

Alfonsi Céspedes, Valentina

**Aportes de la Unidad de
Cuidados Paliativos a los
profesionales de la salud en
su acompañamiento a
pacientes con enfermedad
avanzada en una clínica**

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

Directora: Colman, Agustina

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-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

PROYECTO DE SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS
CONTEXTO CLÍNICO

*“Aportes de la Unidad de Cuidados Paliativos a los profesionales de la
salud en su acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada en una clínica
privada de Córdoba”*

Autora: Valentina Alfonsi Céspedes
(2006798)

Directora: Lic. Agustina Colman

Córdoba, Argentina

Año 2026

Agradecimientos

Antes que nada a mi familia, por creer en mí y acompañarme en cada paso del camino. Especialmente a mis padres, por apoyar mis sueños y darme la valentía para seguirlos.

A mis amigas de Argentina, con quienes transité las aventuras de esta etapa y quienes hicieron que estos años fueran los más hermosos.

A mis amigas de Paraguay, quienes incluso a la distancia fueron mi cable a tierra.

A Enzo, por ser mi sostén y mi mayor apoyo.

A mi psicóloga Patricia, por el acompañamiento y por ser una gran parte de este recorrido.

A la Universidad Católica de Córdoba y a los docentes que, a lo largo de estos años me inspiraron y transmitieron su pasión por la profesión y la docencia.

A mi directora, Agustina, por todo lo que aprendí gracias a ella en las prácticas, por su tiempo, su dedicación y por acompañarme en la construcción de este trabajo.

A las integrantes de la Unidad de Cuidados Paliativos y la Clínica Universitaria Reina Fabiola, por permitirme habitar sus espacios, observar, preguntar y aprender. Gracias por la apertura, la confianza y la predisposición para enseñar, que hicieron posible esta experiencia y este trabajo. Y especialmente, gracias por todo aquello que me llevo de estas prácticas y que sé que continuará acompañándome en lo personal como en lo profesional.

ÍNDICE GENERAL

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.	CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	7
2.1.	CONTEXTO CLÍNICO.....	8
2.1.1	UN RECORRIDO: ¿QUÉ ES LA CLÍNICA?.....	8
2.1.2	LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA: LA COMPLEJIDAD Y LOS MALESTARES QUE ATRAVIESAN LA CLÍNICA DE HOY.....	9
2.1.3	LA CLÍNICA PSICOLÓGICA: SUS MODALIDADES EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD.....	10
2.1.4	CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL Y LEY DE SALUD MENTAL.....	11
2.2.	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	12
2.2.1.	HISTORIA.....	12
2.2.2.	INFRAESTRUCTURA.....	13
2.2.3.	CONFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
3.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	17
4.	OBJETIVOS.....	19
4.1.	OBJETIVO GENERAL.....	20
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
5.	PERSPECTIVA TEÓRICA.....	21
5.1.	CUIDADOS PALIATIVOS.....	22
5.1.1.	ABORDAJE INTEGRAL Y BIOÉTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AVANZADAS Y/O EN SITUACIÓN FINAL DE VIDA.....	25
5.2.	APORTES DE LA PSICOLOGÍA Y EL PSICOANÁLISIS A LA MIRADA PALIATIVA.....	28
5.3.	EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EN CUIDADOS PALIATIVOS: IMPLICANCIAS SUBJETIVAS Y CLÍNICAS.....	32
5.4.	CUIDAR A LOS QUE CUIDAN.....	35
6.	MODALIDAD DE TRABAJO.....	39
7.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	43
7.1.	RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	44
7.2.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	49
7.2.1.	EL ABORDAJE DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	50
7.2.2.	INTERVENCIONES INTERDISCIPLINARIAS DE LA UCP: SUBJETIVIDAD, DECISIONES Y CUIDADO.....	60
7.2.3.	EXPERIENCIAS Y DISCURSOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	75
8.	CONSIDERACIONES FINALES.....	88
9.	REFERENCIAS.....	94

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

CURF: Clínica Universitaria Reina Fabiola
EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos
FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina
INC: Instituto Nacional de Cáncer
PPS: Prácticas Pre Profesionales
SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos
UCC: Universidad Católica de Córdoba
UCP: Unidad de Cuidados Paliativos
UTI: Unidad de Terapia Intensiva
TIF: Trabajo Integrador Final

1. INTRODUCCIÓN

El presente escrito corresponde al Trabajo Integrador Final de la Licenciatura de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, realizado en el marco de las Prácticas Pre Profesionales durante el año 2025. El trabajo se construye a partir de la experiencia desarrollada en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, institución privada de la ciudad de Córdoba, Argentina.

La modalidad elegida es la sistematización de experiencias, entendida como un proceso de recuperación, ordenamiento y reflexión crítica sobre la práctica realizada. Para lo cual, se retomaron las observaciones y experiencias registradas durante el recorrido como practicante, así como las entrevistas realizadas a integrantes de la Unidad de Cuidados Paliativos y a profesionales de otros servicios.

El trabajo se organiza en diferentes apartados. En primer lugar, se presenta el Contexto de Práctica, en el que se realiza un recorrido por la psicología clínica y se ubican algunas de las particularidades de su ejercicio dentro del ámbito hospitalario. Posteriormente, en el Contexto Institucional, se describe a la Clínica Universitaria Reina Fabiola y se caracteriza la conformación, organización y modalidad de trabajo de la Unidad de Cuidados Paliativos.

A continuación, se presenta el Eje de Sistematización elegido: “Los aportes de la Unidad de Cuidados Paliativos a los profesionales de la salud en su acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada”, seguido del Objetivo General y los Objetivos Específicos, que orientan el análisis de la experiencia.

Seguidamente, en la Perspectiva Teórica, se desarrollan los principales conceptos que permiten fundamentar el trabajo. En este apartado se abordan los cuidados paliativos, su perspectiva integral y bioética, los aportes de la psicología y el psicoanálisis, las implicancias subjetivas del acompañamiento hospitalario y el cuidado de los profesionales de la salud. Luego, en la Modalidad de Trabajo, se describe la sistematización de experiencias como propuesta metodológica, la población seleccionada, la técnica de recolección de datos y los aspectos éticos del trabajo.

Posteriormente, se desarrolla el Análisis de la Experiencia, organizado en dos momentos. El primero corresponde a la Recuperación del Proceso Vivido, donde se reconstruye el recorrido realizado en las prácticas. Y el segundo, es el análisis de los objetivos específicos, la sistematización de experiencias propiamente dicha. Por último, en las Consideraciones Finales, se integraron los principales hallazgos del análisis y se recuperan los aprendizajes personales y profesionales construidos a partir de la experiencia práctica.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1. CONTEXTO CLÍNICO

2.1.1 UN RECORRIDO: ¿QUÉ ES LA CLÍNICA?

La psicología clínica tiene una historia que atraviesa distintos paradigmas. Si bien sus antecedentes pueden rastrearse varios siglos atrás, su constitución formal se remonta al siglo XIX. Tal como lo señala la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2003), su desarrollo recibió influencias de la medicina, la psiquiatría, la neurología, la filosofía, las artes y, posteriormente, del psicoanálisis. A partir de ese recorrido, la psicología clínica fue configurándose como un campo especializado en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las problemáticas subjetivas.

Uno de los hitos fundacionales de la psicología clínica es la constitución de la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania, por el psicólogo Lightner Witmer, en el año 1896. Buendía (1999) resalta la importancia de este momento histórico, que marca el nacimiento formal de la psicología clínica. Sin embargo, subraya que los autores posteriores fueron quienes aportaron de manera más decisiva a la configuración de la clínica contemporánea. Entre estos aportes, la EFPA (2003) destaca el auge del método psicoanalítico freudiano, también mencionado en ese mismo año. Con la aparición del psicoanálisis, comienza a otorgarse valor al aspecto psíquico, influyendo en la concepción de los trastornos mentales y su tratamiento.

A lo largo del siglo XX, la psicología clínica se diversifica en distintas corrientes teóricas y técnicas de intervención. Siguiendo a Buendía (1999), se observa la influencia de grandes autores como Galton, Cattell, Binet y Freud. En particular, se acentúa el impacto del psicoanálisis como una de las principales influencias en la elaboración del concepto y la metodología clínica, de manera implícita y progresiva en los escritos de Freud. Este enfoque no se limita a la aplicación de técnicas terapéuticas, sino que propone un modo de acercamiento al sufrimiento psíquico en el que el síntoma adquiere sentido a partir de la historia y el deseo inconsciente del sujeto. Freud define al psicoanálisis como una teoría, un método de

investigación y una técnica para el tratamiento de perturbaciones neuróticas, lo que permite distintas formas de aplicación de su modelo teórico (Freud, 1923, p. 231).

Por otro lado, un tema a considerar en el recorrido que realiza el concepto de la psicología clínica a lo largo de la historia es cómo se diferencia hoy de sus conceptos iniciales ligados a la medicina y a la psiquiatría. Desde el texto de Lagache (1982, citado en Ficha de Cátedra de Psicología Clínica I, s. f.), hay uno de los múltiples acercamientos a esta pregunta, considerándolo como un “arte clínico”, una conciliación entre “vincular al caso individual con tipo general y adecuarse a lo que tiene de original a la vez en el plano del conocimiento y de la acción” (p. 1). Con ello, se acerca a la idea de que, por más que tenga las cualidades de realizar nosografías y nosologías, la psicología clínica tiene un acercamiento humano y particular, basado en un explorar en contacto directo y personal con un sujeto real.

2.1.2 LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA: LA COMPLEJIDAD Y LOS MALESTARES QUE ATRAVIESAN LA CLÍNICA DE HOY.

Uno de los interrogantes centrales en la actualidad se refiere al lugar que ocupa la clínica en un contexto social atravesado por transformaciones subjetivas y nuevos modos de padecimientos. Este cuestionamiento ha abierto la posibilidad de revisar el dispositivo clínico, el encuadre y las intervenciones desde el paradigma de la complejidad, entendiendo que el sufrimiento psíquico no puede pensarse de manera aislada ni descontextualizada.

En este marco, los aportes de Morin (1994), resultan esclarecedores al plantear que “el todo está en todo y recíprocamente”, es decir “no solo una parte está en el todo, sino que también el todo está en la parte” (pp. 421-422). Desde esta perspectiva, la clínica requiere una mirada que contemple simultáneamente lo singular del sujeto y las tramas sociales, institucionales y culturales que lo atraviesan.

Así, estos conceptos permiten dejar de lado la disyunción del pensamiento y el reduccionismo de paradigmas anteriores, que fragmentaban la experiencia humana en

dimensiones aisladas o en causalidades lineales, para dar lugar a una comprensión más integradora y dinámica de los padecimientos.

En este contexto, toma relevancia el concepto de “malestar sobrante”, como lo denomina Silvia Bleichmar (1997), refiriéndose a esa cuota de sufrimiento excedente que nos toca pagar y que, por la falta de proyectos trascendentes, hace más difícil mitigar el malestar de cada época. Se trata de una limitación de la sociedad actual, que despoja a las personas de herramientas para afrontar este exceso de malestar, y por ende, restringiendo el desarrollo de un sentido de vida y horizontes simbólicos compartidos. La autora señala que la dificultad de mitigar este malestar a través de proyectos trascendentes ha situado a profesionales en una posición compleja, dado que no se encuentran exentos de las mismas problemáticas sociohistóricas que afectan a los pacientes. En este escenario, se ven interpelados a *re-pensar* las herramientas que les permitan abordar las problemáticas actuales.

Finalmente, estos conceptos permiten reflexionar sobre las formas que adopta el dispositivo psicoanalítico en la clínica contemporánea, que ya no puede pensarse de manera aislada del contexto sociohistórico, sino como una práctica que articula encuadre, transferencia y pensamiento clínico para sostener la singularidad del sujeto y promover procesos de subjetivación en un entramado atravesado por los malestares de época.

2.1.3 LA CLÍNICA PSICOLÓGICA: SUS MODALIDADES EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD.

Desde las perspectivas contemporáneas, la clínica ha salido del consultorio y se ha adentrado al mundo. Ha tomado forma de dispositivo y, siguiendo los aportes de Agamben (2011), esto supone un entramado de condiciones materiales y simbólicas que encuadran la práctica clínica. El encuadre, las reglas técnicas, el contrato entre analista y paciente actúan como reguladores de intercambios discursivos. De este modo, el dispositivo analítico implica

la orientación y organización de una experiencia que tiene como finalidad favorecer un proceso de elaboración subjetiva.

Este concepto alude a que el encuadre, como otros conceptos de la clínica, ha sufrido cambios en aspectos formales. En el texto de Ungar (2015) “El oficio del analista y su caja de herramientas”, se desarrollan las distintas maneras en que el encuadre se ha modificado en estos últimos tiempos, pasando de tener un número de sesiones semanales fijo, a ser más variable y adaptado a cada sujeto. Asimismo, presenta variaciones de índoles más sutiles, como los modos de comunicación entre analista y paciente.

En la actualidad, vemos cómo las consultas pueden ser por videollamada, en un dispositivo grupal, en los pasillos de un hospital, en los 15 minutos antes de entrar a cirugía, en la sala de maternidad, en espacios de juegos de una sala de espera, etc. Ahora bien, ¿qué implica que eso siga siendo parte de una intervención clínica y no pase a ser ‘cualquier cosa’? Tiene que ver con variables como el encuadre interno del analista, las teorías como marco de la práctica, el pensamiento clínico, las diferentes formas de crear un encuadre con el paciente y la actitud analítica, que también está atravesada por el método que se decida utilizar.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la clínica toma forma de manera artesanal e implica un trabajo que necesita de un porcentaje de creatividad para poder adaptarse a las demandas de la actualidad. Sin embargo, sin dejar de lado la Ley de Salud Mental 26.657 y el Código de Ética Profesional del Psicólogo.

2.1.4 CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL Y LEY DE SALUD MENTAL

En relación con lo mencionado anteriormente, no hay que dejar de lado que, para poder ejercer la profesión hay que tener en cuenta el Código de Ética Profesional del Psicólogo de la Provincia de Córdoba (Colegio de Psicólogos de Córdoba, 2016), que establece las bases éticas que regulan la práctica profesional, enfatizando el respeto a la dignidad y los derechos de las personas atendidas, la confidencialidad y el secreto profesional. Asimismo, enfatiza la importancia de la responsabilidad del psicólogo junto con el compromiso ético con la sociedad.

Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) establece que el ejercicio del psicólogo en la clínica se inscribe en un modelo de atención interdisciplinario y con perspectiva de derechos humanos, promoviendo un enfoque que garantice un abordaje integral de las personas.

2.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Para contextualizar las prácticas realizadas en la Unidad de Cuidados Paliativos en la Clínica Universitaria Reina Fabiola (CURF), abordaré: una breve historia de la clínica, la infraestructura del internado y la conformación e historización de la unidad.

2.2.1. HISTORIA

La Clínica Universitaria Reina Fabiola (CURF) constituye una institución emblemática dentro del sistema de salud y educación superior en la Ciudad de Córdoba. Su origen remonta al año 1959, cuando, bajo la iniciativa del entonces rector de la Universidad Católica de Córdoba el R.P Jorge A. Camargos S.J, se concretó la fundación de lo que inicialmente se denominó *Clínica San José*. (Municipalidad de Córdoba, s. f.). Como se menciona en el Portal de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, se describe que por la iniciativa del Vicerrector del Desarrollo de la Universidad, R.P Jean Sonet S.J, en 1961 es renombrada en honor a la Reina Fabiola de Bélgica, como agradecimiento a la colaboración de la Asociación de Amigos de dicho país. Recibiendo la visita del Rey Balduino I y la Reina Fabiola al siguiente año en la inauguración oficial. Forma parte de la Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba, con enfoque en la atención médica, formación de profesionales, la investigación y el arte del curar.

Toda la información presentada a continuación fue elaborada a partir de los datos publicados por la Clínica Universitaria Reina Fabiola (s. f.) en su página web.

Actualmente, el edificio central está ubicado en el Barrio General Paz de la ciudad de Córdoba, Argentina. Cuenta con la sede principal sobre la calle Oncativo 1248, desde el año 1974, donde se encuentran “los servicios de guardia para adultos y niños, Unidades de Cuidados Críticos, internados, laboratorios, Hospital de Día Oncológico, salas de parto, quirófano, Capilla, Oratorio Multiconfesional, consultorios de atención ambulatoria y áreas administrativas” (Clínica Universitaria Reina Fabiola, s. f.). Por otro lado, la sede sobre Jacintos Ríos fue inaugurada en 2015, y cuenta con 4 pisos para la atención de pacientes pediátricos y adultos, el vacunatorio, un piso completo para diagnóstico por imágenes, salas de estudios neurológicos y áreas administrativas.

Además, la institución ha ampliado su presencia en otros sectores estratégicos de la ciudad mediante la apertura de sedes complementarias: una en el Paseo del Jockey, otra en la calle Pueyrredón, y unidades especializadas como el Centro de rehabilitación y el Centro de Audiología y de Alta Complejidad.

2.2.2. INFRAESTRUCTURA

Para comprender en profundidad las áreas de intervención de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), resulta imprescindible detenerse en las áreas donde se desarrollan la mayoría de las actividades: el edificio de internaciones de adultos, la clínica médica, los consultorios y la unidad de terapia intensiva.

Por un lado, el espacio físico que más se transcurre la unidad, es el internado de adultos. Este espacio constituye el escenario clínico principal donde el equipo despliega su labor cotidiana, y está conformado por cuatro pisos, con un total de 53 camas destinadas a la internación general de adultos, distribuidas entre habitaciones privadas y compartidas (Clínica Universitaria Reina Fabiola, s. f.). Cada piso responde a diferentes criterios de complejidad

según las necesidades de internación de cada paciente, como también depende de las obras sociales que disponen.

Por otro lado, otro sector donde se despliegan varias actividades por parte del equipo, es el área de los consultorios. La UCP tiene como espacio de consultorio habilitado en el Hospital de Día de Oncología. Espacio que el equipo de Oncología presta dependiendo de las necesidades de la unidad. Usualmente el consultorio que se utiliza para las consultas médicas, las consultas psicológicas, las reuniones de equipo y reuniones con familiares.

Comprender esta disposición arquitectónica y funcional no solo permite dimensionar la magnitud del trabajo que realiza la Unidad de Cuidados Paliativos, sino que también reflexionar sobre la cantidad potencial de pacientes que puede requerirse en diferentes situaciones. Como también, dar a relucir como el trabajo en un hospital implica múltiples espacios de abordaje, y por ende, dar foco a las aristas que implica ser alojados por diferentes equipos, al ser un servicio que trabaja de manera móvil. Este dato resulta de importancia para analizar la modalidad de intervención del equipo interdisciplinario y los recursos humanos disponibles, elementos necesarios para una atención integral y humanizada.

Y por último cabe mencionar, al Servicio de Salud Mental de la CURF, que cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales, que incluye a psicólogos, psiquiatras, psicomotricistas y trabajadoras sociales. El mismo, tiene como enfoque el diagnóstico, tratamiento y prevención en salud mental y como objetivo principal el bienestar de los pacientes. Abarcando el abordaje de patologías agudas y crónicas, con una mirada desde la concepción humanista en las intervenciones, y la posibilidad de tener equipos de distintos servicios trabajando de manera integral. (Fuente: página web de la CURF)

2.2.3. CONFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.

La siguiente información fue recabada a través de entrevistas, comunicación personal, observación en el campo y documentos internos de la CURF.

La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) está conformada por un equipo interdisciplinario

de profesionales, que cuenta con la Coordinación de una Doctora Paliativista, con Magíster en Cuidados Paliativos; Área de Salud Mental con una Psicóloga Referente y un Médico Psiquiatra, y otros profesionales; Área Médica que cuenta con dos Médicas Paliativistas y un Servicio de Anestesia- Sección Dolor; Área de Enfermería, la referente Lic. en Enfermería; un Área de Nutrición y una Asistente Social. Y se trabaja con interconsultas y en equipo con médicos del Área de Oncología y Hematología.

El abordaje con los pacientes es dependiendo de los requerimientos de cuidados paliativos, independientemente del pronóstico de los mismos. Esta intervención se realiza por el equipo nuclear de la unidad: medicina, psicología y enfermería, y en casos necesarios se realizan intervenciones con otras áreas de la unidad o se pide formalmente interconsultas con otras áreas médicas. Las tareas desarrolladas abarcan:

- ◊ La realización de diagnósticos en etapas finales de vida, el control de síntomas y el acompañamiento integral del paciente.
 - ◊ El manejo de síntomas en personas con enfermedades crónicas avanzadas, mediante un abordaje que contempla múltiples dimensiones.
 - ◊ La identificación de pacientes con situaciones de cronicidad compleja o cambios en su estado funcional que requieran cuidados paliativos, brindando apoyo durante la internación y acompañando la transición hacia el hogar, ya sea a través de internación domiciliaria o mediante la conformación de una red de cuidados en domicilio con el correspondiente asesoramiento.
 - ◊ El seguimiento ambulatorio posterior al alta, siempre que el paciente se encuentre en condiciones de desplazarse hasta la clínica.
 - ◊ El apoyo mediante telemedicina para aquellos casos en los que la asistencia presencial sea limitada por la condición clínica o cuando el paciente resida en otra provincia o localidad del interior.
- (Fuente: Documento interno de la Unidad de Cuidados Paliativos)

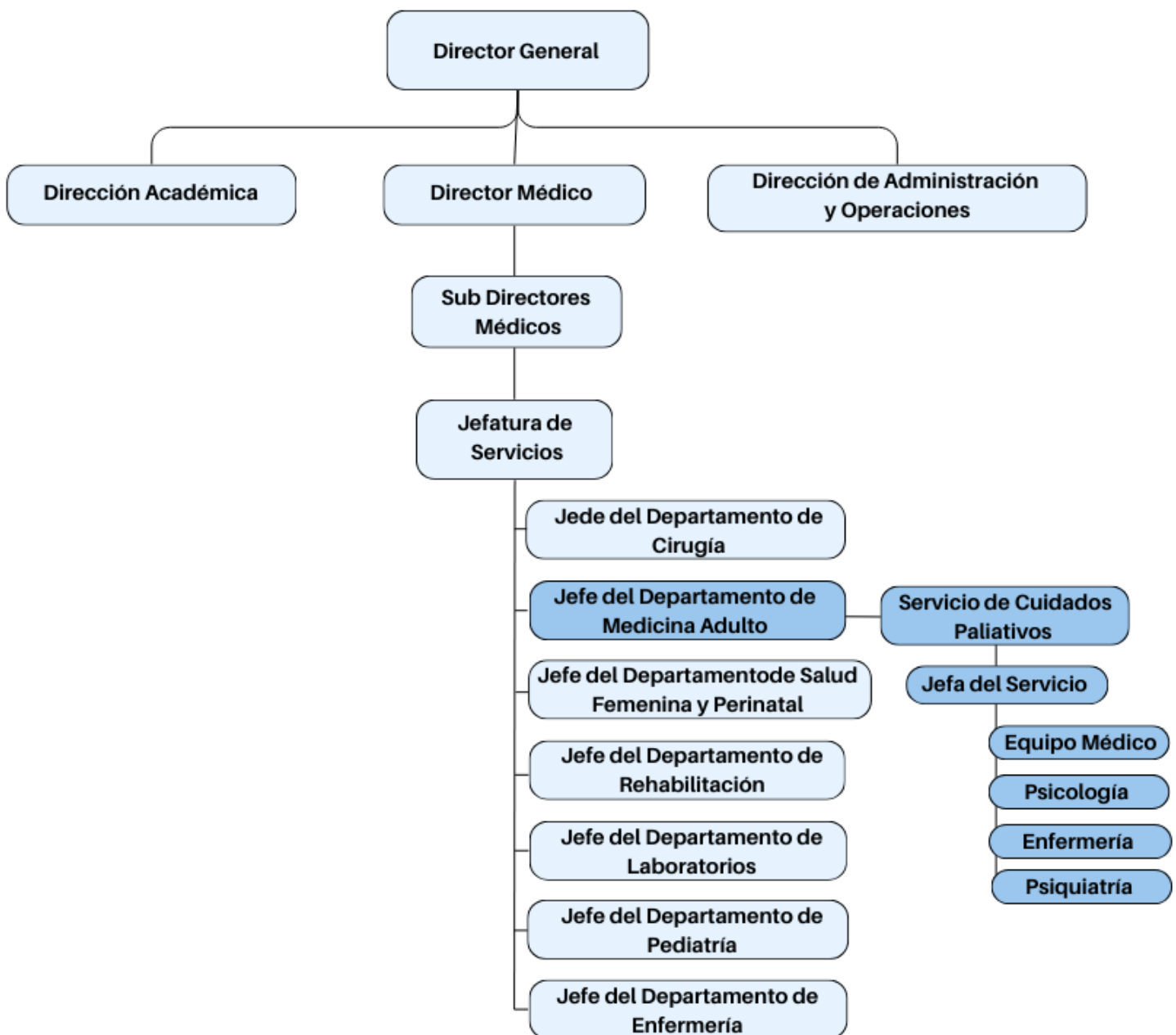


Figura 1. Organigrama institucional y ubicación del Servicio de Cuidados Paliativos.
Fuente: Elaboración propia.

3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Los aportes de la Unidad de Cuidados Paliativos a los profesionales de la salud en su acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada en una clínica privada de Córdoba.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los aportes de la Unidad de Cuidados Paliativos a los profesionales de la salud en su acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el abordaje de la Unidad de Cuidados Paliativos en su trabajo interdisciplinario en el acompañamiento a pacientes.
- Describir las intervenciones desarrolladas por la Unidad de Cuidados Paliativos en su trabajo interdisciplinario con los profesionales de la salud.
- Recuperar y analizar los discursos de los profesionales de la salud en relación con el acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada y/o final de vida.

5. PERSPECTIVA TEÓRICA

5.1. CUIDADOS PALIATIVOS

Para comenzar a abordar los cuidados paliativos, es necesario retomar sus orígenes, tomando como referencia el texto de Centeno Cortés (1997), publicado en la página web de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), donde menciona antecedentes de los cuidados paliativos, en los *hospices* medievales del siglo XIX y, posteriormente, en los *hospices* católicos modernos de Dublín y Londres. Décadas más tarde, en la década de 1940, aparece Cicely Saunders como figura importante en este movimiento, quien fundó el St. Christopher's Hospice, considerado como cuna de los cuidados paliativos contemporáneos. Desde allí, Saunders introdujo el concepto de “dolor total”, que integra las dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales del sufrimiento, marcando un cambio de paradigma hacia un modelo de atención centrada en la persona y en la dignidad hasta el final de la vida (Centeno Cortés, 1997).

En su recorrido histórico, Centeno Cortés (1997), también señala que diversas instituciones y estudios comenzaron a profundizar en el acompañamiento a pacientes con enfermedades terminales. Asimismo, menciona que la propia Saunders, durante la década de 1970, desarrolló investigaciones sobre los procesos de la enfermedad terminal y las formas más adecuadas de atención en esta fase, sentando las bases del modelo paliativo actual.

En el plano más actual e internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) definió a los cuidados paliativos como: “la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Es sumamente importante el control del dolor y de los demás síntomas, como también de los problemas psicológicos, sociales y espirituales” (p. 11). Actualmente, la OMS (2020) define los cuidados paliativos de la siguiente manera:

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) 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. (sección “Datos y cifras”, párr. 1)

Lo que se mantiene relevante por la OMS a lo largo de los años es la concepción de un acompañamiento a pacientes con enfermedades que no responden a tratamientos curativos o

que sean potencialmente mortales, por lo tanto ampliando la concepción de los cuidados paliativos más allá de la atención exclusiva de pacientes con enfermedades terminales.

En el contexto argentino, los cuidados paliativos son definidos como “la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores” (Instituto Nacional de Cáncer [INC], s. f., párr. 1).

Este enfoque adquiere relevancia no solo por su dimensión asistencial, sino por su perspectiva integral de cuidado, que busca aliviar el sufrimiento físico y emocional, fortalecer la autonomía del paciente y acompañar tanto a la persona como a su entorno afectivo en un proceso vital que requiere presencia y sensibilidad. Esta perspectiva se encuentra descrita en El Manual de Cuidados Paliativos para la Atención Primaria de la Salud (INC, 2014), donde también se cita las características principales de la atención paliativa:

- Proporcionan control del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan adelantar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y existenciales de la atención del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia en su adaptación durante la enfermedad del paciente y el período de duelo.
- Utilizan el trabajo en equipo para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, inclusive durante el duelo.
- Aumentan la calidad de la vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad. (pp. 30-31)

Por otra parte, si bien la OMS (2014) reconoce que la asistencia paliativa beneficia al sistema de salud, al reducir hospitalizaciones innecesarias y el uso excesivo de recursos, subraya que su propósito central no reside en la eficiencia sanitaria, sino en la atención integral de las personas y la garantía de sus derechos. En esta línea, los cuidados paliativos se inscriben expresamente dentro del derecho humano a la salud.

En este marco, en la Argentina se promulgó la Ley de Cuidados Paliativos N.º 27.678 (2022), que tiene como objeto el asegurar que los pacientes puedan acceder a cuidados paliativos a través de prestaciones integrales en sus modalidades públicas y privadas. Y a los fines de la ley, se entiende que los cuidados paliativos constituyen un modelo de atención que busca prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la identificación temprana del dolor y otros

problemas (físicos, psicológicos, sociales y espirituales), asociados a “enfermedades amenazantes y/o limitantes para la vida” (Ley de Cuidados Paliativos N.º 27.678, 2022).

En el contexto argentino, el Instituto Nacional de Cáncer (INC, s. f.) promueve una atención continua e integrada orientada a prevenir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas, a través del Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Dicho programa subraya la relevancia del trabajo en equipo y la creación de lazos intersectoriales, destacando que “requiere de un trabajo interdisciplinario y del mismo modo, un programa público de cuidados paliativos oncológicos ha de fomentar y establecer colaboraciones con miembros de otros organismos interesados” (párr. 12).

Desde la perspectiva de la European Association for Palliative Care (EAPC, 2012), para abordar la complejidad de estos procesos resulta fundamental el trabajo de un equipo interdisciplinario y multiprofesional. Aunque el enfoque paliativo puede aplicarse de manera individual, a través de un solo profesional, se sostiene que las diferentes aristas que implican estos cuidados “sólo pueden satisfacerse mediante la comunicación continua y la colaboración entre diferentes profesionales y disciplinas con el fin de proporcionar apoyo físico, psicológico, social y espiritual” (EAPC, 2012, p. 13).

En esta misma línea, en el Art. 3 de los Estatutos de la SECPAL (2011) se menciona que:

Los Cuidados Paliativos han de practicarse necesariamente desde equipos multidisciplinares que incluyen profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería), eticistas, asesores espirituales, abogados y voluntarios. (p. 2)

De este modo, retomando lo mencionado, las unidades de cuidados paliativos se consolidan como espacios de integración profesional que favorecen la comunicación entre disciplinas, la toma de decisiones compartidas y la atención centrada en la persona, garantizando una respuesta integral ante las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales de pacientes y familias.

5.1.1. ABORDAJE INTEGRAL Y BIOÉTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AVANZADAS Y/O EN SITUACIÓN FINAL DE VIDA.

Uno de los principales ejes de los cuidados paliativos, como ya se ha mencionado anteriormente, es el abogar por la calidad de vida de los pacientes. Según la OMS (1996), esto implica evaluar una serie de criterios que indiquen cómo está el paciente, no solo centrándose en el aspecto del dolor, si no que se evaluará estudiando el “impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar la atención exclusivamente en el dolor en sí” (OMS, 1996, p. 385).

En ese sentido, incorporar la calidad de vida como criterio de la práctica hospitalaria implica formar a los profesionales de la salud en una mirada integral del paciente, capaz de atender a las distintas dimensiones afectadas por la enfermedad. La OMS (1996) propone el “sensibilizar a los profesionales sanitarios para que no se limiten a la enfermedad, las discapacidades y los síntomas y se ocupen también de determinar la manera en que las enfermedades afectan a la gente” (OMS, 1996, p. 387).

En continuidad con esta perspectiva, resulta pertinente retomar el concepto de dolor total, que exploran Corman et al. (2025) en relación a los cuidados paliativos oncológicos contemporáneos, basándose en el concepto de Cicely Saunders, que lo conceptualiza como un dolor multifacético que sufre el paciente en una experiencia que influye en lo físico, psicológico, social y espiritual. A partir del estudio cualitativo realizado a pacientes oncológicos, los autores concluyen que el dolor total debe comprenderse desde una perspectiva multidimensional y como un proceso dinámico, vinculado con la relación de la persona con su comunidad y su entorno (p.1). Esta perspectiva permite comprender que el abordaje paliativo no se orienta únicamente al alivio del síntoma físico, y a reconocer en los pacientes la posibilidad de recurrir a sus recursos internos y externos como factores protectores en el proceso de la enfermedad.

Esta comprensión multidimensional del sufrimiento exige precisar las distintas situaciones clínicas en las que puede intervenir el abordaje paliativo. En este sentido, resulta

necesario delimitar qué se entiende por paciente terminal o por pacientes en situación de final de vida. Dulitzky (2023), señala la importancia de comprender la definición de la enfermedad terminal debido a sus varias implicancias clínicas y el abordaje que puede implicar, como por ejemplo en relación a las decisiones que implican la adecuación de esfuerzos terapéuticos. Se reconoce por 5 características:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable. 2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. 3. Presencia de varios problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. 4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte. 5. Pronóstico de vida inferior a seis meses. (Dulitzky, 2023, p. 64)

Por su parte, la situación de últimos días se define como: “una situación que precede a la muerte, de forma gradual, y en la que existe deterioro físico, emocional, y de la conciencia, sumado a un pronóstico de vida de horas, o menor a una semana” (Alpízar Rodríguez & Muñoz Murillo, 2016, p. 2). Esta diferenciación nos resulta relevante porque no todos los pacientes paliativos se encuentran necesariamente en situación de últimos días. Mientras que la enfermedad terminal se refiere a un proceso avanzado y progresivo de la enfermedad, con un pronóstico limitado, incurable e irreversible, la situación de últimos días implica a un momento más específico del proceso de la enfermedad y el morir, caracterizado por un deterioro marcado y pronóstico de horas o pocos días. Por lo tanto, el abordaje paliativo no se cierra a la inmediatez o proximidad de la muerte, sino que implica un intervención en distintos momentos de la trayectoria de la enfermedad amenazante para la vida.

En el ámbito hospitalario, estas intervenciones pueden producirse a partir de las interconsultas realizadas por el equipo de cuidados paliativos, o por otros servicios al equipo o profesionales paliativos. La interconsulta comprendida como la convergencia entre disciplinas que tienen esquemas referenciales diferentes y que pueden diferir en sus criterios de salud, lenguaje técnico, ideologías objetivos, modelos de acción y encuadres (Ferrari et al., 1977). A partir de este intercambio, se forma una vía de articulación del trabajo entre el equipo tratante y la Unidad de Cuidados Paliativos, permitiendo evaluar una misma situación desde distintas perspectivas, incorporando al análisis las dimensiones subjetivas, familiares, vinculares y éticas que intervienen en el acompañamiento del paciente.

De este modo, el abordaje paliativo no se limita al abordaje de intervenciones sobre los síntomas que se van presentando, sino que introduce una mirada integral sobre el sufrimiento del paciente y sobre el abordaje que se toma al respecto. En pacientes con enfermedades

avanzadas o en situaciones de final de vida, dichas decisiones están atravesadas por dilemas éticos se desarrollarán a continuación: la proporcionalidad de los tratamientos, la autonomía del paciente, el consentimiento informado, la futilidad de ciertas intervenciones y la adecuación de esfuerzos terapéuticos.

Beauchamp y Childress (1999) proponen cuatro principios que permiten orientar la toma de decisiones en el ámbito biomédico: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Siguiendo con los aportes de los autores, el principio de autonomía supone el reconocer al paciente en la toma de decisiones sobre su propia vida y tratamiento. Como también, implica respetar su voluntad, la autodeterminación y las decisiones, para lo cual resulta indispensable que reciba información suficiente y comprensible. Desde el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, se reconoce jurídicamente el derecho al consentimiento informado en el artículo 59, dentro del capítulo referido a los derechos y actos personalísimos. Allí se establece “el consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada...”. (Código Civil y Comercial de la Nación, 2014, art. 59), acerca de su estado de salud, los procedimientos propuestos, sus beneficios, riesgos y posibles alternativas.

En relación a este principio, un término que se utiliza en cuidados paliativos es el de la “verdad tolerable”, concebida como “la necesidad de involucrar al paciente en el conocimiento de su enfermedad (diagnóstico, pronóstico, tratamiento e historia natural) sin que le suponga un trauma que no sea capaz de soportar” (Rubiales et al., 1998, p. 47). Por otro lado, desde el análisis que realiza Twycross (2000), se desarrollan las implicancias subjetivas que tendría esta “verdad” que se le transmite al paciente, criticando la idea de que equivale destruir la esperanza de los pacientes, siendo que esta puede ser reemplazada por otras esperanzas.

El segundo principio, de no maleficencia, implica el no infligir daño, no provocar daño innecesario, no exponer al paciente a riesgos desproporcionados y no realizar intervenciones fútiles o perjudiciales. Desde los cuidados paliativos se puede relacionar con la adecuación de esfuerzos terapéuticos, las intervenciones fútiles y el encarnizamiento de los pacientes. El primer concepto, la adecuación de esfuerzos terapéuticos, definido por la SECPAL (2022), implica:

La adaptación de medidas diagnóstico-terapéuticas que se indican a un paciente, de acuerdo a su situación clínica y pronóstico. Supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad o situación clínica y la conveniencia de suspender o no iniciar tratamientos

que tengan escasa posibilidad de éxito o cuya finalidad sea prolongar la vida biológica, sin posibilidad de recuperación funcional o de mantener una calidad mínima. (p. 2)

Este concepto, conocido en otros entornos médicos como LET, la Limitación de Esfuerzos Terapéuticos, en cuidados paliativos se lo refiere de cómo “adecuación” en vez de “limitación”, ya que como lo menciona la SECPAL (2022) se evita utilizar el concepto de limitar o limitante, por el tinte peyorativo que eso implica.

El tercer principio es el de beneficencia, el cual hace referencia a la “obligación moral de actuar en beneficio de otros... impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses” (Beauchamp & Childress, 1999, p. 246). Entendiéndose como la búsqueda del bienestar del paciente, promoviendo beneficios, evaluando riesgos de las intervenciones.

En relación a las intervenciones médicas, teniendo en cuenta el principio de no maleficencia y la beneficencia, también hay que considerar qué tipo de intervenciones son beneficiosas para el paciente y cuales son intervenciones fútiles. Las segundas, refieren a prácticas diagnósticas o terapéuticas que, aun siendo técnicamente posibles, no producen beneficios clínicamente significativos para el paciente, y podrían llevar a prolongar el sufrimiento o el proceso de morir, entendida como una “intervención médica excesiva (en términos de esfuerzo y gastos) con pocas o nulas posibilidades de modificar la evolución final del paciente” (Swetz et al., 2014).

El cuarto y último principio, el de justicia se relaciona con la distribución equitativa de recursos, tratamientos y cuidados de salud, así como la igualdad y la imparcialidad en la atención sanitaria.

5.2. APORTES DE LA PSICOLOGÍA Y EL PSICOANÁLISIS A LA MIRADA PALIATIVA.

Desde la psicología, este acompañamiento se orienta al abordaje del sufrimiento subjetivo de los pacientes. En este sentido, Dulitzky (2023) plantea que los aportes de la psicología al ámbito de los cuidados paliativos incorporaron al trabajo interdisciplinario la

noción de sujeto, así como el tratamiento de las manifestaciones anímicas y subjetivas que emergen en el curso de una enfermedad o condición orgánica amenazante para la vida. La autora destaca la relevancia de la psicología al brindar:

una visión en torno a la muerte y al proceso de morir, al realizar evaluaciones psicológicas y tratamiento del malestar psicoanímico o trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, insomnio, trastornos del estado del ánimo, etcétera), al promover la prevención y el tratamiento del duelo complicado y conducir intervenciones de prevención en los profesionales que trabajan en cuidados paliativos. (Dulitzky, 2023, p. 40)

Esta incorporación de la noción de sujeto resulta central para pensar el aporte del psicoanálisis a la mirada paliativa. Desde los desarrollos de Lacan (1964), el sujeto no se reduce al organismo viviente, “el término sujeto -por eso lo recordé inicialmente- no designamos el sustrato viviente necesario para el fenómeno subjetivo, ni ninguna especie de sustancia” (Lacan, 1964, p. 132), sino que se constituye por los efectos del significante. El inconsciente puede pensarse, en ese sentido, como “la suma de los efectos de la palabra sobre un sujeto” (Lacan, 1964, p. 132). Esta perspectiva permite comprender, que el paciente no puede ser reducido a su diagnóstico, sino que debe ser considerado como un sujeto atravesado por el lenguaje, por una historia singular, por sus vínculos y deseos.

Definir al paciente como sujeto implica reconocer que la enfermedad no solo afecta al organismo, sino también el modo en que cada persona vive ese proceso. Desde allí, resulta especialmente relevante la formalización del concepto de sufrimiento en pacientes paliativos. En este sentido, Dulitzky (2023) sostiene que dicha conceptualización constituye un intento de respuesta frente a las dificultades históricas de abordar clínicamente la muerte. A partir de diferentes desarrollos teóricos, la autora plantea que uno de sus elementos centrales es la indefensión percibida, entendida como la “percepción del individuo de la quiebra total de sus recursos físicos, sociales y psicológicos” (Dulitzky, 2023, p. 43)

Desde esta perspectiva, la enfermedad o condición amenazante para la vida se constituye como fuente de sufrimiento debido a la amenaza que representa para la integridad del sujeto y al agotamiento de los recursos disponibles para afrontarla. Sin embargo, la autora advierte que estas formulaciones resultan insuficientes para comprender una dimensión particular del padecimiento presente en estos pacientes: el sufrimiento asociado a la experiencia de la muerte. Se trata de un sufrimiento existencial que, siguiendo a Dulitzky (2023), puede pensarse en

relación con el particular dolor de la melancolía, “al que Lacan denomina “dolor de existir” (p.43).

En continuidad con esta reflexión sobre el sufrimiento subjetivo, otro aporte del psicoanálisis es el concepto de lo traumático. En “Más allá del principio de placer”, Freud (1920) propone: “Llamemos *traumáticas* a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo” (p. 29). Para explicarlo, desarrolla la idea de una barrera protectora cuya función es preservar al aparato psíquico “del influjo nivelador, y por tanto destructivo, de las energías hipergrandes que laboran fuera” (Freud, 1920, p. 27). Entonces, se puede entender que lo traumático aparece cuando una excitación externa que es tan intensa que rompe con esa barrera, no por el simple hecho de un acontecimiento dramático, violento o trágico, si no por el efecto de exceso que produce en el aparato psíquico, cuando irrumpe y rompe con la posibilidad de ligar, tramitar o procesar psíquicamente.

Por otro lado, Lacan (1964) permite pensar que lo traumático como un encuentro con lo real, con la *tyché*. En este sentido, lo traumático proviene de un encuentro con algo que no logra integrarse al campo del sentido, algo imposible de asimilar. Sin embargo, el trauma no queda ubicado únicamente como un agujero o una ruptura de sentido, Tarrab (2005) introduce la idea trauma y decisión, entendida como una toma de posición subjetiva frente a lo que real que irrumpe:

del otro lado, la causalidad lacaniana incluye una causalidad que al poner en juego una decisión del ser, incluye lo imprevisto, lo excepcional, lo incomparable de cada uno. Hay entonces determinación, hay encuentro con lo real, hay trauma, pero hay también una insondable decisión. (Tarrab, 2005, p. 62)

Esta articulación entre sufrimiento, trauma y real permite introducir otro punto central para el abordaje psicoanalítico en cuidados paliativos: ¿Cómo lidiamos con la idea de la muerte propia? En “De Guerra y muerte. Temas de actualidad”, Freud (1915) plantea que, aunque el sujeto sabe conscientemente que en algún momento va a morir, en el inconsciente la propia muerte no logra ser representada plenamente, “En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (Freud, 1915, p. 290). Esto se debe, que para representar la propia muerte, uno tendría que poder imaginarse no existiendo, pero el sujeto siempre está presente en la escena, imaginando no existiendo. Hay una diferencia entre saber conscientemente que uno es mortal y poder inscribir subjetivamente la muerte propia.

Desde los desarrollos de Lacan (1964), el sujeto puede pensarse como efecto del significante, en tanto se constituye en el campo del lenguaje y del Otro. Sin embargo, no toda

experiencia puede ser plenamente simbolizada. En ese sentido, la noción lacaniana de lo real permite ubicar aquello que irrumpe como límite del sentido. Retomando el concepto de la *tyché*, como “lo real como encuentro -el encuentro en tanto que puede ser fallido, en tanto que es, esencialmente, el encuentro fallido-” (Lacan, 1964, p. 63), se podría pensar que la muerte propia constituye una experiencia que no puede ser plenamente simbolizada por el sujeto, el lenguaje puede nombrarla, pero no puede cubrirla por completo. A partir de Freud y Lacan, puede pensarse que la muerte propia constituye un punto límite para la representación y para el significante. Por ello, la proximidad con la muerte puede funcionar, para algunos sujetos, como un encuentro con lo real que irrumpe y desborda las posibilidades inmediatas de simbolización, “lo real se haya presentado bajo la forma de lo que tiene de inasimilable” (Lacan, 1964, p. 63).

Esta complejidad de significar la muerte propia permite comprender la profundidad que adquiere, en el campo de los cuidados paliativos, la comunicación de información difícil. No se trata únicamente de transmitir un dato médico, si no de considerar los efectos subjetivos que esa información puede producir en quien la recibe. Desde esta perspectiva, Dulitzky (2023) propone reevaluar el concepto de “verdad tolerable” o “verdad soportable”. La autora plantea que aquello que transmiten los médicos no debe pensarse como una verdad objetiva sobre la muerte del paciente, sino como un saber o conocimiento clínico acerca de su situación. Por ello, propone considerar el uso de eufemismos no como una forma de ocultamiento de la verdad, si no como una manera de decir algo potencialmente insoportable de un modo más soportable. En ese sentido, el “medio decir” permitirá bordear aquello que no puede ser dicho de manera plena, cuidando al mismo tiempo el vínculo entre paciente y profesional, ya que “escuchar esta verdad producida en el entredicho puede resultar una liquidación de la escena de encuentro entre el muriente y quien lo acompaña” (Dulitzky, 2023, p. 75).

De este modo, la autora propone que comunicar información difícil en cuidados paliativos implica transmitir con responsabilidad y coraje un saber clínico, pero también estar disponible para recibir aquello que el paciente pueda devolver frente a esa información. Esta escena, permite abrir un proceso donde se ponen en juego decisiones, encuentros con otros, preguntas sobre el deseo del paciente y modos posibles de acompañar aquello que irrumpe como límite para la palabra.

5.3. EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EN CUIDADOS PALIATIVOS: IMPLICANCIAS SUBJETIVAS Y CLÍNICAS.

Desde las disciplinas de campo de la salud, como medicina, enfermería y psicología, el acompañamiento se constituye en una práctica esencial frente al sufrimiento. El manual de enfermería de Cibanal et al. (2001), concibe que implica “escuchar activamente, observar y responder de manera empática a las necesidades emocionales y físicas del paciente” (p. 47). Desarrollando que no se trata sólo de intervenir sobre una enfermedad o síntoma, sino de alojar algo de la experiencia del paciente en un momento en que su cuerpo, su autonomía y su vida cotidiana se ven alterados por la hospitalización.

En esta misma línea, desde el psicoanálisis, los aportes de Winnicott (1960) permiten pensar esta función a partir del concepto de sostén. Si bien el autor formula originalmente este concepto para pensar la función del ambiente en los primeros tiempos de la vida, en este trabajo se recupera en un sentido ampliado para pensar aquellas condiciones, de presencia y cuidado que permiten acompañar al sujeto en situaciones de especial vulnerabilidad.

En ese sentido, el sostén no remite únicamente a una intervención concreta, sino a una modalidad de presencia que puede ofrecer cierta continuidad frente a situaciones de desorganización, dependencia o sufrimiento. En el ámbito hospitalario, esta función puede pensarse en relación a los espacios que se habilita, la escucha activa y la disponibilidad del profesional para alojar algo de la experiencia subjetiva del paciente. Así, el acompañamiento no busca necesariamente resolver el sufrimiento, sino ofrecer condiciones para que este pueda ser escuchado, tramitado y cuando sea posible simbolizado.

A partir de esta función de sostén y de la dimensión vincular que supone el acompañamiento, también resulta pertinente considerar la dimensión transferencial del vínculo entre paciente y profesional. Laplanche y Pontalis (1967/2004), definen la transferencia como:

El proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial,

dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. (p. 439)

Si bien la transferencia, en sentido estricto adquiere su especificidad dentro del dispositivo analítico, ciertos fenómenos transferenciales pueden presentarse también en el ámbito hospitalario. Freud (1912), menciona que la transferencia que ocurre en el contexto hospitalario, aunque no sean reconocidos ni tramitados de la misma manera que en el trabajo analítico:

En realidad surgen también en estos casos, pero no son reconocidos como tales. La explosión de la transferencia negativa es incluso muy frecuente en los sanatorios, y el enfermo abandona el establecimiento, sin haber conseguido alivio alguno o habiendo empeorado, en cuanto surge en él esta transferencia negativa. (p. 103)

A partir de estos aportes, el paciente puede dirigir hacia los profesionales expectativas, demandas, temores, idealizaciones o rechazos que van más allá de lo técnico de la atención asistencial. De este modo, considerar la dimensión transferencial en el vínculo paciente y profesional, permite considerar que el acompañamiento no se reduce a la aplicación de un saber médico, sino que se encuentra atravesado por afectos, posiciones subjetivas y modos singulares de relacionarse.

Así como la transferencia permite considerar aquello que se pone en juego desde el lugar del paciente, resulta necesario contemplar también las resonancias que este vínculo puede producir en el profesional. En este punto, la noción de contratransferencia, recuperada en un sentido ampliado para pensar el trabajo hospitalario, permite considerar las resonancias subjetivas que el encuentro con el paciente produce en el profesional. La contratransferencia entendida como “conjunto de las reacciones inconscientes del analista hacia la persona del analizado y, más particularmente, hacia la transferencia de éste” (Laplanche y Pontalis, 1967/2004, p. 72).

Frente a esta implicación subjetiva del profesional, el concepto de disociación instrumental resulta especialmente relevante para pensar el trabajo de los profesionales de la salud que acompañan en contextos clínicos atravesados por el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Tomando los aportes de Bleger (1964) la disociación instrumental puede entenderse como la posibilidad de implicarse emocionalmente en la tarea y, al mismo tiempo, conservar una posición de observación y reflexión sobre lo que ocurre. No se trata de una división patológica, sino de una disociación funcional y dinámica, necesaria para trabajar con el sufrimiento humano. En ese sentido, el autor plantea que el entrevistador debe operar disociado

“en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, de manera de graduar así el impacto emocional y la desorganización ansiosa” (Bleger, 1964, p. 28).

El autor relaciona esta función defensiva con la formación de los profesionales de la salud. Señala que “el entrenamiento médico tiende inconscientemente y defensivamente a esto, al iniciar todo el aprendizaje por el contacto con el cadáver” (Bleger, 1964, p. 28). El contacto con el cuerpo, la enfermedad y la muerte puede aumentar las ansiedades del profesional, por lo que ocurre cierta ficción y disociación que permite ocuparse de seres humanos como si no lo fueran. Sin embargo, advierte que esta defensa también puede llegar a una negación excesiva. Resulta paradójico que “el médico, cuya profesión es tratar enfermos, es el que proporcionalmente más escotomiza o niega sus propias enfermedades o la de sus familiares” (Bleger, 1964, p. 28).

De esta manera, el concepto de disociación instrumental permite comprender la posibilidad de implicarse emocionalmente en la tarea sin perder la función reflexiva. Esta posición resulta necesaria para poder intervenir clínicamente sin quedar capturado por la angustia que la situación despierta, pero también sin recurrir a una instancia defensiva que termine desubjetivando al paciente.

Estas dificultades adquieren características particulares cuando el acompañamiento se desarrolla frente a enfermedades avanzadas y situaciones de final de vida, donde el profesional se encuentra también confrontando con la muerte del paciente. En ese sentido, Dulitzky (2023) señala que “la muerte del otro es la versión más cercana de la muerte propia” (p. 75). La autora plantea así, que el contacto con pacientes que atraviesan enfermedades avanzadas y situaciones de final de vida puede implicar para los profesionales que acompañan un acercamiento a interrogantes vinculados con la muerte y la propia condición de finitud.

Junto con estas implicancias subjetivas, el acompañamiento en situaciones de final de vida presenta también una dimensión clínica particular: la toma de decisiones. En el ámbito médico-sanitario, los avances producidos en relación a las posibilidades de intervención y prolongación de la vida han otorgado a los profesionales de la salud un lugar cada vez más significativo en estas decisiones. Aunque se reconozca la participación y autonomía del paciente, la mirada puede dirigirse hacia quienes poseen el saber médico en búsqueda de una respuesta acerca de cómo continuar. En relación con esta problemática, Dulitzky (2023), menciona que:

Las revoluciones biológicas y médico-sanitarias de la segunda mitad del siglo XX producen no solo la ilusión de ofrecer una salida a la inexorabilidad de la muerte sino también un uso prepotente del saber médico, donde la hegemonía de las decisiones de

fin de vida le son escamoteadas a sus protagonistas y familiares y traspasadas a la figura del médico o su subrogante. La gran excluida dentro del campo de las decisiones de fin de vida es, entonces, la subjetividad y, por tanto, el sujeto. (Dulitzky, 2023, p. 70)

A partir de este desplazamiento de las decisiones hacia el saber médico, los profesionales son situados en un lugar del saber, como los portadores del conocimiento y la verdad médica. Lo cual, puede limitar el abordaje con foco en la subjetividad del paciente, y al mismo tiempo, obturar el rol de cuidado y abordaje clínico médico, en su propia concepción de su rol. Sin embargo, esta posición de saber encuentra también un límite frente a la muerte. Dulitzky (2023) señala que, “en definitiva, frente a la muerte, médico y muriente son semejantes. Ninguno sabe qué pasará” (p. 73).

5.4. CUIDAR A LOS QUE CUIDAN

En el mismo marco, el trabajo en cuidados paliativos implica para el psicólogo apuntar su mirada hacia los que cuidan, los compañeros de equipo y los otros profesionales de la salud que acompañan a personas en sufrimiento. Es así, que el trabajo interdisciplinario implica trabajar con otras personas que también están frente a “una situación de estrés por la difícil tarea de equilibrar los cuidados y su repercusión sobre el enfermo y su familia” (Serra, 2003, p. 217).

La demanda de trabajar con pacientes con enfermedades crónicas o terminales conlleva una importante carga emocional para el equipo de salud. Como señala Serra (2003), “frente al sufrimiento y a la muerte, el equipo profesional no está inmune” (p. 217).

Este trabajo requiere del profesional una actitud empática para brindar una atención integral, Vidal y Benito (2014) la entienden como aquella actitud que “permite ponerse en el lugar del otro, afectivamente primero y cognitivamente después” (p. 68). Según los autores, esta actitud se traduce en conductas concretas que permiten al paciente sentir el interés del profesional: escuchar activamente al paciente, responder sus preguntas, sostener una actitud paciente frente a sus relatos, una capacidad de dejar de lado los problemas personales fuera y centrarse en el paciente con una apertura a la emocionalidad.

Sin embargo, al mismo tiempo que se implica afectivamente, el profesional debe poder tomar una cierta distancia emocional que le permita continuar desempeñando su función. Vidal y Benito (2014) denominan “*distress* empático”, a la angustia que puede aparecer frente a la adversidad que atraviesa el paciente, sin que esta se origine necesariamente en la relación establecida con él.

Los autores diferencian este fenómeno con la contratransferencia médica, definida como el conjunto de actitudes, emociones y conductas del profesional que se configuran en respuesta al modo en que el paciente se vincula con él, y que también están influidas por sus características personales (p. 69). A diferencia del *distress* empático, la contratransferencia supone la posibilidad de mantener la distancia necesaria para reflexionar sobre lo que se pone en juego en la relación clínica.

Estas exigencias de implicación afectiva y regulación emocional permiten introducir otra dimensión del acompañamiento: la necesidad de cuidar también a quienes sostienen tareas de cuidado. En el manual “Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas”, De Simone y Tripodoro (2004) señalan que en el ámbito de cuidados paliativos, la especialidad tempranamente advirtió que la implementación de medidas preventivas de cuidados y autocuidados resultaban fundamental para mitigar el alto estrés derivado de la cercanía continua con la muerte cierta de pacientes. Esta concepción ha sido denominada en el campo de los cuidados paliativos como “cuidado de los cuidadores”.

Este concepto parte del reconocimiento de quienes cuidan también necesitan ser cuidados. De Simone y Tripodoro (2004) señalan que esto implica que exista:

alguna reminiscencia del tacto, de estar protegidos, de que alguna mano amiga toma la nuestra cuando lo necesitamos, de que encontremos un hombro hermano para apoyarnos y apoyar, de que ese difícil equilibrio de la armonía profesional pueda ser transitada junto a nuestros pares. (p. 46)

Esta necesidad de cuidado no se limita, sin embargo, a los recursos individuales de cada profesional. En esta línea, Escardó (2016) propone pensar sobre el cuidado de cuidadores como una problemática más allá de lo individual y debe ser considerada también como problemática institucional. La autora parte de la pregunta sobre las condiciones de trabajo y por las características de las instituciones que pueden generar malestar en quienes desempeñan tareas de cuidado. El acompañamiento sostenido de situaciones de vulnerabilidad y sufrimiento se desarrolla dentro de una trama compleja donde entran en juego demandas institucionales,

condiciones laborales, relaciones de poder e ideales profesionales generan efectos negativos en los equipos tratantes que cuidan.

Entre estos efectos pueden encontrarse distintas manifestaciones de desgaste profesional. Una de ellas es el estrés, entendido como un “síndrome general de adaptación que afecta al personal sanitario enfrentados al sufrimiento, a la enfermedad grave, a la muerte” (Vidal & Benito, 2014, p. 218). También pueden aparecer sentimientos de impotencia profesional, la fatiga por compasión o el *burnout*, definido como “el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la profesión” (Fisman, 2000, como se citó en De Simone & Tripodoro, 2004, p. 47).

Dentro de estas formas de desgaste, Escardó (2016) desarrolla particularmente el síndrome de *burnout*. La autora lo comprende como una forma específica de estrés laboral que aparece específicamente en profesionales vinculados al cuidado, la asistencia y el contacto sostenido con personas que sufren. En este marco, recupera la definición de Neira (2004), quien lo comprende como “una respuesta personal disfuncional en individuos que trabajan en profesiones de asistencia, ligada con una tensión emocional de índole crónica, originada en el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas” (como se citó en Escardó, 2016, p. 38).

Frente a estos efectos, distintos autores proponen estrategias orientadas al cuidado de los profesionales. Según De Simone y Tripodoro (2004), este cuidado se puede realizar mediante reuniones sistemáticamente programadas que permitan prevenir y tratar las consecuencias en la salud de los profesionales que derivan de las tareas del trabajar con estos tipos de pacientes. Los autores recomiendan grupos de reflexión donde circule la palabra, el arte como expresión y fortalecimiento de la creatividad, medidas prácticas en situaciones de riesgo y redistribuciones de trabajo.

En una línea similar, Vidal y Benito (2014), proponen la técnica de Grupo de Palabra, con la “finalidad de aliviar la cotidianidad del equipo profesional, evidenciando los diferentes cuestionamientos surgidos desde la subjetividad/particularidad” (p. 217). Es una técnica que permite que se circule la palabra, a través de la cual se expresan los deseos y los sufrimientos ligados a la profesión.

Por su parte, y ampliando esta perspectiva hacia las condiciones institucionales, Escardó (2016) propone un abordaje preventivo del cuidado de cuidadores, orientado a generar espacios grupales donde los profesionales puedan elaborar el malestar asociado a la tarea, revisar las condiciones laborales, reconocer los recursos disponibles y construir propuestas de mejora. Al

igual que los autores anteriores, destaca la importancia de favorecer la circulación de la palabra, pero incorpora también el fortalecimiento de los vínculos dentro del equipo y la utilización de recursos creativos.

6. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se elabora en el contexto de las Prácticas Pre Profesionales de la Carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, a partir de lo transitado en las prácticas en una clínica privada de la ciudad de Córdoba, dentro de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). La modalidad elegida para el Trabajo Integrador Final es la sistematización de experiencias propuesta por Jara Holliday (2011), quien la define como un:

proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. (p. 7)

El autor describe esta modalidad de trabajo como una interpretación crítica de las experiencias, que requiere ordenar y reconstruir lo vivido para poder comprender el proceso transitado. Esta tarea parte de una posición de interrogación y curiosidad más que de un saber previamente establecido, y busca explicitar los “factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (Jara Holliday, 2011, p.4). A diferencia de la investigación, la sistematización parte de la propia inmersión en la experiencia y coloca el énfasis en las preguntas que se formulan a partir de ella. Como mencionan Barnechea García y Morgan Tirado (2010) “en la investigación se intenta conocer una dimensión o aspecto de la realidad, sobre la cual se formulan preguntas. En la sistematización, se hacen preguntas a una práctica” (p. 104).

En continuidad con esta perspectiva, Barnechea García y Morgan Tirado (2010) plantean que la sistematización de la experiencia constituye “una manera de extraer y hacer comunicables los conocimientos que se producen en los proyectos de intervención en la realidad, con intencionalidad de transformación” (p. 52). El énfasis en extraer y hacer comunicables estos conocimientos permite pensar que en las prácticas y en las instituciones existen saberes implícitos que no siempre han sido puestos en palabras o sistematizados por escrito.

Para reconstruir y organizar la experiencia, una de las herramientas utilizadas fueron los registros de campo. Mediante esta técnica se tomaron notas de aquello que fue observado, escuchado y vivido durante las prácticas. Jara Holliday (2011) incluye entre las formas de

registro los “cuadernos de anotaciones, fichas, informes, actas, documentos que se van produciendo. También fotografías, grabaciones.” (p. 8).

Los registros fueron organizados en dos dimensiones: una vinculada con lo observado y otra con la experiencia subjetiva. Si bien no es posible asumir una posición completamente objetiva cuando quien registra se encuentra inmerso en el espacio de prácticas, esta distinción permitió diferenciar analíticamente aquello que ocurría en el campo de las propias vivencias y resonancias. Por un lado, se registraron aspectos observables, como semiología, citas textuales de lo expresado en reuniones, talleres y pases de sala, reacciones de los participantes, conversaciones con profesionales de la salud y con el equipo de la UCP, y actividades realizadas. Por otro lado, se consignaron aspectos vinculados con la propia experiencia, como la manera en que se vivenciaron las situaciones, las sensaciones y emociones que surgieron y las preguntas formuladas a partir de lo vivido. La posterior articulación de ambas dimensiones permitió enriquecer el análisis de la experiencia y generar nuevos interrogantes a partir de la relectura de los propios registros.

Estos interrogantes contribuyeron, a su vez, a delimitar progresivamente el eje de sistematización. Esta delimitación supone realizar una selección de la información y precisar qué aspectos de la experiencia serán objeto de análisis, ya que “no se trata de cubrir toda la experiencia desde sus orígenes hasta el momento actual, sino aquella parte que sea más relevante en este caso” (Jara Holliday, 2011, p. 8). De esta manera, la elección de un eje de sistematización permite orientar la reconstrucción y el análisis desde una mirada más focalizada.

Las técnicas y fuentes utilizadas para la construcción del material incluyeron la observación participante, los registros de campo, las comunicaciones personales y las entrevistas semiestructuradas. Asimismo, se realizaron las transcripciones de las entrevistas, la búsqueda bibliográfica y la revisión de materiales compartidos por la UCP. Como se mencionó anteriormente, los registros de campo implican una toma de nota de lo vivenciado, ya que “la narración y la figura que la acompaña indican quién estaba presente, parte de lo que ocurrió, dónde y cuándo y las interrelaciones de los elementos” (Goetz & LeCompte, 1988, p. 133). Por su parte, las entrevistas permitieron recuperar las perspectivas de los propios actores involucrados en la experiencia. En ese sentido, “mediante la entrevista el investigador obtiene

descripciones e informaciones que proveen las mismas personas que actúan en una realidad social dada” (Yuni & Urbano, 2014, p. 81).

Los actores considerados para este análisis fueron los profesionales de salud que participaron en el acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada y mantuvieron instancias de trabajo interdisciplinario con la Unidad de Cuidados Paliativos. Se incluyeron profesionales de distintas disciplinas y funciones dentro de la institución, entre ellos médicos de distintos servicios, residentes de diferentes años, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, con quienes la UCP desarrolló diferentes instancias de acompañamiento y trabajo en conjunto.

El análisis recupera discursos que emergieron en diferentes espacios, como talleres a profesionales, los pisos del internado, los *offices* médicos y el hospital de día, considerándolos desde la perspectiva interdisciplinaria de la UCP.

Finalmente, en relación con los aspectos éticos, se tuvieron en cuenta los postulados del Código de Ética de la FePra (2013), que establece principios y normas que orientan el ejercicio profesional, entre ellos el consentimiento informado, el secreto profesional y el respeto por la dignidad y autonomía de las personas. El consentimiento informado constituyó un principio transversal a las prácticas y fue considerado específicamente en la realización de las entrevistas con los profesionales de la salud. Se explicitó la finalidad previamente y se solicitó la autorización de los participantes para realizar la grabación. Finalmente, el Trabajo Integrador Final se enmarca dentro de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que sitúa la tarea profesional en un horizonte de respeto por los derechos humanos, la dignidad y la autonomía de las personas.

7. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

7.1.RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En el proceso de elección de las prácticas me encontré frente a varias encrucijadas. Decidir qué camino quería seguir implicaba, por un lado sostener aquello que creía desear, y por otro, permitirme que lo inesperado modificara ese recorrido. En este proceso resultó fundamental mantener una mirada abierta a otras posibilidades.

Al iniciar el proceso de elección de las prácticas tenía el deseo de ingresar a la Clínica Universitaria Reina Fabiola (CURF), particularmente porque proponían acompañar en el área de Neonatología. Sin embargo, durante la primera reunión institucional apareció la posibilidad inesperada de realizar las prácticas en la Unidad de Cuidados Paliativos. Aunque inicialmente esta opción me generó dudas, también despertó un interés que ya había comenzado a surgir durante el cuarto año de la carrera, cuando me enteré de la posibilidad de realizar prácticas en el *hospice*, la Casa de la Bondad.

Fue en esa reunión cuando la Psicóloga A nos comentó que trabajaba en cuidados paliativos en la unidad desde hacía tres años, y nos mencionó la modalidad de trabajo de la misma. En esa conversación, me transmitió la pasión que sentía por el trabajo en la unidad, algo que se hacía visible en el entusiasmo con el que nos hablaba de su experiencia.

Varias personas me preguntaron, e incluso cuestionaron, por qué me interesaba este ámbito de la clínica, si no es que iba a ser demasiado difícil o incluso triste acompañar a pacientes con enfermedades muy avanzadas, posiblemente cercanos a la muerte y atravesados por mucho sufrimiento. Incluso yo misma llegué a preguntármelo, especialmente frente a la posibilidad de elegir esta área por sobre Neonatología. Sin embargo, llegué a la conclusión de que la psicología trabaja con el sufrimiento de las personas en distintos contextos y de diferentes maneras. Los cuidados paliativos no eran, por excelencia, el único ámbito atravesado por el dolor.

Lo que fui descubriendo a través de este debate interno era mi interés por trabajar con personas que atravesaban un sufrimiento existencial y aprender acerca del acompañamiento realizado en un momento tan particular, y muchas veces inesperado, de sus vidas. Me pregunté cuándo volvería a tener una experiencia así de aprendizaje, especialmente considerando que,

durante la carrera, los cuidados paliativos no habían sido abordados a profundidad. En medio de esa encrucijada, sentí que este era el camino que no podía perderme.

Mi primer encuentro con mi referente, la Psicóloga A, fue de manera virtual. En esa llamada me encontraba con muchas ansias de comenzar las prácticas, tenía muchas preguntas y expectativas, y ella se tomó el tiempo de explicarme cómo estaba conformada la unidad y cuál era su modalidad de trabajo “Es una unidad porque es ambulatorio y trabajamos interdisciplinariamente” (Registro n°2, 14/05/2025). A partir de esa explicación y otros detalles, comprendí que el trabajo se realizaba desplazándose por distintos sectores de la clínica mediante reuniones, por pedidos de interconsultas y recorriendo por las habitaciones de los pacientes.

Con el transcurso de las prácticas fui conociendo a las integrantes del equipo, sus funciones y sus proyectos dentro de la institución. También realicé entrevistas que me permitieron acercarme a sus trayectorias y comprender la articulación de la UCP con Oncología, Psicología de Internación, Nutrición, Clínica Médica y Psiquiatría. Al mismo tiempo, fui reconociendo los tiempos y formas de trabajo del equipo mientras construía progresivamente mi propio lugar como practicante.

Un punto importante a notar de esta experiencia, es que fue el primer año en que el servicio de cuidados paliativos contó una practicante de psicología y, además, por un tiempo prolongado. Es por esto, que el proceso de adaptación no fue únicamente de mi parte, sino que la UCP también tenía que tratar de encontrar un espacio donde yo pueda acompañarlos en su día a día.

En este proceso, comprendí que el trabajo que se realiza es mayoritariamente en el área de internación de adultos, en consultorios y en la UTI, y que “principalmente los pacientes son pacientes oncológicos, y se les acompaña en los procesos de final de vida, cuidados en la casa y los ajustes que se necesiten para la calidad de vida” (Registro n°2, 14/05/2025).

Las mañanas comenzaban generalmente con una reunión en la que se revisaba la situación de los pacientes, el motivo de internación, el diagnóstico, las intervenciones realizadas y las necesidades que requerían mayor prioridad. A partir de este intercambio, el equipo definía el orden de las visitas y si el acompañamiento debía realizarse desde medicina, enfermería, psicología o de manera conjunta.

Con el transcurso de las prácticas fui comprendiendo que la UCP no acompañaba únicamente al paciente, sino también a su familia y a los equipos tratantes. Esta modalidad

interdisciplinaria fue despertando nuevas preguntas que luego se volvieron centrales para mi eje de sistematización.

Desde mi lugar como observadora participante, pude acompañar momentos de la práctica como: encuentros con pacientes en sus habitaciones, momentos acompañados por las familias, conversaciones en los pasillos y en los *offices* médicos, reuniones con los equipos tratantes y visitas a pacientes internados en la UTI.

Otra parte importante de las prácticas fue mi participación en los talleres realizados por la UCP. Estos combinaban instancias psicoeducativas sobre cuidados paliativos y final de vida con ejercicio de respiración, recursos audiovisuales, preguntas para el intercambio grupal y un cierre simbólico. Mi función consistía principalmente en registrar las actividades, las intervenciones y las reacciones de los participantes.

A través de estos talleres pude observar y escuchar cómo los profesionales de la clínica vivenciaban su labor desde lo emocional y personal. En una de las ocasiones, luego de ser presentado el video, se habilitó un momento para dar lugar a la palabra, donde los participantes pudieran compartir cómo se sentían en relación a su trabajo de cada día. Una de las residentes mencionó la importancia en su vida el poder tener espacios donde hablar, y en relación al taller: “Tener un espacio como este o con amigos, pero tratar de tener esa coraza (Menciona esto en relación a no dejar ver a los pacientes que a ellos también les afecta)” (Registro nº8, 30/05/2025).

Por otro lado, una de las experiencias que más me llamó la atención, fue la de una residente que estaba transitando su primer mes como R1, y comentaba:

Este mes tuve 5 pacientes que se estaban por morir (lágrimas)... yo llego a mi casa y me enojo. Llega el fin de semana, y me doy cuenta que no puedo hablar con gente que no sea de la salud, y a veces parece que esperamos que llegue la muerte. Cuando hablas con otro es re feo, mi hermano me dice “podemos dejar un rato de hablar de enfermedad”...No me puedo guardar todo esto. Yo estaba re íntegra... pero claramente estaba adentro todo. (Registro nº8, 30/05/2025)

Luego de que ella compartió con el grupo su experiencia en relación a la muerte y la enfermedad en su entorno de trabajo, la Dra. B retomó lo que había compartido y buscó revisar junto con la residente el sentido que le estaba atribuyendo a esa experiencia. Esta escena me permitió observar que los talleres no se orientaban únicamente a transmitir conocimientos, sino también a alojar aquello que la tarea producía en los profesionales.

También participé de reuniones interdisciplinarias y familiares vinculadas con la comunicación del avance de la enfermedad. Allí pude presenciar reacciones de conmoción,

negación, enojo, llanto, tanto en pacientes y familiares, como también en algunos integrantes de los equipos después de salir de la habitación. Estas escenas me permitieron aprender acerca de la prioridad de las necesidades del paciente, la influencia de las dinámicas familiares y la importancia de construir intervenciones junto con profesionales que sostenían perspectivas diferentes.

Experiencias como estas fueron mostrando que el trabajo en cuidados paliativos no era una tarea sencilla. Implica permanecer constantemente cerca de la incertidumbre que trae consigo el avance de una enfermedad y el sufrimiento que esto conlleva. Es conocer a pacientes, escuchar sus historias, conocer a sus familias, y en algunos casos, encariñarse con ellos, sabiendo que quizás después habrá que acompañarlos durante las últimas etapas de su vida.

También implica estar presente cuando las noticias no son buenas y cuando no existen palabras capaces de modificar aquello que está ocurriendo y está atravesando. En esos momentos, el equipo debía sostener una presencia y un semblante que transmitiera de alguna manera un soporte, incluso cuando los mismos profesionales se encontraban conmovidos por lo que estaba sucediendo. Muchas veces me pregunté cómo se hace para entrar a una habitación sabiendo que se va a comunicar algo que cambiará la vida de esa persona y su familia. Cómo se encuentra la forma de decirlo, cómo se acompaña lo que viene después y cómo se continúa con la tarea cuando ya no hay respuesta que pueda aliviar esa situación.

Esta práctica me acercó al centro mismo de muchas dudas existenciales. Me llevó a preguntarme sobre las formas en que uno llega al momento del final de la vida, qué decisiones tomaría, y si realmente es posible comprender que uno va a morir. ¿Qué puede estar atravesando el paciente cuando recibe la noticia de que su enfermedad no tiene posibilidades curativas? ¿Cómo se siente esa cercanía con el final? Y al mismo tiempo, ¿cómo se vive con la incertidumbre de no saber cuándo llegará ese momento?

Durante las prácticas pude observar las distintas formas de transitar las noticias difíciles que comunicaban los médicos y el proceso luego de eso. Algunas personas buscaban sostén en quienes las acompañaban, necesitaban preguntar, hablar o incluso aferrarse a ciertos tratamientos. Otras expresaban algo de su dolor mediante el enojo y el rechazo de quienes los acompañaban, muchas veces contra el equipo tratante mismo. Estas situaciones me mostraron que no existe una única forma de responder frente al diagnóstico, ni que existen unas fases cronológicas determinadas para asimilar el deterioro o la proximidad a la muerte.

Gran parte de lo que fui observando también tuvo que ver con el lugar de los profesionales de la salud dentro de estos acompañamientos. Vi residentes de mí misma edad,

jefes médicos con muchos años de experiencia, enfermeras que habían trabajado en varias áreas de la clínica y oncólogos que habían pasado por Clínica Médica. Desde mi lugar como practicante, pude observar que cada servicio tenía una forma particular de acercarse a los pacientes, con tiempos, criterios y esquemas de trabajo bastante diferenciados.

A partir de ahí comenzaron a aparecer preguntas que me acompañaron durante gran parte de las prácticas: ¿cómo se sienten ellos al acompañar cotidianamente a pacientes tan cercanos a la muerte?, ¿cómo se deben sentir después de haber atravesado varios procesos de final de vida?, ¿cómo continúan trabajando después del fallecimiento de un paciente con quien se encariñaron? También fui notando que la UCP tenía una modalidad particular de abordaje, diferente de la de otros servicios médicos de la clínica. Esto me llevó a preguntarme cómo percibían los demás servicios y profesionales de la salud el trabajo interdisciplinario con la unidad y qué efectos podrían producir estos nuevos modos de acompañar que propone la UCP.

La participación en los talleres me permitió acercarme todavía más a estas preguntas. Al escuchar a los profesionales hablar sobre las situaciones que llevaban a sus casas, sobre la dificultad para dejar de pensar en determinados pacientes, sobre la necesidad de construir una ‘coraza’ y, al mismo tiempo, no perder la sensibilidad, me surgió con más interés el interrogante acerca del cuidado de quienes cuidan y cómo son sus experiencias en este acompañamiento a pacientes. Comencé a preguntarme quién acompaña a los profesionales cuando ellos son quienes deben sostener a los demás y qué sucede con todo aquello que no puede guardarse simplemente al terminar una jornada laboral.

Hubo varios momentos en los que la práctica no quedó en las puertas del hospital para mí. Las preguntas por ciertos pacientes me acompañaron durante días e incluso meses. Al finalizar las prácticas, algunos todavía permanecían internados, y quedó en mí la incertidumbre acerca de qué había sucedido con ellos: ¿seguirán vivos? ¿habrán fallecido?, ¿cómo habrán transcurrido sus últimos días?

Sin embargo, con el tiempo y con la experiencia se fueron transformando esas preguntas. Con las prácticas, y una mirada retrospectiva, poco a poco comprendí que la cuestión principal del acompañamiento desde la mirada de la psicología paliativa es preguntarse ¿Cómo se vive cuando la muerte se vuelve una presencia tan cercana pero incierta? ¿Cómo se puede vivir y desear en el proceso de morir? ¿Qué lugar hubo para los deseos, los vínculos y aquello que hace singular la vida de cada persona? Preguntas que se desarrollaron como resultado de unas prácticas enriquecedoras, las cuales me enseñaron la importancia de reconocer al paciente

como sujeto, incluso cuando su cuerpo se encuentra atravesado por el deterioro y la enfermedad avanzada.

De este modo, el eje de sistematización se fue construyendo a partir de lo que presencié, de aquello que escuché en los pasillos, las habitaciones, las reuniones y los talleres, pero también de las preguntas que continuaron conmigo por fuera de la clínica. Fue desde esa experiencia que comencé a interrogarme por los aportes de la UCP a los profesionales de la salud y por las formas en que ellos acompañan, se protegen y son afectados por la cercanía cotidiana con el sufrimiento y el fin de vida.

7.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

A partir de la recuperación del proceso vivido, en este apartado se analizan las experiencias y situaciones registradas durante las prácticas en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Para esto, se retoman escenas observadas en reuniones, interconsultas, talleres, habitaciones de pacientes, pasillos y *offices* médicos, así como en entrevistas y los discursos de los profesionales de la salud. Estos materiales están articulados con los conceptos desarrollados en la perspectiva teórica, con el propósito de comprender los aportes de la UCP a los profesionales de la salud en el acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada.

El análisis se organiza de acuerdo a los tres objetivos específicos del trabajo. En primer lugar, se caracteriza el abordaje de trabajo de la UCP en el acompañamiento a pacientes y su construcción como equipo. Luego, se describen sus intervenciones en articulación con otros

profesionales y servicios de la clínica. Y por último, se recuperan y analizan los discursos de los profesionales de la salud en dicho acompañamiento a pacientes con enfermedad avanzada.

7.2.1. EL ABORDAJE DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

En este apartado se caracteriza el abordaje de trabajo de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), atendiendo a su organización interdisciplinaria, su modalidad ‘ambulante’ y el proceso de conformación del equipo. Asimismo, se analizan los intercambios entre disciplinas y el lugar desde el cual la UCP acompaña a pacientes, familias y profesionales de la salud.

Este abordaje se centra en el acompañamiento de pacientes con enfermedades o condiciones amenazantes para la vida, comprendidos como pacientes paliativos. En la práctica, la unidad trabaja en gran medida con pacientes oncológicos y con pacientes en situaciones clínicas complejas en las que la enfermedad representa una amenaza significativa para la vida (Registro nº 32, 08/08/25).

Desde esta perspectiva, el acompañamiento paliativo no se limita al tratamiento de la enfermedad, sino que implica una mirada integral sobre el paciente, su familia y el contexto en que se desarrolla el proceso. Esto se observa en lo expresado por la psicóloga “A”, quien señala: “Yo trabajo en la Unidad de Cuidados Paliativos y Psicooncología. Tenemos una mirada muy

integral, ver no solo al paciente, sino también a la familia. Estas situaciones tienen un componente de crisis” (Registro nº 3, 19/05/25).

La Unidad de Cuidados Paliativos y el trabajo interdisciplinario

A continuación, se desarrolla la cualidad interdisciplinaria de la Unidad de Cuidados Paliativos para la comprensión del interjuego de los actores en la práctica clínica, y cómo esto influye en la mirada colectiva que se va formulando para el acompañamiento a pacientes.

La European Association for Palliative Care (EAPC, 2012) sostiene que la complejidad de los cuidados paliativos requiere la participación articulada de diferentes profesiones. Esta conformación responde al carácter multidimensional de la calidad de vida, que involucra aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y vinculados a la autonomía del paciente (OMS, 1996). En la UCP, esta perspectiva se expresa en un equipo conformado por dos médicas paliativistas, una psicóloga, una enfermera y un psiquiatra (Registro nº 2, 14/05/25). Esta conformación permite que cada área de intervención y acompañamiento pueda ser abordada desde una especialidad profesional, con el objetivo de dar el mejor acompañamiento posible al paciente.

Este modo de trabajo se ve especialmente reflejado en las reuniones semanales que realiza la UCP, en las cuales se realiza una revisión y seguimiento de los pacientes internados, personas alojadas en la UTI y casos nuevos presentados mediante interconsulta. La cantidad de pacientes a revisar varía según la demanda institucional: en algunos momentos pueden ser numerosos y en otros sólo unos pocos, lo cual también demuestra el carácter dinámico del trabajo de la unidad.

Estas reuniones se sostienen, además, mediante un registro realizado en Excel. Este registro permite unificar la información disponible sobre cada paciente: fecha de ingreso a internación, motivo o síntomas asociados al ingreso, diagnóstico de base, medicación indicada, y presencia o ausencia de acompañamiento psicológico, psiquiátrico o espiritual. De este modo,

el registro no opera únicamente como una herramienta administrativa, sino como un soporte para la continuidad del cuidado y para la construcción de una mirada compartida entre los diferentes integrantes del equipo.

En este espacio de reunión se visibiliza desde dónde se posiciona la mirada de cada integrante de la Unidad. Desde la medicina se considera el tratamiento del dolor físico, el control de síntomas y las posibles intervenciones clínicas (Entrevista a Dra. C, 31/07/25). Desde enfermería se atienden cuestiones en relación al control de síntomas también, y al mismo tiempo, cuestiones vinculadas al confort, la funcionalidad, la movilidad, el estado de conciencia, el seguimiento de las heridas y las necesidades de cuidado cotidiano (Entrevista a Enf. D, 02/07/25).

Por su parte, desde el área de psicología, se exploran las dimensiones emocionales, subjetivas y vinculares del paciente. La psicóloga indaga previamente al encuentro con el paciente: el nombre, la edad, la causa de la internación, el diagnóstico, pronóstico y avance de la enfermedad, cuántas internaciones ha tenido, la conformación y soporte familiar, su ocupación o profesión, qué sabe acerca de su enfermedad, su estado emocional, y cómo el equipo tratante lo percibe. Por ende, reúne información clínica, familiar y social que le permita comprender la situación del paciente, su modo de vivir la enfermedad, el conocimiento que tiene sobre su situación y la lectura realizada por el equipo tratante. (Registro nº 25, 03/07/25)

Y para todas las integrantes, es importante conocer la conformación familiar, el acompañamiento que tiene ese paciente y cómo los profesionales de salud que lo están acompañando van reportando la situación. Cuando esta información no queda esclarecida en la reunión, dichas preguntas se retoman en el piso del internado, en los *offices* médicos o dialogando con los médicos y residentes de clínica médica.

A partir de estas preguntas que cada integrante formula desde su propia disciplina, es que se comienza a construir una lectura en común de la situación. Como lo propone la EAPC (2012), “la complejidad de los cuidados paliativos especializados sólo puede satisfacerse mediante la comunicación continua y la colaboración entre diferentes profesiones” (p. 13).

En ese sentido, las reuniones no funcionan solamente como un espacio de transmisión de información, sino como un lugar de elaboración colectiva del abordaje. Las diferencias en las percepciones o impresiones que cada profesional ha tenido en relación a su encuentro con

un mismo paciente, pueden depender de varios factores. Lejos de ser vivido como una contradicción, esto parecía formar parte del modo de trabajo del equipo:

Conocimos al paciente X, paciente de 30 años. En la reunión de equipo, la Enfermera D comentó que desde Clínica Médica referían que tenía “carácter difícil”. La Dra. B, en cambio, dijo que lo conoce desde hace un año y medio y que nunca lo vivió así; que debe estar muy asustado, que es un chico muy luchador, deportista y amoroso. Incluso mencionó que podría haber algún cuadro confusional y que tanto él como su hermana deben estar con muchísimo miedo. (Registro, 10/07/25)

El extracto anterior da cuenta de la manera en que el trabajo interdisciplinario permite unir diferentes miradas o lecturas que realiza cada profesional, sobre un mismo caso, una misma persona o situación, ya que estas no pueden ser comprendidas desde una sola dimensión. La percepción sobre un paciente puede variar según su estado clínico y emocional de ese momento, su personalidad, lo que ocurrió previamente, el profesional que lo acompañó y las condiciones contextuales en las que se produjo ese encuentro.

A través de la posibilidad de la conversación, la circulación de preguntas y el intercambio entre disciplinas, se construye una imagen global del paciente y de la situación. Es el interjuego entre las profesionales lo que permite este abordaje, como explicó la Dra. C en la entrevista,

Entonces, fíjate que en el equipo cada uno tiene su parte, hay unas cosas en común y cada uno tiene su experticia disciplinar que va a hacer que se sume y se potencie. No termina siendo una suma algebraica, sino siendo algo que se potencia. (31/07/25)

En esta cita se puede reconocer que el trabajo interdisciplinario no consiste únicamente en sumar profesionales, sino en producir una lectura compuesta a partir de la potenciación de cada disciplina. Se produce una mirada integral que no está dada de antemano y se permite sostener diferentes lecturas sobre una misma situación clínica.

A su vez, estos intercambios entre los profesionales permiten comprender cómo el concepto de dolor total, desarrollado por Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos, es central en el abordaje. Este concepto, retomado por Corman et al. (2025), resulta clave en el abordaje de la UCP con los pacientes, ya que permite pensar que el sufrimiento no se reduce únicamente al dolor físico, sino que también involucra las dimensiones emocionales, sociales y espirituales. Esta perspectiva fue transmitida en los talleres realizados por la UCP a otros

profesionales de la CURF. En uno de ellos se explicó el abordaje de la unidad del siguiente modo:

También se presentó la teoría de Cicely Saunders del “Dolor Total”. Quien alude al dolor que tiene un inicio físico, pero que el paciente los expresa en todas las dimensiones (somáticas, sociales, emocionales, espirituales, etc), o que generan dolor pero que se alivian de otras maneras, como psicológicamente. Y donde los objetivos son: acompañar, cuidar y aliviar. (Registro nº 17, 13/06/25)

Desde este registro, se puede observar que el abordaje paliativo implica comprender cómo la enfermedad o condición impacta en la totalidad de la experiencia del paciente. Por lo cual, el tener en cuenta este concepto en la práctica clínica permite orientar las intervenciones hacia el alivio del sufrimiento y el bienestar global.

Esta concepción también aparece en la entrevista realizada a la Enfermera D, quien sintetiza el sentido que adquiere el cuidado en la práctica:

Para nosotros cuidar es el control de síntomas. ¿Por qué? Porque es calidad de vida, confort, bienestar... Ver que el paciente esté pleno en lo posible, en lo que transcurre en su proceso de enfermedad o en el proceso de morir. (Entrevista a Enf. D, 02/07/25)

Sus palabras permiten comprender que, para la UCP, el control de los síntomas no constituye solamente una acción clínica o médica, sino también una forma de acompañamiento orientada a preservar el confort y el bienestar del paciente durante el curso de su enfermedad. Desde esta perspectiva, el abordaje paliativo no adopta una posición pasiva ante la imposibilidad de curar ni parte de la idea que ‘no hay más nada para hacer’, sino que propone una forma activa de cuidado orientada al alivio del sufrimiento y al sostenimiento de la calidad de vida.

Este trabajo, además de realizarse dentro de la UCP, implica una articulación constante con los otros servicios, en donde varias especialidades se unen en la labor de atender y acompañar a los pacientes. El Instituto Nacional de Cáncer (INC, 2014) señala que este trabajo de atención continua e integral de personas con enfermedades amenazantes para la vida exige colaboración interdisciplinaria e interinstitucional.

Una de las principales modalidades mediante las cuales esta articulación se produce es la interconsulta. Desde los aportes de Ferrari et al. (1977), puede comprenderse como un encuentro entre profesionales que parten de esquemas referenciales diferentes para abordar una misma situación clínica. Cada disciplina organiza su propia lectura a partir de conceptos, criterios y formas particulares de comprender al paciente. En este sentido, la UCP trabaja desde un esquema referencial paliativo e interdisciplinario que, al entrar en intercambio con el de los

otros servicios, puede ampliar la comprensión de la situación y favorecer la construcción conjunta de criterios y decisiones.

De este modo, se configura una red institucional donde los profesionales de la salud pueden solicitar la participación de la UCP, conversar, acordar y discutir sobre situaciones clínicas. Por otro lado, también existen otras instancias en donde se observa el intercambio y el trabajo en conjunto, como en la apertura que tuvo el área de oncología con la UCP:

Ahora estamos usando este consultorio con oncología, que desde siempre han sido muy abiertos con nosotros, nos han permitido instalarnos, hacer uso de este espacio. Ellos son los que nos derivan gran parte de los pacientes y eso es muy importante para nosotros. Porque trabajar de esta manera con oncología nos permite conversar, podemos acordar y discutir sobre los casos. Es fundamental. (Entrevista a Psicóloga A, 25/05/25)

Esta apertura de oncología con la UCP constituye un posibilitador institucional y relacional, demostrado por la disponibilidad y la predisposición de brindar un espacio físico como forma de inclusión. Asimismo, la derivación de pacientes constituye una de las vías de ingreso del acompañamiento de la unidad. Sin embargo, el trabajo de interconsulta no finaliza con ese pedido, sino que continúa mediante el intercambio entre servicios.

La construcción artesanal de la UCP como dispositivo ambulante

Para comprender con mayor profundidad dónde se sitúa la mirada de la UCP, resulta necesario reconstruir el proceso de conformación de la unidad como dispositivo dentro de la CURF. Este se produjo progresivamente, a partir de las necesidades identificadas en la práctica. Inicialmente, la unidad estuvo integrada por la médica B, quien fue contactada por la CURF para desempeñarse como médica paliativista de adultos en el hospital. Durante ese proceso, la médica identificó la necesidad de incorporar otras disciplinas al abordaje, “detectaba la necesidad de que hacían falta también esto, del equipo interdisciplinario y cómo se plantean los cuidados paliativos, requieren de otras disciplinas que acompañan y necesitaba alguien en salud mental” (Entrevista a Psicóloga A, 25/05/25). Así fue que contactó con A, para incluirla como

psicóloga de la unidad. Luego, con el tiempo, se dieron cuenta de la necesidad de una enfermera para el abordaje y seguimiento con más continuidad a los pacientes, alguien que pueda dar un acompañamiento más cercano en el día a día, y que pueda fijar la mirada en:

veo esto que te digo, control de síntomas y el control de la funcionalidad del paciente: si deambula o no deambula, si está postrado, si está consciente o inconsciente, si puede trabajar o no, si puede hacer actividades de la vida diaria o no. En esa parte de la funcionalidad y también lo que mucho de lo que abordo es la familia, el acompañar. (Entrevista a Enf. D, 02/07/25)

La incorporación progresiva de nuevos profesionales dio lugar a un equipo construido de manera “artesanal”, expresión utilizada varias veces en la descripción del proceso de conformación de la unidad. Como lo han demostrado, es un equipo que fue creciendo con el tiempo, que como señaló la Enf. D:

Lo que también nos ha pasado es eso, es una unidad que se ha ido...como que se va se va armando en relación también a esto, a la demanda, a cómo nos vamos sintiendo, instaurando en este momento. (Entrevista a Enf. D, 02/07/25)

La unidad no aparece como un espacio previamente dado, sino como una red que se construye entre profesionales, interconsultas, habitaciones, oficinas, reuniones, registros, decisiones clínicas y modos de acompañamiento. Como lo menciona la Dra. C en su entrevista: “Estamos en pleno proceso de construcción del espacio, de los roles y de todo esto” (Entrevista a Dra. C, 31/07/25).

Esta construcción también permite comprender la forma en que la unidad organiza su presencia dentro de la institución. En la primera reunión de prácticas, la referente institucional, la Psicóloga A, definió a la UCP como una unidad ‘ambulante’ e interdisciplinaria (Registro n° 2, 14/05/25). Su carácter artesanal, al igual que su modalidad móvil, da cuenta de una forma de construcción situada, flexible y sensible a las demandas que fueron surgiendo en la CURF.

Esta modalidad puede observarse en la organización cotidiana de trabajo. Luego de las reuniones a la mañana, el equipo establece el orden de prioridad de las visitas a los pacientes según la situación clínica de cada uno y define si el acompañamiento será realizado por un integrante en particular o por el equipo en conjunto. De este modo, la UCP no queda circunscrita a un espacio físico estable, como un consultorio específico, sino que se despliega como una presencia institucional en diferentes áreas según las necesidades de los pacientes, las familias y los otros servicios.

Desde esta perspectiva, la UCP puede pensarse como un dispositivo clínico-institucional. Agamben (2011), retomando a Foucault, sostiene que un dispositivo es una red

heterogénea de discursos, prácticas, saberes, espacios, decisiones y relaciones cuya función es responder a una urgencia o necesidad. En ese sentido, la modalidad ambulante de la UCP no constituye una falta de organización, sino una forma particular de organización que permite la construcción en el recorrido, la articulación con otros equipos y la disponibilidad para intervenir cuando la situación lo requiere. A su vez, este dispositivo ha tenido que encontrar su lugar dentro de la institución, transmitiendo sus modos de intervención, sus fundamentos teóricos y sus prácticas.

Hasta aquí, lo artesanal remite al proceso de construcción de la unidad dentro de la institución. Sin embargo, esta característica también se expresa en el modo en que la UCP desarrolla sus intervenciones clínicas.

Esta dimensión es señalada por la referente institucional en una Jornada de Mesa Redonda realizada por la cátedra de Intervenciones Psicoanalíticas. Allí, al ser consultada sobre su experiencia, sus ámbitos de trabajo y las intervenciones vinculadas al rol profesional, explicó:

Tenemos una mirada muy integral, ver no solo al paciente, sino también a la familia. Estas situaciones tienen un componente de crisis y son delicadas. La intervención del psicoanálisis, tiene un enfoque que se puede adaptar.... son intervenciones muy artesanales. Ver la singularidad y la subjetividad, y poder escuchar el nombre de esa persona que está disfrazada de su diagnóstico. (Registro n° 5, 21/05/2025)

Este fragmento permite comprender que lo artesanal refiere también a las formas de intervenir. En este abordaje, el equipo busca no reducir al paciente a su diagnóstico, sino reconocer su singularidad y alojar su subjetividad. Este modo de intervención puede articularse con los aportes de Dulitzky (2023), quien sostiene que la psicología incorporó al campo de los cuidados paliativos la noción de sujeto. Desde una perspectiva psicoanalítica, este no se reduce a un organismo vivo, sino que se constituye por los efectos del lenguaje y del significante (Lacan, 1964). En este sentido, la expresión de la psicóloga de “escuchar el nombre de esa persona que está disfrazada de su diagnóstico” permite reconocer una práctica orientada a restituir un lugar al sujeto en la escena clínica, frente al riesgo de que la enfermedad opaque su singularidad.

Esta concepción del paciente como sujeto también orienta la forma en que la psicóloga construye sus intervenciones. Su acompañamiento no se limita a aquello que se presenta durante la entrevista con el paciente, sino que implica una lectura ampliada del contexto. Así lo expresa la Psicóloga A al señalar que: “el acompañamiento viene desde otro lugar, desde una mirada

que pueda ver el contexto, ver la situación, quiénes lo acompañan, cómo está el equipo, qué demandas hay” (25/05/25).

Esta lectura ampliada de la situación también se traduce en la forma en que la psicóloga decide intervenir. En este sentido, la dimensión artesanal del abordaje también aparece en la capacidad de leer el momento oportuno para intervenir o esperar. La Psicóloga A lo explicó en su entrevista del siguiente modo:

A veces también pienso que vamos a intervenir o voy a intervenir con los pacientes, y algo pasó ese día y termino escuchando a la familia. O, los médicos me avisan que va a tener un procedimiento que los va a movilizar mucho, entonces a veces me dicen: “preferimos que vengas después en vez de antes”. O, sabemos que para el paciente es el primer día de quimioterapia y que quizás movilizar ahí es mucho, y es preferible que no, entonces esperamos a que tenga esa primera experiencia y luego hablar. Bueno, es muy artesanal, según cada situación que se presenta. (25/05/25)

Esta cita permite comprender que lo artesanal de este abordaje no implica una intervención improvisada, sino una práctica que requiere leer el momento, la situación del paciente, de la familia y del equipo tratante. En ese sentido, la intervención psicológica no se aplica como una técnica rígida o predeterminada, sino que se orienta según las posibilidades de cada situación y la singularidad del paciente.

Esta adaptación de la intervención también apareció cuando la psicóloga explicó el lugar del psicoanálisis dentro de la práctica hospitalaria:

Pero bueno, es psicoanálisis en sí, y uno tiene que pensar en esa metapsicología aplicada y adaptada en el espacio, en lo que se puede ofrecer en ese espacio y lo que se puede ofrecer en las situaciones que uno acompaña.... ya has visto un poco en estos primeros días de práctica que, a veces nos encontramos con pacientes que están muy limitados...(Registro nº6, 23/05/2025)

Esta expresión permite comprender que adaptar el psicoanálisis al espacio hospitalario no implica abandonar sus fundamentos, sino considerar qué puede ofrecerse a ese paciente, en ese espacio y en ese espacio particular. El estado físico, las limitaciones producidas por la enfermedad, los tiempos de internación y las posibilidades de sostener la palabra pueden requerir intervenciones más cortas o flexibles. En ese sentido, la intervención no se aplica como una técnica rígida, sino que se construye según la singularidad de cada situación. Para ello, la psicóloga requiere de una “caja de herramientas” en permanente actualización, capaz de alojar las subjetividades del presente (Ungar, 2015), mientras el propio dispositivo debe conservar la

flexibilidad necesaria para responder a escenarios cambiantes e inciertos sin perder su orientación teórica y ética.

Esta lectura situada no se dirige exclusivamente al paciente y su familia, sino también a los profesionales que acompañan. Esto forma parte del abordaje paliativo, ya que los equipos tratantes también se ven atravesados por situaciones de angustia, incertidumbre, toma de decisiones difíciles y comunicación de malas noticias. En uno de los registros aparece:

Enf. D: Agregó que ese día había que verlo al paciente X con la Psicóloga A, porque se le iba a comunicar que ya no hay más líneas de tratamiento posibles. También se mencionó que a la Dra. Z a cargo le cuesta dar malas noticias, por lo que era importante que la Psicóloga A subiera con ella para acompañar ese momento. (Registro nº 54 , 22/09/25)

En este caso, la enfermera de la UCP no solo consideró la situación del paciente, sino también la dificultad de la médica tratante para comunicar una noticia compleja. La presencia de la psicóloga puede pensarse como un sostén para la profesional y como una intervención orientada a cuidar las condiciones en las que se produce esa comunicación. Esta viñeta muestra que la mirada paliativa también incluye el acompañamiento de los equipos tratantes.

Finalmente, la construcción artesanal de la UCP también parece haberse sostenido en la implicación subjetiva de sus integrantes y en el deseo de ampliar el espacio de los cuidados paliativos dentro de la CURF. Esto se observa, por ejemplo, en el deseo de la UCP de crear a futuro espacios de formación en relación a los cuidados paliativos (Entrevista a Dra. C, 31/07/25).

Esta implicación apareció en la trayectoria de la psicóloga A, quien señaló que su interés por los cuidados paliativos y la psicooncología había comenzado antes de incorporarse a la unidad, a partir de su formación y de experiencias en áreas similares (Entrevista a Psicóloga A, 25/05/25). Estos relatos permiten pensar que el crecimiento de la UCP no respondió únicamente a una demanda institucional, sino también al interés y al compromiso de quienes fueron construyendo progresivamente ese espacio. Así, la construcción de la UCP puede comprenderse en la articulación entre las necesidades de la institución, el trabajo interdisciplinario y la implicación de quienes impulsaron su desarrollo.

7.2.2. INTERVENCIONES INTERDISCIPLINARIAS DE LA UCP: SUBJETIVIDAD, DECISIONES Y CUIDADO

A partir de la caracterización del abordaje de trabajo de la Unidad de Cuidados Paliativos, resulta posible describir las intervenciones que desarrolla en su articulación con los profesionales y servicios de la CURF. Estas intervenciones no se limitan a la atención directa de pacientes y familias, sino que incluyen la orientación en la toma de decisiones clínicas y éticas, la mediación entre equipos, el acompañamiento en la comunicación de noticias difíciles y la creación de espacios de psicoeducación y escucha para los profesionales. En ese sentido, la UCP interviene no solo sobre una situación clínica particular, sino también sobre los criterios, discursos y modalidades institucionales desde los cuales se acompaña a pacientes con enfermedades avanzadas.

En este análisis, la intervención no se refiere únicamente a acciones como indicar un tratamiento, realizar una entrevista o reunión, sino también aquellos momentos que implican introducir una pregunta, revisar una decisión, *re-pensar* un abordaje, detenerse ante una acción precipitada, ampliar la manera en que un paciente es comprendido, habilitar espacios de reflexión e incorporar la dimensión subjetiva dentro del plan de cuidado. Son intervenciones comprendidas como un movimiento que produce una modificación de la manera de comprender y acompañar una situación clínica.

El aporte específico de la UCP en el trabajo con otros profesionales consiste en reconocer e incorporar la noción de sujeto en las decisiones clínicas y éticas, evitando que el paciente sea reducido a su enfermedad, su pronóstico o a un cuerpo. De este modo, las intervenciones son atravesadas por la dimensión subjetiva en los interrogantes: qué hacer, por qué hacerlo y con qué finalidad.

Para analizar estas intervenciones, se recuperaron situaciones clínicas registradas durante la práctica. Estas escenas no se presentan como casos exhaustivos, sino como recortes que permiten observar cómo la UCP intervino en la escucha de la singularidad del paciente, la comunicación difícil, la adecuación de los cuidados y el acompañamiento a los profesionales y a la institución.

Escuchar la singularidad: deseos, autonomía y vida cotidiana

Reconocer al paciente como sujeto implica preguntarse qué es importante para él, qué desea durante el proceso de enfermedad y qué aspectos de su vida cotidiana quiere conservar. También supone considerar que las intervenciones médicas adquieren un valor o significado que exceden su utilidad orgánica. Esta perspectiva se observó en el acompañamiento de A, un paciente de alrededor de treinta años, con cáncer pulmonar avanzado y metástasis hepática, que ingresó a la clínica por una neumonía.

Al comienzo de la internación, el paciente A se encontraba con vitalidad, podía realizar sus actividades diarias, expresaba el deseo de realizar un viaje a las sierras, pero lo único complicado habían sido los síntomas de la neumonía. Sin embargo, la enfermedad progresó rápidamente y, en menos de un mes, su estado se deterioró hasta encontrarse en situación de últimos días de vida, entendida como un período de deterioro intenso e irreversible que anuncia la proximidad de la muerte (Alpízar Rodríguez & Muñoz Murillo, 2016).

En este contexto surgió una diferencia de opiniones en relación a los criterios de la permanencia del catéter que había sido utilizado para administrar alimentación parenteral. El servicio de Infectología insistía en retirarlo porque, al no estar siendo utilizado, representaba un riesgo de infección para el paciente. No obstante, el paciente no quería que se le retirara la alimentación, por ende que no se le retirara el catéter. Esta situación abrió un debate dentro de la UCP acerca de qué indicaciones deberían ser sostenidas estrictamente, como el estar acostado por riesgo de caída, y cuáles podrían flexibilizarse de acuerdo con la situación clínica y los deseos del paciente. Por lo cual en la reunión surgieron estos interrogantes:

¿Qué indicaciones deben seguirse estrictamente y cuáles pueden flexibilizarse según el deseo del paciente? ¿Y cómo transmitir estos criterios al equipo de clínica médica? (Registro nº 63, 22/10/25)

Frente a esta tensión, la UCP incorporó a la discusión el significado e importancia que el catéter había adquirido para A. Durante la reunión se señaló que el dispositivo tenía para él un valor simbólico fundamental porque “mientras esté ahí, él siente que sigue recibiendo

alimento y tratamiento" (Registro nº 63, 22/10/25). Por lo tanto, ese recurso no significaba solamente una vía de acceso médico, sino también una continuidad del cuidado y de esfuerzos.

A partir de esta lectura, la Dra. B. propuso dejar “un informe escrito para ordenar estas decisiones en casos similares”, mientras que la Dra. C propuso que hay que explicarle al equipo de infectología que, para el paciente A, “el catéter simbólicamente tiene más importancia que el riesgo de infección”. Asimismo, la Enf. D. señaló la necesidad de alcanzar un consenso con Clínica Médica para que los distintos profesionales sostengan una misma línea de cuidado. La intervención de la UCP incluyó así la mediación entre servicios, la transmisión de una lectura integral de la situación y la construcción interdisciplinaria de un criterio compartido. (Registro nº 63, 22/10/25)

El equipo no ignoró el riesgo clínico ni tampoco sostuvo el deseo del paciente por encima de las indicaciones médicas. La intervención permitió incorporar una dimensión subjetiva dentro de una decisión que inicialmente se encontraba organizada principalmente alrededor del riesgo clínico. Desde los aportes del psicoanálisis, retomando lo mencionado en el objetivo anterior, el paciente no puede ser reducido al organismo afectado por la enfermedad (Lacan, 1964). En este caso, el retirar el catéter podría representar para A no solo la suspensión de alimentación, sino también el abandono del tratamiento y del cuidado.

Esta lectura puede articularse con el concepto del dolor total, que propone considerar las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y existenciales involucradas en el sufrimiento (Corman et al., 2025). Si bien la permanencia del catéter podría implicar un riesgo de infección, el retirarlo podía incrementar el sufrimiento emocional y existencial del paciente. Del mismo modo, la noción de calidad de vida permite comprender que el bienestar no depende únicamente de los indicadores clínicos, sino también de la percepción que tiene la persona de su situación, lo que valora y cómo está atravesando la enfermedad (OMS, 1996).

Desde los principios de la bioética, esta situación requería articular la autonomía de A, con los principios de beneficencia y no maleficencia (Beauchamp & Childress, 1999). Respetar su autonomía implicaba escuchar su deseo e incorporarlo en las decisiones, mientras que los principios de beneficencia y no maleficencia requerían deliberar tanto sobre el posible daño físico asociado al riesgo de infección como sobre el valor subjetivo que tenía la permanencia del catéter en esa etapa de la enfermedad.

Esta manera de recuperar el significado de las intervenciones también se presentó en otras situaciones clínicas. En una reunión familiar, el esposo de una paciente con enfermedad avanzada cuestionó el razonamiento de su pareja de continuar con su dieta *keto* cuando para él

no tenía sentido que siguiera cuidando su alimentación ante la proximidad de la muerte. La psicóloga de la UCP señaló que esa decisión podía constituir una de las pocas dimensiones en las cuales ella aún sentía control, y que si le generaba bienestar, debía ser respetada (Registro nº 14, 06/06/25). La alimentación no representaba únicamente una necesidad nutricional, sino también una elección asociada a su autonomía, su identidad y la continuidad de su vida cotidiana.

La escucha de la singularidad implica además intervenir sobre las representaciones construidas por los profesionales sobre la imagen de los pacientes. Como se ha mencionado, al entrar el paciente A la Clínica Médica fue caracterizado como un paciente posiblemente “difícil”. Sin embargo, la Dra. B al conocerlo anteriormente, señaló que ella no lo había percibido de esa manera, y propuso considerar que podía encontrarse asustado y conmocionado por el avance de la enfermedad o la internación. Esta conversación permitió pensar que habría que cuidar la imagen del paciente en el piso para que no se convierta en una posible etiqueta que generara sesgos, y condicionara anticipadamente el vínculo asistencial.

En las situaciones analizadas, reconocer al paciente como sujeto no necesariamente implica hacer todo lo que solicita, sino comprender qué está en juego en su pedido antes de decidir. Por lo tanto, los aportes a estas situaciones clínicas implican incorporar la palabra del paciente, sus preferencias y los significados subjetivos que pueden tener dentro de la deliberación interdisciplinaria. Así, la UCP contribuye a que las decisiones no se organicen únicamente desde el diagnóstico, el pronóstico y el riesgo, sino también desde aquello que el paciente quiere conservar de sí mismo y de su vida cotidiana.

Comunicar sin imponer: derecho a saber, tiempos subjetivos y verdad tolerable

Otra de las intervenciones que realiza la UCP en su trabajo interdisciplinario se relaciona con los momentos de comunicación difícil. Comunicar acerca del avance de una enfermedad amenazante para la vida no implica solamente transmitir un diagnóstico, un

pronóstico o información sobre posibles tratamientos, sino también construir las condiciones necesarias para que el paciente pueda recibirla y participar en las decisiones sobre su cuidado.

Una de las situaciones clínicas que permite observar la complejidad de estas intervenciones fue el caso de la paciente B, una mujer de cuarenta años que ingresó a la CURF para realizarse un tratamiento para el dolor. La paciente tenía un diagnóstico de cáncer de mama avanzado, pero no hablaba de su enfermedad ni relacionaba los síntomas que presentaba con su progresión. Por los síntomas evidenciados el equipo tratante se dio cuenta de que era un cáncer metastásico y más avanzado de lo que la paciente mencionaba. Su demanda se centraba principalmente en aliviar el dolor, y la decisión de internarse había sido por la insistencia de uno de sus hijos, ya que llevaba varios meses sin levantarse de la cama. Fue una decisión acompañada de miedos y dudas, y al ingresar, el equipo se presentó como una unidad de soporte integral para el tratamiento del dolor, evitando inicialmente nombrar de manera directa el cáncer o los cuidados paliativos (Registro nº 48, 10/09/25).

A esto se sumaba que la madre de la paciente sostenía un cerco de silencio alrededor de la enfermedad. En el primer encuentro con la UCP, manifestó que no quería que se mencionara la palabra ‘cáncer’ y amenazó con retirar a su hija de la clínica si alguien le comunicaba información acerca del avance del diagnóstico. La madre explicaba su posición debido a su propia historia personal, al haber acompañado a su propia madre durante una enfermedad oncológica y consideraba que “quiere proteger a B para que no pase por lo mismo, y teme que la información pueda deprimirla o desestabilizarla” (Registro nº 48, 10/09/25). Desde clínica médica y oncología, en cambio, aparecía la preocupación por la necesidad de comunicarle a la paciente su situación para poder realizar nuevos estudios, evaluar posibles intervenciones y permitir que participara en las decisiones sobre su tratamiento.

Frente a esta situación, la UCP sostuvo que B, como paciente adulta, tenía derecho a recibir información sobre su estado de salud y que no se le mentiría si realizaba preguntas al respecto. En la conversación con la madre, la Dra. C explicó que ella como madre no podía decidir completamente qué información podía conocer su hija, aunque también reconoció el temor que sostenía su pedido de silencio (Registro nº 48, 10/09/25).

La intervención de la UCP consistió en introducir una pausa frente a dos posiciones que parecían enfrentarse. Por un lado, la madre buscaba ocultar el diagnóstico para proteger emocionalmente a su hija. Por otro lado, algunos profesionales consideraban necesario comunicar el avance de la enfermedad para continuar con los estudios, evaluar posibles tratamientos y garantizar su participación en las decisiones. La unidad no sostuvo ninguna de

estas posiciones de manera automática, sino que propuso preguntar qué sabía B, qué deseaba conocer, qué preguntas formulaba y cómo podría recibir esa información.

De esta manera, la discusión dejó de ser “decirle o no decirle” y comenzó a centrarse en incluir otras preguntas a la deliberación: qué comunicar, cómo hacerlo, en qué momento y con qué finalidad. El derecho a la información no implicaba transmitir de manera inmediata y exhaustiva toda la gravedad de la situación, pero tampoco habilitaba a sostener el cerco de silencio familiar.

Retomando nuevamente los conceptos de Beauchamp y Childress (1999), esta intervención puede pensarse desde los principios de autonomía y no maleficencia. El artículo Código Civil y Comercial de la Nación (2014), en su artículo 59, establece que el consentimiento informado requiere que el paciente reciba información clara, precisa y adecuada sobre su estado de salud y las intervenciones propuestas. Por ello, la voluntad de la madre no podía reemplazar la de B. Sin embargo, respetar la autonomía también exigía considerar de qué manera y con qué gradualidad transmitir una información que podía ser difícil de tramitar en ese momento. La paciente B todavía no formulaba preguntas directas sobre el avance de la enfermedad, aunque sí expresaba temores y registraba ciertos cambios de su cuerpo.

En ese punto, la UCP recurrió al criterio de verdad tolerable. Rubiales et al. (1998) la definen como una forma de involucrar al paciente en el conocimiento de su enfermedad sin exponerlo a una información que no pueda soportar psíquicamente. En el caso de B, esto no significaba ocultar o mentir, sino acompañar una aproximación gradual a la situación clínica, respondiendo a sus preguntas y abriendo espacios para que pudiera expresar sus temores, dudas y deseos.

Desde el psicoanálisis, esta dificultad de nombrar una enfermedad terminal puede pensarse desde la imposibilidad de representar la muerte propia. Freud (1915) señala que, aunque el sujeto sepa conscientemente que en algún momento va a morir, “en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (p. 290). Esto permite diferenciar entre saber racionalmente que uno es mortal y poder inscribir subjetivamente la posibilidad de la propia muerte. En relación a esto, desde los aportes de Lacan (1964) esta dificultad puede pensarse a partir del concepto de lo real, aquello que no puede ser completamente recubierto por el lenguaje y que puede irrumpir presentándose como algo inasimilable.

Por lo tanto, recibir información sobre el avance irreversible de una enfermedad no implica únicamente informar al paciente para que pueda tomar decisiones. También puede confrontar al paciente con una experiencia que desborda momentáneamente sus recursos para

otorgarle sentido. Desde Freud (1920), podría pensarse que una comunicación abrupta podría llegar a producir un exceso difícil de ligar o tramitar psíquicamente. Esto no implica afirmar que la información podría ser necesariamente traumática, pero sí fundamenta la importancia de considerar cómo se comunica y cuándo.

Las expresiones de la paciente mostraban que registraba cambios importantes en su cuerpo, aunque todavía no pudiera relacionarlos plenamente con el avance de la enfermedad. En una de las internaciones manifestó que había ingresado por el dolor y agregó: “Mira cómo estoy”, atribuyendo el empeoramiento a la quimioterapia (Registro nº 61, 15/10/25). Más adelante, al considerar la posibilidad de regresar a su casa, expresó miedo de que sus hijos la vieran “en ese estado” y rechazó realizar una videollamada con ellos desde el hospital. Cuando la enfermera le preguntó si deseaba volver a su hogar, respondió que no sabía si quería irse y reconoció que sentía miedo (Registro nº 62, 17/10/25).

Estas expresiones permitían reconocer que B no se encontraba completamente ajena a la gravedad de su situación. Su cuerpo, el dolor y el temor de ser vista por sus hijos daban cuenta de una percepción de lo que estaba atravesando, aunque todavía no podía nombrarlo directamente ni comprender plenamente su pronóstico. Por eso, la ausencia de preguntas explícitas no debía interpretarse automáticamente como una decisión autónoma de no saber. La intervención requería continuar habilitando momentos en los que pudiera expresar qué comprendía y qué deseaba conocer.

A su vez, comunicar el avance de la enfermedad no significaba necesariamente destruir toda posibilidad de esperanza. Twycross (2000) plantea que, cuando la curación deja de ser posible, pueden sostenerse otras esperanzas vinculadas con la vida cotidiana, los vínculos y los deseos del paciente. En B, la proximidad del Día de la Madre y la posibilidad de encontrarse nuevamente con sus hijos formaban parte de aquello que podía todavía resultar significativo. La comunicación no tenía únicamente la finalidad de que reconociera su diagnóstico, sino también de que pueda participar en decisiones relacionadas con lo que todavía deseaba vivir.

Desde esta perspectiva, Dulitzky (2023) propone considerar que el profesional médico no transmite una verdad total sobre la muerte del paciente, sino un saber clínico acerca de la situación. Esto permite comprender el uso de formas graduales o indirectas de comunicación

no necesariamente como un ocultamiento, sino como un modo de aproximarse a una información difícil de soportar, sin romper el vínculo con quien acompaña.

La intervención de la UCP no se dirigió únicamente a B y a su familia, sino también a los profesionales de Clínica Médica y Oncología. La unidad intentó construir un criterio en común en relación a qué comunicar, cómo hacerlo y en qué momento (Registro n° 50, 15/09/25).

La importancia de construir una línea compartida también se hizo visible cuando un residente ofreció a la paciente la posibilidad de iniciar un tratamiento oncológico en la clínica, a pesar de que B había ingresado para el control del dolor y todavía no podía vincular sus síntomas con la progresión de la enfermedad:

Un residente, en un momento, llegó a ofrecerle iniciar tratamiento en la clínica, lo cual generó mucho conflicto y confusión para la paciente y su familia, ya que solo habían venido por el dolor y estaban en una posición de negación respecto a la enfermedad. (Registro n° 49, 12/09/25)

El aporte de la UCP consistió en ordenar la circulación de la información, mediar entre los distintos servicios y favorecer que las decisiones fueran comunicadas desde una misma línea de cuidado.

Por lo tanto, comunicar sin imponer no significa ocultar información ni dejar al paciente por fuera de las decisiones. Implica articular su derecho a saber con sus preguntas, sus tiempos, sus temores y sus posibilidades de recibir esa información. En el caso de B, la UCP cuestionó el cerco de silencio sostenido por la madre, pero también detuvo comunicaciones abruptas o desarticuladas. Su intervención se centró en introducir los tiempos subjetivos de la paciente, construir nuevos acuerdos entre los profesionales y favorecer que su palabra pudiera ocupar un lugar central en las decisiones sobre su cuidado. La incorporación de criterios como la verdad tolerable, la autonomía, la no maleficencia y las formas de comunicación constituyó también una intervención dirigida a los profesionales de la salud, ya que permitió deliberar en conjunto qué comunicar, cómo hacerlo y en qué momento.

Adecuar los cuidados: deliberación clínica, ética e interdisciplinaria

Así como en las situaciones de comunicación difícil la UCP introducía una pausa frente a la urgencia de comunicar, otra de sus intervenciones con los profesionales se relaciona con la toma de decisiones sobre los tratamientos. En pacientes con enfermedades avanzadas, la existencia de una intervención técnicamente disponible no implica necesariamente que su realización sea beneficiosa. Por ello, el trabajo paliativo implicó acompañar a los equipos tratantes en el proceso de evaluación del pronóstico, los riesgos, el sufrimiento que podría generar una intervención y los beneficios que podría tener para el paciente.

Una de las situaciones que permitió observar este tipo de intervención fue el caso de C, un paciente de ochenta años con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, traqueostomía y gastrostomía, que ingresó a la clínica por un cuadro respiratorio luego de haber estado en un centro de rehabilitación, donde también había desarrollado escaras profundas. Durante la internación se encontraba postrado, sin capacidad de hablar y con el cuerpo constantemente en posición de ovillo. La UCP lo había estado acompañando desde internaciones anteriores y había conversado con sus hijas sobre la posibilidad de la adecuación de esfuerzos terapéuticos cuando llegara el momento.

Sin embargo, durante esta nueva internación las hijas presentaban nuevamente dudas sobre los cuidados y sobre la posibilidad de internación en la UTI. Desde Clínica Médica señalaban que no sabían qué medidas tomar debido a que la indicación médica sería una cirugía para las escaras y tratamiento con antibióticos. La situación que emergió es la de decidir como equipo tratante qué intervención recomendar a las hijas, debido a que ya se había hablado de la adecuación de esfuerzos terapéuticos anteriormente, y el recomendar una cirugía a un paciente de edad avanzada y con varias complicaciones médicas implicaba que iría a la UTI.

Al mismo tiempo, una médica de Infectología planteó una duda ética a los profesionales en el pasillo de la clínica médica. Contaba con antibióticos que podían administrarse, pero no sabía si correspondía ofrecer ese tratamiento a la familia debido al estado actual del paciente. En ese intercambio participaron profesionales de infectología, clínica médica y la UCP. La Enfermera D, frente a esto expresó “no hay cuerpo”, haciendo referencia al marcado deterioro físico, a la falta de reserva de energía y a la escasa capacidad biológica de recibir tratamientos

a largo plazo, mientras la Dra. C sostuvo que “tiene que ser decisión médica” en relación a la recomendación que se le va a hacer a la familia (Registro n° 54, 22/09/25).

Este intercambio puede comprenderse como una modalidad de trabajo desde la interconsulta propuesta por Ferrari et al. (1977), donde se pone en tensión más de un esquema referencial de modelos de acción frente a una misma situación clínica. Mientras Infectología partía de la posibilidad técnica de tratar la infección, la UCP incorporó nuevas preguntas sobre el pronóstico, la proporcionalidad y los objetivos de cuidado.

A partir de la duda de cómo actuar, la UCP no respondió de manera inmediata si debían administrarse o no los antibióticos, sino que introdujo preguntas para ampliar la evaluación. Se preguntó cuánto tiempo duraría el tratamiento, qué procedimientos serían necesarios para realizarlo, qué beneficios tendrían para el paciente o si podría considerarse una intervención fútil. Para tratar las escaras no alcanzaba con la administración de los antibióticos, sino que también debía realizarse una cirugía para retirar el tejido afectado, recibir anestesia y afrontar una recuperación prolongada. Estas intervenciones debían ser evaluadas según el estado del paciente, teniendo en cuenta el deterioro físico del mismo y el pronóstico aproximado de vida menor de tres meses.

De esta manera, la UCP permitió desplazar la pregunta inicial de si administrar o no los antibióticos, a preguntarse como equipo tratante si el conjunto de procedimientos necesarios podía producir un beneficio clínicamente significativo para el paciente. La existencia de una posibilidad técnica no constituía por sí misma una indicación. Era necesario considerar qué efectos tendría sobre el paciente, qué sufrimiento podía producir y si contribuiría a los objetivos de cuidado establecidos para la etapa de la enfermedad que atravesaba.

Esta situación puede pensarse a partir del concepto de futilidad terapéutica. Como se desarrolló en el marco teórico, las intervenciones fútiles son aquellas prácticas diagnósticas o terapéuticas que, aunque sean técnicamente posibles, presentan poca o ninguna posibilidad de modificar la evolución del paciente o de producir un beneficio clínico significativo (Swetz et al., 2014). Esto no significa que un tratamiento sea fútil únicamente porque no pueda curar una enfermedad, sino que debe evaluarse la relación entre los beneficios esperados, los riesgos, las cargas y objetivos que todavía pueden sostenerse.

Luego del intercambio entre los servicios y de la revisión de estos criterios, la médica de Infectología decidió no ofrecer el tratamiento.

Esta decisión puede pensarse desde los principios de beneficencia y no maleficencia (Beauchamp & Childress, 1999), en este caso, el actuar en beneficio del paciente no equivalía

a utilizar todos los recursos disponibles, sino a evitar procedimientos invasivos que podían aumentar su sufrimiento sin modificar de manera significativa la evolución de su enfermedad o el alivio de síntomas. La expresión de “no hay cuerpo” condensaba el deterioro físico del paciente y la escasa posibilidad de que pueda atravesar el conjunto de procedimientos requeridos sin aumentar su sufrimiento.

A su vez, esta decisión puede comprenderse desde la adecuación de esfuerzos terapéuticos. Según la SECPAL (2022), adecuar implica adaptar las intervenciones a la situación clínica, el pronóstico y los objetivos de cuidado del paciente. No ofrecer antibióticos y los procedimientos asociados no significaba abandonar al paciente C, sino modificar el sentido de las intervenciones: dejar de orientar el cuidado hacia el tratamiento invasivo de la infección para priorizar alivio de síntomas, el confort y el acompañamiento.

Al momento de la toma de decisión el paciente no se encontraba en condiciones de expresar sus deseos. Sin embargo, esta imposibilidad no lo desplazaba de su condición de sujeto. Al contrario, el considerarlo como sujeto implicaba evaluar la intervención en relación a su trayectoria de enfermedad, su bienestar, sus posibilidades funcionales y cuál sería la intervención que le ofreciera mayor calidad de vida. De esta manera, el aporte de la UCP consistió en introducir una dimensión clínica, ética y subjetiva dentro de una decisión inicialmente planteada a partir de la disponibilidad de tratamiento.

Otro aspecto de la intervención consistió en diferenciar la participación familiar de la responsabilidad médica sobre la indicación. La UCP sostuvo que la decisión de ofrecer o no ofrecer el tratamiento no debía depositarse completamente sobre las hijas, ya que podían vivir el rechazar el tratamiento como una renuncia o como un no haber hecho todo lo posible por su padre. (Registro n° 54, 22/09/25). Esto no implicaba excluirlas, sino acompañarlas, informarles el criterio construido por el equipo y recuperar aquello que reconocían sobre los valores, deseos y preferencias de C. La responsabilidad del equipo consistía en evaluar la indicación, construir un criterio interdisciplinario y comunicarlo de manera clara.

La necesidad de continuar trabajando estos criterios apareció nuevamente en un intercambio con los residentes. Ante la duda acerca de si correspondía hablar de ‘limitación’ o de ‘adecuación’ de esfuerzos terapéuticos, la Enfermera D señaló que debía utilizarse el término de adecuación. Posteriormente, la Dra. B explicó que hablar de limitación podía transmitir la idea de que no había nada más por hacer, mientras que adecuar implicaba ajustar las

intervenciones a la situación del paciente y a aquello que podía resultar beneficioso en ese momento de la enfermedad (Registro n° 51, 17/09/25).

Esta diferencia no constituye solamente una corrección terminológica, sino que expresa otra forma de comprender el cuidado. Como lo desarrolla la SECPAL (2022), la utilización de la palabra adecuación no tendría la connotación peyorativa que tiene la de limitar. Aunque se decida no iniciar un tratamiento invasivo, continúa existiendo una tarea activa orientada al alivio de síntomas, la prevención de sufrimientos evitables y el acompañamiento del paciente y su familia. Que esta duda apareciera entre residentes muestra la dimensión formativa de la intervención de la UCP, que permite promover dentro de la institución una manera de pensar las decisiones a partir de la proporcionalidad, el beneficio y los objetivos de cuidado.

Por lo tanto, adecuar los cuidados implica reconocer que continuar cuidando no siempre significa realizar más procedimientos, sino buscar qué intervenciones son proporcionales y beneficiosas para ese paciente. Esto no deja de lado el dilema de los médicos de tener las herramientas para indicar tratamientos o medicaciones, pero tener que considerar si finalmente es beneficioso o no para el paciente. Se genera un dilema interno sobre cómo actuar, cómo el conflicto interno mencionado por la médica de Infectología, por lo cual acudió a la UCP (Registro n° 54, 22/09/25).

La duda por la médica de Infectología permite reconocer que estas decisiones no son únicamente técnicas. En una práctica orientada históricamente a intervenir y tratar, decidir no iniciar una medida disponible puede vivirse como una renuncia o falta de acción. La intervención de la UCP permitió alojar ese conflicto dentro de una deliberación compartida y comprender el no inicio de un tratamiento nuevo como una forma activa de adecuar los cuidados, y no como un abandono.

Por lo tanto, en esta situación la intervención de la UCP no consistió en indicar directamente si debían administrarse los antibióticos, sino en ampliar los criterios desde los cuales la decisión era evaluada. Introdujo preguntas sobre el pronóstico, la proporcionalidad, el sufrimiento y los objetivos de cuidado, y se favoreció el intercambio entre Infectología, Clínica Médica y la UCP. De esta manera, se contribuyó a transformar una duda centrada en la disponibilidad de un tratamiento en una deliberación clínica, ética e interdisciplinaria sobre lo que podía resultar verdaderamente beneficioso para el paciente.

Acompañar a quienes acompañan: intervenciones formativas, reflexivas y cuidado institucional

Las intervenciones realizadas por la Unidad de Cuidados Paliativos no se dirigían únicamente a los pacientes y sus familias, sino también a los profesionales y a las condiciones institucionales en las que se desarrollaba el acompañamiento. El contacto cotidiano con el sufrimiento, la enfermedad avanzada y la muerte genera preguntas, dudas y efectos emocionales que pueden influir en la manera en que se toman decisiones y se construye el vínculo asistencial.

Entre las intervenciones organizadas por la unidad se encuentran los talleres dirigidos a profesionales de la salud. Estos surgieron a partir de dificultades observadas en los equipos para acompañar pacientes en final de vida, comunicar noticias difíciles, comprender la situación de últimos días y sostenerse emocionalmente frente al fallecimiento de personas a las que habían atendido. Los encuentros fueron coordinados por la UCP, destinados principalmente a residentes, médicos y enfermeros de la clínica.

La propuesta de los talleres combinaba un momento de psicoeducación con otro de intercambio y reflexión grupal. Inicialmente, la psicóloga coordinaba un ejercicio de respiración orientado a que los participantes pudieran detenerse, reconocer el momento en que se encontraban y disminuir el ritmo habitual de la rutina hospitalaria. Luego, se trabajaban contenidos relacionados con los cuidados paliativos, diferencias entre pacientes terminales y pacientes en situación de últimos días de vida y las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales que atraviesan estos procesos.

Además de la exposición teórica, se presentaba un elemento audiovisual que permitía un momento de reflexión grupal. Luego, se repartían preguntas disparadoras impresas para que en grupos reducidos pudieran debatir y compartir. Las preguntas fueron de diferentes temáticas, cómo es el acompañar a pacientes en final de vida, cómo piensan que se sienten los pacientes, o incluso preguntas sobre el autocuidado como profesionales de la salud. También, cercano al final del taller se realizaba un intercambio en una ronda grande sobre lo que se debatió en los grupos pequeños y se hablaba sobre herramientas de autocuidado. El encuentro finalizaba con

un ritual simbólico mediante velas, orientado a detenerse y recuperar algo de lo vivido en el acompañamiento de los pacientes (Registro nº 33, 11/08/25).

Estos dispositivos de taller que se fueron realizando mediante diferentes demandas en la institución, pueden articularse con el concepto de cuidado de cuidadores. Escardó (2016) propone comprender el cuidado de quienes cuidan como una problemática institucional y no únicamente individual. El malestar de los profesionales no se explica solo por sus características personales, sino también por las condiciones laborales, las demandas de la tarea, los ideales profesionales y la posibilidad o no de contar con espacios de elaboración. Por ello, la intervención de la UCP no consistía solamente en un taller donde se recomienden estrategias individuales de autocuidado, sino en generar dentro de la institución un lugar para compartir dudas, *re-pensar* formas en las que se intervinieron y construir herramientas con otros profesionales.

En esta misma línea, De Simone y Tripodoro (2004), habían planteado que los cuidados paliativos reconocieron tempranamente la necesidad de implementar medidas preventivas frente al estrés producido por el contacto continuo con la enfermedad grave y la muerte. Entre estas medidas, los autores proponen reuniones programadas y grupos de reflexión en los que pueda circular la palabra, revisarse situaciones difíciles y construir recursos colectivos. En ese sentido, los talleres iniciados durante 2025 constituyeron un primer paso hacia la implementación del cuidado de cuidadores.

Una situación que muestra claramente la función institucional de los talleres, fue luego del fallecimiento de la paciente D. La paciente había atravesado un cáncer avanzado y se encontraba en sus últimos días de vida. Durante su internación se había organizado su ceremonia de matrimonio, lo que movilizó no solo a la familia, sino también a varios profesionales de la clínica. Se llegó a crear una esperanza grupal de que se pueda realizar ese evento como última instancia, conmoviendo a muchos de los profesionales.

Si bien en la CURF se han realizado varios eventos o ceremonias, en este caso la participación de varios profesionales, parecía haber producido una importante movilización institucional. El evento pareció generar la expectativa de que D podría sostenerse hasta ese momento, a pesar de que se encontraba en una etapa avanzada de la enfermedad. Por ello, cuando la paciente se descompensó y falleció antes de su realización, generó un impacto en los profesionales que acompañaban.

Frente a lo sucedido, la UCP identificó la necesidad de explicar el trayecto del acompañamiento de la paciente, por lo cual se organizó un taller dirigido a las personas que

habían participado del acompañamiento de D en sus últimos días de vida, incluyendo profesionales médicos y de enfermería. (Registro nº 15, 11/06/25).

El taller, denominado “¿Cómo acompañamos en el final de la vida? ¿Qué es el buen morir?”, se trabajó sobre el impacto de una enfermedad grave, la pérdida de autonomía y los objetivos del abordaje paliativo: acompañar, cuidar y aliviar. Incluyó la lectura de un poema, preguntas sobre el significado de un buen morir y un momento final de cierre simbólico. De esta manera, la UCP no solamente explicó las implicancias de las decisiones clínicas que se habían tomado, sino que ofreció un espacio para que los profesionales pudieran reconstruir lo sucedido y contar con herramientas para abordar situaciones similares en el futuro.

La función de estos talleres también puede pensarse a partir de lo planteado por Serra (2003), quien señala que los profesionales no permanecen inmunes frente al sufrimiento y a la muerte. Asimismo, Vidal y Benito (2014) proponen los grupos de palabra como dispositivos que permiten aliviar la cotidianidad de los equipos y poner en circulación los cuestionamientos surgidos en la práctica. En los talleres observados, la palabra era acompañada de ejercicios de respiración, recursos audiovisuales o escritos, preguntas grupales, herramientas prácticas y rituales simbólicos. Esto muestra que la intervención no se orientaba únicamente a transmitir conocimientos, sino también a producir una pausa en la cotidianidad hospitalaria y los tiempos que exige, para permitir pensar y compartir junto con otros aquello que los movilizaba como profesionales de la salud que acompañan a pacientes con enfermedades avanzadas.

Sin embargo, las intervenciones dirigidas a los profesionales no se producían exclusivamente dentro de los talleres. También aparecían en conversaciones breves en los pasillos, los *offices*, y las reuniones de equipo. En distintas ocasiones, la psicóloga preguntó a los profesionales cómo se encontraban después de comunicar una noticia difícil y recomendó distintos modos de pausar en relación a esos momentos, como realizar una pausa individual o hablar con el equipo. (Registro nº 5, 21/05/2025).

Las situaciones analizadas en este objetivo muestran que el trabajo interdisciplinario de la UCP implica la participación activa en la manera que se comprende al paciente, cómo se comunica la información y se definen los cuidados. Su intervención no aparece meramente cuando se requiere controlar un síntoma o resolver una situación clínica puntual, sino también cuando es necesario detenerse, introducir nuevas preguntas y construir criterios compartidos entre los distintos profesionales que participan en el acompañamiento.

A lo largo de los casos desarrollados, la UCP permitió ampliar la toma de decisiones médicas, incorporando aspectos relacionados con la historia del paciente, sus vínculos, sus

deseos y los significados que determinadas intervenciones podían tener para él. En ese sentido, reconocer al paciente desde su condición de sujeto supone no dejar de lado su modo singular de atravesar la enfermedad.

El aporte de la unidad también se dirigió a los profesionales que acompañan y a las condiciones institucionales en las que estos cuidados se desarrollan. La mediación entre servicios, la construcción de criterios en común, la posibilitación de deliberar y el espacio de los talleres permitieron que las dudas y los efectos de esta tarea no quedaran únicamente bajo la responsabilidad individual de cada profesional. De esta manera, el trabajo interdisciplinario generó instancias donde la urgencia hospitalaria podía ser pausada para pensar con otros qué intervención resultaba más adecuada para cada situación.

Por lo tanto, las intervenciones de la UCP no consistieron en agregar una dimensión subjetiva luego de que las decisiones hayan sido tomadas. Por el contrario, las intervenciones estuvieron centradas en la construcción misma del cuidado, en la participación interdisciplinaria, orientando la comunicación, la adecuación de los tratamientos y el acompañamiento de los equipos. Así, uno de los principales aportes de la unidad fue sostener una práctica en la que el saber médico pudiera articularse con la escucha, la deliberación ética y el reconocimiento del paciente como sujeto.

7.2.3. EXPERIENCIAS Y DISCURSOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En este apartado se recuperan las experiencias y discursos de los profesionales de la salud en relación con el acompañamiento de pacientes con enfermedad avanzada y en situación final de vida. A diferencia del objetivo anterior, centrado en las intervenciones realizadas por la UCP, aquí la mirada está puesta en aquello que los profesionales fueron expresando durante las prácticas y en el análisis de esos discursos.

“No me puedo guardar todo esto”: efectos subjetivos del acompañamiento

Este apartado surge de la pregunta: ¿qué les ocurre a los profesionales de la salud cuando acompañan de manera sostenida el sufrimiento, el deterioro y el proceso de muerte de los pacientes? Acompañar a pacientes que atraviesan enfermedades avanzadas y situaciones de final de vida no constituye una tarea neutral. El contacto diario con el sufrimiento de los pacientes y sus familias puede generar diferentes efectos que no siempre finalizan al concluir la jornada laboral. En ocasiones, continúan presentes en la vida cotidiana de estas personas, afectando el estado de ánimo y, en algunos casos, los vínculos personales.

Estos efectos aparecieron en los discursos de los participantes de los talleres realizados por la UCP, en momentos donde se compartió de manera grupal sus experiencias en el acompañamiento. Más que las experiencias clínicas, aparecieron en los discursos las experiencias o vivencias emocionales que acompañaron esos momentos. Durante el intercambio, una residente relató: “Este mes tuve cinco pacientes que estaban por morir (lagrimea) yo llego a mi casa y me enoja”. Posteriormente, agregó que al llegar el fin de semana, se daba cuenta que no podía hablar con personas que no sean del ámbito de la salud, que al tratar de hablar con su hermano, él le pedía que no le hable más de enfermedad, entonces al llegar a su casa sentía que no tenía con quien hablar. Menciona que tenía la ilusión de estar ‘íntegra’, pero que al final había algo dentro de ella que no terminaba de salir. Finalmente, agregó: “No me puedo guardar todo esto” (Registro n° 8, 30/05/25).

Estas expresiones permiten observar que la experiencia profesional no queda acotada al contexto hospitalario. El enojo de regresar a su casa, la dificultad para hablar con familiares o amigos y la sensación de no poder guardar lo vivido, demuestran cómo gran parte de la carga emocional de la tarea se podía trasladar a otras áreas de la vida. Esto no significa que la residente

no pudiera diferenciar el trabajo de la vida personal, sino que ciertos aspectos continuaban teniendo efecto tiempo después del encuentro con los pacientes.

Esta continuidad también apareció en otras expresiones de las participantes. Una de ellas mencionó que la comunicación permanente por medio de los grupos de WhatsApp dificulta la desconexión: “Nunca me termino de desconectar, me voy al gym y me llega un mensaje de que tal persona falleció y que tal otra entró”. Otra residente expresó: “Llego a mi casa y quiero leer algo, como novelas y pienso que hago con esta persona”, haciendo referencia a que intentaba distenderse, pero continuaba pensando en los pacientes (Registro nº 8, 30/05/25).

En el mismo taller, otros residentes expresaron que había días en los que “todo es de diez”, mientras que en otros “todo es una mierda”, en sus palabras. Donde luego de determinados días laborales no tenían ‘ganas’ de hablar con sus parejas o amistades. También apareció el alivio que podía producir el agradecimiento o reconocimiento por parte de las familias de los pacientes: “Que la esposa nos dé las gracias nos da un poco de tranquilidad”. Esta frase muestra que, frente a situaciones en las que el resultado clínico no era la curación o la mejoría, el agradecimiento de la familia podía funcionar como un reconocimiento de que el acompañamiento realizado había tenido un valor. (Registro nº 8, 30/05/25).

Como señala Serra (2003), el equipo profesional no está inmune a la muerte y al carácter crónico y acumulativo del sufrimiento, y puede llegar a un empobrecimiento de los lazos sociales. La formación clínica y los conocimientos técnicos no eliminan los efectos que puede producir el encuentro con el sufrimiento de otra persona. El trabajo conlleva una implicación subjetiva que permite sostener una atención humanizada, pero puede generar angustia cuando el profesional se enfrenta repetidamente con situaciones de dolor, pérdida e incertidumbre. En ese sentido, lo expresado por los participantes muestra la necesidad de recurrir a sus vínculos personales para compartir lo vivido, aunque estas personas no siempre puedan comprender o alojar aquello que los profesionales necesitan transmitir.

Las situaciones clínicas no movilizaban de la misma manera a todos los profesionales. Como expresó una de las participantes del taller, “cada uno de nosotros trae su biografía”, por lo que determinadas edades, vínculos familiares o circunstancias pueden adquirir una resonancia particular según la historia de quien acompaña. En ese sentido, la Enfermera D señaló que le resultaba especialmente difícil acompañar a pacientes jóvenes y con hijos pequeños, debido a que la confrontaban con su propia experiencia como madre.

Estas experiencias pueden pensarse a partir del concepto de la contratransferencia. Ferrari et al. (1977) sostienen que entre el médico y el paciente se construye un “campo de

interrelación emocional”, al que denominan también como campo de transferencia del paciente y de contratransferencia del médico. Desde esta perspectiva, lo que sienten los profesionales no aparece como algo completamente externo a la tarea, sino como parte del vínculo que se establece con quien se encuentra atravesando una enfermedad. El contacto con el sufrimiento puede generar diferentes resonancias, cuya intensidad también se relaciona con las características de cada situación y con aquello que la historia del paciente moviliza en quien lo acompaña.

En la misma línea, estas experiencias pueden pensarse a partir de Dulitzky (2023), quien plantea que la muerte del otro constituye una aproximación mediatizada de la propia finitud. Nadie puede experimentar ni representar su propia muerte, pero la muerte del otro puede hacer presente la vulnerabilidad de la existencia y la posibilidad de la pérdida. Aunque la autora desarrolla esta idea en relación al duelo, sus aportes permiten pensar algunas resonancias vinculadas con la pérdida que aparecen en los acompañamientos prolongados.

Esta aproximación apareció de manera explícita durante uno de los talleres, cuando una enfermera expresó: “Sabemos que se va a morir este paciente, pero lo llevas a tu casa y pensás ‘me va a pasar lo mismo’ o lo trasladas a tus familiares. ¿Cuáles van a ser las elecciones si me pasa lo mismo? Hasta me da miedo hacerme estudios. ¿Qué voy a decidir?” (Registro n° 17, 13/06/25). Sus palabras muestran cómo el acompañamiento podía confrontar a los profesionales con su propia conciencia de finitud y llevarlos a imaginarse a sí mismos o sus familiares en situaciones similares.

Algunas de estas experiencias también pueden adquirir cualidades traumáticas. Freud (1920) plantea que lo traumático se produce cuando la intensidad de una excitación supera las posibilidades del aparato psíquico para ligarla. En el acompañamiento hospitalario, determinadas escenas como: el deterioro repentino de un paciente, una muerte que produce una fuerte identificación o la sensación de impotencia frente a los límites de una intervención; pueden presentarse como un exceso difícil de tramitar en el momento. Esto no significa que toda muerte o movilización emocional constituya necesariamente un trauma, sino que algunas situaciones pueden desbordar momentáneamente los recursos con los que cuenta el profesional para otorgarles sentido.

Desde Lacan (1964), estas experiencias pueden pensarse como encuentros con algo que no logra integrarse inmediatamente al campo del sentido. Esto apareció en expresiones como “no entendía nada”, “¿qué estoy haciendo?” o “por más que tengas el librito, no sale en esos momentos” (Registro n° 17, 13/06/25). Frente a ciertas escenas, los conocimientos teóricos y

prácticos parecían no alcanzar para organizar inmediatamente lo vivido, por lo que podía resultar necesario narrarlo, compartirlo y ponerlo en palabras posteriormente.

El impacto emocional no debe ser interpretado automáticamente como una incapacidad para desempeñar el rol. Una de las enfermeras en el taller lo expresó así: “Para eso estamos, para sentir. Sí podemos estar con el otro y lo podemos levantar, pero no nos deja de doler” (Registro n° 17, 13/06/25). Sus palabras muestran que sostener una función profesional no necesariamente significa permanecer indiferente. El desafío parece estar en poder acompañar y conservar una posición reflexiva, sin negar los efectos que el sufrimiento del otro produce.

“Nos enseñan a hacer, hacer, hacer”: entre el mandato de curar y la redefinición del cuidado.

En continuidad con el apartado anterior, otra de las temáticas que apareció en los talleres y las entrevistas es la tensión que existe entre la formación profesional orientada a las intervenciones curativas, y aquellas situaciones en las que ya no es posible modificar el avance de la enfermedad. En los discursos de los profesionales de la salud, especialmente en el de los médicos, se observa que gran parte de su formación se encuentra organizada alrededor de la capacidad de actuar, indicar tratamientos, resolver problemas, tratar síntomas y una búsqueda de producir una mejoría en el estado clínico del paciente. Sin embargo, el acompañamiento a pacientes con enfermedades amenazantes para la vida los enfrenta con situaciones en las que continuar buscando tratamientos nuevos desde este esquema no resulta beneficioso y donde el sentido de la tarea necesita ser redefinido.

Durante uno de los talleres, una de las residentes expresó: “Creo que nunca me detuve en mi residencia clínica. Por primera vez, con un paciente oncológico: pensé, pensé y pensé. El mismo trabajo demanda ir al palo” (Registro n° 33, 11/08/25). Esta frase muestra cómo la dinámica hospitalaria tiene una demanda de tiempos exigentes, una rapidez de respuesta esperada, acumulación de tareas y la necesidad de responder a distintas urgencias. Estas modalidades pueden dejar poco espacio a la pausa, a detenerse a pensar que necesita el paciente,

con qué finalidad se realiza la intervención y que efectos puede producir. El detenerse a pensar en estas otras aristas del cuidado, no parece formar naturalmente parte del ritmo de trabajo, sino que debe ser instaurado o construido dentro de él.

Otra de las dificultades relacionadas se hace evidente en relación a la adecuación de esfuerzos terapéuticos. Una participante señaló: “A mí lo que más me shockea no es el paciente en la última etapa, sino cuando uno lo adecua y el informar a la familia. El paso previo a la etapa de final de vida es lo que me afecta”. Parece ser que aquello que genera mayor impacto no es solamente la muerte del paciente, sino también el momento en que como profesionales deben reconocer que los objetivos del tratamiento han cambiado, el comunicarlo a la familia y sostener una decisión que puede ser vivida como ‘dejar de hacer’. Otra residente expresó algo muy relacionado: “En la facultad jamás te enseñan, solo te enseñan a hacer, hacer, hacer”, menciona también que no le enseñan los conceptos de adecuación de esfuerzos terapéuticos, y que por primera vez lo había escuchado durante su trabajo con la UCP y que, a partir de ese momento, había comenzado a comprender estas situaciones de otra manera. (Registro nº 33, 11/08/25).

Estas expresiones pueden pensarse en relación con Ferrari et al. (1977), cuyos aportes permiten considerar cómo la identidad profesional médica puede organizarse alrededor de la posibilidad de intervenir, reparar y curar. El médico se encuentra atravesado por un ideal profesional que le exige saber, actuar y ofrecer respuestas frente a la enfermedad, la curación puede constituirse como una de las metas centrales de la tarea médica. Por lo cual, cuando las posibilidades de recuperación disminuyen, no solo aparece el límite médico, sino que también aparecen cuestionados los valores instaurados en la formación y desde donde se reconoce la tarea. Mencionan que la progresión de la enfermedad puede cuestionar a los profesionales con los límites de su identidad médica, y producir sentimientos de impotencia, incertidumbre o fracaso.

Frente a estos límites, los autores desarrollan que continuar actuando pueden adquirir, además de una función clínica, una función defensiva. El realizar nuevos estudios, indicar nuevos tratamientos o la dificultad para decidir detener ciertos tratamientos pueden permitir sostener la sensación de que todavía se está haciendo algo frente a la enfermedad. Esto no implica que toda intervención médica sea una respuesta defensiva, sino que las decisiones técnicas no se encuentran completamente separadas de aquello que el deterioro, la incertidumbre y la imposibilidad de curar producen en los profesionales. Plantean que, cuando estos aspectos emocionales no son reconocidos, pueden expresarse mediante acciones que

protegen al médico de la angustia que la situación despierta. En este punto, los autores advierten sobre el riesgo de sostener “una medicina de enfermedades y no de enfermos” (Ferrari et al., 1977, p. 41), cuando la atención queda centrada en modificar el organismo y se desplaza la experiencia de la persona que atraviesa la enfermedad.

Esta problemática también apareció en la entrevista realizada a una de las coordinadoras de clínica médica, quien mencionó que “cómo transmitir una mala noticia no te lo enseña nadie”, y que gran parte de lo que se aprende sobre estas comunicaciones, se adquirió en el trabajo conjunto la UCP. Asimismo, destacó la importancia de que los residentes comprendieran qué estaban haciendo, por qué y con qué finalidad, para que los pacientes y sus familias no vivieran la adecuación de los tratamientos como una forma de abandono (Entrevista a coordinadora de piso, 27/10/25).

Este límite del hacer médico puede articularse brevemente con Dulitzky (2023), quien señala que los avances médicos y tecnológicos produjeron una ilusión de ofrecer una respuesta frente a la inevitabilidad de la muerte y, por ende, colocaron al profesional en un lugar central dentro de las decisiones al final de la vida. Sin embargo, frente a la muerte, el saber clínico permite orientar las decisiones, pero no elimina completamente aquello que no puede anticiparse ni controlarse. La perspectiva paliativa introduce la posibilidad de reconocer ese límite sin equipararlo como un fracaso de la tarea profesional.

De esta manera, los discursos recuperados muestran que el pasaje desde una lógica centrada principalmente en la curación hacia una redefinición de los objetivos del cuidado no se produce de manera automática. La formación de los médicos parece estar organizada alrededor de un esquema específico, mientras que la perspectiva de la UCP introduce otras preguntas acerca del alivio, la proporcionalidad y la calidad de vida. A través de los talleres y las entrevistas aparece un discurso en relación a revisar los aprendizajes previos, tolerar la incertidumbre que requiere la tarea y construir criterios nuevos en conjunto. Los aportes paliativos permiten reconocer que no siempre hacer más equivale a cuidar mejor, que la adecuación no implica una renuncia, sino una forma activa de intervención orientada a la calidad de vida del paciente, aquello que puede resultarle beneficioso y a sus deseos en ese momento de su enfermedad.

“Entre la coraza y la sensibilidad”: implicación, distancia y modos de afrontamiento

A partir de los discursos desarrollados en los apartados anteriores, aparece la pregunta de cómo los profesionales de la salud construyen una distancia que les permita continuar acompañando sin quedar desbordados por aquello que vivencian, pero sin dejar de lado la sensibilidad necesaria para acompañar. Durante uno de los talleres, una residente expresó: “Estamos cada vez con más responsabilidad y siento que no puedo soltar. Cuando estoy con amigos sí, pero me está costando” (Registro nº 8, 30/05/25). La dificultad para ‘soltar’ muestra que el límite entre la vida personal y la tarea profesional no siempre se establece de manera inmediata al salir del espacio de trabajo. Frente a esto, en los discursos apareció reiteradamente el concepto de una ‘coraza’ que se arma como una forma de protección.

Al comenzar uno de los talleres, una participante había expresado que “dejó la coraza afuera”, mientras que otra señaló la necesidad de “tratar de tener esa coraza” para no demostrarles a los pacientes cuánto podían afectarles determinadas situaciones. En otro momento, una residente explicó: “Todo el tiempo trato de ponerme en el lugar de la familia; por un lado está la coraza y, por el otro, ponerme en el lugar de ellos” (Registro nº 8, 30/05/25). Estas expresiones muestran que existe una oscilación entre la necesidad de involucrarse para comprender cómo se sienten los pacientes y sus familias, y la necesidad de conservar una distancia que les permita sostener la función profesional.

Esta tensión puede pensarse desde Ferrari et al. (1977), quienes plantean que la relación médico-paciente no es afectivamente neutral, no se reduce a una aplicación de conocimientos técnicos, ya que el profesional establece con el paciente enfermo una relación atravesada por aspectos emocionales y procesos de identificación. Cierta grado de identificación permite comprender el sufrimiento del paciente y sostener una actitud de cuidado, sin embargo, cuando esa identificación se intensifica, pueden confundirse aspectos de la experiencia del paciente con temores, deseos o experiencias personales de quien lo acompaña. Las respuestas pueden afectar la capacidad de observación y pueden producir respuestas como irritación, culpa, frialdad o impulsos de reparación, obturando la observación reflexiva (pp. 37-40).

Como se desarrolló en el apartado anterior, el encuentro con el paciente produce respuestas contratransferenciales en el profesional. Sin embargo, los autores señalan que, dentro de la práctica médica, estos fenómenos suelen actuar de manera tácita y con frecuencia no son

reconocidos (Ferrari et al., 1977). La posibilidad de registrar estas resonancias sin quedar completamente tomado por ellas puede articularse con la disociación instrumental desarrollada por Bleger (1964). Esta supone que el profesional pueda involucrarse emocionalmente en el encuentro con el paciente, y al mismo tiempo, conservar la capacidad de observar, pensar y controlar el impacto que la situación produce. La distancia no implica eliminar las respuestas contratransferenciales, sino poder sostener la función profesional al poder reconocerlas.

Esto aparece en uno de los talleres cuando una participante expresó: “Yo no me creo capaz de mantener ese límite, de que no me termine afectando”, mientras que otra residente señaló “Ahora me dicen que me volví fría, pero no me volví fría” (Registro nº 8, 30/05/25). Ambas frases muestran que el problema no se encuentra en sentir o no sentir, sino en cómo encontrar una cercanía que permita cuidar, y al mismo tiempo, conservar la propia capacidad de trabajo.

En relación con este punto, también parece relevante el concepto de la empatía desarrollada por Vidal y Benito (2014), quienes la comprenden como la posibilidad de aproximarse a la experiencia de otra persona sin perder la diferenciación entre lo propio y lo ajeno. Los autores distinguen la contratransferencia médica del *distress* empático, la segunda aparece cuando la diferenciación entre el que acompaña y lo que atraviesa el paciente se debilita. Cuando sucede esto, el sufrimiento percibido genera una afectación tan intensa que dificulta la capacidad de sostener la ayuda al otro. La expresión de una de las participantes “por un lado la coraza, y por el otro ponerme en el lugar de ellos” permite observar que existe una búsqueda de equilibrio entre la sensibilidad necesaria para la tarea, y la distancia necesaria para no quedar desbordado.

La distancia, por lo tanto, no aparece necesariamente como una dificultad. Como señaló la Psicóloga A: “Hay distancias que son prudenciales, pero también hay presencias que son esenciales” (Registro nº.8, 30/05/25). En la entrevista con una de las coordinadoras de piso del internado, ella explicó cómo intentaba no tomar como personales las reacciones de los pacientes y mantener una barrera vinculada con su función profesional. Sin embargo, al mismo tiempo reconoció que se sentía ‘quemada’, lo cual muestra que mantener una distancia no elimina automáticamente el desgaste del trabajo. Esta expresión no afirma la presencia del síndrome del burnout, pero sí da cuenta de una percepción de desgaste vinculada a la tarea. Escardó (2016) lo desarrolla como una forma específica de estrés laboral que aparece específicamente en

profesionales vinculados al cuidado, la asistencia y el contacto sostenido con personas que sufren.

La ‘coraza’, tal como la nombran los profesionales en la clínica, puede funcionar como una forma de protección y permitir continuar con el trabajo. Sin embargo, cuando esa distancia se rigidiza podría llegar a favorecer los procesos de despersonalización. Escardó (2016) advierte que en el marco del burnout, la despersonalización puede debilitar el reconocimiento de la subjetividad del paciente y llevar a que sea tratado como un diagnóstico, una cama o una tarea para realizar.

En la práctica cotidiana de estos profesionales aparecen discursos que muestran una búsqueda constante de equilibrio entre la sensibilidad y la protección. Esto conlleva a preguntarse qué dimensiones deben ser consideradas al momento de acompañarlos. La contratransferencia, la empatía y la disociación instrumental permiten pensar que la respuesta no consiste en eliminar o sobreproteger lo que sienten mientras acompañan, sino en favorecer que puedan reconocerlo, ponerlo en palabras y conservar una posición reflexiva.

“No estoy sola”: Cercanía, palabra y sostén en la tarea clínica

En los discursos de los profesionales apareció también la importancia de contar con otros para transitar los efectos producidos por el acompañamiento a pacientes. Frente a las situaciones que se fueron desarrollando, en relación al sufrimiento, la incertidumbre y la muerte, la posibilidad de conversar, consultar y compartir lo vivido fue señalada como una diferencia significativa. Durante uno de los talleres, una residente expresó: “Tener un jefe o un residente mayor que nos pregunte cómo estamos, hace la diferencia”. Otra participante manifestó sentirse agradecida por contar con la UCP y agregó: “Tenerles a ustedes...no estoy sola” (Registro n° 33, 11/08/25).

La expresión “no estoy sola” permite pensar que el sostén del equipo no se relaciona únicamente con las interconsultas. También implica contar con otros que puedan escuchar y

ayudar a pensar aquello que una situación clínica produjo. Frente a escenas que pueden generar angustia, impotencia o confusión, el intercambio puede introducir una pausa y permitir que el profesional no quede capturado únicamente por su primera respuesta frente a la situación.

Esta función puede pensarse, en un sentido ampliado, desde los aportes de Winnicott (1960) sobre el sostén. Si bien el concepto fue desarrollado originalmente para pensar las primeras relaciones del cuidado, permite considerar la importancia de una presencia disponible y relativamente continua frente a situaciones de vulnerabilidad. En este caso, contar con otros profesionales no elimina el impacto que puede ser producido por la tarea, pero puede quizás ofrecer condiciones para que cada uno no quede solo frente a aquello que la situación clínica puede despertar.

Esta percepción apareció también en las entrevistas realizadas, donde una de las coordinadoras del internado de adultos describió la incorporación de la UCP como “un antes y un ahora”, y señaló que anteriormente las noticias difíciles solían delegarse a Oncología o comunicarse sin considerar suficientemente cómo podían ser recibidas. A partir del trabajo con la unidad, reconoció una mayor atención a la situación familiar, a la forma de transmitir la información y a los efectos que estos momentos producían tanto en los pacientes como en los profesionales (Registro n° 65, 27/10/25). De manera similar, otra coordinadora del internado de adultos expresó que actualmente no se siente tan sola frente a los casos complejos, ya que cuenta con un equipo al cual recurrir y no necesita responder por sí misma a todas las dimensiones del acompañamiento (Registro n° 66, 29/10/25).

Sin embargo, esta transformación en el modo de acompañar no fue vivida de manera inmediata y tuvo su proceso de adaptación. En los relatos de una de las coordinadoras del internado de adultos, se mencionó que, con la llegada de la Dra. B y su perspectiva paliativa, surgieron ciertas diferencias en los modos de abordaje, por lo que la adaptación tomó su tiempo e implicó modificar algunas de las formas de trabajo sostenidas hasta ese momento. Anteriormente, en clínica médica se tendía a intervenir con mayor rapidez, mientras que la perspectiva paliativa introdujo otros tiempos y la necesidad de detenerse a considerar la situación del paciente y la familia. En las entrevistas con médicos de Oncología apareció esta diferencia: uno de ellos describió el abordaje anterior como más protocolar, centrado en ingresar a la habitación, tratar los síntomas y continuar con el siguiente paciente, mientras que actualmente lo considera más personalizado y atento a las necesidades del paciente y sus vínculos. De este modo la incorporación de la UCP implicó también una adaptación en las

formas de trabajo y en la manera de vincularse con quienes se encontraban internados. (Registro n° 64, 24/10/25).

Esta mayor cercanía parecía haber producido también, nuevos efectos en los profesionales. La coordinadora expresó “te afecta más ahora”, porque se pasa más tiempo con los pacientes y las familias, se los conoce y comprende con mayor profundidad. (Registro n° 65, 27/10/25). Por lo tanto, una atención más integral y personalizada puede aumentar la implicación emocional de quienes acompañan, y podría costar más desligarse de las situaciones vividas. No se trata de considerar esta cercanía como un efecto negativo de los aportes de la UCP, sino de reconocer que un modo de cuidado que incorpora la historia, los vínculos y los temores del paciente también exige mayores recursos para tramitar aquello que se produce en el profesional.

Estas expresiones muestran que uno de los aportes de la UCP fue introducir una instancia de mediación frente a situaciones que podían ser vividas inicialmente de manera individual. Al mismo tiempo, permiten comprender que cuanto mayor es la cercanía promovida en el vínculo asistencial, mayor puede ser también la necesidad de contar con otros que ayuden a pensar y sostener los efectos producidos por esa tarea.

Los talleres también fueron valorados desde esta dimensión. Al final de los encuentros, se le pedía a los participantes que describieran con una palabra cómo se sentían luego del encuentro, y utilizaron palabras como: aliviada, acompañada, comprendida, fortalecida y más liviana. Estas expresiones permiten pensar que la circulación de la palabra no es que cambiaba toda la experiencia vivenciada, pero sí podía transformar algo de cómo se sentían los profesionales. Narrar las situaciones, reconocer las emociones producidas y escuchar experiencias similares permitía que algo de aquello que inicialmente aparecía como difícil de guardar o de hablar pudiera adquirir palabras y ser compartido.

Sin embargo, los relatos también mostraron que no siempre existieron espacios o tiempos para detenerse y pensar con estos criterios a los pacientes. La coordinadora X señaló que, cuando los pacientes fallecían, muchas veces “se continuaba con el siguiente paciente”, sin una instancia posterior de conversación, y agregó que los residentes solían guardarse lo vivido. Existía una continuidad inmediata entre un fallecimiento y la atención del próximo paciente sin la instauración de un momento para detenerse a procesar lo vivido y construir algún cierre respecto a la experiencia. Frente a esa dificultad, las coordinadoras, las reuniones de

equipo y los talleres promovidos por la UCP comenzaron a introducir momentos de pausa e intercambio dentro de la dinámica de su continuidad.

Esto puede pensarse a partir de lo que desarrolla Escardó (2016), quien plantea que el cuidado de quienes cuidan no debería quedar reducido a una responsabilidad individual. Asimismo, De Simone y Tripodoro (2004) destacan la importancia de reuniones y los grupos de reflexión como espacios donde puedan circular las dificultades que se producen en la práctica. Desde una perspectiva clínica, estos dispositivos no constituyen solamente herramientas organizativas o estratégicas de cuidado, sino espacios donde los profesionales pueden poner en palabras sus resonancias, recuperar una posición reflexiva y comenzar a tramitar junto con otros algo de aquello que el encuentro con el sufrimiento y la muerte produjo en ellos.

En conjunto, los discursos permitieron comprender que acompañar a pacientes con enfermedad avanzada no constituye una tarea emocionalmente neutra. Los profesionales se encuentran atravesados por los vínculos que construyen, por la confrontación con los límites de los tratamientos, por la cercanía con la muerte y por una formación que muchas veces los prepara para actuar y curar, pero no necesariamente para detenerse, adecuar los cuidados o reconocer lo que estas situaciones producen en ellos. Frente a esto, la coraza apareció como la manera posible de protección, aunque no exenta del riesgo de convertirse en una distancia excesiva. Al mismo tiempo, parece existir una búsqueda del equilibrio entre dicha distancia, la presencia e implicación.

8. CONSIDERACIONES FINALES

El presente Trabajo Integrador Final permitió sistematizar la experiencia desarrollada durante las Prácticas Pre Profesionales realizadas en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Clínica Universitaria Reina Fabiola. A partir de la observación participante, los registros de campo, las entrevistas realizadas a integrantes de la UCP y a profesionales de otros servicios, así como de la participación en reuniones, interconsultas y talleres, se buscó analizar los aportes de la unidad a los profesionales de la salud en el acompañamiento a pacientes. En este apartado se retomarán los principales hallazgos surgidos de los objetivos específicos, con el propósito de integrarlos y responder al objetivo general del trabajo.

La recuperación del proceso vivido permitió volver sobre situaciones que durante las prácticas se presentaban inicialmente como escenas cotidianas del trabajo hospitalario: conversaciones en los pasillos y offices médicos, reuniones de equipo, dudas sobre tratamientos, momentos de comunicaciones difíciles, intervenciones con pacientes y familias, y expresiones de los profesionales acerca de lo que la tarea producía en ellos. La lectura posterior de los registros y la articulación teórica posibilitaron reconocer que estas escenas daban cuenta de una modalidad particular de comprender y construir el cuidado dentro de la institución.

En relación con el primer objetivo específico, se pudo caracterizar el trabajo realizado por la UCP como un dispositivo clínico-institucional interdisciplinario, ambulante y en permanente construcción. Su trabajo no se encuentra circunscripto a un consultorio o espacio físico estable, sino que se despliega en diferentes sectores de la clínica de acuerdo con las necesidades de los pacientes, sus familias y los equipos tratantes. La unidad se construye a través de sus recorridos por las habitaciones, las reuniones, las interconsultas, los espacios compartidos con otros servicios y los intercambios cotidianos entre profesionales.

El carácter interdisciplinario de la unidad no consiste únicamente en la suma de distintas profesiones. Por el contrario, las reuniones de equipo y las intervenciones observadas mostraron que la mirada sobre cada paciente se construye a partir del intercambio de distintos saberes. Medicina, Psicología y Enfermería introducen preguntas específicas desde sus propias áreas de formación, pero es en la articulación entre estas perspectivas donde se produce una comprensión más amplia de la situación. Esta modalidad permite considerar no solo el estado clínico del paciente, sino también su funcionalidad, sus vínculos, su historia, aquello que conoce de su

enfermedad, sus posibilidades de decisión y los efectos emocionales, sociales y espirituales involucrados en el proceso.

Asimismo, se reconoció que la construcción de la UCP dentro de la CURF se produjo de manera progresiva y artesanal. Esto no implicó que las intervenciones fueran improvisadas, sino que se pudieron adaptar a cada situación. El equipo evalúa cuándo intervenir, de qué manera hacerlo y qué puede ofrecerse según el estado del paciente, las necesidades de la familia y las condiciones del equipo tratante. La modalidad artesanal se encuentra orientada por el reconocimiento de la singularidad. La expresión de la psicóloga acerca de escuchar “el nombre de esa persona que está disfrazada de su diagnóstico” condensó uno de los principales ejes del abordaje de la unidad: evitar que la enfermedad, el pronóstico o el deterioro físico sustituyan completamente la identidad del paciente.

En relación con el segundo objetivo, el análisis permitió describir que las intervenciones de la UCP no se limitan al control de síntomas ni a la atención directa de pacientes y familias. También incluyen la mediación entre servicios, el acompañamiento en comunicaciones difíciles, la orientación frente a decisiones clínicas y éticas, la revisión de criterios de tratamiento y la creación de espacios de formación y reflexión para los profesionales que acompañan.

A lo largo de las situaciones analizadas, el intervenir no significa necesariamente indicar que debía hacerse. En distintas oportunidades, la intervención consistió en introducir una pregunta, detener una decisión precipitada, ampliar la comprensión de un pedido, revisar la finalidad de un tratamiento o favorecer la construcción de un criterio compartido. La unidad permitió generar una pausa frente a una dinámica hospitalaria atravesada por la urgencia, la necesidad de responder rápido y la disponibilidad permanente de recursos técnicos. Esta pausa hizo posible preguntarse no solamente qué podía realizarse desde el punto de vista médico, sino también para qué hacerlo, qué beneficio produciría, qué sufrimiento podría generar y qué significado tendría para ese paciente.

Esto se observó en el valor que adquiría el catéter para un paciente, en la necesidad de considerar los tiempos subjetivos al comunicar el avance de una enfermedad y en la deliberación sobre la conveniencia de iniciar antibióticos y procedimientos invasivos en una situación de deterioro avanzado. En estos casos, la UCP no dejó de lado los riesgos clínicos,

pero incorporó a la deliberación dimensiones como la autonomía, la calidad de vida, la proporcionalidad de las intervenciones y la singularidad del paciente.

Por lo tanto, uno de los aportes de la unidad fue permitir que la dimensión subjetiva no apareciera solamente después de tomar las decisiones médicas, sino como parte de su construcción.

En relación con el tercer y último objetivo, los discursos recuperados permitieron comprender que el acompañamiento a pacientes paliativos no constituye una tarea emocionalmente neutral. La cercanía cotidiana con el sufrimiento, el deterioro, la incertidumbre y la muerte producían efectos luego de terminar la jornada laboral. Algunos profesionales relataban continuar pensando en los pacientes al regresar a sus casas, presentar dificultades para desconectarse o no encontrar personas con quienes compartir lo vivido.

También apareció una tensión entre una formación profesional orientada a actuar, tratar y curar, y aquellas situaciones en donde ya no era posible modificar el avance de la enfermedad. El mandato de “hacer, hacer, hacer” podía dificultar el reconocimiento de los límites de los tratamientos y hacer que la adecuación de los cuidados fuera vivida como una renuncia o cómo no estar haciendo lo suficiente. Frente a esto, la mirada paliativa permitió redefinir el hacer profesional: cuando curar deja de ser posible todavía se puede aliviar síntomas, acompañar, escuchar, comunicar y evitar procedimientos que aumenten el sufrimiento.

Por otro lado, la expresión de la “coraza” mostró la necesidad de construir cierta distancia para continuar trabajando frente a situaciones que movilizan emocionalmente. Sin embargo, esa protección convive con la necesidad de conservar la sensibilidad y poder ponerse en el lugar del paciente. De esta manera, no se trataría de elegir entre implicarse o mantenerse por fuera, sino de construir una posición que permita acercarse al sufrimiento sin quedar completamente capturado por él.

En este punto, la presencia de otros profesionales y de la UCP apareció como una forma de sostén. Las reuniones, las interconsultas, las conversaciones y los talleres permitieron compartir dudas y poner en palabras experiencias que podían ser difíciles de tramitar de manera individual. Esto permite pensar que el cuidado de quienes cuidan no debería depender solamente de las estrategias de afrontamiento de cada profesional, sino también de condiciones que habiliten espacios de intercambio, formación y reflexión.

A modo de síntesis del análisis de los objetivos específicos, los aportes de la Unidad de Cuidados Paliativos consisten en introducir una manera de pensar y construir el cuidado de los pacientes, que permite ampliar la mirada de los profesionales de la salud. La UCP no reemplaza

el saber de los otros equipos ni decide por ellos, sino que favorece la construcción de criterios compartidos, incorpora la singularidad del paciente y permite detenerse frente a decisiones que pueden estar atravesadas por la urgencia, la incertidumbre o la angustia.

Entre sus aportes, también se encuentra la posibilidad de redefinir los objetivos del cuidado a partir de los conceptos de la calidad de vida y el dolor total. Desde esta mirada, el cuidar no equivale siempre a realizar más procedimientos, sino a preguntarse qué necesita el paciente, qué intervenciones pueden resultarle beneficiosas y cómo adecuarlas a su situación clínica y subjetiva.

Aprendizajes personales y profesionales

En relación a los aprendizajes personales, las experiencias atravesadas como practicante acompañando el trabajo de la Unidad de Cuidados Paliativos me acercaron nuevamente a muchas de las preguntas que aparecieron al inicio de las prácticas. En un primer momento, consideraba que mi lugar era principalmente el de una observadora, quien estaba allí para aprender de los profesionales, de mi referente y de los equipos a través de la observación. Sin embargo, con el transcurso de la experiencia comprendí que no me encontraba por fuera de la escena, sino que también formaba parte de ella. Estaba presente en las dinámicas, en los encuentros y en las situaciones que observaba, y por eso las preguntas acerca de cómo esta tarea afecta a los profesionales también tuve que dirigirlas a mí misma.

Esta práctica demandó mucha introspección y un trabajo personal profundo. No era posible atravesarla de manera superficial, porque la implicación misma exigía detenerme, pensar qué me ocurría frente a determinadas situaciones y reconocer de qué manera me afectaban. En este proceso fueron fundamentales las reuniones de las PPS con mis compañeras del contexto clínico y con la tutora, las conversaciones con integrantes de la UCP, la participación en los talleres realizados por la unidad y la posibilidad de contar con un espacio de análisis individual. Todos estos espacios me ayudaron a poner en palabras una experiencia atravesada por una gran intensidad emocional y a no quedarme sola con aquello que iba viviendo.

Uno de los aprendizajes personales más importantes fue comprender que acompañar no es permanecer intacta ni demostrar resistencia infinita. En una de las situaciones vividas durante las prácticas, estuve cerca de desmayarme frente a una escena que me produjo una fuerte

impresión. Ese momento me hizo comprender de una manera muy concreta, que no estaba por fuera de lo que observaba y que acompañar también implicaba reconocer mis propios límites.

Asimismo, esta experiencia me permitió acercarme de otra manera al concepto de morir. Los pacientes me enseñaron mucho acerca de las distintas maneras de afrontar momentos profundamente difíciles y me llevaron a volver a preguntarme qué cosas son realmente importantes para mí.

Finalmente, esta experiencia me permitió reconocer que incluso cuando ya no es posible curar, todavía queda mucho por hacer. Acompañar implica también poder reconocer los deseos que permanecen, las decisiones que todavía pueden tomarse, los vínculos y aquello que cada persona continúa considerando importante. Las prácticas me enseñaron a no mirar solamente aquello que se pierde frente a la enfermedad, sino también aquello que permanece y que todavía puede ser acompañado. Comprender dónde continúa estando la vida cuando la muerte se vuelve cercana es, quizás, uno de los aprendizajes más importantes que me llevo de este recorrido.

«No se trata de añadir días a la vida, sino de dar más vida a los días».

- Cicely Saunders

9. REFERENCIAS

- Agamben, G. (2011). *Revista Sociológica*. Año 26. Nro,73. <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Alpízar Rodríguez, D., & Muñoz Murillo, J. P. (2016). Diagnóstico del paciente en situación de últimos días. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(1), 57–62. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/2215-5287-mlcr-33-01-00057.pdf>
- Argentina. Congreso de la Nación. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-170575>
- Barnechea García, M. M., & Morgan Tirado, M. de la L. (2010). La sistematización de experiencias: Producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y Retos*, 15, 97–107. <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/464/384>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica* (4.^a ed.). Masson.
- Bleger, J. (1964). *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. Nueva Visión.
- Bleichmar, S. (1997). Acerca del malestar sobrante. *Topía*. <https://www.topia.com.ar/articulos/acerca-del-malestar-sobrante>
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. En J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica: Perspectivas actuales* (pp. 7–15). Pirámide.
- Centeno Cortés, C. (1997). *Historia de los cuidados paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
- Cibanal, L., Arce, M., & Carballal, M. (2001). *Comunicación y relaciones de ayuda en ciencias de la salud*. Elsevier.
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s. f.). *Clínica Universitaria Reina Fabiola*. <https://curf.com.ar>

- Código Civil y Comercial de la Nación. (2014). *Ley 26.994*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). *Constitución del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*. <https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2022/05/CODIGO-DE-ETICA-2016.pdf>
- Corman, M., Dambrun, M., Ginzac, A., & Ménard, K. (2025). Exploring the concept of total pain in contemporary oncology palliative care: A qualitative study on patients' resources. *BMC Palliative Care*, 24, Article 85. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01719-0>
- De Simone, G., & Tripodoro, V. (2004). *Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas: Manual para estudiantes de la carrera de medicina* (1.^a ed.). Pallium Latinoamérica.
- Dulitzky, S. (2023). *Vivir con finitud: Sufrimiento existencial y cuidados paliativos*. Letra Viva.
- Escardó, V. (2016). *Síndrome de burnout: Cuidado de cuidadores. Dispositivos grupales y técnicas de intervención*. Noveduc.
- European Association for Palliative Care. (2012). *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la EAPC. Monografías SECPAL*, (0). Sociedad Española de Cuidados Paliativos. https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/01/01_MONOGRAF_SECPAL.pdf
- Federación de Psicología y Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles de Psicólogos*, 24(85), 1–10. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77824828004>
- Ferrari, H., Luchina, I. L., & Luchina, N. (1977). *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Ediciones Nueva Visión.

- Freud, S. (1915). De guerra y muerte. Temas de actualidad. *Obras completas* (Vol. XIV) *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas* (Vol. XII). Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En *Obras completas* (Vol. XVIII). Amorrortu.
- Freud, S. (1923). Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido” . En *Obras completas* (Vol. XVIII). Amorrortu.
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Ediciones Morata.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2014). *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud* (G. Jacob & L. Sánchez, Eds.). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2021). *Hoja informativa sobre cuidados paliativos: Opciones de cuidado para el cáncer avanzado*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Argentina.gob.ar. Recuperado el 28 de agosto de 2025, de <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos>
- Jara Holliday, O. (2011). Entrevista: La sistematización de experiencias, aspectos teóricos y metodológicos. *Decisio*, 28, 67–74.
- Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. CEP Alforja. <https://www.bibliotecavirtual.info/wp->

content/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf

Lacan, J. (1964). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (J. A. Miller, Ed.). Paidós.

Lagache, D. (1982). *El método clínico en psicología humana* (Obra original publicada en 1945). En *Obras II (1939–1946)* (pp. 119–129). Buenos Aires: Paidós. (Texto consultado en Ficha de Cátedra de Psicología Clínica I, Universidad Católica de Córdoba).

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967/2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

Ley de Cuidados Paliativos N.º 27.678. (2022, 21 de julio). *Ley de Cuidados Paliativos. Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/266944/20220721>

Morin, E. (1994). Epistemología de la complejidad. En D. Fried Schnitman (Comp.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (pp. 421–442). Paidós.

Municipalidad de Córdoba. (s. f.). *Clínica Universitaria Reina Fabiola*. Turismo Córdoba.
<https://turismo.cordoba.gob.ar/clinica-universitaria-reina-fabiola/#:~:text=La%20Cl%C3%ADnica%20Universitaria%20Reina%20Fabiola,de%20Amigos%20de%20ese%20pa%C3%ADs>

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer: Informe de un Comité de Expertos de la OMS* [reunido en Ginebra del 3 al 10 de julio de 1989]. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/41759>

Organización Mundial de la Salud. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387*, <https://iris.who.int/handle/10665/55264>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como componente del tratamiento integral a lo largo de la vida*. Ginebra: OMS.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Real Academia Española. (2025). Acompañamiento. En *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.) <https://dle.rae.es/acomp%C3%B1amiento>
- Rubiales, A. S., Martín, Y., del Valle, M. L., Garavís, M. I., & Centeno, C. (1998). *Información al enfermo oncológico: Los límites de la verdad tolerable*. Cuadernos de Bioética, 9(33), 45-54.
- Serra, M. (2003). Psicólogo en paliativos: Nuevo rol. *Medicina Paliativa*, 10(4), 215–219.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2022). *Comprender los cuidados paliativos: Adecuación del esfuerzo terapéutico*. <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/02/comprender-cuidados-paliativos-2-adequacion-esfuerzo-terapeutico.pdf>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2012). *Guía de Cuidados Paliativos*. Madrid: SECPAL. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/guiacpsecpal-1.pdf>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2011). *Estatutos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. <https://www.secpal.org/estatutos/>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (s. f.). *Historia de los cuidados paliativos*. <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
- Swetz KM, Burkle CM, Berge KH & Lanier WL. (2014). Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clinic Proceedings*; 89: 943-59. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.02.005>
- Tarrab, M. (2005). La insistencia del trauma. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada 2: Ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 59–62). Grama Ediciones.
- Twycross, R. (2000). Medicina Paliativa: Filosofía Y Consideraciones Éticas. *Acta bioética*, 6(1), 27-

46. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100003>

- Ungar, V. (2015). El oficio del analista y su caja de herramientas: La interpersonales revisitada. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 121.
- Vidal y Benito, M. C. (2014). Comunicación médico-paciente-familia. En *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación.
- Winnicott, D. W. (1960). La teoría de la relación paterno-filial. En *El proceso de maduración en el niño: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Laia.
- Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2014). *Técnicas para investigar 2: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (2.^a ed.). Editorial Brujas.