a la familia. El psicólogo de ninguna manera es el encargado de dar diagnósticos sobre la enfermedad o comunicar noticias acerca de esta. En lo que sí interviene es en poder ayudar a procesar y aceptar la enfermedad, fomentando que el paciente sea partícipe de sus decisiones, que sea tratado como un sujeto activo.

*“Y muchas veces soy la interlocutora entre el médico asistencial y el paciente, porque a veces se trabaja mucha terminología médica que el paciente no logra comprender o no se anima a preguntar ya veces soy un poco como los subtítulos del sistema asistencial. “ E6*

### **3. Intervenciones psicológicas con las familias.**

Si bien desde un primer momento se busca identificar quién será el cuidador principal del paciente, se tiene que poder trabajar con todos los integrantes de la familia que así lo deseen, es por esto que se hace alusión al trabajo con la familia.

#### **3.1. Comunicación**

Un aspecto a trabajar con las familias es la comunicación. Cada familia tiene su forma particular de comunicarse. En estos momentos que resultan amenazantes puede que se generen dificultades, pudiendo aparecer malos entendidos y cercos de silencio. Esta falta de comunicación da lugar a la incertidumbre, los entrevistados expresan estas situaciones como

un obstáculo a la hora de trabajar con las familias. Se hace necesaria así una intervención que permita brindar estrategias que fomenten la comunicación entre el paciente y su familia.

*“Muchas veces el orientar un poco de cómo transmitir la información a nivel familiar, que muchas veces ellos piensan que no entienden nada y la familia entiende todo” E1*

### 3.2. Duelo

Por otro lado, el duelo es sin dudas un aspecto central en el trabajo con las familias, el trabajo con esta se da durante el proceso de enfermedad del paciente, como también después del fallecimiento. Es crucial por parte de los equipos la capacidad para detectar posibles duelos patológicos. Para esto es necesario indagar sobre duelos anteriores, observar cómo se van adaptando a la nueva situación del paciente y con qué herramientas cuentan para transitar este proceso. Con el fin de poder preparar a estos familiares a atravesar el duelo de la mejor manera posible, minimizando el sufrimiento.

Luego del fallecimiento del paciente, todos los psicólogos entrevistados mencionan que realizan un acercamiento a las familias. Al fallecer el paciente, se acercan a la familia, por lo general a través de una llamada, para indagar sobre cómo se encuentran, ofrecerles posibilidad de alguna intervención si lo consideran necesario, u ofrecerles alguna de las posibilidades de atención de salud mental que ofrece la institución, o simplemente para brindar su apoyo y contención. Así mismo mencionan, en algunos casos, acudir a los velatorios o tener algún acercamiento presencial con las familias.

*“.. Tratas de pesquisar es algún signo o síntoma que te haga poder pesar en algún duelo patológico, si ves que aparentemente no hay nada, quedas medio a la orden puedes informar si hay algo más, grupos de duelo, comité de salud mental, todo lo que te ofrece el prestador.” E11*

### 3.3. Resistencias

Los equipos de CP muchas veces se enfrentan con familias que actúan con mecanismos defensivos, con muchos miedos, ira, o frustración, lo que muchas veces imposibilita el poder trabajar con ellos. Es por esto que el equipo tiene que poder ser receptivo, evitando prejuzgar, y comprender que la enfermedad no afecta a todas las personas y familias por igual. Las realidades internas de cada persona son diversas, y existen en cada situación un montón de variables que son determinantes a la hora de la intervención.

*“Cada familia es diferente, hay familias que no eligen conversar, y bueno no eligen conversar con el psicólogo porque tienen sus propios procesos de elaboración de duelo, yo lo que trato es respetar el proceso de elaboración de duelo de cada familia” E2*

*“Cuando la familia está y precisa saber, y precisa entender lo que está pasando, se lo acompaña, pero si no está no se lo obliga a estar.” E6*



## 4. El equipo de CP

### 4.1. Interdisciplina

En el trabajo en CP, el equipo es parte esencial, siendo así la interdisciplina fundamental para el adecuado funcionamiento del equipo y para un trabajo eficiente que considere al paciente en todas sus dimensiones. Resulta imprescindible tener un espacio donde todos los miembros del equipo puedan comunicar, plantear y preguntar aspectos en relación a la situación del paciente, de la familia, de la enfermedad, con el fin de generar una mejor calidad de vida para el paciente

*“El equipo piensa estrategias juntos, el equipo valora y no hay obstáculos para la opinión de las distintas disciplinas. Y también decirte este equipo ha valorado la opinión psicológica, ha valorado mucho el rol del psicólogo...” E2*

Es así que es necesario que todos los miembros del equipo estén familiarizados con la situación del paciente y capacitados para identificar las diferentes necesidades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales, para luego poder desarrollar estrategias basadas en sus posibilidades y recursos.

#### 4.2. Reuniones de equipo

En las entrevistas realizadas se hizo especial hincapié en las reuniones de equipo, las cuales sirven muchas veces para que los miembros puedan volcar sus emociones, opiniones y sentimientos, ayudándose mutuamente cuando se necesita, prestando apoyo y compañía. Se dan situaciones que pueden impactar más o menos a los miembros del equipo, por lo que se debe generar un espacio que permita ese intercambio y ese reconocimiento a las emociones que puedan surgir.

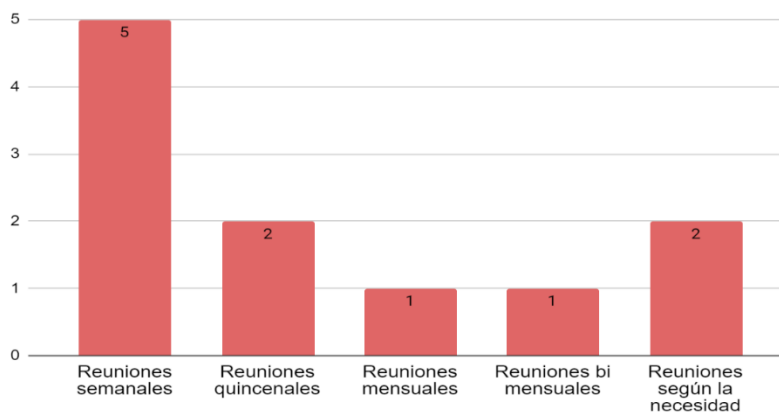
Es imprescindible que cada miembro del equipo pueda reconocer sus propios límites, estas instancias de equipo permiten eso, poder detectar cuando una situación está generando algo en algún miembro que genera efectos negativos en el trabajo con el paciente y con la vida del profesional. Las reuniones de equipo tienen que posibilitar esa apertura y ese apoyo, donde idealmente se pueda derivar en caso de ser necesario.

*“Siempre tiene que haber como una posibilidad de escucha de equipo, de contención, de apoyo...que estén lo suficientemente sensibles y que se conozcan... que puedan llegar a decir en el equipo esas cosas y el equipos debería hacerle lugar a eso” E8*

Los entrevistados comentan en todos los casos que cuentan con instancias de diálogo y discusión, en el siguiente gráfico se muestra con la frecuencia en que se dan estas reuniones de equipo.

**Figura 2**

### *Frecuencia de las reuniones de equipo*



En dichas reuniones además de comentar sobre su propia implicación y sentimientos en relación a las intervenciones, es un espacio en el que fundamentalmente se comenta sobre la situación de los pacientes en cuanto a su enfermedad, avances, y pronósticos. Por lo que es imprescindible que en el equipo se tomen en cuenta y se discuta acerca de los intereses del paciente en cuanto a su futuro.

En las entrevistas se menciona que en muchas ocasiones los pacientes comentan sobre sus deseos, prioridades y objetivos a los psicólogos. Es así que resulta imprescindible poder escuchar aquello que trae el paciente y comunicarlo con el resto del equipo para luego poder intervenir desde ese lugar, dándole al paciente la posibilidad de ser un sujeto activo en su enfermedad.

Estas reuniones sirven también como una forma de evitar el “encarnizamiento médico”. Se debe brindar información clara sobre el tratamiento y sus efectos, respetando la decisión de abandonar el tratamiento o no recibirlo, así mismo, se deben considerar los deseos del paciente en relación a dónde quiere pasar sus últimos días de vida.

#### 4.3. Instancias promotoras de bienestar en el equipo

Además de las reuniones en equipo los entrevistados comentan como un gran aporte al bienestar del equipo el hecho de ir en conjunto con otro miembro a las intervenciones o consultas con los pacientes y las familias, tanto en visitas al domicilio, en sala de internación, como en la clínica. Donde puedan junto a otro miembro del equipo complementarse y asistir a ese paciente como un equipo de manera integral.

*“En cuanto al equipo esto de bueno poder compartir las miradas, las impresiones, las sensaciones, los sentimientos, poder realizar visitas en conjunto, eso también sería parte del cuidado de los equipos...” E10*

Por otra parte, comentan sobre la importancia de la capacitación continua, muchos de los psicólogos entrevistados comentan que cuentan con instancias de capacitación en CP, ya sean cursos, talleres, congresos. Estas instancias, comentan los entrevistados, son por lo general independientes a la institución de salud.

*“Hacemos toda la formación que podemos, vamos a todas lo que haya, ya sean charlas, seminarios, la formación continua es una de las cosas que más te ayudan a no primero desgastarse, el famoso burnout, a no quemarte, porque es muy frustrante...” E7*

En este fragmento de la entrevista se hace alusión al burnout, este concepto ha aparecido varias veces en la entrevista. En el caso del trabajo en cuidados paliativos el equipo se encuentra constantemente expuesto a la muerte, al sufrimiento, por lo que es muy probable que algún miembro del equipo pueda experimentar angustia, impotencia, tristeza. En varias ocasiones los entrevistados comentaron algunos casos donde se han generado en los miembros del equipo situaciones de este estilo, en su mayoría en relación con la edad del paciente o por el hecho de tener hijos pequeños, o ser personas solas.

A raíz de esto, los entrevistados comentaron otras instancias como promotoras de bienestar del equipo. Aparte de las reuniones de equipo y las intervenciones en conjunto, aparecen las actividades que hacen fuera del espacio institucional, como por ejemplo comidas, conversar por fuera del espacio de trabajo, ir a congresos, instancias que fomentan la cohesión y el buen relacionamiento del equipo. A esto también se le suman otras instancias que se generan en el ámbito institucional como ser jornadas de autocuidado, reuniones, etc. Sin embargo, este tipo de instancias se presentan como intermitentes, no son instancias que se realicen con frecuencia.

## **Discusión**

El presente trabajo indaga la labor del psicólogo dentro de los equipos de CP en los meses de agosto-septiembre de 2023. Abordando su labor dentro de la institución, las intervenciones psicológicas con los pacientes y familias, así como también el trabajo del equipo. Se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica para adquirir una comprensión sobre la situación de los CP en Uruguay, así como también sobre la labor de los psicólogos

dentro de los equipos de CP. Se destaca la relevancia de la Encuesta Anual sobre el Desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023), la cual proporcionó datos fundamentales que fueron contrastados con los hallazgos obtenidos a través de entrevistas realizadas.

Desde una perspectiva institucional, resulta relevante comenzar destacando los diversos modelos de asistencia identificados en la Encuesta Anual sobre el Desarrollo de los CP en Uruguay (2023). Estos modelos comprenden las Unidades de CP, Equipos de Soporte, Equipos No Específicos, Profesional Individual e Impulso Individual.

Los equipos de los psicólogos entrevistados pertenecen a, Unidades de Cuidados Paliativos, Equipos de Soporte y Equipos No Específicos. Específicamente, los equipos de la Unidad de CP operan en los departamentos de Río Negro, Cerro Largo, Rocha y Montevideo. Por otro lado, los Equipos de Soporte están presentes en los departamentos de Maldonado, Montevideo y Flores, mientras que los Equipos No Específicos se distribuyen en los departamentos de Rivera y Flores.

A pesar de las diferentes modalidades de atención, los entrevistados identifican desafíos u obstáculos significativos para la asistencia paliativa. En las entrevistas, se evidencian equipos que no cuentan con los miembros estipulados para la asistencia, siendo los Asistentes Sociales los profesionales que más escasean. Estos hallazgos se contrastan con los datos de la Encuesta anual sobre el Desarrollo de los CP en Uruguay (2023) que revelan la cantidad de profesionales que conforman los equipos del país en 2022. En dicha encuesta se destaca que los Médicos son los más numerosos, con 388, seguidos por los Auxiliares en Enfermería, con 288. Por el contrario, se observa una menor presencia de Licenciados en Trabajo Social, con 60, así como de personal administrativo, con 56, y voluntarios, con 38.

En cuanto a los miembros de los equipos, los psicólogos entrevistados resaltan la importancia de contar con una formación específica en Cuidados Paliativos y señalan la falta de capacitación en esta área. Se expone un caso en el cual el entrevistado carece de formación en CP, mientras que 7 de los entrevistados cuentan con posgrados o diplomaturas en esta área. Mencionan a su vez, la escasa capacitación específica en CP de los demás miembros del equipo. Así mismo, a pesar de la escasa formación, mencionan en varias oportunidades, la asistencia a congresos, talleres, charlas y diferentes instancias de capacitación, las cuales son independientes a la institución.

Otro aspecto señalado en las entrevistas como un obstáculo son las horas asignadas a CP. La mayoría de los entrevistados comentan tener una dedicación parcial, donde deben organizar sus tareas de acuerdo a las horas que le son asignadas para CP y demás funciones. De los 11 psicólogos pertenecientes a diferentes equipos de CP, 4 mencionan una dedicación exclusiva, de estos, 3 pertenecen a Unidades de CP y el restante a Equipos de soporte. Los 6 psicólogos restantes manifiestan tener una dedicación parcial. Los datos obtenidos en la Encuesta Anual sobre el Desarrollo de los CP en Uruguay (2023) reflejan una situación similar a la que se observó en las entrevistas realizadas. Se identificaron 53 profesionales con dedicación parcial y 31 con dedicación exclusiva al trabajo en CP. En ambos casos se explicita la prevalencia de una dedicación parcial al trabajo esta área, lo que implica la necesidad de organizar sus tareas dentro de un marco limitado de tiempo, que también se destina a otras funciones. Esta situación subraya la importancia de una adecuada asignación de recursos con una mayor consideración hacia la dedicación de tiempo y esfuerzo necesarios para brindar una atención integral y efectiva.

En las entrevistas emergen como desafíos para la asistencia paliativa, situaciones donde se recurren a intervenciones telefónicas debido a la imposibilidad de poder acceder a ciertos barrios por su peligrosidad. Esto se refuerzan con los hallazgos de la Encuesta Anual

(2023), que resalta la falta de compensación por la atención telefónica de guardia y la ausencia de medios de transporte propios. Asimismo, se señalan problemas como la falta de cobertura durante las licencias del personal, instalaciones inadecuadas para realizar la tarea y la presencia de violencia social al visitar los domicilios. Estos aspectos subrayan la complejidad y la diversidad de factores que influyen en la asistencia efectiva de CP, destacando la necesidad de abordar no solo los aspectos clínicos, sino también los sociales y contextuales para brindar una atención integral a los pacientes y sus familias.

Sería pertinente cuestionar sobre la importancia que se le brinda a los CP en las instituciones. A pesar de que se debe de seguir las directrices establecidas por el Plan Nacional de CP, la realidad en las instituciones varía ampliamente. De ahí que cabe preguntar cuáles son las estrategias de seguimiento que existen para garantizar la adecuada implementación del plan Nacional de CP. Y si efectivamente ese seguimiento se lleva a cabo por parte del Estado hacia las instituciones. Así como también considerar que posibilidades de formación específica se cuenta en CP, ya que se denota que existe una falta en torno a la formación en esta área.

En lo que respecta a las intervenciones psicológicas con los pacientes y las familias, se mencionan, características de las intervenciones, circunstancias y efectos de estas, técnicas y estrategias empleadas, y encuadre de las intervenciones.

En función de las posibilidades de los sujetos e instituciones, es que los psicólogos adaptan las intervenciones, modificándose y adaptándose a las diferentes situaciones. Es importante entonces una flexibilidad y permeabilidad por parte de los psicólogos en cuanto al encuadre, técnicas y marcos teóricos a utilizar. Aquino (2014), "Con respecto a la comunicación, ésta más que capacidad de decir, es capacidad de escuchar. El habilitar



espacios para que el paciente pueda compartir sus miedos, preocupaciones, ansiedades, y lo que su enfermedad significa y re-significa en él". (p.27)

Emergen de las entrevistas el uso de técnicas de relajación, respiración, escucha, evitando despertar inquietudes que generan malestar e imposibiliten el bienestar del paciente, por el contrario, se busca paliar el sufrimiento, donde el contacto, la cercanía y la escucha aparecen como fundamentales. Como mencionan Fernández-Alcántara, et al (2013) En el trabajo con el paciente terminal, las intervenciones que realiza tienen la particularidad de que intentan no abrir nada que pueda ser problemático, nada que venga a traer más ansiedad, pues el objetivo es disminuir la ansiedad y tensión en el paciente e en la familia.

Los entrevistados mencionan, que muchas veces el paciente elige al psicólogo como la persona a la cual comenta sus inquietudes, pregunta y se expresa en lo relativo a la enfermedad que está atravesado. Razón por la cual podría suponerse que el psicólogo posee una escucha que puede resultar diferente al resto de los profesionales, una escucha activa, que permite al paciente ser sujeto activo en su enfermedad, invitando a pensar, expresarse, ayudando a entender este proceso.

Se busca restituir la autonomía del paciente, promoviendo su capacidad de tomar decisiones sobre su propia vida y tratamiento. De acuerdo con Pessini y Berachini (2006) "Los médicos y otros profesionales del cuidado deben respetar la *autonomía* del paciente, aceptando sus prioridades y sus objetivos, no ocultando la información solicitada por el paciente y respetando sus deseos de no ser tratado cuando esta intervención es sólo una prolongación del proceso de morir." (p. 238)

En este sentido, los entrevistados señalan como esencial que los psicólogos colaboren con el paciente para ayudarlo a comprender la información relacionada con su enfermedad. Trabajando en conjunto con el médico y otros miembros del equipo, se facilita una comprensión

más completa de la situación y las opciones disponibles. Esto permite empoderar al paciente y mejorar su calidad de vida.

En relación a las circunstancias y efectos de las intervenciones, los entrevistados comentan la existencia de resistencia por parte de los pacientes y/o las familias a la asistencia. Se podría considerar que esas resistencias son en parte, una resistencia a aceptar la enfermedad y la finitud, lo que genera así que estos pacientes y las familias no deseen recibir asistencia psicológica.

Como menciona Haro (2017) la negación funciona como amortiguador ante el impacto de la noticia, es un defensa provisional, que puede verse durante todo el proceso, pero por lo general es más frecuente en el principio. Esta negación se puede evidenciar en la búsqueda de otros diagnósticos u opiniones, se vuelve problemática cuando esta resistencia se vuelve permanente. Otro mecanismo que comenta la autora es la ira, está se puede dirigir hacia el personal sanitario o a su propia familia, en estos casos los psicólogos deben entender que esa ira no es personal si no es un mecanismo que el paciente manifiesta ante esta situación amenazante.

Si bien las resistencias en las intervenciones psicológicas son habituales en diferentes ámbitos de asistencia y por lo tanto no exclusivas de las intervenciones en CP, en el caso de estas intervenciones, es frecuente encontrar situaciones de resistencia y negación ante la situación de enfermedad y todo lo que conlleva.

Se considera que a raíz del diagnóstico de la enfermedad se generan en los pacientes, una serie de angustias, miedos y temores, así como una pérdida de la esperanza de una recuperación y en consecuencia un enfrentamiento a la finitud. De acuerdo con Gandolfi et al. (2008) "Las intervenciones se centran en las vivencias en relación al sufrimiento tanto del enfermo como de la familia, las construcciones fantasmáticas, los temores, las estrategias de

afrontamiento, las significaciones que han ido produciendo en torno al proceso mórbido y las resignificaciones en torno a sucesos vitales que toman preeminencia en estos momentos. Cuando el “por morir” aparece como posibilidad, la vida entera empieza a adquirir otros significados.”

En este proceso, los pacientes pueden experimentar duelos por las pérdidas que se avecinan, como la pérdida de la salud, la autonomía, los roles familiares o la capacidad de planificar el futuro. Como indican Gandolfi et al. (2008) “Se apunta además desde la intervención a contribuir en la prevención y elaboración de los múltiples procesos de duelo que se desatan tanto para el paciente como para la familia.”

En lo referente a los dichos expresadas por los psicólogos entrevistados, sobre el duelo que atraviesa a los pacientes y sus familias, se observa un mayor énfasis en el duelo experimentado por las familias, en detrimento de los expresando en torno a los diferentes tipos de duelos enfrentados por los propios pacientes.

Por otro lado, los entrevistados mencionan situaciones en los que los pacientes no cuentan con una familia que los apoye, al igual que familias con escasez de recursos educativos, lo que genera una dificultad a la hora del entendimiento y las posibilidades de aceptar y hacer frente a la enfermedad. Los psicólogos señalan que tienen que poder establecer cierta distancia y evitar prejuizar, entendiendo que son múltiples las variables que inciden en las situaciones y puede resultar contraproducente indagar e inferir sobre ciertos temas.

El equipo tiene que acompañar y brindar apoyo a este paciente y a su familia, ver la adaptación que el paciente va teniendo a la enfermedad y los recursos que tiene para poder procesar esta situación, respetando sus creencias culturales, religiosas y personales. Tal como

indica Días (2018), se debe elaborar una estrategia de cuidado que abarque tanto aspectos psicológicos como espirituales, así como, proporcionar un sistema de apoyo a la familia para ayudarles a afrontar la enfermedad del paciente y el proceso de duelo.

Desde esta perspectiva Gandolfi et al. (2008) expone, “Dado que cada proceso va a depender de cada situación particular, se debe ir construyendo en cada encuentro un campo de trabajo ajustado a dicha realidad” (p.2). Se afirma de este modo, la importancia de crear un dispositivo que genere cierta intimidad y que habilite a que el paciente ponga en palabras lo que va pasando y sintiendo.

En relación al trabajo en equipo, Días (20218) señala como “imprescindible una comunicación eficiente, continua, clara y fluida, entre todos los miembros del equipo y de esta con el paciente y su familia.” (p.17). De acuerdo a lo mencionado por los psicólogos entrevistados, todos expresan que existe una comunicación adecuada dentro del equipo, con un apoyo mutuo, escucha activa y respeto entre las diferentes disciplinas. A su vez, forman parte de equipos interdisciplinarios que se reúnen mayormente de forma semanal, aunque también se mencionan casos de reuniones quincenales o según las necesidades específicas

Las reuniones de equipo, mencionan los entrevistados, se encuentran focalizadas mayoritariamente en el paciente y su familia, discutiendo sobre la situación, informando y creando estrategias para la intervención. Sin embargo, estas instancias no tienen como objetivo el propio cuidado del equipo, si no que esto queda relegado a ocasiones especiales donde se genera alguna situación que requiera de alguna intervención a nivel de equipo. Además, se menciona que la institución ofrece escasas o nulas oportunidades para promover el bienestar del equipo. Por otro lado, los entrevistados destacan actividades por fuera de lo institucional como ser comidas, charlas, capacitaciones, como favorecedores del bienestar del mismo.

En múltiples ocasiones, los entrevistados compartieron situaciones en las que los miembros del equipo experimentaron emociones como angustia, tristeza y enojo. Fueron identificadas ciertas circunstancias que resultan especialmente movilizadoras para los profesionales, como haber vivido una experiencia similar, que el paciente o la familia les recuerde a alguien, la edad del paciente, la presencia de hijos pequeños o la condición de estar solos. Estas situaciones pueden tener un impacto negativo en los miembros del equipo, incluso afectando su desempeño laboral y su vida personal. Las reuniones de equipo brindan un espacio para que los profesionales puedan expresar estas emociones, sentimientos y reacciones que surgen en el contexto del trabajo en cuidados paliativos.

Los entrevistados consideran así al equipo como un gran facilitador, donde la “vocación” hacia el trabajo en CP es expresada en varias oportunidades, comentando sobre todo la gratificación que genera el acompañar al paciente en estos últimos momentos, ayudando a “poder irse” dignamente, y apoyando también a la familia durante la enfermedad del paciente y luego del fallecimiento de éste.

Finalmente, los entrevistados hacen alusión a los prejuicios existentes del trabajo en CP, relacionándolo con la muerte inminente y el sufrimiento. De acuerdo con estos, si bien la finitud es una parte inevitable del trabajo en CP, es mucho más que esto. En palabras de uno de los entrevistados, implica el privilegio de acompañar a las personas en un momento tan especial y conmovedor de sus vidas. En medio de situaciones dolorosas y amenazantes, es posible ofrecer ayuda, apoyo y compañía, además de encontrar pequeñas esperanzas que, aunque puedan parecer diminutas, son significativas y merecen ser cultivadas. Finalmente, mencionan, que estas situaciones no solo desafían, sino que también enriquecen, enseñan y brindan una profunda gratificación.

Al reflexionar sobre este estudio, se enfatiza la importancia de proporcionar una atención integral a los pacientes y sus familias, abordando no sólo los aspectos físicos, sino también psicológicos, espirituales y culturales. Esto requiere la colaboración de un equipo interdisciplinario, donde se valore la diversidad de opiniones, conocimientos y experiencias de cada miembro.

El apoyo psicológico es fundamental para facilitar la aceptación y aliviar el sufrimiento generado por la enfermedad. Es esencial que las intervenciones consideren la singularidad de cada paciente y familia, siendo flexibles en las estrategias y técnicas utilizadas y manteniendo una comunicación efectiva. En resumen, el psicólogo desempeña un papel fundamental al brindar apoyo emocional, facilitar la comunicación y promover la adaptación en este proceso.

Los CP están aún en proceso de desarrollo en muchas instituciones, se observa un panorama heterogéneo, con variaciones en la conformación de los equipos y en la atención que se brinda en cada contexto. Si bien se evidencian una serie de los desafíos y obstáculos en el trabajo de CP, se resalta el papel fundamental del equipo como una gran fortaleza para la asistencia.

En cuanto a los psicólogos entrevistados, se observa una tendencia uniforme en relación al involucramiento de estos en la asistencia paliativa. Donde de los 12 psicólogos entrevistados, 8 destacaron la gratificación y satisfacción que experimentan al trabajar en este campo, se aprecia así una dedicación y vocación por ayudar a los pacientes y sus familias en esos momentos tan difíciles.

## Bibliografía:

- Arévalo Plá, C (2021) A modo de balbuceo. En: Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica - Vol. , N.o 1
- Aquino, Yohanna (2014) La integración del psicólogo en el campo de los cuidados paliativos : perspectiva histórica y situación actual [Trabajo final de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.] <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5250>
- Barbero, J. (2008) Psicólogos en Cuidados Paliativos: La sinrazón de un olvido. *Psicooncología*, 5,179-91. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130179A/15553>
- Bellver A., Gil-juliá B. y Ballester R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A>
- Britos, Juan Pablo (2022). Estrategias y técnicas de intervención en entornos educativos : aportes de la psicología sistémica. [Trabajo final de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología] <https://hdl.handle.net/20.500.12008/34808>
- Bohoslavsky, R. (1983). La orientación Vocacional. Una estrategia clínica. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Días, C. (2018). Los cuidados paliativos, los servicios de salud y el rol del psicólogo [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y

Psicopedagogía. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=cuidados-paliativos-servicios-salud>

Encuesta anual sobre el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Uruguay (2023). Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de psicología*, 29(1), 1-8

Fernández Sánchez, J.C., Pérez-Mármol, J.M., & Peralta Ramírez, M.I.. (2017). Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 421-431. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0114>

Gandolfi, A., Protesoni, A.; Reina, M. (2008). Invenciones clínicas sobre las afecciones del cuerpo. En: IX Jornadas de Psicología Universitaria, Psicolibros, Montevideo

Gandolfi A, Protesoni A, Reina M. (2009). Modelo de intervención de trabajo domiciliario en el ámbito de los cuidados paliativos. Primer Congreso Universitario de Diagnóstico e Intervención psicológica. Caleidoscopio de prácticas.

Haro Buero, G. (2017) Intervenciones psicológicas en cuidados paliativos pediátricos [Trabajo final de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología] <https://hdl.handle.net/20.500.12008/18242>



Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2004). Metodología de la investigación. México, D.F., México: McGraw Hill Interamericana.

Hounie, Ana Luisa, Fernández Caraballo, Ana M.(coords.). Políticas del dolor. La subjetividad comprometida : un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor [en línea]. Montevideo : Ediciones Universitarias, 2016.

Intervenciones psicológicas en Cuidados Paliativos domiciliarios (2004). FEFOC

Ley N° 18335. Pacientes y usuarios de los servicios de salud: se establecen sus derechos y obligaciones. Montevideo 26 agosto 2008. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>. [Consulta: junio 2014].

Mateos, J. (2003). Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida. En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). El psicólogo en el ámbito hospitalario. (pp. 815- 830). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Meyer, Francisco (2006) Fase terminal y Cuidados Paliativos. Revista Digital Universitaria.

Muñoz Salinas, Mara. (2011). La relación entre el equipo de salud y la familia del niño muerto. *Acta bioethica* , 17 (2), 247-256. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200011>

Novellas. A y Pajuelo. M (SF). Cuidados paliativos. La familia de la persona enferma. SECPAL. Guías médicas

Ruiz Olabuénaga, José Ignacio (2012). Metodología de la investigación cualitativa. (5ta edición). Serie Ciencias Sociales, vol. 15. Universidad de Deusto Bilbao.

Ortega Ruiz, C., & López Ríos, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud* , 16 (2), 143-160.

. Payás A, Griffin R, Phillips J, Camino L. Ponencia II Congreso Nacional de la Sociedad de Cuidados Paliativos (SECPAL). Santander, 6-9 Mayo de 1998; p. 281-6.

Pessini, Leo y Bertachini, Luciana. (2006). NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. *Acta bioethica* , 12 (2), 231-242. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>

Plan Nacional de Cuidados Paliativos. (2013). Guía de buenas prácticas para su implementación. Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Plan Nacional de Cuidados Paliativos. (2013). Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

Spradley, J.P. (1980). Participant Observation, Nueva York, Rinehart & Winston. Spradley

Taylor, S.J y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires. Editorial Paidós

Worden, J.W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós Ibérica.

World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative: a report of a OMS expert committee. Geneva: OMS; 1990.

World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: OMS; 2002.