

**Untermann, Lucila**

---

**Acompañamiento psicólogo  
a familias durante el proceso  
de toma de decisiones sobre  
adecuación de los esfuerzos  
terapéuticos en un hospital  
público de urgencias  
polivalente de la Ciudad de  
Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de  
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Remonda, María del Mar

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- Compartir igual 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de las Prácticas

*“Acompañamiento psicólogo a familias durante el proceso de toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente de la Ciudad de Córdoba”*

Autora: Untermann Lucila

DNI: 44607192

Directora: Lic. María del Mar Remonda

Córdoba, Argentina

2026

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Universidad Católica de Córdoba por brindarme la formación académica, los valores éticos, las oportunidades y las herramientas profesionales que hicieron posible la realización de este trabajo.

Agradezco profundamente a mi familia, por los valores que me inculcaron, su apoyo constante, comprensión, estímulo y motivación que me acompañaron en cada etapa de esta experiencia académica. En especial a Valentina, mi hermana, por ser una gran compañera estos años.

Agradezco a mis amigas de la vida, por su incondicionalidad, su presencia, por celebrar mis logros como si fueran propios y escuchar mis frustraciones académicas aún sin comprenderlas del todo. También agradezco a las amistades que la facultad me dió: Mica, Lu y Pia, quienes estuvieron ahí desde el comienzo y nunca se apartaron, por elegirnos a pesar de las adversidades. A Pauli, por aparecer en tercer año y convertirse en uno de mis principales apoyos. A Pili y Santi, por acompañarnos desde el cariño y las risas, convirtieron la cursada (y vida) un camino mucho más lindo.

Agradezco a Tomi, por su paciencia ante mis quejas, malhumores y frustraciones y por escuchar con atención lo que aprendía un día de cursada o de prácticas, acompañándome siempre con interés y apoyo.

Agradezco a María del Mar, mi directora de TIF, por su constante guía, paciencia y valiosas orientaciones a lo largo de todo el proceso. Asimismo, quiero expresar mi agradecimiento al resto del Servicio de Salud Mental del HMU, quienes me hicieron sentir parte del equipo. Agradezco sus enseñanzas, las anécdotas compartidas, los momentos de risas y todas las experiencias enriquecedoras; gracias a ustedes, este periodo formativo se convirtió en un recuerdo inolvidable y fortaleció aún más mi pasión e interés por la profesión.

Finalmente, agradezco al HMU por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de realizar mis prácticas pre-profesionales en una institución que forma tanto en lo profesional como en lo humano.

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>CONTEXTO DE LA PRÁCTICA .....</b>	<b>8</b>
	II. 1 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	9
	II. 2 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	10
<b>III.</b>	<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>13</b>
	III. 1 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS.....	14
	III. 2 RECORRIDO HISTÓRICO.....	14
	III. 3 SERVICIO Y ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	16
	III. 4 PRESENTACIÓN DEL ORGANIGRAMA.....	16
	III. 5 SECCIÓN SALUD MENTAL .....	18
<b>IV.</b>	<b>EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>V.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
	V. 1 OBJETIVO GENERAL.....	23
	V. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>VI.</b>	<b>PERSPECTIVA TEÓRICA.....</b>	<b>24</b>
	VI. 1 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	25
	VI. 2 ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS.....	28
	VI. 3 ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO A FAMILIAS EN ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS.....	33
	VI. 4 DESAFÍOS, LÍMITES Y CONDICIONES INSTITUCIONALES DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN CONTEXTOS DE ADECUACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS.....	38
<b>VII.</b>	<b>MODALIDAD DE TRABAJO.....</b>	<b>42</b>
	VII. 1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN.....	43
	VII. 2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	44
	VII. 3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	46
<b>VIII.</b>	<b>ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>48</b>
	VIII. 1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VÍVIDO.....	49

VIII. 2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	53
VIII. 2. 1 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO EN SITUACIONES DE ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS.....	54
VIII. 2. 1 EXPLORACIÓN DE LOS DESAFÍOS Y LÍMITES QUE ATRAVIESA EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS EN CONTEXTOS DE ADECUACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS.....	60
<b>IX. CONCLUSIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>70</b>

## **ÍNDICE DE SIGLAS**

AET (Adecuación de esfuerzos terapéuticos)

CP (Cuidados Paliativos)

HMU (Hospital Municipal de Urgencias)

PPS (Prácticas Profesionales Supervisadas)

SSM (Servicio de Salud Mental)

TIF (Trabajo Integrador Final)

UTI (Unidad de Terapia Intensiva)

## **I. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo se enmarca en el proceso de elaboración del Trabajo Integrador Final (TIF), cuyo objetivo es analizar y reflexionar acerca de mi experiencia como practicante durante las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), realizadas en el Hospital Municipal de Urgencias (HMU), ubicado en la calle Catamarca 441, provincia de Córdoba. Esta experiencia forma parte del trayecto formativo de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba y constituye un requisito académico para la obtención del título de grado de la Licenciatura en Psicología.

Desarrollé las PPS entre los meses de mayo a octubre del año 2025, tuvieron lugar en el Servicio de Salud Mental (SSM) del HMU. Dentro de dicho espacio institucional, el rol desempeñado fue el de observadora no participante, acompañando a los profesionales del área de Salud Mental en las intervenciones realizadas en distintos sectores del hospital, tales como la guardia, el Shock Room, la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), salas de internación, entre otros.

Dado que las prácticas se inscriben en el campo de la psicología clínica, en primer lugar presentaré una definición de esta área, junto con sus antecedentes históricos y el rol que desempeña el psicólogo clínico. En segundo lugar, describiré el contexto institucional del HMU, incluyendo aspectos relevantes de su historia, organización y funcionamiento. Posteriormente, delimitaré el eje de sistematización que orienta el presente trabajo, definido como el *“Acompañamiento psicólogo a familias durante la toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente de la Ciudad de Córdoba”*. A continuación, enunciaré el objetivo general y los objetivos específicos que guían el desarrollo del trabajo.

Seguidamente, describiré la modalidad de trabajo adoptada, correspondiente a la sistematización de prácticas, así como las técnicas de recolección de datos utilizadas y la caracterización de los sujetos implicados, donde realizaré una descripción de los mismos. En este apartado, además incluiré las consideraciones éticas que atraviesan tanto la práctica profesional como la elaboración del presente informe.

Luego, desarrollaré el marco teórico que sustenta el trabajo, fundamentado en los aportes de la psicología hospitalaria. Este estará compuesto por conceptos y categorías teóricas relevantes que permitirán analizar e interpretar críticamente la experiencia sistematizada.

Más adelante, presentaré el análisis de mi experiencia como practicante, recuperando los aspectos más significativos del transcurso formativo. Organizaré dicho análisis en dos momentos: por un lado, la reconstrucción del proceso vivido, abordando el recorrido diario, las actividades cotidianas, los aprendizajes adquiridos, los desafíos enfrentados y otros acontecimientos relevantes dentro del SSM del HMU durante las PPS. Por otro lado, el análisis y síntesis, donde trabajo en la articulación entre la experiencia relacionada con el eje de sistematización y la perspectiva teórica que fundamenta el presente trabajo.

Finalmente, expondré las conclusiones a las que arribé a partir de la experiencia desarrollada en el HMU y del proceso de elaboración del TIF, así como la bibliografía utilizada como referencia y el anexo, donde se encontrarán los contenidos complementarios del presente trabajo.

## **II. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA**

Para comenzar, resulta pertinente definir qué se entiende por Psicología Clínica, de acuerdo con la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003), la Psicología Clínica es una rama especializada de la Psicología que aplica sus conocimientos y técnicas al análisis del comportamiento anómalo, entendido como aquel que representa un trastorno o fuente de malestar, ya sea para la propia persona o para quienes lo rodean. Por su parte, la Ley Provincial N° 7.106 (1984): Disposiciones para el ejercicio de la Psicología, establece que se entenderá por área de la Psicología Clínica “la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión.” (Art 2).

## II. 1 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Un aspecto central para comprender la Psicología Clínica es adentrarse en la historia y orígenes de la misma; siendo relevante comenzar por los aportes de Buendía (1999), quien establece que en el Siglo XIX, se da un predominio del positivismo y una visión materialista de la locura, la función del tratamiento se centraba más en la reclusión y control con el objetivo de lograr la reeducación moral y eliminación de síntomas. Como hitos fundacionales de este siglo, de acuerdo con la EFPA (2003), en 1879, Wundt inaugura el primer laboratorio de psicología experimental. Asimismo, en 1896, Witmer fundaría la primera clínica denominada “psicología clínica”, donde ofrecía tratamiento y abordaje de deficiencias en el desarrollo infantil por medio de un proceso terapéutico basado en la recuperación de habilidades mediante un re-aprendizaje.

A finales del Siglo XIX y principios del Siglo XX se da la aparición del psicoanálisis imponiendo una mayor relevancia a la dimensión psíquica y subjetiva del trastorno. Este enfoque modifica tanto la concepción como el tratamiento, al incorporar el análisis del inconsciente. Retomando lo propuesto por la EFPA (2003), en 1896 Freud denomina su método clínico como “psicoanálisis” marcando una ruptura con el modelo biológico predominante y adopta un enfoque centrado en la escucha de la historia del paciente.

La EFPA (2003) establece como fundadores de la Psicología Clínica, por un lado, a Witmer, y por otro, a Freud y afirman que los rasgos más distintivos de la identidad del psicólogo clínico fueron el psicodiagnóstico y la investigación.

En relación con la constitución de la Psicología Clínica, aquellos hitos históricos que influyeron en su desarrollo fueron la Primera Guerra Mundial, a partir de la cual los psicólogos clínicos comenzaron a ahondar en la naturaleza de la personalidad, en el origen de la inteligencia y los comportamientos problemáticos, así como también en la relación entre estos últimos con el aprendizaje. Por su parte, las necesidades de selección de personal y los conflictos humanos que se dieron en la Segunda Guerra Mundial, fueron factores claves en la transformación del trabajo clínico dentro de la psicología. Asimismo, después de la guerra, el aumento significativo de personas que requirieron atención en relación a su salud mental hizo que el rol del psicólogo clínico cobraría mayor importancia, siendo incorporado de manera masiva en los hospitales militares.

Es por lo propuesto en el párrafo anterior que en 1945 se da el “reconocimiento legal de la psicología clínica en EEUU mediante certificación legal la Especialidad de Psicología Clínica” (EFPA, 2003, p. 5). En respuesta también se implementó un programa de formación en Psicología Clínica, centrado en la “santa trinidad” (p.5) de la Psicología Clínica, donde se incluye la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico.

Para adentrarme en la historia de la Psicología Clínica en Argentina me basaré en los postulados de Saforcada (2008). El autor afirma que en 1891 Víctor Mercante inauguró el primer Laboratorio de Psicología Experimental de América Latina en San Juan; y, en 1899, en el Colegio Nacional de La Universidad de Buenos Aires, Piñero estableció otro Laboratorio de Psicología Experimental. Este mismo autor, en 1908, funda la Sociedad de Psicología que “resultaría el primer sistema de enseñanza en la disciplina” (Saforcada, 2008, p. 463).

Los egresados en Psicología surgen a finales de 1950 y comienzos de 1960, casi la totalidad de los graduados se dedicaban al ejercicio clínico de la profesión. El impulso científico que originalmente motivó y sustentó el propósito de consolidar a la psicología como una disciplina en el ámbito intelectual y científico para comprender y abordar los problemas humanos fue decayendo aceleradamente.

## II. 2 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Para comenzar a ahondar en el rol actual del psicólogo clínico, resulta pertinente retomar la Ley Provincial N° 7106 (1984) donde se considera como ejercicio en el área de la Psicología Clínica:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Art 3).

Por su parte, Buendía (1999) menciona y describe la “actitud clínica” (p.8) como una integración de procesos de investigación, análisis e interacción que permite comprender la conducta y los conflictos internos desde una perspectiva psicológica, con el fin de brindar apoyo adecuado a las necesidades de la persona. Dicho autor también enumera las funciones actuales del psicólogo clínico, tales como la evaluación psicológica, la investigación, el tratamiento psicoterapéutico, la prevención y la enseñanza.

A su vez, entre sus contextos de inserción, destaco el ámbito hospitalario, donde su ejercicio adquiere características particulares, especialmente en servicios de urgencias y emergencias - como resulta ser el HMU -. En estas circunstancias, la función del psicólogo clínico se orienta prioritariamente a la intervención en crisis ya que, tomando a Slaikeu (1998), “para muchos pacientes [...] una visita a la sala de urgencias de un hospital es un acontecimiento estrechamente unido a una crisis vital importante” (p. 301); en esta labor el autor subraya que el margen temporal es limitado, los terapeutas asumen un rol activo orientado a superar dificultades, delimitar con claridad las necesidades inmediatas y activar los recursos disponibles de ayuda. Aquí su tarea consiste en reconocer los factores que contribuyen a sostener el estado de desorganización y malestar y evaluar cuáles de ellos pueden activarse o modificarse para promover una resolución adaptativa y un cambio constructivo en la situación

Por su lado, Fuentetaja y Villaverde (2019) establecen que para desempeñar adecuadamente sus funciones, el psicólogo clínico debe comprender, adaptarse y desarrollar de manera gradual un lenguaje compartido con otros profesionales de la salud, sin dejar de preservar la particularidad y el enfoque propio de su formación especializada. Además agregan que debe contar con una perspectiva integrada que combine una visión clínica, social e institucional aplicada no solo al paciente, sino también a su entorno familiar y a los equipos

de trabajo; permitiendo así, desde la psicología, el desarrollo de la prevención, diagnóstico e intervención.

### **III. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

### III. 1 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

Una vez establecido el contexto histórico de la psicología clínica y el rol del psicólogo clínico, considero pertinente comenzar a presentar el contexto institucional y lugar de dicho profesional dentro del HMU - el cual se caracteriza por un abordaje en contexto de crisis - , institución donde desarrollé mis prácticas entre los meses marzo - octubre de 2025.

El HMU, ubicado sobre la calle Catamarca 44, es un hospital público municipal polivalente reconocido a nivel nacional como un referente en la atención de urgencias y emergencias médico quirúrgicas; así como a nivel internacional por su labor en la formación y capacitaciones de profesionales en la atención de lo que se ha denominado Enfermedad Trauma, destacando su enfoque en el tratamiento de casos de trauma médico-quirúrgico y toxicología. La Secretaria de Salud de la Provincia de Córdoba (2025) establece que el hospital es una de las instituciones de referencia en politraumatismo más importantes de la Provincia de Córdoba; prestando atención al público las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En términos de prevención, el HMU se inscribe en el nivel de atención terciaria, dado que interviene sobre patologías ya instaladas, muchas veces en situaciones de crisis aguda. Sin embargo, al tratarse de una institución de dependencia municipal, cuyo enfoque en salud se orienta tradicionalmente hacia la atención primaria, se generan dificultades en cuanto a la provisión de recursos materiales y económicos adecuados. En este sentido, Figueroa (1996) señala la necesidad de transformar la estructura institucional del hospital: “Creemos que el hospital debe dejar de ser Municipal, la misión de la municipalidad en materia de salud debe ser solo la medicina preventiva, y transformarse en un Hospital Regional” (Figueroa, 1996, p. 103).

### III. 2 RECORRIDO HISTÓRICO

El 4 de noviembre de 1944, sobre la calle Corrientes N° 64, se inaugura la “Sala de Cirugía de Urgencias”, la creación de la misma, de acuerdo con Fuentes (2014), velaba por una institución, en la ciudad de Córdoba, que esperará la tragedia, por lo que solo estaba destinada a atender casos urgentes. Quien se encargó de llevar a cabo dicha institución fue el Dr Euclides Poletto.

En 1948 surge la necesidad, ante el aumento de demanda de urgencias, de mudarse a un espacio más funcional y apropiado, de manera que se mudan a la calle Santa Rosa N° 360 y la sala adquiere el nombre de “Hospital de Urgencias”.

De acuerdo con Figueroa (1996), en el ámbito sanitario y asistencial, junto con un aumento en la demanda, se produjo un cambio profundo en la patología de urgencias. La accidentología pasó a ser la principal causa de atención, donde los accidentes de tránsito, los pacientes politraumatizados y los eventos cardiovasculares agudos, entre otros, comenzaron a ocupar una proporción creciente de las camas hospitalarias, superando progresivamente la capacidad operativa y la eficacia del Hospital de Urgencias ubicado sobre la calle Santa Rosa.

En 1979, este espacio comienza a quedar nuevamente chico por cuestiones funcionales y de infraestructura. En 1980 comienza la obra y construcción del nuevo Hospital de Urgencias sobre las calles Salta, Catamarca, Bv Guzmán y Pasaje Alemán; la misma fue inaugurada el 15 de Octubre de 1982.

El edificio contaba con 108 camas y una superficie de 12.000m<sup>2</sup> distribuidos en tres plantas, las cuales desempeñan funciones diferenciadas. Esta distribución se mantiene en la actualidad, donde si iniciamos un recorrido desde el subsuelo encontraremos los servicios de nutrición, informática, farmacia, central de esterilización, lavadero, mantenimiento general y mantenimiento biomédico; además del comedor destinado a los empleados del hospital y la morgue perteneciente a la institución. Por otro lado, en la planta baja, encontramos la Guardia Central, la Sala de Urgencias, el Shock Room y la UTI. Asimismo, dentro de este piso, hallamos 2 importantes pasillos, el pasillo azul, donde se desempeñan los consultorios externos de diversos servicios, como cirugía, traumatología, cirugía plástica, toxicología, neurocirugía y servicio social; y el pasillo blanco donde se llevan a cabo las tareas de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio Central.

Por último, el primer piso, que se divide en el Sector A, área donde se encuentra el internado para pacientes de los servicios de clínica médica y cirugía; el Sector B, donde están ubicados los servicios que funcionan por demanda interna, tales como anatomía patológica, salud mental, hemoterapia, consultorio de pre-quirúrgicos, entre otros; y el Sector C, donde se hallan las camas de pacientes del servicio de traumatología.

En los niveles de planta baja y primer piso, la circulación para el público y personal del hospital, se encuentran separados. El acceso para el público se realiza por las calles Catamarca y Salta. Mientras que la circulación destinada al personal técnico y operativo se ubica sobre el pasaje Alemán, por donde también ingresan las ambulancias.

### III. 3 SERVICIO Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

La creación de este hospital siempre presentó el proyecto de establecer una formación de recursos humanos que estuvieran preparados para atender y tratar las urgencias de acuerdo a las circunstancias que la ciudad de Córdoba requería. Este anhelo derivó en la generación de formaciones prácticas asistenciales y académicas, impartidas por profesionales altamente calificados por medio de conferencias, cursos y jornadas. En 1979 se crea el departamento de Capacitación y Docencia dentro del HMU.

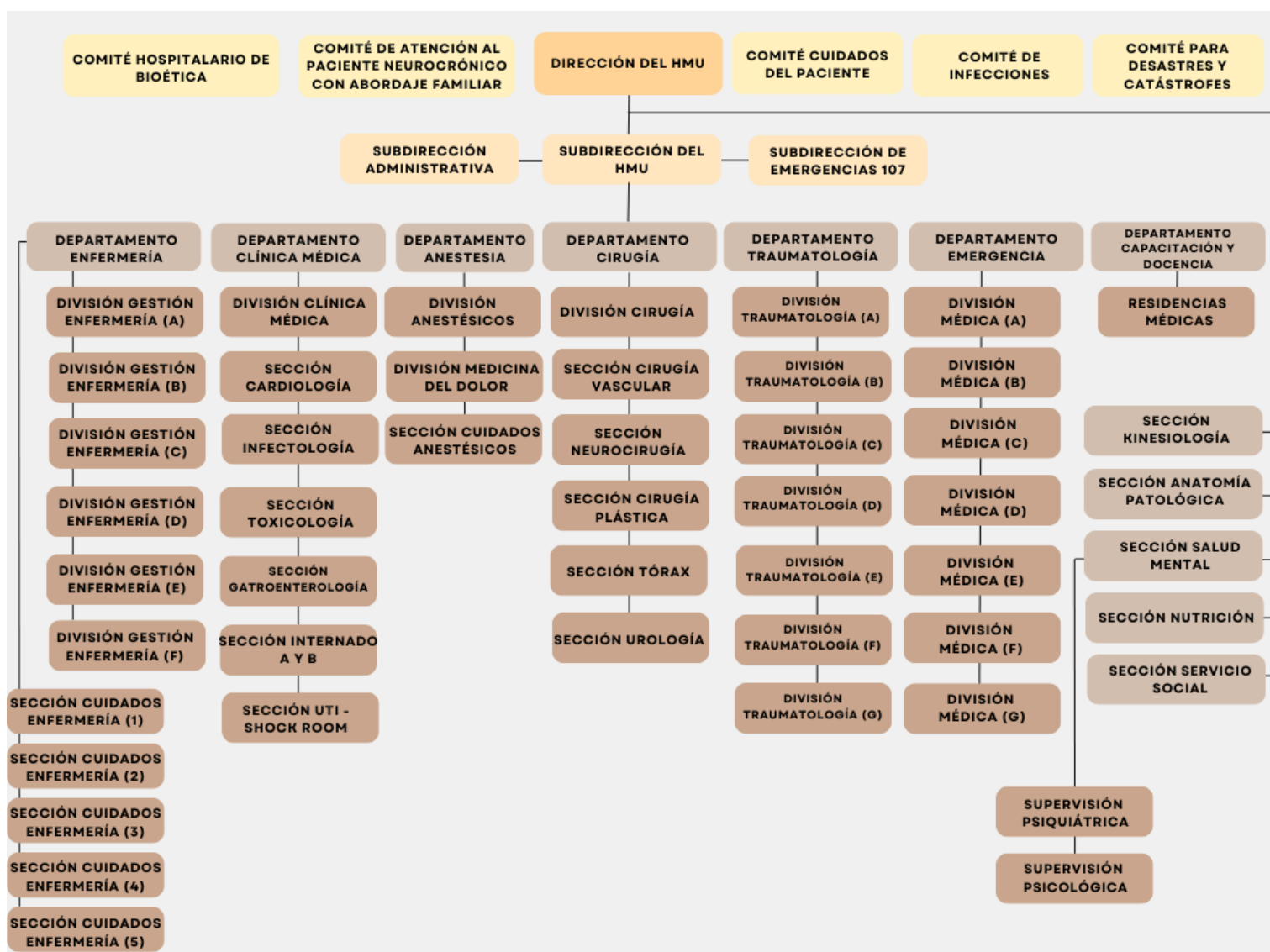
En 1983 se realiza la primera Ablación de Órganos efectuada en el interior del país dentro del HMU; Figueroa (1996) afirma que el hospital puede ser uno de los centros que más abastece Órganos al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Hoy en día, la Secretaría de Salud de la Provincia de Córdoba (2025) establece que el HMU es un importante referente en donación de órganos por medio de la actividad de procuración que él mismo desarrolla, donde se pudieron concretar 65 trasplantes.

En las instalaciones del hospital se articulan múltiples especialidades médicas, tales como: Bacteriología, Cirugía de Tórax, Cirugía General, Cirugía Plástica, Cirugía Vascular, Clínica Médica, Diagnóstico por Imágenes, Emergentología, Gastroenterología, Kinesiología, Laboratorio, Medicina legal, Medicina Transfusional, Neurocirugía, Salud Mental, Toxicología, Traumatología y Ortopedia y Urología. Además mantiene un trabajo coordinado con el Servicio de Emergencia en vía pública 107.

Asimismo, dentro de la institución se desarrollan diversos comités, tales como: Comité de Atención del Paciente Neurocrítico con Abordaje Familiar, Comité Hospitalario de Bioética, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Infecciones y Comité para Desastres.

### III. 4 PRESENTACIÓN DEL ORGANIGRAMA

El Hospital cuenta con una estructura orgánica, la cual está conformada de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia

Como demuestra la imagen, la sección de Salud Mental está compuesta por 2 Supervisiones: Psiquiatría y Psicología, siendo la misión de la sección, de acuerdo con el decreto 1748 (2014): brindar atención psiquiátrica y psicológica, ofrecer orientación tanto a los paciente como a sus familiares y llevar a cabo evaluaciones psicológicas y psiquiátricas. Entre sus funciones se incluyen: la capacitación del personal profesional del hospital, la participación en distintas áreas y comisiones internas, la contención psicológica de pacientes y sus familiares, así como la articulación con otros sectores y jurisdicciones, especialmente en los ámbitos de la Justicia y Salud.

Por su parte, la Supervisión de Psicología tiene como funciones principales: atención psicológica individual, aplicación de test de evaluación y diagnóstico, la respuesta a solicitudes de interconsulta y derivaciones provenientes de los diversos sectores del Hospital. Asimismo, participa en tareas de psicoeducación dirigidas a pacientes con secuelas por traumatismo craneoencefálicos y a sus familiares, trabajando de manera interdisciplinaria. También se encarga de realizar derivaciones psicológicas a pacientes y/o familiares que reciben atención en la institución; además forma parte de juntas médicas convocadas por el área de Medicina Preventiva, participa en actividades de docencia y capacitación dirigidas a profesionales de la especialidad.

### III. 5 SECCIÓN SALUD MENTAL

A los fines de preservar la coherencia y el orden lógico del presente trabajo, resulta pertinente aclarar que si bien el organigrama municipal previamente desarrollado se consigna la denominación “Sección Salud Mental”, en el presente trabajo utilizaré la denominación Servicio de Salud Mental (SSM); esta se adoptará de manera uniforme a lo largo del trabajo para facilitar la comprensión del lector y mantener consistencia terminológica.

En relación con los orígenes y desarrollo del SSM dentro del HMU, me valdré de una entrevista realizada al Dr. Adrian Anuch, ex jefe del servicio (2022). El SSM nace en el año 1998 con el fin de dar respuesta a las demandas e ingresos por intento de suicidio desde intervenciones en Salud Mental. Al comienzo el servicio estaba conformado por un psiquiatra y una psicóloga, luego esta última comenzó a recibir agregados para formar y capacitar; a partir de dicha preparación es que ingresan al servicio 2 psicólogas más. Más adelante se dió la incorporación de otros 2 psiquiatras y una psicóloga. Con el tiempo se integra una psicóloga como agregada; quedando la conformación actual de servicio con 3 psiquiatras y 4 psicólogas, repartidos en la semana unos y otros durante el fin de semana y días feriados.

Para profundizar en el contexto actual del SSM dentro del hospital utilizaré la entrevista antes mencionada y los registros propios efectuados durante las PPS.

En cuanto al encuadre con el que se trabaja actualmente dentro del SSM del HMU, se caracteriza por estar atravesado por la intervención en crisis. El mismo tiende a flexibilizarse en función del tipo de población con la que se trabaja, es por esto que es propenso a modificarse con frecuencia, dado que, como se mencionó, se trabaja predominantemente con personas en crisis.

Cabe señalar que el hospital no se encuentra adaptado a los lineamientos establecidos por la Ley de Salud Mental N.º 26.657, debido a que su perfil institucional es el de estar destinado a la atención del trauma, la crisis y la urgencia. En este sentido, los casos de pacientes con cuadros crónicos son generalmente derivados a otras instituciones que sí cuentan con dispositivos adecuados para dicho abordaje, conforme a lo establecido por la normativa vigente en materia de salud mental.

Otro aspecto a destacar es que la demanda de atención en Salud Mental rara vez proviene directamente del paciente; en la mayoría de los casos la atención ocurre por derivación de los servicios que realizan asistencia inicial del paciente. Además el SSM no cuenta con un consultorio externo dentro del hospital; Haz, Díaz y Raglianti (2002) afirman que la psicología clínica ha estado clásicamente acotada al espacio de la consulta, sin embargo, en este tipo de dispositivos hospitalarios, esta lógica es redefinida: “el consultorio es la cama del paciente”, indican las psicólogas del servicio, enfatizando la necesidad de adaptarse al espacio que el hospital brinda y permite.

Los profesionales del SSM destacan el trabajo interdisciplinario; en cuanto a las incumbencias del psicólogo y el psiquiatra dentro del HMU se menciona que en el primer momento de atención, aquellos sujetos con diversas cuestiones orgánicas son paciente para psiquiatría ya que tienen las herramientas para realizar una valoración global del estado de los mismos discriminando lo que corresponde a la especialidad de las comorbilidades que frecuentemente alteran al comportamiento de los pacientes, tales como trauma de cráneo, infecciones, deshidratación, intoxicación medicamentosa, etc; como así también cuando el sujeto requiere de medicación. La acción y tarea del psicólogo incumbe la valoración inicial del paciente, buscando establecer un contacto verbal y emocional con el mismo, así como también el acompañamiento y orientación de los familiares. Es fundamental destacar que el SSM discute en conjunto la situación del paciente para diseñar un esquema terapéutico integral destinado a favorecer la recuperación del mismo y su reintegración psicosocial.

Por su parte, dentro del HMU, el rol del profesional de Salud Mental se encuentra atravesado por tensiones propias de un modelo de atención predominantemente biomédico, en el cual la palabra del médico suele adquirir mayor legitimidad dentro de los procesos asistenciales. En este contexto, el trabajo interdisciplinario no siempre logra consolidarse de manera sostenida, lo que puede derivar en el desplazamiento de la intervención psicológica. Estas dificultades se evidencian, por ejemplo, en situaciones en las que pacientes que ingresan por intentos de suicidio, una vez estabilizados desde el punto de vista orgánico, son dados de alta sin haber sido evaluados por el SSM.

#### **IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN**

Acompañamiento psicólogo a familias durante el proceso de toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente de la Ciudad de Córdoba.

## **V. OBJETIVOS**

## V. 1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el rol del psicólogo clínico en el acompañamiento de las familias durante el proceso de toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente

## V. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las intervenciones del psicólogo en situaciones de adecuación de esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente.
2. Explorar los desafíos y límites que atraviesa el psicólogo clínico en el acompañamiento a familias en contextos de adecuación de esfuerzos terapéuticos.

## **VI. PERSPECTIVA TEÓRICA**

## VI. 1 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Resulta necesario realizar una conceptualización del rol del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, diferenciándolo de otros campos de intervención de la psicología en general y de la práctica clínica desarrollada en contextos extrahospitalarios. El ejercicio profesional en instituciones de salud se encuentra atravesado por particularidades propias del escenario hospitalario, tales como la presencia del padecimiento físico, la urgencia, la convivencia con situaciones vinculadas a la enfermedad, entre otros. Estas condiciones configuran un marco de intervención específico que demanda al psicólogo clínico una posición teórica, práctica y ética singular, así como modalidades de abordaje adaptadas a la complejidad del contexto. Es por ello que acuerdo con Martínez Besteiro y Barreto (2003) cuando proponen que, dentro del ámbito hospitalario “El desempeño de la profesión del psicólogo hospitalario arranca de las directrices del psicólogo clínico y de la salud” (p. 121).

Por su parte, dentro de esta labor, Becerra y Herrera Isaza (2023) proponen que el rol del psicólogo se extiende a distintos servicios dentro de la institución hospitalaria como UTI, urgencias, salas generales, etc. Su intervención busca identificar los factores que contribuyen al malestar emocional durante la internación y evaluar los recursos que posee el paciente para afrontarlo. El ingreso hospitalario suele implicar para el paciente una ruptura significativa con su entorno habitual, acompañado de la pérdida de autonomía y de una profunda incertidumbre frente al diagnóstico y la evolución de la enfermedad, lo que puede generar altos niveles de estrés. En este sentido, Fuentetaja y Villaverde (2019) señalan que el acompañamiento psicológico ofrece herramientas que permiten tolerar y afrontar dichas experiencias.

Esta ruptura de la cotidianeidad adquiere particular relevancia en los hospitales de agudos, orientados a la atención de urgencias y emergencias médico quirúrgicas, donde el ingreso a la institución suele constituir para el paciente y su familia una experiencia abrupta y desorganizadora. Benyakar (2016) conceptualiza este tipo de vivencias como “disruptivas” (p.14), entendidas como aquellos eventos o situaciones con capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y generar respuestas que afecten su capacidad de integración y elaboración. Desde esta perspectiva la hospitalización puede generar un quiebre en los recursos psíquicos habituales, impactando tanto en el paciente como en su entorno cercano. En estos contextos, de acuerdo con Slaikeu (1998), la intervención psicológica tendrá como objetivo “ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis” (p. 105).

A su vez, Barbero (2003) sostiene que la labor del psicólogo se vuelve fundamental en el ámbito hospitalario, dado su potencial para contribuir al alivio del sufrimiento tanto del paciente como de su familia desde una perspectiva ética que reconozca la dignidad, la singularidad y la diferencia del otro. El hospital se configura así como un espacio donde el sufrimiento es una experiencia frecuente, en el que coexisten la desesperación y la esperanza, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, lo que exige intervenciones sensibles y contextualizadas. En consonancia con esta mirada, Becerra y Herrera Isaza (2023) hablan de la “atención humanizada” (p. 25) la cual implica una práctica profesional guiada por la sensibilidad, la ética y una comunicación clara que trascienda lo técnico para ofrecer una atención cercana y respetuosa.

Por su parte, el ejercicio del psicólogo dentro del ámbito hospitalario también implica desempeñar un rol dentro de los equipos interdisciplinarios, Mateos (2003) propone que estos equipos se entienden como un conjunto de profesionales provenientes de diversas disciplinas que colaboran utilizando una metodología compartida, donde cada integrante contribuye con sus saberes, experiencia y formación específica, siendo precisamente esta interacción lo que posibilita la construcción de un plan de trabajo. En cuanto a la labor e intervención del psicológico en relación a la interdisciplinariedad, la autora establece que “facilita al psicólogo el ser más eficaz en sus intervenciones al permitirle disponer de información sobre los demás aspectos de la situación, y coordinarse con el resto del equipo procura una continuidad en el apoyo emocional que se realiza.” (p. 819).

Este trabajo interdisciplinario adquiere mayor relevancia en los contextos de AET, eje de sistematización del presente trabajo, dado que las decisiones que allí se adoptan conllevan un significativo impacto emocional y ético. En dichas situaciones, el psicólogo aporta herramientas fundamentales para la comprensión de las vivencias subjetivas que emergen frente a la toma de decisiones complejas, colaborando interdisciplinariamente en la contextualización de las reacciones emocionales y las necesidades singulares de la familia. En esta línea, Becerra y Herrera Isaza (2023) agregan que la conformación de equipos interdisciplinarios en estos escenarios resulta valioso debido al impacto positivo que trae el acompañamiento psicológico en el bienestar de las familias ya que permite que se pongan en marcha “recursos psicológicos o estrategias de afrontamiento” (p. 27).

A su vez, es menester tener presente que el trabajo interdisciplinario en cuanto a los debates y toma de decisiones en lo relacionado a las medidas de soporte vital deben ser abordadas por todo el equipo de salud interviniente, sean estos los médicos, enfermeros,

kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros; siendo también de suma importancia agravar la comunicación con las familias (Gherardi, 2007). En palabras de Occhiuzzi y Lema (2024) la definición de metas terapéuticas a cada etapa y a las particularidades de cada paciente exige una comunicación clara y continua entre el equipo de salud y la familia o el entorno cercano. A partir de lo expuesto es que puedo confirmar que la AET “es un procedimiento clínico que implica un proceso [...] no es una decisión personal tomada por un profesional en forma aislada ni en un único encuentro con un paciente o su familia” (Bernadá y Notejane, 2022, p.6).

Por su parte, una consideración adicional del psicólogo clínico dentro del ámbito hospitalario, de acuerdo con Lopez Fuentetaja y Villaverde (2019), se vincula con la realización de una “intervención mediadora” (p. 13) entre el paciente y/o familia y el equipo médico. Si bien la relación colaborativa y fluida entre los actores antes mencionados suele favorecer el proceso de ingreso y adaptación del paciente, en determinadas situaciones - generalmente asociadas al malestar emocional o la angustia de la familia - la presencia constante de estas puede transformarse en un factor de mayor control, observación y cuestionamiento de las intervenciones profesionales. Esta función mediadora, de acuerdo con los autores, está orientada a contener el malestar familiar, promoviendo una relación más funcional y cooperativa con el equipo tratante.

Por su parte, siguiendo con Lopez Fuentetaja y Villaverde (2019), dicha intervención mediadora se vincula con la facilitación de la comprensión, por parte de las familias, de la información brindada por el equipo médico, así como con el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud para reconocer y manejar los aspectos psicológicos involucrados en la experiencia de los pacientes y sus familiares. De este modo, el equipo puede “actuar con mayor facilidad como continente de sus ansiedades y pudiendo entender sus actuaciones y reacciones” (p. 12). En este sentido, Martínez Besteiro y Barreto (2003) establecen que el trabajo del psicólogo dentro del hospital constituye por lo tanto una doble tarea “por un lado trabaja con el enfermo en la búsqueda de la meta común de todos los profesionales sanitarios y por otro, es un técnico que puede apoyar y beneficiar a otros profesionales que requieren de su ayuda” (p. 124)

En conclusión, Becerra y Herrera Isaza (2023) proponen que la incorporación de la psicología en el entorno hospitalario contribuye a una comprensión más profunda y un abordaje integral de las necesidades que pueden surgir en los pacientes, considerando dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Asimismo, promueve una atención centrada

en la humanización del cuidado, fomentando un trato respetuoso, empático y sensible con el bienestar del paciente.

## VI.2 ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS

Para comenzar, resulta relevante advertir que, si bien el presente trabajo se enmarca en los postulados de la psicología hospitalaria, la AET es una temática principalmente atravesada por enfoques bioéticos, es por ello que resulta valioso tener presente que a lo largo del trabajo utilizaré autores y conceptos pensados desde la bioética latinoamericana, entendida como aquella “marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado” (Salazar, 2000, citado en, Márquez Mendoza, 2016, p. 48). Por lo tanto, los autores proponen que dicha corriente, si bien se nutre de los principios bioéticos universales, también busca adaptarlos a las particularidades culturales, sociales y económicas de la región.

En este marco, Perez Herrera y Garcia Hernandez (2021), definen la AET como la suspensión o no instauración de una medida de soporte vital u otra intervención médica cuando, según el criterio de los profesionales del equipo de salud implicados, el pronóstico del paciente en cuanto a la cantidad y calidad de vida es desfavorable, así como también dicha actuación es considerada fútil, ya que únicamente prolongará una situación clínica sin perspectivas razonables de mejoría. Se entiende por tratamientos de soporte vital “entre otros la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, la diálisis, las drogas vasoactivas, la nutrición o la hidratación artificiales” (Comité de Bioética SATI, 2020, p. 24).

Bernadá y Notejane (2022) establecen que se deben tener en cuenta los “objetivos de cuidado” (p. 4) a la hora de pensar en adecuar los esfuerzos terapéuticos de un paciente, estos objetivos son:

- personalizados, es decir, responden a las características y circunstancias particulares de cada paciente;
- dinámicos, pueden modificarse a lo largo del tiempo en un mismo paciente, de acuerdo con la evolución del cuadro clínico;
- consensuados, se establecen considerando la situación clínica, así como los valores, deseos y preferencias del paciente y/o de su familia;

- no excluyentes, es decir, es posible que coexistan entre dos, tres o incluso todos los objetivos de cuidado de forma simultánea, y que su combinación varíe con el tiempo según la situación clínica o las preferencias del paciente y/o su entorno.

Asimismo, los autores agregan que las únicas medidas que no se interrumpen ni suspenden y que, en algunos casos, incluso pueden reforzarse, son aquellas orientadas a asegurar el bienestar del paciente y al logro de los “objetivos de cuidado” previamente establecidos, como las destinadas al alivio del dolor u otros síntomas que generan malestar. En este contexto, cobran especial relevancia los cuidados paliativos (CP), los cuales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) constituyen un enfoque que:

Mejora la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

Por su parte, De Simone (2015) subraya que los CP constituyen una adecuada respuesta ante las preocupaciones relacionadas con el cuidado y el confort al final de la vida, al mismo tiempo que refuerzan la autonomía de los pacientes. Retomando a la OMS (2020), enfrentar el sufrimiento implica abordar problemas que van más allá de los síntomas físicos, donde los programas de CP se basan en el trabajo en equipo para brindar apoyo tanto a los pacientes como a sus cuidadores, abordando no sólo las necesidades prácticas, sino también el acompañamiento psicológico durante el proceso de duelo. Además una asistencia paliativa temprana no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también reduce las hospitalizaciones y el uso excesivo de los servicios de salud, optimizando los recursos y asegurando que el paciente reciba una atención más acorde con sus necesidades.

Occhiuzzi y Lema (2024) proponen que nos encontramos ante una transición de la lógica de la cura hacia el paradigma del confort, el cual implica un cambio sustancial en las modalidades de acompañamiento y en los marcos conceptuales que orientan la práctica asistencial, interpelando el modelo tradicional centrado exclusivamente en la prolongación de la vida. Esta transición no supone un abandono, sino una reorientación del cuidado hacia la dignidad, el alivio del sufrimiento y el respeto por los objetivos terapéuticos previamente consensuados. Tal como establece Ciruzzi et al. (2025), se trata de “curar-aliviar-acompañar, dando preeminencia a la calidad (subjetiva) de vida por sobre su cantidad” (p. 2).

En este marco, los CP dejan de ocupar un lugar subsidiario para situarse en una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia adecuada y el apoyo psicológico

constituyen intervenciones esenciales que demandan elevada responsabilidad clínica y ética (Betancourt Reyes, 2017).

Otro aspecto relevante a mencionar son los Documentos de Voluntades Anticipadas, Perez Herrera y Garcia Hernandez (2021) señalan que constituyen un medio valioso para respetar la autonomía del paciente, ya que mediante estos escritos la persona puede expresar de manera anticipada sus deseos sobre los cuidados y tratamientos que quiere recibir, así como la forma en que desea ser atendida en la etapa final de su vida.

Como se observa en el Anexo 2, a nivel provincial existe el Registro Único de Voluntades Anticipadas del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (2025)<sup>1</sup>, el cual establece los procedimientos para la formalización y registro de los deseos expresos de los pacientes con respecto a tratamientos médicos. Estos documentos encuentran respaldo legislativo en la Ley Provincial N°10058 (2012) “Declaración de Voluntad Anticipada de Muerte Digna”, la cual dispone que:

La presente Ley tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona -con plena capacidad de obrar- a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida. (Art 1).

Por su parte, cabe mencionar que en diversos artículos es usual encontrar el término “limitación de los esfuerzos terapéuticos” como sinónimo de AET. Cúneo (2016), señala que en la actualidad se prefiere hablar de *adecuación* en lugar de *limitación*, para enfatizar que no se trata de abandonar al paciente, sino de ajustar las intervenciones a sus necesidades y objetivos reales.

Asimismo resulta pertinente que establezca una diferenciación entre la AET y la eutanasia ya que son conceptos que pueden confundirse. La principal distinción, de acuerdo con Hooft y Hooft (2013) está en que la AET permite que la muerte del paciente suceda, mientras que la eutanasia produce la muerte. El Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2020) agrega que la AET tiene por objetivo evitar que las intervenciones médicas prolonguen innecesariamente el proceso de morir y agonizar, mientras que la eutanasia consiste en un acto medico cuyo objetivo es poner fin al sufrimiento y a la pérdida de dignidad asociada a una enfermedad crónica, mediante la eliminación de quien lo padece.

---

<sup>1</sup> El trámite sobre “Registro de Voluntades Anticipadas” puede iniciarse enviando un correo a: [registro.dva@cba.gov.ar](mailto:registro.dva@cba.gov.ar). o comunicándose al número telefónico 351-3879432. Asimismo el Área de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba tiene sede en la Maternidad Provincial (Av. Vélez Sarsfield 2221).

En el HMU, la AET suele proponerse para pacientes con diagnóstico de estado vegetativo permanente, la Ley Provincial N° 10058 (2012) incorpora una definición de dicho diagnóstico como un “estado de vigilia sin conciencia [...] que impide cualquier tipo de expresión de voluntad, que se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de doce meses si la lesión es traumática.” (Art 5).

Considero importante mencionar la diferenciación que realizan autores como Magnate (2010) quienes proponen que estos pacientes no deberían ser clasificados como enfermos terminales, ya que su estado clínico puede mantenerse de manera estable durante períodos prolongados, siendo más apropiado considerarlos como pacientes con una condición crónica, teniendo en cuenta que es una enfermedad que acompañará a la persona que la sufre durante toda su vida, hasta el momento de su fallecimiento.

En esta línea, hay autores que proponen el concepto de “buena muerte” (Perez y Perez, 2015, p.557), entendida como una muerte libre de estrés y sufrimientos innecesarios, tanto para el paciente como para su familia, respetando sus deseos y de manera coherente con los principios éticos, culturales y médicos. De acuerdo con Gherardi (1998) este concepto surgió como una respuesta crítica frente a lo que algunos consideraron un fracaso del modelo biomédico, centrado en extender de manera excesiva la vida. En contraposición aparece el término “muerte intervenida” (Apezteguia, et al. 2015, p. 87); según los autores, se trata de una forma de morir dirigida y controlada por el equipo de salud mediante el uso de tecnología, que se caracteriza por la deshumanización, la ausencia de contacto familiar y la disminución o pérdida de la autonomía, en un contexto en el que la muerte es interpretada como un fracaso.

Es importante tener en cuenta que la AET implica un proceso de decisiones compartidas, y no unilaterales, entre profesionales de la salud y la familia del paciente. En este sentido, Bernadá y Notejane (2022) afirman que dicho proceso “no está completo si no se indagan y toman en cuenta los valores, las necesidades, perspectivas y objetivos del paciente y/o de su familia” (p. 7). Los autores subrayan que la toma de decisiones compartidas no supone que los profesionales deleguen su responsabilidad clínica, pero tampoco que actúen al margen de los puntos de vista y creencias del paciente y su entorno. Por el contrario, se trata de un proceso dialógico en el que cada actor aporta aquello en lo que es experto: los profesionales, sus conocimientos sobre las enfermedades y las opciones diagnósticas y terapéuticas; el paciente y/o su familia, sus preferencias, valores y necesidades particulares.

En sintonía, Gherardi (2007) plantea que, ante el diagnóstico de un estado vegetativo permanente, los familiares del paciente se enfrentan ante la disyuntiva de continuar con el mantenimiento de esta condición o bien optar por permitir el curso hacia una muerte digna.

En este marco, Fustinoni et al. (2020), enfatizan que no es función de los profesionales de salud ni impulsar ni rechazar la decisión de AET, sino brindar información clara y el acompañamiento tanto al paciente como a su entorno familiar, favoreciendo una comprensión adecuada de las implicaciones de dicha medida.

Por su parte, resulta pertinente advertir que cuando se presentan posturas contrapuestas y no se logra alcanzar un acuerdo entre las partes intervinientes o persisten incertidumbres, se debe solicitar la intervención del Comité de Bioética. La participación de dicho comité permite “deliberar de manera conjunta acerca de los riesgos y beneficios de las opciones terapéuticas, a la vez de asegurar que todas las voces sean escuchadas” (Ciruzzi, et al., 2025, p. 4).

En este marco, siguiendo a Hooft y Hooft (2013), el proceso de toma de decisiones debe estar guiado por un diálogo abierto, interdisciplinario y sostenido en el respeto por la dignidad humana. Maglio (2014) aporta el concepto de “escuchatorio” (p. 117), este hace referencia a una escucha activa que implica interesarse genuinamente por lo que expresa el paciente y/o su familia, prestando atención a sus palabras desde su punto de vista, más que desde el nuestro. Es un acto de preocupación y empatía, donde no solo escuchamos, sino que tratamos de comprender su experiencia y perspectiva.

Asimismo, Perez y Perez (2015) proponen como uno de los puntos que facilitan la decisión de AET el informar y mantener un diálogo consultivo con las familias, con el objetivo de arribar a acuerdos que representen las preferencias y valores del paciente; Siguiendo esta lógica, Maglio et al. (2016) establecen que las familias y los equipos de salud deben esforzarse al máximo para asegurar que las decisiones tomadas al final de la vida reflejen las creencias y valores de las personas directamente involucradas, priorizando lo que el paciente elegiría si estuviera en condiciones de hacerlo

Además, retomando a Perez y Perez (2015), en ningún caso debe atribuirse a la familia la carga o responsabilidad última del proceso, por lo que la familia debe ser acompañada y sostenida, sin que se le haga sentir responsables por la decisión tomada. Es por ello que los autores enfatizan en que “Debería ser la norma el apoyo psicológico para disminuir el trauma y la angustia de la familia, allegados y profesionales” (p. 570).

En el ámbito nacional, el Comité Hospitalario de Bioética del HMU elaboró en 2012 una guía orientada a acompañar el proceso de implementación de la AET - constituyendo uno de los documentos pioneros en la materia -. Dicho instrumentos tiene como finalidad orientar la toma de decisiones clínicas adecuadas, promoviendo prácticas que garanticen el respeto por la dignidad y la humanidad del paciente en el contexto de final de vida (Comité Hospitalario

de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias, guía para la adecuación del esfuerzos terapéuticos, 2012). La guía destaca como uno de los objetivos a la hora de implementar esta medida la participación de las familias en el proceso de toma de decisiones vinculadas a la adecuación de las medidas de soporte vital; se establece el deber de “alentar a la evolución de la relación clínica de una ética de la “indicación” hacia una ética de la “elección”; poniendo énfasis en una toma de decisiones compartidas” (Comité Hospitalario de Bioética Hospital Municipal de Urgencias, 2012, p. 22).

De igual modo, la guía recomienda identificar los deseos, preferencias y valores del paciente a través de consultas y entrevistas con su círculo cercano, ya que se considera que las personas deben tener la posibilidad de decidir sobre la manera en que desean enfrentar el final de su vida, en consonancia con los principios que han guiado su existencia. Aquí se considera el principio de autonomía, el cual postula que cualquier persona tiene derecho a que sus decisiones, valores y puntos de vista sean considerados y respetados.

Bernadá y Notejane (2022) agregan que la autonomía de una persona se respeta cuando se reconoce su derecho a sostener sus propias perspectivas, a elegir y a actuar de acuerdo con sus valores y creencias. En el ámbito de la atención hospitalaria, el respeto por la autonomía exige que los profesionales proporcionen información adecuada, garanticen la comprensión y la ausencia de coerción, y promuevan la participación activa del paciente y/o familia en los procesos de toma de decisiones.

Finalmente, logro reconocer que la AET implica un complejo entramado ético, clínico y emocional que requiere de la participación activa del equipo de salud, incluyendo al psicólogo clínico, en una labor interdisciplinaria, ya que ante la “deshumanizada situación, existen otros recursos invalorable por su eficacia y disponibilidad: el efecto sanador de la palabra, de las manos y la presencia de los integrantes del equipo de salud [...] ayudando a bien morir, estamos ayudando a bien vivir.” (Comité Hospitalario de Bioética Hospital Municipal de Urgencias, 2012, p. 24).

## VI. 3 ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO A FAMILIAS EN ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS

La AET constituye un escenario clínico y ético complejo, donde las decisiones adoptadas impactan de manera significativa tanto al paciente como a su entorno familiar. En estos escenarios Fernández Alcántara et al. (2013) proponen que “El área psicológica y el

cuidado de los aspectos emocionales del paciente y de la familia son fundamentales al intervenir en el final de vida” (p. 1). Tal como señala Barbero (2003) las emociones intensas pueden conducir a posturas extremas, tales como de aceptación o rechazo total, especialmente en decisiones clínicas complejas, como en la decisión de adecuar los esfuerzos terapéuticos. Estas situaciones éticamente delicadas suelen estar atravesadas por efectos intensos que dificultan una deliberación racional. En este contexto, la intervención psicológica es fundamental tanto para la contención emocional de las familias como para facilitar la deliberación ética en un ambiente de mayor claridad emocional.

Asimismo, se postula que las familias pueden experimentar un considerable impacto frente a estas circunstancias y decisiones; Merino Naranjo (2011) menciona que es habitual que se desencadene una “situación de crisis” (p. 14) ante la noticia de que un miembro padece una enfermedad, especialmente cuando se trata de una patología crónica, viéndose intensificada frente a la posibilidad de la muerte y la separación definitiva del ser querido. Dicha crisis, tomando la guía para la adecuación del esfuerzos terapéuticos del Comité Hospitalario de Bioética del HMU (2012), puede manifestarse en múltiples áreas, entre las que se mencionan los aspectos psicológicos, al verse obligadas a reconocer y asumir la nueva condición del paciente; económicos, dado que su situación puede verse afectada e incluso deteriorada; físicos, a raíz de la incorporación de la dinámica hospitalaria en su rutina cotidiana; y emocionales, debido al enfrentamiento continuo con una realidad no deseada ni buscada y de pronóstico irreversible.

Al respecto, retomo la noción de “familia traumatizada” (Comité Hospitalario de Bioética Hospital Municipal de Urgencias, 2012, p. 27), las cuales se caracterizan por haber atravesado experiencias críticas. Paralelamente, Ramirez et al. (2025) señalan que la hospitalización de un miembro de la familia puede constituir un evento inesperado que genera altos niveles de estrés y ansiedad, conlleva adaptarse a un entorno lleno de incertidumbres y miedo, lo que puede afectar tanto su bienestar emocional como su capacidad para brindar apoyo adecuado. Por su parte, Martín Rodríguez y Pérez San Gregorio (2007) sostienen que la carga emocional de este tipo de familias se encuentra vinculada a los síntomas del paciente, al grado de interacción social que logran mantener y a las preocupaciones personales del cuidador. Asimismo, el confinamiento y el aislamiento social que con frecuencia acompañan a las tareas de cuidado, junto con la multiplicidad de responsabilidades que estas implican, incrementan el desgaste emocional, pudiendo comprometer la salud mental de los familiares.

En este contexto, retomando a Ramirez et al. (2025), el ámbito hospitalario se configura como un espacio privilegiado para promover la “resiliencia familiar” (p. 6) de este

tipo de familias mediante el apoyo psicológico, la contención emocional y la educación orientada a la comprensión de la situación, facilitando que la experiencia, aunque potencialmente traumática, se transforme en una oportunidad de reorganización, fortalecimiento de los vínculos y la resignificación del sufrimiento compartido.

Además, considero importante retomar el concepto de toma de decisiones en contextos como la AET, este constituye un proceso influenciado por múltiples factores que van más allá de la lógica racional, incluyendo dimensiones emocionales, afectivas y sociales (Lofiego, 2025). En este marco, la psicología desempeña un papel fundamental al analizar cómo las personas efectivamente toman decisiones, considerando sus recursos cognitivos, sus experiencias previas y el contexto en el que se encuentran. Asimismo, la autora añade que el reconocimiento de sesgos cognitivos y afectivos resulta clave, ya que estos pueden alterar la percepción y evaluación de las opciones disponibles; por lo tanto, la identificación y manejo de dichos sesgos podría permitir avanzar hacia decisiones reflexivas e informadas.

En sintonía con lo anterior, Comas, Schröder y Villalba (2003) destacan que en contextos como los mencionados previamente los familiares enfrentan una amplia gama de emociones estresantes, como ansiedad, miedo, desprotección, inutilidad, rabia, tristeza, confusión y desesperanza, muchas veces asociadas a la dificultad de aceptar la realidad. Frente a esto, Mateos (2003) propone un abordaje preventivo que ayude a las familias a encontrar sentido y utilidad en su rol como cuidadores, promoviendo la conexión emocional con el ser querido, la expresión de sentimientos, un manejo emocional adecuado y el autocuidado, mediante la distribución de tareas y la prevención del agotamiento.

A su vez, el sufrimiento emocional de las familias también puede manifestarse a través de actitudes como la negación, la evitación o la minimización del padecimiento, las cuales obstaculizan la toma de conciencia y la posibilidad de tomar decisiones en relación con la enfermedad (Vidal y Benito, 2014). Frente a estas expresiones, los autores sugieren una intervención basada en la escucha activa, el esclarecimiento de dudas, la validación emocional y elaboración conjunta de planes de acción realistas, anclados en el aquí y ahora.

En una línea complementaria, D'Urbano y Solmesky (2021) señalan que la comunicación con las familias debe desarrollarse de manera gradual y respetuosa de los posibles mecanismos de defensa que puedan interferir en la comprensión de la información brindada. Subrayan la importancia de conocer los modos en que cada familia ha afrontado crisis anteriores, así como sus expectativas y recursos disponibles, con el fin de adaptar los objetivos terapéuticos a su realidad concreta. Desde esta perspectiva, Aceituno Ríos (2020) destaca que las intervenciones psicoeducativas, junto con una comunicación abierta,

comprensible y bidireccional, resultan centrales para que las familias puedan tomar decisiones informadas y afrontar con mayor claridad estos escenarios clínicos complejos.

En concordancia con esta labor psicoeducativa, Pino Gómez et al. (2019) agregan la necesidad de desarrollar estrategias formativas orientadas a fortalecer la preparación de los cuidadores, promoviendo competencias comunicativas, el manejo y afrontamiento del estrés, el cuidado adecuado del paciente y el autocuidado, así como el acceso a información clara y comprensible sobre la enfermedad. De igual modo, López Fuentetaja y Villaverde (2019) advierten que, en determinadas situaciones, la intensa angustia familiar dificulta la adecuada comprensión de la información transmitida por el equipo de salud, generando además la necesidad de ser escuchados y de poder expresar abiertamente temores y dificultades. En este sentido, la asimilación y elaboración compartida de la información, junto con el contacto y la tramitación de las emociones que esta suscita constituyen procesos que, en contextos complejos como en la decisión de adecuar los esfuerzos terapéuticos de un ser querido, la familia difícilmente pueden llevar adelante sin apoyo. En estos contextos, la intervención psicológica, de acuerdo con los autores, contribuye a promover la estabilidad del sistema familiar, fortaleciendo su capacidad para la toma de decisiones y favoreciendo estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Por su parte, Bernadá y Notejane (2022) agregan que resulta esencial para el equipo de salud contar con un conocimiento profundo de la trayectoria clínica del paciente a lo largo de su vida. Para ello, sugieren la elaboración de una “línea de vida” (p. 7) que registre los principales acontecimientos y eventos clínicos significativos, constituyéndose así como una herramienta útil para comprender la evolución del cuadro clínico y valorar el impacto que dicha evolución ha tenido en la calidad de vida del paciente. Esta herramienta permite al equipo no solo observar la dimensión biológica de la enfermedad, sino también, como señala Maglio (2014), reconocer la importancia de una escucha que se interese por lo biográfico, más allá de lo biológico. Conocer los proyectos de vida del paciente y el significado que le da a su enfermedad resulta fundamental para actuar con lo que el autor denomina como “eficacia simbólica” (p. 118) complementando y enriqueciendo la eficacia biológica.

Como mencioné previamente, en el marco de la AET, las familias atraviesan experiencias emocionales particularmente complejas, dado que deben enfrentar la posibilidad de la pérdida de un ser querido aún presente; este proceso implica no solo el manejo de emociones intensas, sino también la necesidad de reorganizar roles y dinámicas familiares, anticipando cambios que aún no se han consumado. En este contexto, es frecuente que se presente un duelo anticipado, entendido como “cualquier duelo que tiene lugar antes de una

pérdida” (Vilajoana Celaya, 2017, p. 40). La complejidad de este tipo de duelo, de acuerdo con los autores, radica en que la familia comienza a elaborar la pérdida de una persona que aún se encuentra con vida, al mismo tiempo que deben ajustarse a los cambios que la situación implica para su dinámica cotidiana.

En relación con lo anterior, Mateos (2003) propone que la elaboración del duelo implica un proceso que consiste en aprender a pensar la pérdida sin culpa, posibilitar la expresión emocional en un marco de respeto y sin caer en obsesiones, reflexionar acerca de las repercusiones de dicha pérdida y desarrollar conductas orientadas a continuar la vida de manera plena y significativa. En la misma línea, Worden (1997) agrega que “elaborar un duelo es algo que lleva tiempo [...] la persona puede, con la ayuda de un asesor, ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final” (p. 14).

Desde esta perspectiva, el duelo se comprende como una experiencia compleja y singular que altera el equilibrio emocional y el bienestar de la persona, requiriendo un tiempo de elaboración para alcanzar una nueva estabilidad. No se trata de un proceso lineal, sino dinámico y variable, con avances y retrocesos. En este marco, Worden (1997) establece que la intervención profesional no apunta a que el doliente renuncie al vínculo con el ser querido, sino a que pueda reubicar ese vínculo en su vida emocional de un modo que le permita seguir viviendo de manera adaptativa. Así, el acompañamiento se orienta a favorecer la resolución de asuntos pendientes y a posibilitar una despedida que integre la pérdida en la propia historia vital de la persona y su familia.

Además, resulta valioso tener presente que, tomando a D’Urbano y Solmesky (2021), ante enfermedades graves suele aparecer en las familias la búsqueda de sentido y explicaciones, siendo frecuente la instauración de sentimientos de culpa, percepciones de castigo, enojo o desconcierto. Por ello pareciera ser beneficioso explorar las creencias que las personas tienen respecto a la enfermedad, con el fin de brindar información clara, desmitificar ideas erróneas y aliviar culpas innecesarias. En este marco, el acompañamiento psicológico no se orienta a eliminar el sufrimiento - inevitable en estas circunstancias - sino ofrecer un sostén que permita transitarlo sin quedar capturados por la angustia, la culpa o la negación, promoviendo recursos subjetivos y familiares más adaptativos.

Finalmente, retomando lo planteado por Maglio (2009), coincido en su afirmación de que existen escenarios en los cuales “ya no hay nada que hacer [...] y es allí donde deberíamos decir ya no hay nada que tratar” (p. 18), ya que se vuelve imprescindible resignificar el cuidado entendiendo que aún hay mucho por hacer en términos de acompañamiento, presencia y humanización del final de la vida. En este sentido, la palabra, la escucha, el

contacto y la disponibilidad emocional de los profesionales se constituye como herramientas terapéuticas fundamentales, en palabras del autor, en aquellas ocasiones donde “las palabras no alcanzan, entonces están nuestras manos, esas manos vencedoras del silencio [...] en terapia intensiva los enfermos a veces se mueren con hambre de piel. En nosotros está saciarlos. No neguemos el efecto sanador de nuestra propia presencia” (p. 4).

#### VI. 4 DESAFÍOS, LÍMITES Y CONDICIONES INSTITUCIONALES DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN CONTEXTOS DE ADECUACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS.

El acompañamiento psicológico en situaciones de AET se desarrolla en un contexto complejo, donde confluyen factores clínicos, éticos, institucionales y emocionales. La naturaleza del entorno hospitalario impone restricciones específicas que condicionan la intervención del psicólogo clínico. Entre estas limitaciones Becerra y Herrera Isaza (2023) incluyen la disponibilidad restringida de tiempo y espacio, la necesidad de realizar intervenciones breves y focalizadas, la rotación constante del personal sanitario y la ausencia de un plan de tratamiento prolongado que contemple múltiples sesiones, lo que dificulta la posibilidad de establecer continuidad en el acompañamiento psicológico y profundizar la relación terapéutica.

Asimismo, Fernández Alcántara et al. (2013) indican que la intervención psicológica en el contexto hospitalario, particularmente en situaciones de fin de vida, suele presentar mayores dificultades debido a la frecuencia de intervenciones en escenarios de urgencia. En estos casos, el psicólogo debe actuar con información limitada y sin una preparación previa específica del caso, lo que complejiza el abordaje clínico. En estos contextos, de acuerdo con los autores, también se restringe el tiempo disponible para la relación terapéutica y las condiciones de privacidad para una intervención adecuada.

A las limitaciones estructurales se suman tensiones éticas y emocionales propias de los contextos de AET. La toma de decisiones en relación a estas circunstancias puede generar en profesionales sanitarios lo que Perez Herrera y García Hernández (2021) denominan como “angustia moral” (p. 18), entendida como el malestar que surge al enfrentar dilemas clínicos complejos que implican consecuencias vitales para los pacientes. Del mismo modo, puede presentarse la obstinación profesional o terapéutica, descrita por el Comité de Bioética de la

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2020) como la prolongación de intervenciones médicas que sólo extienden el sufrimiento del paciente y postergan un desenlace inevitable. En este contexto, Lopez Fuentetaja y Villaverde (2019) proponen que resulta imprescindible que el psicólogo sea permeable a las necesidades emocionales y dificultades del equipo sanitario, aportando herramientas desde el campo psicológico y promoviendo una mayor sensibilización respecto de estos aspectos.

A partir de lo analizado anteriormente, considero importante resaltar las dificultades que surgen debido al impacto emocional que implica para los profesionales de salud trabajar en situaciones de AET, donde el vínculo con pacientes y sus familias en situación de fin de vida genera una elevada carga emocional para los profesionales. Es por ello que el contacto continuo con el sufrimiento, la muerte y la pérdida requiere de procesos de elaboración emocional que permitan proteger la salud mental del propio psicólogo y del equipo de salud en general.

Lo anterior cobra relevancia ante escenarios donde, tomando a Maglio (2015), “la muerte se ha privatizado” (p. 4). El autor propone que la impronta de una formación positivista conduce a que se despliegue una “angustia fanática” (p. 4), acompañada de respuestas como la negación, la culpa, entre otros, lo cual dificulta comprender la muerte como parte del proceso vital y llevar a cabo procesos deliberativos racionales.

Por otro lado, la participación de la familia constituye un eje de complejidad adicional en los procesos de AET; si bien su involucramiento es central, también puede dar lugar a tensiones significativas. El Comité Hospitalario de Bioética del HMU (2012) advierte que, aún cuando la relación con la familia resulte conflictiva, ello no justifica la adopción de “medidas de tipo encubiertas” (p. 22) ni la postergación de decisiones sobre adecuar tratamientos por temor a que se generen conflictos legales, dado que dichas demoras tienden a incrementar el sufrimiento del paciente. Por lo tanto, otro desafío central, señalado por Barbero (2003), podría ser el establecimiento de una relación simétrica con el paciente y/o su familia, basada en el respeto y en el compromiso ético, especialmente en momentos de toma de decisiones vitales.

Retomando a Maglio (2015), esta situación conlleva a que en ocasiones se presente una falta de protagonismo del paciente y su entorno en la toma de decisiones al final de la vida. Las opiniones de los familiares no siempre se consideran adecuadamente en los ámbitos académicos, médicos, éticos y jurídicos. Por ello, el autor propone que asegurar que el paciente y su familia puedan involucrarse activamente requiere no sólo un enfoque ético y clínico sensible, sino también un marco institucional que permita tomar decisiones a tiempo.

En este marco, todas estas condiciones - la angustia moral del equipo, la posible obstinación terapéutica, las tensiones familiares y la dificultad institucional para habilitar espacios de decisión oportuna - inciden directamente en la tarea del psicólogo. En este sentido, tal y como propone Barbero (2003), dentro del ámbito hospitalario la labor del psicólogo consiste en facilitar un estilo de relación deliberativo, en el que médico y paciente puedan dialogar y consensuar los valores que orientarán las decisiones en el ámbito de la salud. Dicha tarea puede verse obstaculizada cuando predominan dinámicas de urgencia, temores legales o dificultades para reconocer el protagonismo del paciente y su entorno.

A su vez, en contextos de AET, el trabajo interdisciplinario se vuelve esencial, donde, tomando a Pino Gomez et al. (2019), la atención integral en estas situaciones debe abordar no solo las necesidades físicas, sino también las dimensiones emocionales, sociales, existenciales y espirituales. Dentro de este enfoque, Lofiego (2025) propone que el psicólogo desempeña un papel central al acompañar a la familia en procesos de reflexión conjunta, permitiendo analizar y deliberar sobre las opciones terapéuticas de manera informada y emocionalmente sostenibles. Al conjugar las perspectivas del paciente y su familia con la del equipo tratante, se favorece una atención más integral que considera tanto la evolución clínica de la enfermedad como el sufrimiento subjetivo y las necesidades emocionales asociadas.

Sin embargo, en la intervención psicológica dentro de instituciones hospitalarias es frecuente reconocer desafíos derivados de la interacción dentro de los equipos interdisciplinarios, donde, tomando a Mateos (2003), una de las dificultades que se presenta en este contexto radica en que “algunos enfermos y médicos son reacios a reconocer trastornos psicológicos por el estigma asociado a ellos” (p. 816) lo cual puede obstaculizar el abordaje integral de la problemática del paciente. En consonancia, García Cid et al (2024) añaden que los contextos hospitalarios de urgencias pueden ser ámbitos tradicionalmente vinculados con la actuación médica, esto podría dar lugar a cierta reticencia respecto al rol específico que puede desempeñar el psicólogo en este contexto, así como al valor añadido que su intervención pueda adoptar en complemento a la atención médica.

Retomando a Mateos (2003), los distintos profesionales que integran el equipo deberían manifestar respeto por los conocimientos y valores que cada uno aporta, ya que la atención brindada al paciente y a su familia se ve optimizada cuando existe un nivel adecuado de trabajo colaborativo. Asimismo, este enfoque permite que cada integrante del equipo interdisciplinario pueda sentirse competente y valorado en el desarrollo de su labor.

En esta misma línea, López Fuentetaja y Villaverde (2019) señalan que con frecuencia existe un desconocimiento respecto del rol del psicólogo en el ámbito hospitalario, así como

de sus funciones y mecanismos de solicitud de intervención. Esta falta de claridad conduce a que otros profesionales de salud se enfrenten a demandas emocionales de pacientes y familiares para las cuales no cuentan con herramientas suficientes. En sintonía con esta falta de conocimiento en torno a las derivaciones y a los límites de las funciones profesionales, Fernández Alcántara et al. (2013), añaden que, en el área de la comunicación, es frecuente que el equipo médico delegue ciertas tareas y responsabilidades en el psicólogo, bajo la premisa de que este se encuentra mejor preparado para dichas tareas, como por ejemplo, en la transmisión de malas noticias.

No obstante, en los últimos años, tanto las normativas nacionales como los propios planes de estudio de las carreras de medicina han incorporado de manera explícita contenidos psicosociales, de salud mental y enfoques interdisciplinarios. La resolución 798/22 del Ministerio de Educación (2022) reconoce la inclusión de aspectos psicosociales y comunitarios dentro del plan de estudio de medicina.

Retomando los desafíos en contextos de AET, Fernández Alcántara et al. (2013), señalan que en la labor del psicólogo en instituciones hospitalarias se identifican importantes obstáculos en el trabajo con las familias, entre los que se destacan la conspiración de silencio, la falta de aceptación del diagnóstico, entre otros. Asimismo, otro desafío que aparece en el acompañamiento psicológico a familias durante la toma de decisiones sobre AET surge cuando el sufrimiento emocional de estas se manifiesta mediante la negación de “la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida” (Worden, 1997, p. 5), dificultando un trabajo deliberativo racional.

Finalmente, López Fuentetaja y Villaverde (2019) agregan que la dimensión cultural y el estigma asociado a la salud mental constituyen condicionantes relevantes de la intervención psicológica. En determinados contextos sanitarios persiste la creencia de que la incorporación de variables psicosociales resta rigor científico a la práctica clínica, privilegiando modelos basados en la objetividad y la protocolización. Desde esta perspectiva, lo psicológico puede ser percibido más como un riesgo que como un componente indispensable para la comprensión integral del paciente. Los autores concluyen que “La asunción, por tanto, de tareas que confrontan con los ideales colectivos, supone un elemento constante de dificultad en el trabajo cotidiano” (p. 6).

## **VII. MODALIDAD DE TRABAJO**

El actual trabajo es producto de la sistematización de experiencia que llevé a cabo en el marco de las PPS realizadas en el HMU durante el año 2025. La sistematización de experiencias es definida por Jara (2011) como un proceso de reflexión y análisis crítico que parte de la propia práctica, mediante la reconstrucción y organización de aspectos objetivos y subjetivos que intervinieron en ella, con el propósito de generar aprendizajes significativos y compartirlos con otros. En relación a esto último, Bernechea García y Morgan (2010) proponen que en la sistematización se tiene por objetivo explicitar, organizar y poder comunicar aquellos conceptos y saberes obtenidos por medio de la experiencia de prácticas.

Considero importante tener en cuenta que, tal y como propone Jara (2011) el objeto que se va a sistematizar es la práctica ejecutada, siendo la del presente documento las PPS que tuvieron lugar en el HMU. Este enfoque no tiene intenciones de generalización y/o universalización; más bien, persigue una intencionalidad transformadora, de uno mismo y del entorno. El autor establece que la sistematización “significa interrogar a la experiencia y dejarse interrogar por ella” (p. 72).

Asimismo, considero relevante tener presente que la experiencia sistematizada debe guiar y atravesar el proceso y la experiencia; esto no implica cubrirla por completo, sino aquella parte que resulte más relevante; en el caso del actual trabajo: *Acompañamiento psicólogo a familias durante la toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente de la Ciudad de Córdoba.*

## VII. 1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

Durante el transcurso de las PPS mi rol fue de observadora no participante, Yuni y Urbano (2014) proponen que se trata de adoptar “un rol de espectador de la realidad y evita realizar acciones que modifiquen o alteren el fenómeno que le interesa observar” (p. 42).

Desde este rol formé parte de entrevistas de valoración y seguimiento con pacientes, estas fueron desarrolladas en el Sector A y C del hospital, en la UTI, Shock Room y en la guardia, donde los profesionales psicólogos trabajan desde el acompañamiento y abordaje psicológico de estos paciente, para que su estancia en el hospital sea lo menos agobiante posible; también formé parte de entrevista con familiares cuando se consideraban necesarias.

Registré el contenido de estas observaciones en un cuaderno de campo y posteriormente las transcribí de forma organizada, coherente y legible en un Google Docs. Estos registros implican anotar toda aquella información relevante que es vista y oída durante

las prácticas; de acuerdo con Rockwell (s/f), este cuaderno de campo lleva un registro que es continuo y personal de la experiencia de práctica.

Tal y como proponen Yuni y Urbano (2014), en estos registros logré plasmar y describir acontecimientos y conversaciones con pacientes o familiares, interacciones y discusiones interdisciplinarias, aquellos sujetos que se entrevistaron, entre otros aspectos. Como también pensamientos, emociones y reflexiones personales que surgieron, las cuales luego fueron de utilidad para redactar y recuperar mi proceso como practicante. Asimismo, a partir de estos registros, tuve la oportunidad de distinguir aquellos aspectos que sean descriptivos y objetivos de los subjetivos e inferenciales.

Otras de las técnicas que utilicé con el fin de recolectar información fue la entrevista semiestructurada. Guber (2001) propone que la entrevista es una estrategia que busca que los individuos entrevistados expresen sus saberes, pensamientos y creencias respecto a aquello por lo que se los indaga. Por su parte, Hernandez-Sampieri (2018) propone que “Las entrevistas semiestructuradas 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” (p. 449).

Estas entrevistas me aportaron datos valiosos para el presente trabajo, las mismas fueron realizadas por las profesionales del SSM a pacientes del HMU en diversos momentos de su trabajo, por lo general al lado de la cama del paciente; también se entrevistó a los familiares de estos pacientes. Además realicé entrevistas semiestructuradas tanto a profesionales que forman parte del SSM como a otros profesionales del hospital - tales como integrantes del Comité de Bioética - para recolectar información relevante, profundizar y ahondar respecto al eje de sistematización antes descrito.

## VII. 2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

El objetivo general del presente trabajo de sistematización es analizar el rol del psicólogo clínico en el acompañamiento a familias durante la toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos. Concibo como muestra de estudio a aquellos usuarios que ingresaron al HMU en el año 2025, quienes permanecieron durante su internación en la UTI y/o en el sector A del hospital y luego fueron derivados por los profesionales pertenecientes a estos sectores al SSM.

Asimismo tomaré como población de estudio a los psicólogos pertenecientes al SSM del HMU, con el objetivo de describir y reflexionar acerca de sus abordajes e intervenciones

tanto con el paciente y sus familias como con los demás profesionales del hospital ante la posibilidad de establecer la AET.

A continuación presentaré en formato cuadro aquellas caracterizaciones de los usuarios antes mencionados.

CASO	GÉNERO	EDAD	MOTIVO DE INGRESO	AET	ASPECTOS RELEVANTES
“AA”	M	25	Accidente moto vs auto.	La familia se rehúsa a la AET apelando a la idea de que se va a recuperar y ser el de antes; también se recae mucho en aspectos religiosos.	Paciente neurocrítico, diagnóstico de estado vegetativo.
“CA”	M	35	Ingresa por accidente en moto. Reingresa al hospital debido a complicaciones en el domicilio.	Ante complicaciones y desgaste de la familia en el cuidado del paciente y la no evolución del mismo, se acuerda la decisión de AET.	Paciente neurocrítico, gravemente secuelado. Diagnóstico de estado vegetativo.
“TM”	M	17	Accidente moto vs auto sin casco.	La familia se rehúsa a la AET ante la negación del diagnóstico y pronósticos del paciente. Sostenidos por creencias religiosas.  Se logra que el	Paciente neurocrítico. Diagnóstico de estado vegetativo

				paciente ingrese a un centro de rehabilitación.	
--	--	--	--	---	--

### VII. 3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se enmarca en la sistematización de experiencias, llevadas a cabo en el Hospital Municipal de Urgencias, en el contexto de las Prácticas Profesionales Supervisadas. Dichas prácticas, así como la elaboración del presente informe, se desarrollan conforme a los principios establecidos por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). Ambos códigos normativos establecen principios fundamentales para el ejercicio responsable, ético y comprometido de la psicología, constituyendo el marco de referencia que guía la intervención durante las PPS realizadas en el año 2025.

En concordancia con estos principios, se resguarda el derechos de los pacientes a la intimidad, la confidencialidad y a recibir un trato digno y respetuoso, tal como lo establece la Ley Nacional N.º 26.529 (2009). Para seguir con los lineamientos de la ley, tanto en el desarrollo de las prácticas como en la redacción del presente informe, se preservará el anonimato de todos los pacientes y profesionales mencionados, resguardando la información mediante el adecuado cumplimiento del secreto profesional.

Asimismo, la práctica se enmarca en lo dispuesto por la Ley Provincial N.º 9848 (2010), la cual, en su artículo 41, promueve la formación y capacitación de profesionales de las disciplinas vinculadas a la salud mental mediante convenios institucionales entre efectores públicos y universidades.

Considero importante mencionar que la AET, eje de sistematización de las presentes prácticas, desde el plano normativo encuentra respaldo legislativo a través de la Ley Nacional N.º 26.742, también conocida como “Ley de Muerte Digna” (2012). Esta norma modifica la Ley N.º 26.529 (2009) sobre los derechos del paciente. La Ley 26.742 (2012), en el artículo 2º, inciso e) reconoce: el derecho de los pacientes con enfermedades irreversible, incurable o en estadio terminal, o que haya sufrido lesiones que la coloquen en una situación clínica similar, debidamente informados, a rechazar intervenciones médicas tales como

procedimientos quirúrgicos, maniobras de reanimación artificial o la continuación de medidas de soporte vital cuando estas sean desproporcionadas, generen sufrimiento excesivo o solo prolonguen el proceso de morir. También pueden rechazar hidratación o alimentación si su único efecto es extender artificialmente esa situación.

Este marco normativo nacional se articula con los principios establecidos a nivel internacional por la UNESCO en la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos” (2005), que en su artículo 5, titulado “Autonomía y responsabilidad individual”, dispone el respeto a la autonomía de cada persona en su capacidad para tomar decisiones, asumir la responsabilidad que estas conllevan y reconocer, a su vez, la autonomía de los demás. De este modo, ambas normativas refuerzan el reconocimiento del derecho de los pacientes a ejercer su autonomía en el ámbito de la atención sanitaria.

## **VIII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

## VIII. 1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En el siguiente apartado me centraré en el análisis de la experiencia como practicante dentro del SSM en el HMU. La misma tuvo como fecha de inicio el lunes 5 de mayo del año 2025 donde las psicólogas a cargo del servicio me brindaron una charla informativa para introducirme al funcionamiento general del hospital y el rol específico del equipo de Salud Mental en contexto de urgencia, tratándose de una “psicología de la emergencia”. En esta misma charla se pautaron los días y horarios en los cuales iba a asistir, siendo estos lunes, martes y jueves de 8am a 12pm, como así también se mencionaron las actividades que iba a realizar; las psicólogas del servicio contaban con un cronograma de actividades que habían realizado con el objetivo de organizar mis días dentro del hospital. Asimismo, me remarcaron que en la institución se trabaja desde el respeto - aspecto que, durante el pasar de los meses, pude confirmar -, ya sea hacia los pacientes, sus familiares y allegados, como hacia al resto del equipo y profesionales que conformaban el hospital. Mi lugar y tarea como practicante ante la presencia del paciente fue de observación no participante, no obstante desde el equipo de salud mental me animaron a realizar aportaciones, intervenciones y comentar dudas con el servicio cuando lo considerará necesario.

El segundo día de práctica, consistió en un recorrido por el hospital con una de las psicólogas a cargo; durante este recorrido visitamos los diferentes sectores de la institución, comenzando por el subsuelo y terminando en los sectores A, B y C, donde se encuentran los internados y servicios que funcionan por demanda interna, tal y como explicito en el apartado de contexto institucional.

Considero importante destacar que las jornadas dentro del hospital tendían a seguir una dinámica relativamente estable, por lo general el ingreso era a las 8am y comenzaba junto a una de las psicólogas del servicio con un recorrido por el Sector C (internado de traumatología), donde se consultaba sobre ingresos de pacientes nuevos y se consideraba si había pacientes para valorar o realizar seguimiento. Posteriormente, integrabamos conjuntamente con otros servicios la revista de sala general, instancia en la que se realiza una revisión general y se discute acerca de los pacientes internados, así como también se efectúan las derivaciones correspondientes.

Finalizada la revista, nos reunimos en el consultorio con el SSM para organizar el trabajo del día. Una vez definidos y organizados los pacientes a seguir o valorar se iniciaban las actividades diarias. Los días jueves, antes de que se desarrolle la revista de sala, también solíamos concurrir al Ateneo Central que se realiza en el SUM del HMU, variando cada jueves tanto la temática, como el servicio y especialidad que se encargaba de dictarlo.

Como practicante, participé de entrevistas de valoración inicial y de seguimiento, entrevistas con familiares, observaciones clínicas, la realización de derivaciones psicológicas de pacientes e informes, también de los ateneos que se realizaban dentro del hospital con temáticas diversas y de espacio de interconsulta con otros profesionales de salud.

El primer acercamiento al hospital y al SSM implicó, por un lado, el reconocimiento y comprensión de una lógica institucional distinta. Tal como mencioné en el apartado de contexto institucional, el hospital es una institución pública de gestión municipal, por lo que sus profesionales están representados por el “Sindicato Unión Obreros y Empleados Municipales” (SUOEM); durante el presente año, mis prácticas se vieron atravesadas por ciertas modificaciones, producto de asambleas y reclamos gremiales. Esto implicó, por ejemplo, la realización de lecturas domiciliarias en lugar de actividades presenciales. Una de las psicólogas del equipo destacó que estas situaciones forman parte de la dinámica de las instituciones públicas.

Por otro lado, la práctica hospitalaria también implicó el encuentro directo con realidades más vulnerables, de urgencia y desborde; donde la presencia del sufrimiento psíquico y físico se vuelve una constante, y como estudiante en formación y futura profesional en psicología, la tarea de habitar estos espacios sin desbordarme emocionalmente se tornó un aprendizaje central, muchas veces rodeado de dificultades.

Por su parte, considero importante retomar que, dado que se trata de un hospital de urgencias, los pacientes no permanecen mucho tiempo internados. Como resultado, el seguimiento de los casos es relativamente breve y culmina con el alta hospitalaria o con la derivación a otros centros de salud, según las valoraciones que se realice del paciente. Los ingresos dentro del HMU se producen por diversas causas; siendo una de las principales en la que me tocó intervenir los casos por intento de suicidio, como así también ingresos por accidentes viales, heridas de arma de fuego y arma blanca, violencia ciudadana, violencia de género y pacientes que ingresaban debido a sobredosis por consumo problemático y presentaban durante su internación síntomas de abstinencia.

Sostengo que los momentos o escenas que me provocaron mayor impresión o incomodidad tuvieron que ver con la visión de pacientes gravemente heridos, intubados o ensangrentados; donde me vi frente al contacto con lo real del cuerpo, del dolor y de la muerte; tal y como establecen Fuentetaja y Villaverde (2019): “La formación de los psicólogos clínicos no está familiarizada con la mirada del cuerpo del otro [...] un cuerpo enfermo, mutilado, dañado, envejecido, desnudo o conectado a respiradores, vías y diferentes máquinas de soporte.” (p. 4). Como así también el encuentro con historias de vida atravesadas por el consumo problemático, la violencia y el abandono social; historias que muchas veces me provocaron impotencia e incluso el reconocimiento de cierta ignorancia y desconocimiento de esta realidad.

Otro aspecto que considero importante mencionar son aquellas vivencias en relación a pacientes que, debido a la gravedad de sus lesiones, son abordados por un comité conformado dentro del HMU denominado “Comité de Atención del Paciente Neurocrítico con Abordaje Familiar”, este comité presenta dentro de la institución diversos objetivos, tales como: proporcionar orientación, apoyo y formación tanto a la familia como al paciente, favoreciendo la identificación y movilización de recursos personales, familiares o institucionales que permitan gestionar la derivación a un centro de neurorehabilitación para su recuperación, así mismo se acompaña en la reorganización familiar cuando el paciente no puede acceder a dichos centros, también se trabaja en la realización del Certificado Único de Discapacidad (CUD), el cual, de acuerdo a las trabajadoras sociales del HMU, consiste en un instrumento que amplía derechos y permite que se pueda acondicionar el hogar donde residirá el sujeto, así como recibir recursos tanto materiales como profesionales, además el Comité se encarga del trabajo en el acompañamiento al momento del alta, entre estos.

Con algunos de estos pacientes se comienza un trabajo en conjunto con el Comité de Bioética - siendo uno de sus objetivos el garantizar la calidad de vida del paciente -. Durante esta labor, como mencioné anteriormente, se trabaja con pacientes donde, en palabras de los profesionales del hospital, “no hay paciente”, debido a que la gravedad de sus lesiones y secuelas y, a pesar de los esfuerzos realizados, el paciente ha sido diagnosticado como “paciente en estado vegetativo” o “de mínima conciencia” - condición en que la conciencia se encuentra gravemente alterada pero persisten indicios mínimos de reconocimiento del entorno o de uno mismo (Comité Hospitalario de Bioética Hospital Municipal de Urgencias, 2012) -.

Es a partir de estos casos donde comienzo a indagar e interrogarme sobre la posibilidad de plantear la “Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos” (AET), entendido como la retirada o no instauración de las medidas de soporte vital (Perez Herrera y García

Hernandez, 2021). Esta reflexión surge situada en la práctica concreta del HMU, que, tal como señala Ríos (2016), es un hospital de agudos cuya particularidad radica, entre otras, en trabajar con situaciones en las que la muerte constituye una presencia cotidiana para los equipos de salud.

Desde el primer acercamiento a estos casos, comenzó a gestarse la iniciativa de sistematizar las experiencias vinculadas al acompañamiento a familias en contexto de AET. Este interés fue acompañado por la emergencia de diversos interrogantes, algunos de ellos centrados en las familias: ¿Qué procesos subjetivos y psicológicos se ponen en juego en las familias de estos pacientes ante la posibilidad de establecer una AET? ¿Cómo inciden las creencias personales, religiosas y culturales en la aceptación o rechazo de la AET? ¿De qué manera las familias elaboran la culpa, la ambivalencia o el alivio que puede surgir tras la toma de estas decisiones?, entre otros. Otras preguntas surgen en torno al rol del SSM, entre ellos: ¿Qué estrategias de acompañamiento podrían implementarse, desde el SSM, para sostener emocionalmente a las familias durante la toma de estas decisiones? ¿Cómo se articula el trabajo del SSM con otros profesionales en el marco de decisiones sobre AET? ¿Qué límites y alcances tiene la intervención psicológica en estos contextos?

Considero que la relevancia de tomar la AET como posible eje de sistematización radica en la necesidad de comenzar a visibilizar y garantizar aquellos derechos del paciente en relación a una muerte digna, entendida esta como aquella que contempla la regulación y alivio del dolor y del sufrimiento, el sostén emocional y espiritual, el reconocimiento de la autonomía y la AET a las necesidades particulares de cada persona (Maglio et al, 2016). Durante mis prácticas en un contexto hospitalario de agudos, donde la preservación de la vida suele ser el centro de la intervención de los profesionales de salud - a menudo conduciendo a un sostenimiento de la vida “a toda costa” - , esta problemática adquirió especial resonancia. Me encuentro, tal como expresan Maglio et al. (2016), con una “sobreatención médica divorciada de todo contenido humano constituyéndose en el paradigma actual de la indignidad asistencial” (p. 72).

En este marco, se volvió evidente para mí la importancia de habilitar espacios de reflexión, escucha y toma de decisiones en torno a la muerte, el sufrimiento, la dignidad y el acompañamiento humano en los momentos finales de la vida. Asimismo, estimo el rol del psicólogo en el acompañamiento a las familias durante estos procesos como un aspecto fundamental a sistematizar, en tanto posibilita alojar el impacto emocional de estas decisiones, facilitar la elaboración subjetiva y contribuir a un abordaje interdisciplinario respetuoso de los derechos del paciente.

Por su parte, destaco la disponibilidad y comprensión de las psicólogas y psiquiatras del SSM quienes me permitieron e incentivaron desde el primer día a preguntar, sacarme dudas, pensar o realizar aportes y me ayudaron a construir una mirada crítica; lo cual generó un espacio de confianza que favoreció mi posicionamiento dentro del equipo.

En definitiva, este período de las PPS me permitió ubicarme como futura profesional, no solo en cuanto a los conocimientos técnicos, sino también desde una mirada ética, basada en el cuidado, la escucha y el respeto por los tiempos y vivencias de cada persona. Aprendiendo que, incluso en contextos difíciles como la urgencia, es posible realizar una intervención clínica valiosa y comprometida.

## VIII. 2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

De acuerdo con lo trabajado y analizado dentro de la perspectiva teórica en el presente ensayo y siguiendo la finalidad de articular dichos conceptos teóricos con mi experiencia transcurrida dentro del HMU durante el año 2025, presentaré un análisis de los datos obtenidos con el objetivo de abordar críticamente la práctica que lleve a cabo en la institución. El eje de sistematización que orientará este análisis es el *“Acompañamiento psicológico a familias durante el proceso de toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente de la Ciudad de Córdoba”*.

Tomaré como primera categoría de análisis el primer objetivo específico, que consiste en describir las intervenciones del psicólogo en situaciones de adecuación de los esfuerzos terapéuticos. En este apartado, detallaré y explicaré la modalidad de trabajo y las funciones del psicólogo en aquellas circunstancias donde se debe tomar la decisión de adecuar los esfuerzos terapéuticos de un paciente. Para ello, realicé entrevistas semidirigidas a profesionales pertenecientes al HMU, tales como psicólogos, trabajadoras sociales, médicos intensivistas, entre otros. Asimismo tendré en cuenta los registros de campo que confeccioné durante mi experiencia de práctica.

La segunda categoría de análisis se centrará en los desafíos y límites que atraviesa el psicólogo clínico en el acompañamiento a familias en contextos de adecuación de esfuerzos terapéuticos; esta categoría corresponde al segundo objetivo específico del presente trabajo. En este apartado me basaré en las entrevistas semidirigidas y los registros de campo antes mencionados.

Por su parte, seleccioné tres casos clínicos con criterios de AET dentro de HMU con el objetivo de ilustrar, a lo largo de este trabajo, tanto las intervenciones como los desafíos que se le presentan al psicólogo clínico dentro de la institución cuando se trabaja en las circunstancias descritas.

## VIII. 2. 1 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO EN SITUACIONES DE ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS

Dentro del HMU, el psicólogo desempeña un rol esencial orientado a favorecer la recuperación y a mitigar tanto el sufrimiento físico como el emocional de los pacientes que se encuentran hospitalizados dentro de la institución. Asimismo, brinda acompañamiento a sus familias cuando la situación lo requiere. El propósito de la intervención psicológica es que la experiencia de internación resulte lo menos agobiante posible, ofreciendo apoyo y contención emocional a quienes atraviesan situaciones de vulnerabilidad. Expresiones como “si alguna vez quieres o necesitas hablar de ello, contás con el servicio de Salud Mental” (Autorregistro personal, 24/06/2025), reflejan el compromiso y la disponibilidad del SSM hacia los pacientes del HMU y sus allegados. Esta modalidad de intervención se inscribe en lo que Becerra y Herrera Izasa (2023) conceptualizan como “atención humanizada” (p.25), siendo la atención del SSM del HMU una práctica clínica humana y respetuosa, impulsada por el compromiso ético.

La labor del psicólogo en el HMU se despliega de manera transversal en toda la institución, adaptándose a las particularidades del contexto hospitalario. Las intervenciones se realizan en las habitaciones de los pacientes internados, en la guardia, Shock Room, UTI e incluso en los pasillos de la institución, lo cual coincide con lo planteado por Becerra y Herrera Izasa (2023) respecto a la necesidad de que el trabajo del psicólogo en hospitales se adecúe a las limitaciones espaciales, temporales y relacionales propias de estos ámbitos.

Entre sus funciones principales se incluyen la valoración y seguimiento de pacientes, la realización de entrevistas con familiares, la elaboración de informes y derivaciones - considerando que, al tratarse de un hospital de urgencias, una vez estabilizado el paciente en lo orgánico el SSM debe orientar su derivación a dispositivos que puedan brindar un abordaje continuado -, así como la participación en reuniones interdisciplinarias e interconsultas con otros servicios. En este sentido, uno de los psiquiatras que conforman el SSM señala que en el

HMU “hay que valorar al paciente pero también al entorno del mismo, tenes que escuchar todo y luego ver qué es lo que realmente vale tomar” (Autorregistro personal, 05/06/2025).

Ahora bien, en relación al marco específico de la AET, la labor psicológica se orienta principalmente al acompañamiento y contención de las familias, dado que se trata de situaciones en las que, tal como refiere la coordinadora del Comité de Bioética de la institución “no hay paciente que pueda expresarse” (Autorregistro, 07/10/2025), por lo que se recurre a la voz de la familia, quienes cuentan su historia. En estos casos, el psicólogo entra en escena generalmente a partir de derivaciones realizadas por profesionales de otras áreas - Servicio de clínica médica, Enfermería, Trabajo Social o UTI -, con el objetivo de entrevistar a los familiares y conocer tanto el entorno familiar como la historia del paciente. En concordancia con lo anterior, creo pertinente tomar lo propuesto por Bernadá y Notejane (2022) en cuanto a la relevancia de elaborar la “línea de vida” (p. 7) del paciente junto a su familia. Además, siguiendo a Maglio (2014), este proceso debe estar guiado por una escucha activa que, en lugar de limitarse a la dimensión biológica, se extienda hacia la comprensión de los significados personales y simbólicos que el paciente y su familia atribuyen a la enfermedad. Así, al actuar desde lo que el autor denomina como “eficacia simbólica” (p. 118) se posibilita dentro del HMU la integración de las dimensiones biográficas y psicológicas en el acompañamiento terapéutico.

Por su parte, el objetivo de estas intervenciones consiste en explorar las expectativas de la familia respecto del paciente y su evolución. En este trabajo, se pretende introducir interrogantes tales como: “¿Qué esperan o qué pretenden de la evolución de tu hijo/padre/marido/entre otros?”, “¿Que les han dicho los médicos sobre el estado presente?” y “¿sobre el futuro?”, “¿Cómo se lo imaginan?”. Estas preguntas permiten identificar las representaciones familiares y, al mismo tiempo, habilitar espacios de reflexión en torno a la adecuación del tratamiento.

Un ejemplo ilustrativo es el caso del paciente “TM”, quien luego de su internación en UTI y un tiempo en sala común fue diagnosticado con estado vegetativo permanente. Ante la pregunta: “¿Qué esperas en relación a la recuperación de “TM”?”, su madre respondió: “Que se siente en una silla y me diga mamá” (Autorregistro 06/10/2025); es de destacar que, considerando el diagnóstico y el pronóstico del paciente, esta expectativa no era clínicamente posible. A través de este tipo de intervenciones, no se confronta de manera directa las fantasías familiares, sino que se acompaña el proceso de comprensión de la situación clínica, habilitando la duda y posibilidad de comenzar a pensar en AET. Tal y como sostiene Barbero (2003), en contextos atravesados por decisiones clínicas complejas, la intervención

psicológica resulta valiosa para brindar sostén emocional y favorecer procesos de reflexión que permitan la toma de decisiones.

Otro eje central de intervención es la psicoeducación familiar, la cual se realiza de manera integral e interdisciplinaria con otros servicios del HMU y equipo tratante del paciente. Dentro del SSM se sostiene que educar no implica generar falsas esperanzas, sino situar a las familias en torno a las intervenciones médicas que se realizan, la evolución del paciente y los alcances reales del tratamiento. Estas acciones tienen como objetivo, tal y como propone Aceituno Ríos (2020), que las familias se encuentren en condiciones de sobrellevar desde un panorama más claro las circunstancias que deben asumir.

En esta línea de intervenciones psicoeducativas tomo al paciente “AA”, a quien se le realizó una cirugía de lavado ocular debido a una infección derivada de una internación prolongada. Tras la operación, los médicos comunicaron que “la cirugía salió exitosa”; frente a esta expresión, la intervención psicológica consistió en explicar, en términos coloquiales, que dicho éxito no implicaba una mejoría en el estado neurológico del paciente, sino que al limpiar el foco de infección se podrían prevenir otro tipo de complicaciones, evitando así interpretaciones erróneas por parte de la familia que podrían derivar en falsas esperanzas.

Por su parte, esta tarea psicoeducativa, se relaciona con lo que Pino Gómez et al. (2019) añade en cuanto a que resulta fundamental que el psicólogo implemente estrategias formativas para que las familias accedan a información clara y comprensible sobre la enfermedad. En consonancia, dentro del HMU, el SSM trabaja en el entendimiento del diagnóstico, donde se les puede preguntar a las familias “¿Qué les dijo el médico?”, “¿Qué entienden de eso?”, así como también explicar aquello que trae el médico tratante en términos coloquiales. Lopez Fuentetaja y Villaverde (2019) agregan que esta última tarea se incluye dentro de la “intervención mediadora” (p. 13) del profesional en psicología dentro del ámbito hospitalario, con el objetivo de facilitar que las familias comprendan la información proporcionada por el equipo médico. Barbero (2003), también se expone en torno a esta tarea de mediación, la cual busca facilitar el diálogo y la construcción de consensos en torno a decisiones vinculadas a la AET, siempre priorizando la dignidad del paciente, contribuyendo a una relación más funcional y colaborativa entre la familia y el equipo médico.

Asimismo, como mencioné anteriormente, la intervención psicológica en contextos de AET incluye la reconstrucción de la historia de vida del paciente, a través de preguntas como: “¿Cómo era él antes?”, “¿Qué cosas le gustaban?”, entre otras. Una profesional de servicio social - teniendo en cuenta que, en el acompañamiento de los procesos deliberativos, servicio social y psicología dentro del HMU trabajan juntos - establece que:

La voz del paciente es lo principal, donde lo que más interesa es la historia de vida previa a la internación de ese paciente; esto se recibe a través de la voz de los familiares, nos cuentan cómo era el paciente. A partir de esto, aunque el paciente no hubiera podido hablar de la muerte, uno ya entiende lo que era y lo que quería [...] por esto es que se pone la biografía del paciente sobre la mesa”. (Autorregistro, 07/10/2025).

Este abordaje se orienta a dar cumplimiento al principio ético de autonomía, tal como lo plantea la Guía para la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos del Comité Hospitalario de Bioética del HMU (2012), que propone considerar la singularidad del paciente como elemento central en la toma de decisiones clínicas, con el objetivo de visualizar su dignidad. Asimismo, lo anterior encuentra sintonía con lo propuesto por Bernadá y Notejane (2022) dentro de la perspectiva teórica del presente trabajo. En la práctica del SSM dentro del HMU, se pretende que la recuperación de la biografía del paciente y un trabajo interdisciplinario sostenido permitan operacionalizar este principio, favoreciendo procesos de toma de decisiones que contemplan la singularidad de cada paciente y la participación de su entorno, en consonancia con el marco teórico previamente desarrollado.

Por otro lado, el SSM trabaja junto a las familias en la anticipación de escenarios posteriores al alta, introduciendo preguntas acerca de los cuidados futuros, la organización familiar y las condiciones materiales necesarias para el cuidado del paciente. En los casos “CA” y “TM”, la psicóloga que abordó el trabajo de ambos refirió: “se fue trabajando para que la familia aprenda tareas de cuidado, y que vayan acondicionando su domicilio para recibir al hijo” (Autorregistro, 06/10/2025).

En estos casos, se prioriza el establecimiento de un vínculo terapéutico, evitando confrontar de manera directa las percepciones de los familiares. En el caso “AA”, su madre registraba en un cuaderno supuestas mejoras que no se correspondían con la historia clínica del paciente, expresando sentimientos de incomprensión y descalificación: “nadie me cree”, “los médicos no lo ven”, “quedo como una loca” (Autorregistros, 02/09/2025). Frente a ello, se validó su experiencia subjetiva y se propuso una intervención orientada a ofrecer alternativas que no negaron su vivencia, favoreciendo la alianza terapéutica: “podes filmar lo que ves y llevar tu propio registro más allá de lo que los médicos dicen” (Autorregistro, 02/09/10).

Teniendo presente lo expuesto anteriormente, estimo importante mencionar que el SSM siempre busca atender a la subjetividad y singularidad, respetando las creencias y expectativas de cada familia y acompañar esto; una de las madres de los pacientes refirió

respecto de su hijo “siempre nos ha hecho renegar, seguro ahora está haciendo lo mismo y ya va a despertar” (Autorregistro, 02/09/2025).

Lo que analizo en los párrafos previos refleja aquellos que Vidal y Benito (2014) traen en torno a la manifestación del sufrimiento emocional de las familias como negación o minimización de lo que ocurre con el paciente. Frente a esto, el trabajo psicológico se centra en la escucha activa, la clarificaciones progresivas de la información y la validación emocional. D’Urbano y Solmesky (2021) agregan la importancia de identificar las expectativas y recursos que presentan estas familias a la hora de trabajar con ellos, así como sostener una comunicación clara, gradual y respetuosa.

Asimismo, en este acompañamiento psicológico a las familias, se insiste en la importancia del cuidado de aquel familiar que asume el rol de cuidador del paciente. Se remarca lo fundamental que resulta durante este proceso el autocuidado y no olvidarse de uno mismo, promoviendo descansos y espacios personales.

En relación con lo anterior resulta ilustrativo el caso “CA”, uno de los aspectos destacados del mismo es el proceso emocional por el que atraviesa la familia, especialmente las hermanas, quienes enfrentan el agotamiento asociado al rol de cuidadoras y la dificultad de aceptar la condición irreversible de su hermano. Entiendo dicha situación dentro del marco conceptual de la “situación de crisis” (p. 14) que atraviesan las familias propuesto por Merino Naranjo (2011) donde el entorno de CA se enfrenta a situaciones de dolor y duda sobre cómo gestionar el final de la vida del paciente. En este contexto, el acompañamiento psicológico tiene un papel crucial, ya que busca reducir el desgaste emocional de los cuidadores, reconociendo que la toma de decisiones sobre el final de la vida, junto con el cuidado físico y emocional del paciente, puede llevar a una sobrecarga significativa, como fue evidente en el caso “CA”. Es por ello que considero relevante retomar lo que Pino Gomez et al. (2019) subrayan en torno a la necesidad de fortalecer la preparación de los cuidadores mediante estrategias formativas que promuevan competencias comunicativas y el manejo adecuado de estrés; estas estrategias deben abarcar el cuidado integral del paciente y el autocuidado del cuidador.

A su vez, en determinadas situaciones, el trabajo del SSM consiste en visibilizar a otros miembros del grupo familiar que también se encuentran afectados y requieren cuidado. El caso “TM” resulta ilustrativo: durante la internación del paciente, su hermana menor debió concurrir a diversas instituciones sanitarias debido a complicaciones en su estado de salud. Tras un periodo de consultas, la madre decidió que fuera atendida en el HMU - institución que consideraba de mayor confianza - donde se le diagnosticó embarazo extrauterino. Este

episodio me permite evidenciar como, en contextos de alta demanda emocional y asistencial, el cuidador principal puede concentrar su atención en el paciente internado, produciéndose un descuido de otros integrantes del sistema familiar. En este sentido, la labor del SSM implica ampliar la mirada clínica y contemplar el cuidado integral del grupo familiar.

Otro aspecto que destaco desde la perspectiva teórica es el sentimiento de utilidad de los familiares durante el acompañamiento y cuidado del paciente. En este marco, el SSM desarrolla intervenciones orientadas a promover la participación activa de los allegados, como ocurrió en el caso del paciente “AA”. A sus familiares se les explicó que los sentidos primitivos —como el olfato y la audición— son los que más se preservan, de modo que podían realizar actividades que los estimularan y, al mismo tiempo, favorecer que los familiares se sintieran partícipes y útiles en el proceso. Ante esta recomendación, los familiares comenzaron a ponerle canciones de “Talleres”, club del cual el paciente era hincha.

Estos tipos de intervenciones, como las realizadas con los familiares de “AA” y “CA”, se articulan con la “actitud preventiva” (p. 824) propuesta por Mateos (2003) con el objetivo de prevenir el agotamiento del cuidador y aumentar el sentimiento de utilidad.

Por su parte, también se interviene en el abordaje psicológico de estos familiares, trabajando por ejemplo en la sintomatología que suele aparecer asociada a las tareas de cuidado prolongado, síntomas como ansiedad, depresión, estrés postraumático, entre otros; así como la correspondiente indicación de cuidados personales y que el familiar, en la medida de sus posibilidades, pueda buscar un espacio terapéutico. Asimismo, de ser necesario, se realizan interconsultas con psiquiatría para la indicación oportuna de psicofármacos.

En el acompañamiento de familias en situaciones de AET, desde el SSM se reconoce que estos casos “demandan que nos salgamos del protocolo, que nos adecuamos a lo que el paciente y su familia necesita y esto se logra mediante el trabajo en equipo e interdisciplinario” (Autorregistro, 11/09/2025). En esta línea, retomo los postulados de Hooft y Hooft (2013) en torno a la necesidad de un diálogo colaborativo. Asimismo, en estos escenarios, la atención integral debe complementar dimensiones emocionales, sociales, existenciales, biomédicas, espirituales, entre otras, tal como plantean Pino Gómez et al (2019).

Se resalta también la importancia de tener en cuenta los tiempos de cada paciente, cada familia y cada caso en particular a la hora de plantear una AET: “es un proceso donde no hay que apurarse, hay que tomarlo con calma” (Autorregistro, 14/10/2025). El caso “CA” podría resultar óptimo para vislumbrar el acompañamiento psicológico en la toma de decisiones sobre AET, donde el hecho de que sus familiares llegaran al consenso de no

realizar intervenciones extraordinarias en caso de complicaciones graves muestra un proceso de toma de decisiones bien fundamentado, pero que debe ir acompañado de un respaldo emocional y psicológico para evitar sentimiento de culpa o incertidumbres (D'Urbano y Solmesky, 2021); en estos escenarios se torna fundamental redefinir el concepto de cuidado, comprendiendo que, aunque los aspectos médicos ya no sean posibles, sigue siendo crucial el acompañamiento, la presencia y la humanización del proceso final de la vida (Maglio, 2009).

Finalmente, los postulados de Worden (1997) respecto al duelo ofrecen una perspectiva valiosa para pensar lo previamente expuesto; el autor subraya que implica un proceso que requiere tiempo, donde el acompañamiento de un psicólogo podría ser de ayuda para encontrar esperanza de que es posible hacer algo y de que existe un cierre. Asimismo, a lo largo del presente análisis logré reconocer intervenciones psicológicas dentro del HMU atravesadas por el concepto que trae Maglio (2014) de “escuchatorio” (p. 117), donde la escucha no solo se limita a oír, sino también que se convierte en un acto de empatía y preocupación por la vivencia del otro, donde el profesional se interesa genuinamente por lo que el paciente y su familia expresan, buscando comprender su experiencia de manera profunda y desde ahí acompañar.

## VIII. 2. 2 EXPLORACIÓN DE LOS DESAFÍOS Y LÍMITES QUE ATRAVIESA EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS EN CONTEXTO DE ADECUACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS

En el apartado anterior describí los principales tipos de intervenciones que se despliegan en situaciones de AET, orientadas a acompañar y sostener a los familiares. En el presente apartado abordaré los principales desafíos y límites que atraviesa esta labor dentro del HMU.

Tal como expuse en la perspectiva teórica, la interdisciplina ocupa un lugar central tanto en los procesos de AET como en el trabajo hospitalario en general, al posibilitar un abordaje integral y colaborativo orientado a la construcción conjunta de estrategias y planes de acción. En esta línea, Becerra y Herrera Izasa (2023) destacan que el aporte de la psicología favorece el bienestar de las familias al activar recursos personales y fortalecer estrategias de afrontamiento.

No obstante, diversos autores advierten que el trabajo interdisciplinario no se encuentra exento de dificultades. Retomando los aportes de Mateos (2003), en el ámbito hospitalario algunos profesionales se muestran reticentes a reconocer la presencia de

trastornos psicológicos en los pacientes, en gran medida debido al estigma social que se empareja a ellos. Estas posturas constituyen, según la autora, un factor que obstaculiza la intervención del equipo de psicología.

Estas dificultades pueden verse acentuadas en contextos hospitalarios de urgencias, como el HMU, donde predomina una lógica de intervención centrada en lo médico. García Cid (2024), a quien retomo en la perspectiva teórica del presente trabajo, propone que las características propias de estos entornos suelen limitar el espacio para la intervención psicológica. En este sentido, desde el SSM se reconoce que: “hay algunos médicos que son expulsivos o reacios a pacientes de salud mental” (Autorregistro 02/06/2025).

El modelo biomédico que predomina en el HMU otorga mayor legitimidad a la palabra del médico y prioriza enfoques basados en la objetividad y la estandarización de los procedimientos (López Fuentetaja y Villaverde, 2019). Esta lógica podría dificultar la construcción de espacios deliberativos y de consenso con las familias, tal como propone Barbero (2003). Además, Maglio (2015) advierte que, en estos escenarios, las opiniones y preferencias de los familiares no siempre son consideradas apropiadamente, y los aportes psicológicos pueden ser percibidos como secundarios o incluso conflictivos respecto a la toma de decisiones clínicas (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Sin embargo, en consonancia con la perspectiva teórica respecto de la actualización de los planes de estudio de medicina - que incorporan contenidos psicosociales - considero importante reconocer que estos avances en la formación podrían reflejar una transformación progresiva del modelo biomédico tradicional hacia enfoques más integrales.

Por su parte, también identifiqué la llamada “obstinación terapéutica o profesional”, definida por la Guía para la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos del Comité Hospitalario de Bioética del HMU (2012) como la implementación de intervenciones terapéuticas excesivas o inadecuadas orientadas a prolongar la vida biológica de pacientes con enfermedades irreversibles o en fase terminal, constituyendo un límite adicional relevante a analizar. Tal como señala Maglio (2015), la privatización de la muerte y la impronta positivista en la formación sanitaria pueden favorecer respuestas de negación y sentimientos de culpa frente a la AET. Es por ello que me resultó significativo lo propuesto por la coordinadora del Comité de Bioética del HMU, en tanto “Las decisiones médicas se toman desde el lado de la asimetría, yo decido por vos, por tu vida” (Autorregistro, 07/10/2025).

Estas tensiones impactan directamente en la posibilidad de construir espacios deliberativos genuinos en torno al final de la vida, donde la voz de la familia y el aporte psicológico sean reconocidos como componentes necesarios para favorecer la comunicación.

En este sentido, desde el equipo hospitalario se reconoce que se trata de un “hospital de agudos donde se salvan vidas, entonces el tema de la muerte entra en contrapunto con eso...” (Autorregistro, 07/10/2025), subrayando las dificultades de integrar prácticas orientadas al final de la vida dentro de una lógica institucional predominantemente centrada en la preservación de la vida.

En consecuencia, el proceso de toma de decisiones compartidas - el cual desarrollé en la perspectiva teórica - podría verse obstaculizado; la AET debería caracterizarse por un trabajo interdisciplinario sostenido y un intercambio abierto entre los distintos actores involucrados, en tanto la toma de decisiones en torno a la AET no puede considerarse completa si no se exploran y contemplan los valores, necesidades, perspectivas y objetivos de las familias (Bernadá y Notejane, 2022).

En consonancia con lo anterior, frente a la pregunta acerca de cómo responde el equipo médico a la propuesta de AET formulada por las familias, la coordinadora del Comité de Bioética expresa:

Hay mucha resistencia a escuchar este deseo del paciente transmitido por la familia; puede que escuchan y responden a la familia pero no le dan todas las opciones, es decir, se habla de “adecuación de esfuerzo terapéutico selectiva” ya que no reaniman, no conectan a un respirador si está desconectado pero no van a desinstalar alimentación e hidratación, esto es algo que al equipo de salud le cuesta mucho. (Autorregistro, 07/10/2025).

En este contexto, Fustinoni et al. (2020), subrayan que no corresponde a los profesionales de la salud promover ni desalentar la decisión de adecuar los esfuerzos terapéuticos, sino brindar información clara y precisa, acompañando a las familias durante el proceso de toma de decisiones, con el propósito de que dicho proceso se desarrolle de manera reflexiva y racional. Bernadá y Notejane (2022) advierten que los profesionales en salud no deberían intervenir desconociendo las perspectivas, valores y creencias del paciente y su entorno.

Por su parte, dentro del SSM se identifica como otro de los obstáculos de la intervención psicológica en contextos de AET, el desconocimiento respecto de qué es y qué implica la AET. Al respecto, se expresa: “no es eutanasia, es un derecho del paciente, una actitud generosa de pensar en el paciente y no de querer tenerlo a toda costa, sino más bien ponernos a averiguar, juntos, que es lo que el paciente hubiera querido” (Autorregistro, 07/10/2025). Este desconocimiento incluye también una falta de información sobre el marco legal vigente, lo que conduce a concebir estas decisiones como un acto exclusivamente

médico y a cuestionar la presencia del psicólogo en este ámbito, cristalizado en la pregunta implícita: “¿qué hace el psicólogo acá?”. Este desconocimiento obstaculiza la inclusión de la psicología en el asesoramiento y acompañamiento familiar (López Fuentetaja y Villaverde, 2019). Desde el SSM se expresa: “ahí está nuestro trabajo, para que empiecen a conocer de qué se trata la adecuación, nuestra función es ayudar a que el familiar pueda reflexionar sobre todas las cuestiones de la vida que lo atraviesa en este momento” (Autorregistro, 30/10/2025).

Dentro de estos procesos, tal como explayé en el apartado anterior, la reconstrucción de la historia de vida del paciente diagnosticado con estado vegetativo permanente resulta central para indagar acerca de sus valores y deseos previos, es decir, acerca de qué hubiera querido. No obstante, esta tarea puede verse obstaculizada por las creencias y posicionamientos subjetivos familiares frente a la AET. Retomo como ejemplo de ello el caso clínico “AA”, donde su madre adoptó una postura de rechazo y enojo al comenzar a recibir información sobre la AET, dificultando la exploración de la biografía del paciente.

En este sentido, logré identificar como límites de la intervención psicológica las variables psicosociales que entran en juego, las cuales requieren de una disposición de apertura tanto por parte de las familias como del equipo médico para posibilitar un proceso de acompañamiento efectivo y éticamente situado. En la misma línea, López Fuentetaja y Villaverde (2019) señalan que la dimensión cultural y el estigma asociado a la salud mental operan como condicionantes significativos de dicha intervención.

Por su parte, en los procesos de AET, advertí intervenciones atravesadas por el duelo anticipado, entendido como todo proceso de duelo que se produce con anterioridad a la pérdida (Vilajoana Celaya, 2017). En este marco, el caso “CA” podría ilustrar los complejos procesos que atraviesan tanto el paciente como su familia. El paciente inicialmente fue dado de alta tras múltiples gestiones realizadas en torno a conseguir elementos que son importantes para el regreso a su domicilio, por ejemplo, la obtención de Certificado Único de Discapacidad (CUD). Es de destacar que “CA” no contaba con el acceso a una obra social, por lo que su familia, ante la imposibilidad de ingresarlo a un centro especializado, debió llevarlo a su hogar generando grandes modificaciones en el estilo de vida familiar. En este aspecto es que considero relevante retomar lo propuesto por el Comité Hospitalario de Bioética del HMU (2012), en cuanto a que estas situaciones pueden manifestarse en las familias a través de diversas áreas, tales como económicas, psicológicas, físicas y emocionales.

Sin embargo, debido a complicaciones posteriores, “CA” regresó al hospital, momento en el que los profesionales del HMU comenzaron a abordar la posibilidad de adecuar los

esfuerzos terapéuticos a partir de pedidos de la familia. Este proceso refleja como desde el SSM se acompaña a las familias no sólo en relación al paciente, sino también en la reorganización de los vínculos y roles familiares, siendo el duelo anticipado una constante en estos casos; donde los familiares se enfrentan a la necesidad de reflexionar sobre la pérdida inminente sin caer en sentimientos de culpa, promoviendo la expresión emocional en un marco respetuoso (Mateos, 2003).

No obstante, en el acompañamiento psicológico en estos contextos doy cuenta de límites claros, en tanto el duelo constituye un proceso subjetivo y singular; se reconoce que: “uno puede trabajar muchas cuestiones, pero el duelo cada uno lo vive como puede vivirlo; es difícil y complejo trabajar y acompañar estas circunstancias” (Autorregistro, 30/10/2025). Desde esta perspectiva, la intervención psicológica dentro del HMU no se orienta a resolver el duelo, sino a sostener el proceso, habilitar la palabra y acompañar los tiempos psíquicos singulares de cada integrante de la familia. En consonancia con Worden (1997), no se trata de promover la renuncia al vínculo con el ser querido, sino a favorecer su reubicación en la vida emocional del doliente, de manera que le permita proseguir su vida de forma adaptativa y funcional. Así, el acompañamiento terapéutico se orienta, por un lado, a sostener la elaboración subjetiva de la pérdida y, por otro, a promover la tramitación de cuestiones inconclusas y pendientes, favoreciendo la construcción de una despedida que permita incorporar la experiencia en la trayectoria vital de la persona y su familia.

Este enfoque cobra relevancia en casos como “AA” y “TM”, donde advertí en las familias obstáculos subjetivos frente a la muerte, manifestados principalmente por medio de mecanismos de negación. Aún contando con información clara respecto del carácter irreversible del cuadro clínico, persistía una expectativa - aunque fuera mínima - de recuperación. Tal como relata una de las profesionales: “por más que sepan que es irreversible, siempre queda en el fondo la esperanza de que pueda sobrevivir” (Autorregistro, 30/10/2025). Infiero esta posición defensiva como un mecanismo de afrontamiento frente a la amenaza de pérdida (D’Urbano y Solmesky, 2021), pero que al mismo tiempo opera como un límite para avanzar en la reconstrucción de la historia de vida del paciente y en la deliberación racional en torno a la AET.

De este modo, las variables psicosociales vinculadas al duelo, la negación y la esperanza, junto con las dinámicas familiares, inciden de manera directa en el proceso de intervención psicológica. Estos factores requieren no solo de apertura por parte de las familias, sino también de una lectura clínica cuidadosa por parte del equipo de salud, que

permita respetar los tiempos subjetivos y singulares sin desconocer la necesidad de acompañar decisiones complejas en contextos de final de vida.

## **IX. CONCLUSIONES**

Con el objetivo de dar cierre al presente Trabajo Integrador Final, desarrollaré a continuación algunas consideraciones finales que recuperan los principales interrogantes y aprendizajes surgidos a lo largo de mi experiencia de práctica realizada en el HMU durante el año 2025. Dichas reflexiones se articulan en torno al eje de sistematización propuesto: *Acompañamiento psicólogo a familias durante el proceso de toma de decisiones sobre adecuación de los esfuerzos terapéuticos en un hospital público de urgencias polivalente de la Ciudad de Córdoba*. Así como también aquellos aprendizajes construidos tanto en el plano profesional como personal.

Estructuré el eje mencionado a partir de dos objetivos específicos, uno orientado a describir y profundizar las intervenciones del psicólogo en el acompañamiento de familiares en las circunstancias que describí con anterioridad, y otro dirigido a conocer y establecer las dificultades y limitaciones del psicólogo en dicha labor. Para el análisis seleccioné tres casos clínicos - "AA", "TM" y "CA" - correspondientes a pacientes diagnosticados con estado vegetativo permanente, condición que, dentro del HMU, habilita la consideración de la AET.

En relación con el primer objetivo específico, pude observar que la intervención del psicólogo en situaciones de AET se centra fundamentalmente en el acompañamiento y la contención emocional de las familias, dado que el paciente no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad. Estas intervenciones incluyen la exploración de expectativas familiares, la psicoeducación respecto del estado clínico y los alcances reales del tratamiento, la reconstrucción de la historia de vida del paciente como vía para sostener el principio ético de autonomía, la mediación entre la familia y el equipo médico y el fortalecimiento de recursos subjetivos y vinculares. Asimismo, advertí la importancia de promover el autocuidado de los familiares cuidadores y de favorecer su sentimiento de utilidad durante el proceso de internación y cuidado.

La posibilidad de conocer y describir el trabajo de los profesionales de psicología en contextos de AET constituyó para mí una experiencia gratificante y transformadora, aunque también desafiante y, en ocasiones, atravesada por sentimiento de impotencia. El trabajo con familias inmersas en situaciones de intenso dolor, así como con profesionales de la salud enfrentados a decisiones éticamente complejas, me permitió dimensionar con mayor claridad la relevancia de una atención humanizada, ética y respetuosa de la dignidad del paciente y de las decisiones de las familias.

Respecto del segundo objetivo, identifiqué múltiples desafíos y límites que atraviesan la práctica del psicólogo clínico en contextos de AET propios de un ámbito hospitalario de

agudos. Entre ellos, destaco las tensiones propias del trabajo interdisciplinario, donde la hegemonía del discurso médico y el desconocimiento del rol del psicólogo pueden obstaculizar su intervención. A ello se suman resistencias vinculadas al desconocimiento conceptual y legal de la AET, las dificultades para sostener procesos deliberativos y la presencia de fenómenos como la obstinación terapéutica. Asimismo, las variables psicosociales asociadas al duelo anticipado, la negación, la esperanza y las dinámicas familiares complejas constituyen límites inherentes a la intervención, en tanto exigen respetar los tiempos subjetivos de cada familia sin forzar decisiones.

Las observaciones y registros realizados durante mi recorrido dentro de la institución me permiten afirmar que la AET debe comprenderse como un proceso dinámico, relacional y deliberativo, más que como una decisión técnica aislada. Su adecuada implementación requiere tanto de la colaboración entre los diversos servicios del HMU como del reconocimiento del psicólogo como un actor valioso para garantizar intervenciones sensibles, informadas y éticamente orientadas, que posibiliten acompañar a las familias en un proceso complejo, promoviendo expectativas realistas y decisiones que resguarden la dignidad y el bienestar del paciente.

En este sentido, dentro del SSM, y en relación con prácticas tan delicadas y complejas como resulta el acompañamiento de familiares en la toma de decisiones sobre AET, reconozco la especial relevancia del trabajo en equipo, así como el sostenimiento de espacios de supervisión, intercambio y diálogo entre colegas. Compartir las cargas emocionales inherentes a estas intervenciones resulta fundamental para prevenir el desgaste profesional. Presenciar y participar de estos espacios me permitió valorar la importancia del sostén en prácticas atravesadas por el sufrimiento y la complejidad ética.

Estas experiencias me permitieron comprender con mayor profundidad la fragilidad humana y el modo en que la vida puede transformarse de manera abrupta, así como reconocer los recursos psicológicos y emocionales que las familias ponen en juego al afrontar dichas circunstancias. Del mismo modo, reafirmé la importancia de la intervención psicológica para fortalecer dichos recursos, donde la escucha, la palabra y la presencia se constituyen como herramientas centrales de la práctica clínica.

A partir del análisis realizado, considero pertinente mencionar que el HMU ya cuenta con un protocolo para el establecimiento de AET. No obstante, desde una perspectiva crítica, sugiero fortalecer su implementación, asegurando que la AET se desarrolle como un proceso de manera cuidadosa, acompañada y respetuosa, avanzando hacia un abordaje más ético, humanizado y coordinado.

Del mismo modo, observé que, si bien se realizan intervenciones desde distintas disciplinas, no se evidencia una implementación clara de protocolos específicos para el abordaje de pacientes que requieren cuidados en el final de la vida. Esta situación se inscribe en el perfil institucional del hospital, centrado en la atención de urgencias y emergencias, donde predomina una lógica donde “se salvan vidas”, lo que puede limitar la optimización de los procesos de final de vida y la calidad del acompañamiento a las familias. No obstante, siguiendo las recomendaciones de Maglio (2015), la incorporación de un paradigma de atención paliativa en la salud pública permitiría mejorar la gestión sanitaria, promoviendo un uso racional y equitativo de los recursos, al tiempo que garantiza un cuidado integral del paciente y su familia, en particular en procesos de AET.

En consonancia con ello, la OMS (2020), advierte que la falta de formación y sensibilización de los profesionales de la salud constituye un obstáculo significativo para un acceso efectivo a los CP. En este marco, considero que el psicólogo podría realizar aportes sustantivos no solo en el acompañamiento clínico, sino también en la sensibilización de los equipos, la prevención del desgaste profesional y la promoción de prácticas comunicacionales más claras y empáticas.

Por esta razón, sugiero avanzar hacia una implementación clara de un protocolo institucional de final de la vida, articulado con el protocolo de AET existente, que contemple criterios clínicos, éticos y psicológicos. En ambos aspectos, la presencia de apoyo psicológico y espacios de contención para familiares debería considerarse parte integral de los protocolos, favoreciendo la participación activa de los familiares y la humanización hasta los últimos momentos de vida del paciente.

En este sentido, la presente sistematización me permite concluir que la intervención del psicólogo en los procesos de AET no solo contribuye al bienestar del paciente y su familia, sino que también fortalece la dimensión humana de la atención hospitalaria, consolidando la ética, la dignidad y la responsabilidad profesional como ejes centrales de la práctica clínica en contextos de alta vulnerabilidad.

## **X. BIBLIOGRAFÍA**

## Referencias

- Aceituno Ríos, A. (2020). Familia y enfermedad. En Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativos, *Psicología. Cuidados Paliativos* (pp. 32-36).
- Alcántara Moreno, G. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. *Sapiens*, 9(1), 93-107. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Apezteguia, C., Cacace Linares, N., Capalbo, M., Kullock, G., y Muravchik, C. (2015). Alcances y límites del esfuerzo terapéutico en adultos mayores gravemente enfermos. En F. León Correa, y P. Sorokin (Coords.), *Bioética y Salud Pública en y para América Latina* (pp. 82-94). Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética.
- Argentina. (1984, 27 de septiembre). Ley N° 7106. Disposiciones para el ejercicio de la psicología. *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba*.
- Argentina. (2012, 24 de mayo). Ley N° 26.742. Modifícase la Ley N.º 26.529 sobre derechos del paciente. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/39899/20120524>
- Argentina. (2009, 20 de noviembre). Ley N° 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Barbero, J. (2003). Psicología y bioética: un diálogo necesario en el ámbito hospitalario. En E. Remor, P. Arranz, y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 11-831). Desclée de Brouwer
- Barnechea García y Morgan. (2010). *La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica*. *Tend. Retos*, (15), 97-107. <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/464/38>
- Becerra, M. A., & Herrera Isaza, L. (2023). Rol del psicólogo en la unidad de cuidados intensivos. *Meridiano - Revista Colombiana De Salud Mental*, 2(1), 24-27. <https://doi.org/10.26852/28059107.640>
- Benyakar, M. (2016). *Los disruptivos y lo traumático. Vicisitudes de un Abordaje Clínico*. Nueva Editorial Universitaria.
- Bernadá, M., Notejane, M. (2022). *Planificación avanzada del cuidado y adecuación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Fundamento y Procedimiento*. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 93(1). <https://doi.org/10.31134/ap.93.1.18>

- Betancourt Reyes, G. (2017). *Un dilema ético actual: ¿Enseñamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico?. La motivación en los estudiantes de primer año de la carrera de medicina*. *Rec Méd Electrón*, 39(4).
- Buendía, José. (1999). *Psicología Clínica: Perspectivas Actuales. Capítulo I Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica*. Ediciones Pirámide.
- Ciruzzi, M., Delmonte, G., Di Cola, E., Dussel, V., Ensabella, E., Gómez, K., Marchetti, F., Peserico, F., Saldeña, J, y Torrecilla, E. (2025). *Consenso de adecuación de esfuerzo terapéutico con enfoque paliativo*. (2025). *Sociedad Argentina de Pediatría*, 123(2). <https://doi.org/10.5546/aap.2024-10491>
- Colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba (2016). Código de ética.
- Comas, M., Schröder, M., y Villalba, O. (2003). Intervención psicológica en una unidad de cuidados paliativos. En E. Remor, P. Arranz, y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 11-831). Desclée de Brouwer
- Comité de Bioética, SATI (2020). *Adecuación del esfuerzo terapéutico*. Revista de la Redbioética UNESCO. Recuperado de [http://unesdoc.unesco.org/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach\\_import\\_bef8d3dd-7070-45fb-9f71-4fd80351bc47?\\_=375954mul.pdf&to=33&from=1](http://unesdoc.unesco.org/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_import_bef8d3dd-7070-45fb-9f71-4fd80351bc47?_=375954mul.pdf&to=33&from=1)
- Córdoba. (2010, 20 de octubre). Ley Provincial N° 9848. Protección de la Salud Mental. *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba*.
- Córdoba. (2012, 16 de junio). Ley Provincial N° 10058. Declaración de Voluntad Anticipada de Muerte Digna. *Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba*.
- Comité Hospitalario de Bioética Hospital Municipal de Urgencias. (2012). *Muerte digna. Guía para la adecuación del Esfuerzo Terapéutico*. El Emporio Ediciones.
- Cúneo, M. (2016). *Vida digna hasta morir. Adecuación del esfuerzo terapéutico*. Editorial Guadalupe.
- De Simone, G. (2015). *Cuidados Paliativos: una necesidad ineludible*. Academia Nacional de Medicina, 93.
- D'Urbano, E y Solmesky, A. (2014). La atención a la familia y el duelo. En G. Jacob, y L. Sánchez (Eds.), *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud* (17-271).
- Entrevista a Oscar Jara (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Matinal, Revista de Investigación y Pedagogía*, 67-74.

- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [FEAP]. (2003). (Psicología clínica y psiquiatría). *Papeles del psicólogo*, 28(81), (pp. 1-10).
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). Código de ética.
- Fernández Alcántara, M. García Caro, P. Nieves Pérez Marfil, M., y 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).  
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.139121>
- Figueroa, Eduardo. *Biografía de un hospital II*. Dirección General de Publicaciones de la U.N.C. Córdoba, Septiembre 1996. (pp. 13-102).
- Fuente, J. (2014). Sobre el departamento de capacitación y docencia: El 40° curso recuerda al Hospital de Urgencias. *Revista HUcba: Órganos de difusión científica del Hospital Municipal de Urgencias*, 3(3), (pp. 32-33). Recursos Fotográficos.  
<https://www.hucba.com.ar/assets/files/HUCBA-2014.pdf>
- Fustinoni, O., Barone, M., Elli, J., Gonorazky, S., Martínez Perea, M., y Rotta Escalante, R. (2020). *Suspensión de soporte vital en el estado vegetativo permanente y muerte digna*. *Medicina*, 48-53.
- García Cid, S., Menéndez-García, A., González Vives, L., Parro Jiménez, E. (2024). *Psicología Clínica en Urgencias Hospitalarias, Primeras Experiencias*. *Psicología Clínica*, 1(1), 91-101. <https://doi.org/10.62873/psclin.v1i1.9>
- Gherardi, C (1998). *Encarnizamiento terapéutico y muerte digna: mitos y realidades*. *Revista de Medicina*, 755-762.
- Gherardi, C. (2007). *Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*. Biblos.
- Gherardi, C. (2007). *Pautas para la abstención y/o retiro del soporte vital en terapia intensiva, reflexiones después de 7 años*. *Medicina Intensiva*, 24(1), 44-51.
- Guber, R. (2001). La entrevista etnográfica o el campo de la no directividad. *La etnografía, método, campo y reflexividad* (pp. 1-12). Editorial Norma.
- Hernandez-Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas*. Editorial McGRAW-HILL.
- Haz, A. Diaz, D. y Raglianti, M. (2002). *Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial*. *Terapia Psicológica*, 20, 23-28.

- Hoof, P y Hoof, L. (2013). *Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz, La autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la Ley de Muerte Digna*. Revista Bioethikos.
- Lofiego, L. (2025). *Toma de Decisiones Compartida en Cuidados Paliativos: Elementos del procesos y su afecto en el Bienestar Psicológico* [Tesis de Grado, Universidad de la República Uruguay]. Producción Académica. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/51089>
- López Fuentetaja, A. e Iriondo Villaverde (2019). *Artículo Intervención psicológica en el ámbito hospitalario*. Revista Clínica Contemporánea, Colegio de Psicólogos de Madrid. 10 (1). <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Maglio, F. (2009). *Ética médica frente al paciente crítico*. *Revista dolor, Foro nacional de investigación clínica y médica* (pp. 15-18). Grupo Editorial y Comunicaciones Biomédicas.
- Maglio, F. (2014). *Relación médico-paciente en el tercer milenio*. Actualizaciones en Osteología, 10(2), 115-118.
- Maglio, I. (2015). *El derecho en los Finales de la Vida, Muerte Digna*.
- Maglio, I., Wierzba, S., Belli, L., Somers, M. (2016). *El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna*. *Apuntes de Bioética*, (1), 71-77.
- Magnante, D. (2010). *Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente, Vida y Ética*, (1). <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/tratamiento-estado-vegetativopersistente.pdf>
- Márquez Mendoza, O., Fernández-Carrión, M., Veyta López, M., Peña Ruíz, S, y Guadarrama, R. La bioética latinoamericana. En B. Herreros Ruiz-Valdepeñas, y F. Bandrés Moya (Coords), *La bioética en España y Latinoamérica, ¿hay una bioética iberoamericana?* (pp. 47-72). Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos.
- Martín Rodríguez, A. Perez San Gregorio, M. (2007). *Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 71-82. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770105>
- Martínez Besteiro, E. Barreto, M. (2003). La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario. En E. Remor, P. Arranz, y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 11-831). Desclée de Brouwer

- Mateos, J. (2003). Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida. En E. Remor, P. Arranz, y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 11-831). Desclée de Brouwer.
- Merino Naranjo, K. (2011). *Acompañamiento psicológico-relación de ayuda a pacientes con enfermedades terminales y a sus familiares. Enfocado desde la perspectiva de Elisabeth Kübler-Ross y de José Carlos Bermejo* [Tesis de Grado, Universidad Católica del Ecuador]. Producción Académica. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/35424>
- Ministerio de Educación de la Nación Argentina. (2022, 15 de marzo). Resolución 798/2022: Contenidos curriculares básicos. *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Municipalidad de Córdoba – Secretaría de Salud. (2025). Hospital Municipal de Urgencias. Salud Córdoba. <https://salud.cordoba.gob.ar/hospital-municipal-de-urgencias/>
- Municipalidad de Córdoba (2014). *Modificación de la estructura orgánica de la Dirección de Hospital de Urgencias* (Decreto N° 1748). Municipalidad de Córdoba.
- Occhiuzzi A., Lema, D. (2024) *Bioética, cuidados paliativos y la urgente necesidad de resignificar las formas de muerte en la Unidad de Cuidados Intensivos*. RATI. <http://revista.sati.org.ar/index.php>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 20 de agosto). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pérez Herrera, A., García Hernández, A. (2021). *Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa*. Revista Ene De Enfermería. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v15n2/1988-348X-ene-15-02-1173.pdf>
- Pérez, F., Pérez, M (2015). *Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida*. Revista Semergen, 42(8), 566-574. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359A315004177>
- Pino Gómez, K., Murillo Hurtado, M., Suárez Bedoya, L. (2019). *Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia*. Poiésis, (36), 126-146. <https://doi.org/10.21501/16920945.3194>
- Ramírez, M., Pablo, D., Ramírez, M., Rodrich, S., Velásquez, L., & Apolinar, N. (2025). *Resiliencia familiar: afrontamiento y adaptación en padres de niños hospitalizados*. Revista InveCom, 5(4), 1-8. <https://zenodo.org/records/15080448>
- Ríos, L. (2016). *Muerte Digna: Indagaciones en torno a una guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la Córdoba del presente*. Síntesis.

- Rockwell, E (s/f). *Reflexiones sobre el trabajo etnográfico*.
- Saforcada, E. (2008). *La Psicología en Argentina: desarrollo disciplinar y realidad nacional*.  
Revista interamericana de Psicología, 42(3), 462-471.
- Slaikeu, K. (1998). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación* (2a ed.).  
México: Manual Moderno.
- Soto, L. (2019). *El paciente crítico crónico*. Revista Médica Clínica las Condes, 30(2),  
160-170. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.004>
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO.
- Vidal y Benito, M. (2014). Comunicación médico-paciente-familia. En G. Jacob, y L. Sánchez  
(Eds.), *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*  
(17-271).
- Vilajoana Celaya, J. (2017). *Duelo anticipado en familiares cuidadores de enfermos de  
alzheimer y otras demencias* [Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona]. Producción  
Académica. <https://hdl.handle.net/2445/120094>
- Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*.
- Yuni, J y Urbano, C. (2014). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la  
preparación de proyectos de investigación* (2da ed.). Editorial Brujas.

## ANEXO 1

## Consentimiento informado de AET del HMU



Hospital  
Municipal  
de Urgencias

*Comité Hospitalario de  
Bioética Clínica y Social*

## Consentimiento Informado de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET)

Adecuar el Esfuerzo Terapéutico (AET) implica interrumpir o no iniciar determinados procedimientos de soporte vital. Esto no significa que cesen los objetivos de salud que el esfuerzo del equipo de salud se reinscribe en otras áreas que requieren igual o mayor dedicación, tales como el control del dolor, la sedación, el apoyo psicológico y el acompañamiento emocional.

Aceptar que una enfermedad no puede ser controlada, a pesar de haberse realizado las intervenciones posibles, y suspender un tratamiento, es moralmente tan válido como decidir la continuidad del mismo cuando existe un pronóstico favorable. Nos enfrentamos entonces a una decisión que no se trata de prolongar una vida con calidad, sino que prolongan un proceso inevitable de muerte.

Estado agónico suele acompañarse de sufrimiento y pérdida de dignidad.

Prolongar la vida sin considerar su calidad puede no responder al mejor interés del paciente. La lucha, por sostenerla a través de medios artificiales, cuando no hay posibilidad de recuperación, que atentan contra la dignidad humana y que no muestran evidencias de éticos fundamentales y vulnera el respeto humano.

---

El Equipo de Salud del Hospital de Urgencias, junto al paciente (si se encuentra en condiciones de decidir) y/o su familia, ha evaluado y acordado la **Adecuación del Esfuerzo Terapéutico del paciente:** .....

Este acuerdo se basa en la evaluación diagnóstica actual, que permite realizar un pronóstico desfavorable en cuanto a la posibilidad de recuperación intensiva, mediante medidas intensivas, o a través de su cuidado, entre sí y su familia.

El **Equipo de Salud del Hospital de Urgencias**, junto al paciente (la Ley 10.058, paciente y/o familia), ha evaluado y acordado la **Adecuación del Esfuerzo Terapéutico del paciente:** a mantener el deseo redondeado mecánico que contradice su vida una calidad acorde a la que tenía antes de evento traumático, en valores con sus valores. Se

Este año se lleva a cabo en respeto del **derecho del paciente a decidir libremente** sobre su proceso de atención (Constitución Nacional, Tratados Internacionales, Ley N° 26.529, art. 59 del CCCN y normas cons.

---

Todo ello se lleva a cabo en respeto del **derecho del paciente a decidir libremente** sobre su proceso de atención (Constitución Nacional, Tratados Internacionales, Ley 26.529, art. 59 del CCCN y normas concordantes).

## Compromiso del Equipo de Salud

El equipo de salud se compromete a garantizar y respetar los siguientes derechos del paciente y su familia:

- Derecho a recibir un tratamiento humanizado hasta el momento de la muerte.
- Derecho a una atención integral, incluso si los objetivos dejan de ser curativos para centrarse en el cuidado, el alivio del dolor y la contención.
- Derecho a no morir en soledad, ni en aislamiento.
- Derecho al tratamiento adecuado del dolor.
- Derecho a recibir información clara sobre su estado de salud, incluyendo riesgos y beneficios de las decisiones terapéuticas.
- Derecho a la contención emocional y psicológica, tanto para el paciente como para su familia.
- Derecho a morir en paz y con dignidad.
- Derecho a mantener su individualidad y a que sus decisiones sean respetadas, aun cuando contradigan las creencias de otras personas.
- Derecho a ser cuidado por personas competentes y sensibles.
- Derecho a que su cuerpo sea tratado con respeto después de la muerte.

### Acciones Terapéuticas Acordadas

#### Directivas Anticipadas de Muerte Digna o una Decisión de Final de Vida. SI /NO

**(En caso afirmativo adjuntar dicha documentación a la historia clínica del paciente\*)**

En caso de no contar con lo anterior y en base a la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico, seleccionar las siguientes acciones se autorizan con el fin de evitar la obstinación terapéutica y garantizar una muerte digna:

- Intubación: SI / NO
- Diálisis: SI/NO
- Transfusiones: SI / NO
- Fármacos vasoconstrictores: SI/ NO
- Intervenciones quirúrgicas: SI/ NO
- Nutrición/Hidratación Artificial: SI/ NO
- Analgesia / Tratamiento del Dolor: SI / NO (garantiza el confort y la calidad de vida hasta el final).

#### Otras acciones terapéuticas:

- Tratamiento kinesio: SI / NO (intervención paliativa, búsqueda de confort y prevención de otras complicaciones derivadas de la inmovilidad).
- Tratamiento fonológico: SI/ NO .....



*Comité Hospitalario de  
Bioética Clínica y Social*

### **Compromiso del Equipo de Salud**

- **Tratamiento kinésico: SI / NO** (intervención paliativa, orientada a confort y prevención de otras complicaciones derivadas de la inmovilidad).
- **Tratamiento de fonoaudiología: SI / NO** (intervención paliativa orientada a confort y preservación de funciones básicas).

**Observaciones:**.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Firma del paciente / subrogante:** .....

#### **En caso de revocación:**

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... y manifiesto que **NO** deseo continuar con la adecuación del esfuerzo terapéutico, en la fecha: ... del mes .....de.....

**Firma del paciente o subrogante:** .....

## ANEXO 2

Registro Único de Voluntades Anticipadas (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba).



Ministerio de  
**SALUD**



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**CÓRDOBA**

**REGISTRO ÚNICO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**

**LEY 10.058**

**DECLARACION DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

Yo \_\_\_\_\_ con **DNI N°** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **AÑOS**,  
 Nacido/a el \_\_\_\_\_ con domicilio actual en  
 \_\_\_\_\_ **BARRIO** \_\_\_\_\_ **CÓRDOBA**. Localidad/Ciudad:  
 \_\_\_\_\_ de la Provincia.

Manifiesto que tengo conocimiento de la ley provincial 10058 modificada por ley provincial 10421 y sus reglamentaciones respectivas, que establece, regula y garantiza el derecho a realizar una Declaración de Voluntad Anticipada (DVA) en la provincia de Córdoba. Y que se considera dicha DVA como la vía apta para hacer valer el ejercicio del derecho personalísimo del individuo a decidir sobre las actuaciones sanitarias a las que pueda ser sujeto en el futuro, en el supuesto de que, llegado el momento antes dicho no goce el dicente de la capacidad suficiente para expresarse por sus propios medios.

Luego de reflexionar y haber realizado las correspondientes averiguaciones acerca de su funcionamiento, extensión y responsabilidad, con plena capacidad de obrar, en ejercicio íntegro y sin menoscabo de mi autonomía y libertad, con la información suficiente, y la plena capacidad para ejercer mis derechos es que vengo a formalizar la siguiente DVA. A cuyo efecto, digo:

Que DECLARO por medio del presente instrumento las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en un estado suficientemente grave de enfermedad o una situación en que por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico en tanto no sea meramente circunstancial, no pueda expresar mi voluntad.

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida de la que quiero gozar, es mi deseo que ésta no se prolongue mediante sistemas o técnicas artificiales extraordinarias (farmacológicas o mecánicas) o desproporcionadas, cuando la situación sea irreversible o de baja curabilidad. Tal como lo dispondría de tener completa consciencia en función de los derechos personales que me asisten al amparo de las leyes respectivas.

Por este motivo, deseo que se respeten los principios y derechos antes mencionados en las situaciones médicas como las que se especifican a continuación o en cualquier otra que, a un juicio razonable de los profesionales que me atiendan, sean asimilables:



Ministerio de  
**SALUD**



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**CÓRDOBA**

Si en algún momento mi médico o el equipo tratante certifica por escrito que:

- (1) Tengo una herida o enfermedad incurable;
- (2) Mi muerte ocurrirá dentro de un corto periodo de tiempo (etapa terminal);
- (3) Mi estado vegetativo se manifiesta crónico y prolongado;
- (4) Cuando el uso de procedimientos para sostener mi vida, servirá solamente para prolongar artificialmente el proceso de morir y el sufrimiento.

Deseo que el médico/equipo responsable de mi cuidado retire o no comience los tratamientos que meramente prolonguen mi proceso de morir, si yo padeciera una condición que según el estado de la ciencia sea incurable o muy difícilmente reversible y sin expectativas razonables de recuperación, como:

- a) una situación terminal,
- b) una situación con inconsciencia permanente,
- c) una situación con mínima conciencia en la cual yo sea permanentemente incapaz para tomar decisiones o expresar mis deseos.

Se tengan entonces en cuenta las siguientes instrucciones:

1. No me sean aplicadas o bien se me retiren si ya han empezado a aplicarse, medidas de soporte vital desproporcionadas, o cualquier otra que intenten prolongar mi agonía y supervivencia artificialmente.
2. Se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico que me ocasione mi enfermedad.
3. Sin perjuicio de las decisiones tomadas, se me garantice la asistencia necesaria, adecuada para procurarme una muerte digna y en paz.
4. No se me administren tratamientos complementarios ni terapias, que no demuestren su efectividad para la recuperación y prolonguen inútilmente mi vida.
5. Que mis familiares y las personas más próximas puedan acompañarme.
6. Soy donante de órganos y tejidos.
7. Se me brinde asistencia espiritual, de acuerdo con mis creencias.
8. De ser necesario decidir algo sobre lo que no me he pronunciado deseo que \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_ sea quien tome esas decisiones.



Ministerio de  
**SALUD**



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**CÓRDOBA**

Deseo además que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómoda/o y aliviada/o de dolor o sufrimiento, incluso aquellas que puedan ocurrir al omitir o retirar tratamientos.

La expresión de mi voluntad se fundamenta en derechos esenciales que se refieren a la disposición del propio cuerpo, la intimidad y privacidad (art. 19 C.N., la libertad de cultos y objeciones de conciencia (art. 14 C.N.), la identidad cultural y la igualdad (art. 75, inc. 17, art. 43 C.N.) y el derecho a decidir en los finales de la vida rechazando cualquier tipo

de tratamiento o intervención médica (Ley 26.529- ley 26742-Ley provincial 10058 y su modificatoria ley 10421), Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de Personas Mayores, ratificada por ley 27.360 y con jerarquía constitucional (ley27.700), si así correspondiera.

En caso de que el profesional sanitario que me atienda no pueda asumir una actuación de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito se me garantice ser atendido por otros profesionales sanitarios que puedan hacerlo.

El rechazo de los medios excepcionales o desproporcionados no equivale al suicidio, eutanasia o a la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro, sino que significa sencillamente la aceptación de la condición humana y el derecho a la dignidad humana en el proceso del morir.

Ante la pérdida de la capacidad de expresarme, es mi intención que esta Declaración sea respetada por mi familia y por mi médico o institución de salud, como la expresión última de mi derecho legal a rechazar medidas sanitarias desproporcionadas, y ACEPTO las consecuencias, siendo mental y -emocionalmente competente para firmarla. Las directivas anticipadas podrán revocarse con los mismos requisitos exigidos para su otorgamiento. La sola expresión oral del paciente ante el médico tratante, será considerada suficiente para su modificación. De igual modo es de destacar que la existencia de este documento no debe inhibir el diálogo entre médico y paciente o entre este y su familia sino, por el contrario, facilitar y complementarlo.

■ Lugar y Fecha: **CÓRDOBA**, \_\_\_\_\_ **DE 2025**

Firma del declarante

Firma de Autoridad Competente



Ministerio de  
**SALUD**

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**CÓRDOBA**

DESIGNO COMO MI REPRESENTANTE –con los alcances previstos en el art. 11 de la ley 10058 modif. 10.421 y del art. 60 del CCCN- para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad, a \_\_\_\_\_ con DNI N° y domicilio en \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Teléfono /contacto: \_\_\_\_\_

En consecuencia, AUTORIZO a mi representante para que garantice el cumplimiento de las voluntades anticipadas que constan en este documento a quien he podido explicar las mismas y las razones que me llevan a dejarlas consignadas por esta vía.

Firma del declarante

Firma de Autoridad Competente

**ACEPTO** la designación y estoy conforme en ser el representante de \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ **COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO** en seguir las instrucciones expresadas en el documento de Declaración de Voluntad Anticipada por la persona que represento. **ENTIENDO** que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar ella misma estas instrucciones ni voluntades y en el caso de que no haya revocado este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecte.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: CÓRDOBA, \_\_\_\_\_ DE 2025

Firma del representante: \_\_\_\_\_

  
Área de Bioética

  
RUVA  
Registro Único de  
Voluntades Anticipadas