

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Carrera: Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

La Praxis del Psicólogo en Cuidados Paliativos. Una lectura desde el Psicoanálisis y la Psicología Paliativa.

Modalidad de presentación: Investigación Bibliográfica. Tesis Panorámica
Autora: Franquini, Giovana.
Legajo: F-5168/3.
DNI: 38902477.
Docente Responsable: Nocera, Rosa María.

Año 2025

Agradecimientos

A mi docente responsable, por su tiempo, calidez y generosidad. Por su
acompañamiento fundamental en esta etapa.

A mi familia, por el apoyo incondicional y la confianza a lo largo de estos años. Por
animarme siempre a soñar y permitirme volar.

A cada uno de mis amigos y amigas, por escucharme y alentarme a seguir.

A todos los compañeros, docentes y no docentes que conocí durante este camino por
las aulas de la facultad.

A la Universidad Nacional de Rosario, especialmente a la Facultad de Psicología, que
me permitió estudiar todos estos años.

Y finalmente a la educación pública, derecho fundamental de nuestra sociedad, que ha
forjado mis valores y mi identidad.

Índice

Resumen y Palabras Clave	4
1. Introducción	5
2. Objetivos	7
3. Desarrollo	
3.1 Evolución del dispositivo de Cuidados Paliativos	8
-Acerca de la muerte y actitudes históricas frente al proceso de morir	
-Surgimiento de los cuidados paliativos	
-Cuidados Paliativos y Derechos Humanos. Legislación Argentina	
3.2 Interdisciplina y Cuidados Paliativos	13
-Comunicación	
-Desafíos	
3.3 El Psicólogo en Cuidados Paliativos	17
-Funciones y competencias del Psicólogo Paliativista	
3.4 Aportes del Psicoanálisis a los Cuidados Paliativos	19
-Trauma	
-Duelo	
-Sobre posibles intervenciones	
4. Conclusión	25
5. Referencias bibliográficas	26

Resumen y palabras clave

El presente Trabajo Integrador Final aborda como tema la praxis del Psicólogo en Cuidados Paliativos. La problemática ha surgido de preguntarse acerca de la práctica de los profesionales de salud abocados al área, específicamente, cual es el lugar del psicólogo en los equipos interdisciplinarios, cómo se distingue de otros profesionales en las intervenciones que realiza, y cuáles son las funciones y habilidades pertinentes para ejercicio en este campo. El trabajo ha sido abordado desde el Psicoanálisis, como marco teórico y epistemológico, y ha retomado aportes de la Psicología Paliativa. Se ha considerado que la mejor alternativa para abordar estas cuestiones ha sido la investigación bibliográfica, a modo de tesis panorámica, la cual permite hacer una revisión del material textual relativa a la problemática, con el objetivo de realizar un análisis crítico y riguroso sobre el estado actual de los conocimientos sobre el tema. Se ha concluido que los psicólogos son agentes esenciales en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, que, a su vez, requieren formación y competencias específicas. Las funciones que desempeña en el campo son: clínica, supervisión, investigación, gestión, cabildeo, y docencia. Por otro lado, los aportes teóricos del psicoanálisis se consideran importantes para el ejercicio de la clínica de los cuidados paliativos, así como en la consideración de los procesos psíquicos intervinientes.

Palabras clave: cuidados paliativos, función del psicólogo, interdisciplina, psicoanálisis

1. Introducción

El presente trabajo integrador final presentado para la Facultad de Psicología, en la Universidad Nacional de Rosario, aborda como tema la práctica del Psicólogo en Cuidados Paliativos, desde la perspectiva del Psicoanálisis y la Psicología Paliativa.

Los cuidados paliativos tienen como intención brindar un acompañamiento que mejore la calidad de vida de las personas y su entorno, mediante la atención por parte de un equipo interdisciplinario. Se trata de un campo de gran complejidad ya que, por un lado, se trabaja con pacientes con enfermedades crónicas y/o de riesgo vital, a quienes se ha de acompañar en su sufrimiento físico y psíquico, respetando su autonomía en esta etapa de la vida. Por otro lado, las intervenciones que se realizan para procurar esta asistencia se encuentran atravesadas por aristas legales, éticas y clínicas. Desde su surgimiento, este ámbito ha tenido mayor elaboración teórica en el campo de la medicina.

El debate sobre cuidados paliativos y psicología paliativa es aún incipiente en Argentina, y por lo tanto un área en pleno desarrollo. Leer este ejercicio desde una perspectiva psicoanalítica, puede aportar una mirada crítica sobre los procesos subjetivos intervinientes. Ello resulta pertinente y relevante para el campo psi en la actualidad, y puede considerarse un área específica de intervención del Psicólogo, teniendo en cuenta el art. 1 de la resolución 343/2009, en donde se menciona que una de las actividades reservadas al título, es prescribir y realizar intervenciones de asistencia que tiendan a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo la provisión de cuidados paliativos.

A modo de hacer un recorte del tema, la problemática surge de preguntarse qué se ha teorizado hasta el momento sobre el trabajo de los profesionales de la salud en los equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos. Específicamente, interesa situar: qué son los cuidados paliativos, cómo se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario, por qué resulta necesaria la participación de un profesional de la psicología en este campo, y qué función cumple el psicólogo en estos equipos. Asimismo, interesa considerar cómo se distingue éste de otros profesionales en las intervenciones que realiza, y qué habilidades y competencias son pertinentes para ejercer la práctica en el área. Por último, resulta importante interrogar qué aportes teóricos puede realizar el psicoanálisis al campo de los cuidados paliativos.

Si bien los modelos teóricos que utiliza el psicólogo que se desempeña en esta área son variados (Dias, 2018), se entiende que hablar de cuidados paliativos supone indefectiblemente abordar cuestiones tales como la muerte, la angustia, el deseo, el duelo, sobre los que el psicoanálisis ha aportado y elaborado interesantes concepciones. Por ello, el trabajo será abordado desde la perspectiva psicoanalítica, como marco teórico y epistemológico. El mismo permite posicionarse desde el punto de vista del sujeto, lo cual otorga a la escucha del psicólogo características particulares al enfrentarse a la cuestión de la muerte y su significado para la vida anímica, así como en el abordaje clínico de los pacientes de cuidados paliativos y su entorno. De esta manera, las categorías conceptuales a tener en consideración son: cuidados paliativos, función del psicólogo, interdisciplina y psicoanálisis.

Con este propósito se rastrean referentes bibliográficos que abordan el trabajo de los profesionales de la salud en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, y particularmente el lugar de la psicología en este campo, tales como Barreto, Bayés, Arranz, Barbero, Dias y Etcheverri. A su vez, se retomarán escritos sobre cuidados paliativos y psicoanálisis, tales como: Dultizky, Negro y Braceras, sin dejar de lado contribuciones de autores clásicos como Freud y Lacan. De igual manera, comprendiendo a los cuidados paliativos como derechos humanos, se tendrá en cuenta la legislación argentina vigente con relevancia para la temática, especialmente la Ley 26.742 de *Derechos del Paciente* (2012), y la ley 27.678 de Cuidados Paliativos, sancionada en julio del 2022.

En este sentido se vuelve necesario considerar el surgimiento de los cuidados paliativos como filosofía y dispositivo de atención, así como su desarrollo histórico como

disciplina, teniendo en cuenta su inclusión y reconocimiento por parte de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) que, en 1990, define a los cuidados paliativos como el cuidado total, activo y continuado de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación, lo cual comprende el control del dolor y otros síntomas. Posteriormente, en 2002, la OMS amplía su definición, considerando a los cuidados paliativos como un enfoque que tiene por finalidad mejorar la calidad de vida de pacientes y su entorno, que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida. Ello se realiza por medio de la prevención y alivio del sufrimiento, así como de la identificación, la evaluación, el tratamiento del dolor y los problemas físicos, psicológicos y espirituales. A partir de la última definición, se enfatizan las nociones como *calidad de vida* y *sufrimiento*, lo cual posibilita repensar el interés centrado en el sujeto y su entorno. Asimismo, en 2020 la OMS señala que, uno de los principales obstáculos en la atención de cuidados paliativos resulta de la escasa o nula formación en esta especialidad por parte de los profesionales de la salud.

La investigación ha concluido que los psicólogos son agentes esenciales en la práctica interdisciplinaria de cuidados paliativos, con funciones y competencias delimitadas. Si bien se ha destacado la función clínica, el profesional también ejerce tareas de supervisión, investigación, gestión, cabildeo, y docencia. De igual modo, se entiende que intervenir en este contexto supone ciertos desafíos, lo cual requiere de formación específica. Por último, se considera que la perspectiva psicoanalítica ha realizado grandes aportes a la clínica de los cuidados paliativos, brindando conceptos fundamentales para la intervención en este contexto, y permitiendo posicionarse desde el punto de vista del sujeto.

2. Objetivos

Objetivo General:

- Indagar acerca de la función del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos.

Objetivos Específicos:

- Explicar la evolución del dispositivo de cuidados paliativos.
- Describir el trabajo del psicólogo paliativista y situar su praxis en el equipo interdisciplinario.
- Analizar contribuciones teóricas que ha realizado el psicoanálisis a este campo.

3. Desarrollo

3.1. Evolución del dispositivo de Cuidados Paliativos

Acerca de la muerte y actitudes históricas frente al proceso de morir

La muerte es una certeza en la experiencia humana y a la vez un interrogante ineludible para el hombre. Sin embargo, no siempre se ha presentado como una cuestión a ser resuelta en el ámbito de la salud. Según Morin: “la muerte constituye una idea civil” (1970, p. 43). Existe un hecho esencial: la muerte biológica, natural e irreversible, se ve desbordada, transfigurada, por la muerte como evento sociocultural. Ceriani Cernadas (2001), indica que fenómenos tales como las mutaciones articuladas a los progresos de la ciencia, la reorganización de estructuras sociales en torno a la familia y el establecimiento de la sociedad capitalista industrial, promueven un progresivo *desencantamiento del mundo* como lo llama Max Weber, generando una nueva concepción de lo humano, su constitución, sus límites, así como de las nociones de salud, enfermedad y muerte. Actualmente, en Occidente, tanto el desarrollo de la civilización y de la cultura, como la disparidad en las clases sociales, se basan en una negación sistemática de la muerte. Dulitzky (2023) afirma “el hombre se encuentra descentrado respecto de la muerte que lleva inscrita” (p. 23).

A lo largo de los años las actitudes, creencias y prácticas de los hombres ante la muerte se han transformado. Phillipe Aries (2007) realiza un interesante aporte al respecto: la postura de la sociedad occidental frente a la muerte ha pasado de estar caracterizada por la cercanía y familiaridad, a estar completamente prohibida en el siglo XX. Con el objetivo de realizar un ordenamiento histórico, describe cuatro momentos: en primer lugar, establece la muerte llamada *domesticada/amaestrada*, propia de la Edad Media. Postula que los hombres eran advertidos del final: “No se moría uno sin haber tenido tiempo de saberlo [...] La advertencia era dada por signos naturales o una convicción íntima” (p. 24). En este sentido, al saber su fallecimiento próximo, el moribundo tomaba sus disposiciones. El evento se esperaba yaciendo en el lecho. Además, constituía una ceremonia pública y organizada, presidida por el propio muriente, que conocía su protocolo. La habitación se volvía un escenario público. Destaca la simplicidad con que estos ritos eran aceptados y celebrados: sin carácter dramático, ni excesivo impacto emocional. La muerte resultaba familiar, próxima, atenuada e indiferente, lo cual contrasta con la actitud contemporánea, donde la principal constante frente a este acontecimiento es el miedo.

Se producen algunos cambios durante la Baja Edad Media, específicamente en los siglos XI y XII. Allí, se sitúa *la propia muerte*. Comienza a aparecer, entre ricos y poderosos, un sentido dramático y personal en la ceremonia, que anteriormente no tenía. Se pone de manifiesto una nueva preocupación por la particularidad de cada individuo. Como menciona Lassalle, emerge la idea de muerte propia “como el lugar donde el hombre se reconoce a sí mismo, donde adquiere conciencia de sí” (2016, p. 3). Así, se estableció una relación desconocida antes del siglo XI entre la muerte de cada uno y la consciencia que este adoptaba de su individualidad (Aries, 2007). Hasta ese momento, existía cierta concepción colectiva de destino y el hombre de aquellos tiempos se encontraba totalmente socializado. La familiaridad con la muerte tenía que ver con: “una forma de aceptación del orden de la naturaleza [...] se experimentaba con la muerte una de las grandes leyes de la especie, no procuraba escapar de ella ni exaltarla [...] la aceptaba con justa solemnidad” (p. 53). Por ello, la manera en que los hombres aplicaron su reflexión a aquello que los rodeaba y les concernía se transformó profundamente, en tanto que los mecanismos mentales, maneras de razonar, de aprender y de concebir las ideas, evolucionaban radicalmente.

La transformación se profundiza en el siglo XVIII, aparece la denominada *muerte ajena/del otro*, con un sentido completamente novedoso: “la exalta, la dramatiza, la quiere impresionante y acaparadora” (Ariés, 2007, p. 63). El hombre comienza a ocuparse menos de su propia muerte, ya que es la muerte del otro la que inspira añoranza y recuerdo, generando un nuevo culto a las tumbas y cementerios. En adelante, la muerte va a implicar una ruptura. Tal como describe el autor: “es a partir de

ahora considerada como una transgresión, que arranca al hombre de su vida cotidiana [...] para someterlo a un paroxismo y arrojarlo a un mundo irracional, violento y cruel” (2007, p. 64). Si bien persiste el ceremonial en el lecho, presidido por el yacente, durante el siglo XIX una pasión nueva se adueñó de los asistentes. Los supervivientes expresan hondamente su dolor, lo cual se debe a una intolerancia nueva a la separación, la sola idea conmueve. Asimismo, cambia la relación del moribundo con su familia. Se establece el testamento, no como una afirmación de ideas y convicciones personales (lo que era hasta entonces), sino como un acto legal. Los asistentes ya no eran pasivos como en otro tiempo, instituyéndose la obligación de llevar luto. Emerge el interés en localizar las sepulturas para guardar respeto a los difuntos, construyendo monumentos para ellos, y la presencia del cementerio pareció en adelante necesaria para la ciudad. Por último, se destaca que el culto a los muertos no es de origen religioso, sino positivista, en tanto lo que estaba en juego era la progresiva urbanización e industrialización.

Inmediatamente después aparece una última actitud, la cual se extiende hasta nuestros días. Es la llamada *muerte vedada/prohibida*. Se produce una mutación radical de la postura del hombre ante la muerte, la cual tiende a ocultarse y ser objeto de censura: “La muerte, en otro tiempo tan presente, va a difuminarse y a desaparecer. Se vuelve vergonzante y objeto de tabú” (Ariés, 2007, p. 83). El entorno del enfermo tiene tendencia a protegerlo y esconderle la gravedad de su estado. Si bien la primera motivación de esta actitud implica el deseo de protegerlo, detrás de la misma se esconde una intolerancia frente al suceso. Como consecuencia, surge un sentimiento diferente, característico de la modernidad: evitar, no ya al moribundo sino a la sociedad, “una turbación y una emoción demasiado fuertes, insostenibles, causadas por el espanto ante la irrupción de la muerte en plena felicidad de la vida [...] puesto que se admite que la vida es siempre dichosa, o debe parecerlo” (Ariés, 2007, p. 84). En coincidencia con este planteo, Byung-Chun Han destaca en *La sociedad paliativa* (2021) que las sociedades premodernas tenían una relación muy íntima con el dolor y la muerte, enfrentándola con dignidad y resignación. Sin embargo, el mundo contemporáneo ha desarrollado una aversión al dolor, donde ya no hay lugar para el sufrimiento:

Este miedo generalizado se refleja tanto en lo personal como en lo social, incluso en la política. El imperativo neoliberal ‘sé feliz’ esconde una exigencia de rendimiento, intenta evitar cualquier estado doloroso y nos empuja a un estado de anestesia permanente. (2021, p. 27)

Además, se añade una circunstancia, un desplazamiento que acelera el proceso: ya no se muere en casa, entre los deudos, sino en el hospital, solo. Este lugar, hasta entonces un espacio de asilo a miserables y peregrinos, es donde se procuran los cuidados que no se puede recibir en el hogar. Foucault, en *La vida de los hombres infames* (1996) destaca el hecho de que el hospital como instrumento terapéutico es un fenómeno que data del siglo XVIII. Previamente, no tenía una función curativa, sino que su impronta era religiosa y de exclusión. En tal sentido, cabe distinguir dos tradiciones separadas: la médica y la hospitalaria, ya que solo posteriormente el hospital se medicaliza. A partir de la hegemonía brindada a intervención hospitalaria, se abandona poco a poco la escena ceremonial. La muerte se vuelve un fenómeno técnico, conseguido por el cese de los cuidados, siendo una decisión del médico y su equipo. Ha sido descompuesta, dividida en etapas, de las cuales, “no sabemos cuál es la auténtica: cuando ha perdido la consciencia o en el último aliento. Esas pequeñas muertes silenciosas han reemplazado la gran acción dramática de la muerte” (Ariés, 2007, p. 86). En adelante, las manifestaciones del luto son condenadas, tienden a desaparecer. Conviene evitar la emoción: “uno solo tiene derecho a conmoverse en privado, es decir, a escondidas [...] una pena demasiado visible no inspira ya piedad, sino repugnancia” (p. 87). La conclusión general del historiador apunta a que no es la indiferencia lo que genera esta huida, sino todo lo contrario. La muerte se ha convertido en un tabú, reemplazando en el siglo XX al tabú de la sexualidad: “cuanto más se

liberaba la sociedad de las contracciones victorianas en relación a la sexualidad, más rechazaba asuntos de la muerte” (Ariés, 2007, p. 89).

Es un hecho a destacar que el emerger del espacio hospitalario como núcleo emanador de relaciones sociales y de poder, repercutió también en la función del médico, instaurando lo que se ha denominado como modelo médico hegemónico (Ceriani Cernadas, 2001). La iniciativa en torno a este acontecimiento pasa primero del moribundo a la familia, y finalmente a los médicos, siendo ellos los dueños de la muerte, el momento y las circunstancias. Anexamente, la muerte pasa de ser un episodio a un proceso prolongado, extendiéndose por años o incluso una década, dependiendo de la enfermedad (Días, 2018). En este contexto, se vuelve necesaria una mayor asistencia.

La revolución científica y tecnológica del siglo XX produjo grandes avances en el estudio de las enfermedades. Sin embargo, una consecuencia de ese progreso ha sido la deshumanización de la medicina, además de una encarnizada lucha contra la muerte, en un intento por controlarla y evitarla. Los médicos buscan todas las formas y alternativas para mantener con vida al paciente, considerando la muerte como un fracaso (Bayés, 2001). Así, existen prácticas asistenciales sostenidas en encarnizamientos terapéuticos desmedidos y desproporcionados. Muchas veces, los profesionales de salud reproducen en sus intervenciones un sentimiento omnipotente de poder frente a la muerte. Para Dulitzky “el problema social de la muerte resulta un problema difícil de resolver. La muerte es un problema de los vivos” (2023, p. 28). Es en este contexto donde surgen los cuidados paliativos.

Surgimiento de los cuidados paliativos

Resulta pertinente introducir el concepto de *dispositivo*, el cual es definido como:

En primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones, reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en síntesis, tanto lo dicho como lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo [...] es la red que se puede establecer entre los elementos [...] El dispositivo es justamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre esos elementos heterogéneos [...] Por último, en un momento histórico dado, ha tenido como función principal, la de responder a una urgencia [...] tiene pues, una función estratégica dominante. (Foucault, M. 1983. p. 184)

Es posible considerar a los cuidados paliativos como un dispositivo, en el sentido que le imprime Foucault al término. Como todo dispositivo terapéutico, su emergencia en determinado contexto histórico, intenta responder a una urgencia y a la demanda de los sujetos por ella asistidos. Por otro lado, busca dar cierto tipo de respuesta a una problemática social, antigua y actual (Negro, 2008). Encarnizamiento terapéutico es como se ha denominado al exceso de la medicina curativa a partir de la tecnologización. Los cuidados paliativos surgen como un intento de oposición y límite a la tecnificación del cuidado y de la asistencia médica. Y, a la vez que intentan humanizar la práctica médica, han instaurado una nueva forma de morir.

En cuanto a los orígenes de los Cuidados Paliativos, también llamado Movimiento Hospice por los anglosajones, tiene un árbol genealógico preciso. Se puede considerar precursores a los hospicios medievales del siglo XII y más tarde, durante el siglo XIX, a los hospicios de Dublín y Londres (Centeno Cortes, 1997). Como se ha mencionado previamente, estos tenían por función ser lugar de refugio y descanso para viajeros, peregrinos, pobres y enfermos. Es decir, individuos excluidos de la sociedad e ignorados por la medicina. Estaban basados en “un modelo de organización caritativo-cristiano. Alojaban, alimentaban y ponían énfasis en el bienestar espiritual” (Mertehikian, 2007, p 7). En 1940, en dichos hospicios de Londres, trabajó Cicely Saunders: enfermera, trabajadora social, y luego médica, considerada pionera de los cuidados paliativos.

La internacionalización del movimiento se inaugura a partir de conferencias brindadas por Saunders en universidades. Su implementación asume características

determinadas en cada país, teniendo en cuenta variables históricas, culturales, socio-económicas, políticas, y lingüísticas que le son propias. La designación de *cuidados paliativos* se debe a que “describe mejor la filosofía del cuidado que se otorga a los pacientes que el concepto hospice, más ligado a la estructura física de una institución” (Mertehikian, 2007, p. 8). Por otro lado, muchos países han tenido una dificultad para introducir los Cuidados Paliativos en el sistema de salud público. En América Latina, específicamente en Argentina, comienzan a establecerse este tipo de cuidados a partir de 1985, con la vuelta de la democracia. En 1994 se crea la *Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos* (AAMYCP) con el objetivo de “convocar y reunir a todas las personas que estén trabajando en cuidados paliativos en nuestro país” (Merteheikian, 2007, p. 9).

Los objetivos centrales de los cuidados paliativos, se sitúan en torno a la prosecución de un cuidado compasivo y eficiente hasta la muerte, sostenido en la idea de dignidad del sujeto. Así, se formalizan la inclusión del proceso de morir en el campo de las intervenciones sanitarias. Entonces, la muerte y los moribundos pasan a ser objeto de la mirada médica, se constituyen en asunto de intervenciones clínicas, complejizando el modelo asistencial. Se vuelve fundamental la constitución de equipos interdisciplinarios, intentando retomar los fundamentos de la medicina entendida como una praxis humanista, no centrada en una patología o enfermedad, sino en el sujeto. Resulta necesario promover su alcance y complejización dada la existencia de un conjunto de pacientes en expansión, que aún transita el final de vida sin este derecho garantizado.

A lo largo de los años, el rol de los cuidados paliativos ha cambiado: si bien en un principio eran sinónimo de cuidados en situaciones terminales, en la actualidad refieren a la atención durante todo el curso de una enfermedad potencialmente amenazante para la vida, desde el diagnóstico hasta la muerte. Por ello, han sido definidos como el “abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, mediante la temprana identificación y evaluación precisa del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (OMS, 2002). La expresión *enfermedades amenazantes para la vida* pretende incluir a otras patologías además del cáncer. Dicha acepción integra la preocupación por el tema de la calidad de vida, en el contexto de estas enfermedades, incluyendo el foco de asistencia tanto a la persona enferma como a su núcleo familiar y reconociendo las múltiples necesidades que se refieren a los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En relación a esto, De Simone (2015) señala la coincidencia temporal entre el nacimiento de los Cuidados Paliativos y el albor de la Bioética, lo que no resulta casual, ya que ambos constituyen una respuesta al avance progresivo de la tecnología y la ciencia, intentando redimensionar una visión compasiva frente al sufrimiento humano, que potencie la autonomía y autodeterminación del sujeto enfermo. El autor, afirma que “al *principio de beneficencia* que sostenía el hospice antiguo, se suma el *principio de autonomía* en la propuesta del nuevo movimiento hospice fundado por Cicely Saunders” (2015, p. 4). Algunos autores han propuesto el concepto de *Atención Paliativa*, término que incluiría la exigencia de accesibilidad, sostenida en el *principio de justicia*, lo que implicaría gestionar desde la política de salud la identificación y atención de aquellos miembros de la población que requieran estos cuidados. Sin embargo, “a pesar de los buenos resultados y de una base de conocimiento cada vez mayor, todavía son escasas su adopción y difusión” (De Simone, 2015, p. 6). Según datos consignados en el *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica*, en Argentina, la fragmentación del sistema de salud, así como diferencias en calidad de atención, resultan en un desarrollo desigual de estos cuidados a lo largo del territorio nacional (Pastrana, 2021).

Cuidados Paliativos y Derechos Humanos. Legislación Argentina

Es necesario considerar a los cuidados paliativos como un derecho impostergable. Se incluyen dentro de principios básicos tales como el derecho a la salud

y a una calidad de vida adecuada. En el contexto internacional, diversos organismos, como la OMS y sectores de la sociedad civil, han tratado el tema en foros internacionales. La accesibilidad a los mismos resulta fundamental. El cuidado paliativo dignifica a pacientes en situación de sufrimiento, y debe ser reconocido como un derecho humano, bajo sistemas legales internacionales.

Se puede afirmar que los *Derechos Humanos*, son el conjunto de derechos iguales e inalienables, reconocidos en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1984), con jerarquía constitucional en el país. Son atributos de la persona por el simple hecho de serlo, sin distinción de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social. Tienen por características ser: universales, irrenunciables, integrales, interdependientes, indivisibles y jurídicamente exigibles. Velar por su efectivo cumplimiento es responsabilidad del Estado. Por consiguiente, el mismo debe “tutelar no solo el valor de la vida sino también la calidad de vida” (Dulitzky, 2023 p. 49). Quesada-Tristán (2008) sostiene que los cuidados paliativos son en sí mismos un derecho humano derivado del derecho a la vida y el derecho a la muerte digna.

De igual manera, hay un vínculo entre los Cuidados Paliativos y los Derechos Personalísimos, contenidos tanto en la Constitución Nacional como en la reformulación del Código Civil y Comercial (2014). Se trata de aquellos que de ser quitados al sujeto atentarían contra la personalidad misma. Entre ellos se encuentran: el derecho a la inviolabilidad y dignidad de la persona, el derecho al honor, a la imagen, a la intimidad, a la vida y disposición del propio cuerpo. Estos guardan estrecha relación con el marco conceptual y las prácticas de los cuidados paliativos, en particular, la exigencia al reconocimiento de la dignidad de la persona humana.

En Argentina, se cuenta con un marco regulatorio nacional: la Ley 26.742 de *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud* (2009, modificada en 2012) y la Ley 27.678/2022 de *Cuidados Paliativos*. Dentro de la normativa, se incluye el derecho a recibir cuidados paliativos integrales como parte de la atención de la enfermedad (Ley 26.742, art. 5). Sin embargo, en ocasiones, la legislación puede no ser suficiente. Cada provincia cuenta con autonomía para definir su regulación institucional, por lo cual algunas no han incorporado aún esta asistencia. En relación a las diversas iniciativas realizadas, Dulitzky argumenta que: “no han tenido presupuesto ni supervisión, por tanto, no han sido exitosas en universalizar los cuidados paliativos [...] la integración de estos servicios al sistema general de salud es aún incipiente” (2023, p. 66). Se añade la situación de que, en general, las disposiciones y programas han dado prioridad al ámbito de la atención oncológica, por este motivo los pacientes con otras afecciones han tenido mayores dificultades en el acceso.

En cuanto a la ley 26.742 de *Derechos del Paciente* y su incidencia en los cuidados paliativos, se destaca la regulación de las directivas anticipadas (Art. 11), así como la limitación del esfuerzo terapéutico (Art. 2), instancias factibles de pensarse como herramientas jurídicas, que operan garantizando el derecho a la autonomía y la dignidad, a la vez que permiten regular las intervenciones médicas y tecnológicas. En particular, el establecimiento del consentimiento informado (Art. 5), ha modificado en alto grado las relaciones sanitarias, en un intento por transformar las actitudes paternalistas, que históricamente han vulnerado los derechos de los pacientes. El consentimiento informado, para ser tal, debe cumplir tres requisitos: competencia plena, información veraz y completa, y no coacción. Tal como afirma Di Donato: “para decidir sobre una situación (racionalidad) es esencial comprenderla previamente (información), además brindar consentimiento presupone libertad (no coacción)” (2020, p.51). El ejercicio de la autonomía por parte del paciente implica que sus valores, deseos y preferencias sean determinantes en la toma de decisiones, es decir, que los profesionales no pueden ignorarlos o subestimarlos. En esta línea, De Giorgi sostiene que dicha normativa establece “un derecho fundamental, que privilegia la capacidad del paciente de darse a sí mismos su propia ley, respetando sus deseos en aquellas decisiones que le atañen vitalmente” (2014, p. 16).

Por su parte, la *Ley de Cuidados Paliativos (27.678)* sancionada en 2022, constituye un hito histórico en el país, y un gran avance en la región. Se propone como objetivo garantizar el acceso a prestaciones integrales de cuidados paliativos a todos los pacientes que lo requieran. A lo largo de sus once artículos, se afirma que la asistencia debe desarrollarse de forma interdisciplinaria, centrada en la persona, incluyendo terapias farmacológicas y no farmacológicas. Debe ser promovida en todos los niveles del sistema de atención, y en todo el territorio nacional. Además del hecho de ser una demanda social de largo raigambre, Cosciuc (2023) vincula el contexto de surgimiento de la ley con las complicaciones surgidas a raíz de la pandemia de COVID 19, lo que dio notoriedad pública al tema: “la trascendencia otorgada a los momentos finales [...] a la calidad de vida [...] su prolongación en condiciones no dignas, el entendimiento del dolor insoportable, y la toma de decisiones, en este marco tomaron relevancia y centralidad” (2023, p. 559) Si bien el derecho suele ir a la zaga de los cambios sociales, debe dar una respuesta a los desafíos que ellos suponen (Navarro Floria, 2012)

No obstante, cabe resaltar la importancia de la singularidad de cada sujeto, que los profesionales deben tener en cuenta en sus intervenciones. Desde una lectura psicoanalítica, De Giorgi afirma “toda ley es *universal*, para todos, por lo tanto, no se podrá dejar de atender *lo singular* el caso por caso [...] para evitar caer en universales e ideales uniformantes que vayan en contra del sujeto del deseo” (2013, p.16).

3. 2. **Interdisciplina y Cuidados Paliativos**

La complejidad derivada de los objetivos que se propone el dispositivo de cuidados paliativos, exige inevitablemente un abordaje interdisciplinario. La OMS (2002), en su definición, utiliza la expresión *aproximación de equipo* para referirse al modo en que debe llevarse a cabo esta asistencia.

Cabe diferenciar los conceptos de interdisciplina y multidisciplinaria, para evitar confusiones. Según Elichiri (1987) el enfoque multidisciplinario es aquél caracterizado por la simple yuxtaposición de áreas de conocimiento, en el que cada disciplina se dedica a su especialidad, sin que haya una relación que evidencie modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. Esto resulta en un aislamiento respecto de la sociedad, y en una visión atomista de la realidad. A su vez, la interdisciplina surge ante “la demanda social, frente a situaciones de problemas cada vez más complejos y por la evolución interna de las ciencias [...] la orientación interdisciplinaria puede favorecer la integración y producción de conocimientos [...] parte de problemas y no de disciplinas” (Elichiri, 1987, p. 3). Para que esta aproximación pueda concretarse, es necesario que cada disciplina interviniente se encuentre nítidamente identificada y estructurada. Enuncia requisitos del enfoque interdisciplinario: trabajo en equipo, intencionalidad, flexibilidad, cooperación recurrente y reciprocidad. Desde la misma perspectiva, Stolkiner (1999) afirma que la sumatoria de saberes heterogéneos no constituye un abordaje interdisciplinario, sino que debe existir una construcción conceptual común del problema, el cual supone un marco de representaciones entre las disciplinas, una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis y su interacción. Sostiene en este sentido, la necesidad de ser *indisciplinado frente las disciplinas* debido a que los problemas que se presentan no son objetos sino “demandas complejas y difusas, que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (1999, p. 2). La orientación interdisciplinaria requiere un esfuerzo constante, no se da de una vez y para siempre. A la vez, implica ciertas renunciaciones, principalmente el considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, debiendo reconocer su incompletud.

Es por ello que el dispositivo terapéutico de cuidados paliativos se encuentra conformado por una diversidad de profesionales. Aunque existen disciplinas que siempre están presentes (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, etc.), la composición del equipo se evalúa caso por caso, y puede variar de acuerdo a la continua

evolución del campo. Según Dulitzky (2023) desde su surgimiento, pese a su conformación interdisciplinar, los cuidados paliativos “han presentado un mayor desarrollo en el campo médico. Las demás disciplinas [...] no han desarrollado el mismo nivel de producción que la medicina, tendiendo a producir una suerte de complemento del saber médico sobre la muerte” (p. 39). Sin embargo, el abordaje médico, aunque fundamental, por sí solo resulta insuficiente, dado que el objetivo que se asume implica un enfoque multidimensional. Bayés, por su parte, asegura: “no se trata de todos hacer todo. Hay funciones y tareas compartidas y otras que serán específicas de las diferentes disciplinas que constituyen el equipo interdisciplinar” (2001, p.138).

La propuesta aboga por el cuidado en un sentido integral, en todas sus dimensiones. Cuando la expectativa médica no es la curación, surge el concepto de calidad de vida como objetivo rector de la planificación. En este sentido, no es posible sostener una práctica basándose en principios generales y absolutos, sino que es necesario contemplar la particularidad. Cada paciente es un sujeto que “experimenta sufrimiento psicológico, con una familia a su alrededor, que puede tener demandas sociales insatisfechas, y una infinidad de situaciones pueden intensificar su dolor” (Dias, 2018, p. 16). Este sufrimiento es denominado sufrimiento existencial o dolor total.

Acompañar en cuidados paliativos, requiere la elaboración de una estrategia, que busque integrar diversos aspectos y ofrecer un sistema de apoyo para que sea posible afrontar la enfermedad, así como el período de duelo. Las demandas y necesidades tanto del paciente como de su familia, resultan de una variedad de factores: historias de vida, creencias, valores, situaciones sociales y acceso a la salud, entre otras. Es esencial que los miembros del equipo se encuentren capacitados para identificar prioridades, si se poseen recursos que le permitan manejar la situación y brindar los cuidados necesarios, manteniendo la comunicación. De igual manera, la práctica de los profesionales debe guiarse en la atención y respeto a los principios bioéticos. Según Dias, el médico puede ser “depositario de poderes sobrehumanos [...] aunque él conozca sus limitaciones frente al desarrollo de la enfermedad” (2018, p.18). Por su parte, Nocera (2021) relata que los médicos romanos utilizaban la simbología en sus prescripciones, por ello las recetas se encuentran encabezadas con *Rp/*. La letra latina *R* representa la inicial de la palabra *Récipe*, que significa *reciba usted*. Posteriormente, dos elementos fueron agregados: la letra *p* (evocando la palabra *recipe*) y luego, la barra a la izquierda, símbolo del rayo de júpiter:

Este rayo funcionaba como un elemento recordatorio de la existencia de fuerzas superiores a la meramente humana [...] Desde hace siglos, con el desarrollo de la ciencia, la noción de dios como última palabra para decidir o no la mejoría de una persona, fue abandonada [...] no debemos olvidar la */*. Es necesario poner un límite al quehacer del médico. Para que no se vuelva encarnizamiento terapéutico (Nocera, 2021 p. 69).

El trabajo en cuidados paliativos puede generar en el profesional de salud, reposicionamientos y reflexiones acerca de su práctica, así como de la relación entre vida, muerte y sufrimiento en nuestra cultura. Asimismo, es de gran importancia que todos los profesionales estén al tanto de los abordajes de otros miembros del equipo, para poder mantener un *lenguaje en común* al momento de dialogar con la unidad de tratamiento (Dias, 2018). Según Nocera: “nadie está tan obligado como el médico a explicar lo que hace [...] a hablar de lo que hace” (2021, p. 13).

Tal como ha sido destacado, la comunicación asume un papel preponderante en el marco paliativo, siendo un elemento fundamental para garantizar una atención integral, ética y respetuosa. Por lo tanto, la adquisición de habilidades comunicativas puede considerarse un componente esencial en la praxis de los profesionales de salud abocados al área.

Comunicación

La comunicación en el ámbito de la salud, y particularmente en cuidados paliativos, adquiere la relevancia de un acto clínico. Se trata de un procedimiento que

afecta al paciente, es en palabras de Nocera (2021): “una intervención en toda la amplitud del término [...] comunicar, en salud, es poner a disposición del otro, datos, prácticas, opciones, que tienen que ver con la vida y la muerte” (p. 81-82). El ejercicio profesional, supone el aprendizaje de ciertas habilidades técnicas, entre ellas, la habilidad para comunicar información. Sería deseable que sea una actitud establecida, consolidada, un deber ético-profesional, y que se tenga cuidado con las palabras que se van a utilizar. La comunicación es la clave para que el paciente y su familia puedan tomar decisiones sobre el tratamiento, y cómo afrontar el proceso de la enfermedad. Según Vargas (2010) lo más importante es que sea abierta, en ambas vías, desde el paciente hacia la familia como del paciente hacia su equipo de salud y viceversa.

La comunicación en el campo paliativo puede ser un tema difícil de abordar, pues se da en un escenario complejo. De acuerdo con Bayés, a pesar de los avances tecnológicos de la época actual, los profesionales “no se encuentran cómodos si tienen que hablar con sus pacientes de algo tan cotidiano como la muerte [...] La muerte real, existencial, constituye incluso en los ambientes sanitarios, un tabú social” (2005, p. 7) Refiere además, que muchos médicos carecen de habilidades de comunicación, y no saben explicar correctamente la situación, ya que están entrenados para contemplar la muerte como un fracaso, y con frecuencia utilizan métodos agresivos para tratar a sus pacientes. En este sentido, la voluntad y la experiencia no son condiciones suficientes para un buen acto comunicativo, sino que esta debe construirse, mediante un proceso. Se ha sostenido que comunicar bien las *malas noticias* es una habilidad que puede aprenderse. Sin embargo, es fundamental no asumir, a priori, qué constituye una buena o mala noticia para alguien, ya que la significación que se le atribuye a un evento o situación, depende en gran medida de la subjetividad de cada persona. Desde el psicoanálisis, Dulitzky (2023) introduce la diferencia entre información, saber y verdad: lo único accesible para el médico y donde se debe centrar el proceso de comunicación es la información “la verdad y el saber, son privativas del sujeto y la información es lo que eventualmente puede y debe circular en el contexto de la relación médico-paciente” (p. 73)

Bondaz (2018) destaca el hecho de que, en la comunicación en salud, no sólo importa lo que se dice, sino que también “evaluar cómo lo decimos, los gestos, los silencios, el contacto físico, el tono y la postura” (p.17). Por ello, en cuidados paliativos deben seguirse ciertos criterios. Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, (2000) establecen condiciones:

Brindar información es útil cuando es demandada por el enfermo y su suministro es terapéutico [...] debe ser proporcionada por el agente adecuado [...] continuada y abierta, fluida, buscando clarificar el significado de los síntomas o procurando solucionar las preocupaciones [...] es importante explicar lo que pasa con cada una de las quejas del paciente (produce dominio y posibilidad de control del sufrimiento, y da seguridad en la eficacia profesional) [...] Dar mensajes sobre la posibilidad de alivio o control del sufrimiento, sin que implique mentiras (nunca hablar de aumento del período de supervivencia o curas irreales)”. (p.24)

A menudo, los problemas de comunicación resultan fuentes de dificultad de las relaciones interpersonales, y son, como plantea Palacio González (2020) “un factor determinante de la relación médico-paciente-familia, dentro de la experiencia de enfermedad y del proceso de morir” (p.8). La autora menciona la importancia de considerar los protocolos establecidos para la comunicación, como el *Protocolo Spikes-Epicee* y la *comunicación empática y compasiva* en este campo. Los cuidados paliativos se basan en un trípode: “manejo de la comunicación, control de síntomas y acompañamiento creativo de la unidad de cuidado” (Arévalo, 2021, p. 3).

Es posible apreciar, tal como ha sido expuesto hasta el momento, que el trabajo de los profesionales en el campo paliativo comporta una serie de desafíos, requiere de formación específica, y el desarrollo de determinadas habilidades.

Desafíos

Existen una serie de circunstancias que, al decir de Barreto y Soler (2003) matizan la actuación interdisciplinaria en cuidados paliativos. Por un lado, los profesionales deben desarrollar diferentes estrategias en función de las características de los pacientes. Además, en ocasiones, las intervenciones deben realizarse en períodos de tiempo breves, lo cual requiere que se actúe con prudencia y lo más eficientemente posible en tales circunstancias, siendo necesaria la formación específica. Añaden la importancia de trabajar en conjunto y coordinadamente, para lo cual es valiosa la comunicación continua y fluida entre miembros del equipo, y de estos con el paciente y la familia. El funcionamiento de los equipos “es crucial como protector frente al síndrome de burnout, que puede producirse ante estas situaciones” (p. 137). En la misma línea, Ortega Ruiz y López Ríos (2005), aseguran que las dificultades y especificidades del trabajo en esta área pueden afectar al personal sanitario. Cabe resaltar la importancia de tener en cuenta los principios bioéticos frente a las situaciones que se presentan, especialmente el respeto a la autonomía, así como recordar que “las propias actitudes de los profesionales ante el fenómeno de la muerte pueden condicionar su actuación profesional” (Barreto y Soler, 2003, p. 138). Esto implicaría el trabajo sobre sí mismos, particularmente la importancia del análisis personal y la supervisión. Por su parte, Canizales (2019) realiza un estudio de caso tomando aportes de la psicología humanista y de la terapia Gestalt, concluyendo que intervenir en el campo de cuidados paliativos puede impactar en la vida personal y profesional, siendo necesario que se brinde acompañamiento al profesional para la “exploración de las emociones vividas [...] dándoles espacio y tiempo para que compartan sensaciones experimentadas [...] logrando potencializar la toma de consciencia e integración de los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales” (p. 27).

Acompañar a pacientes con enfermedades progresivas, así como a sus familias, requiere de habilidades personales y profesionales, para abordar la situación y la angustia que pueden suscitarse. Es posible que se presente cierto agotamiento profesional ante el sufrimiento y el dolor, lo que requiere de constante reflexión y análisis. Según García Pérez, (2020) es beneficioso disponer de recursos personales que permitan afrontar las situaciones de impacto emocional. Para ello, destaca el concepto de autocuidado, que, según investigaciones, los profesionales de cuidados paliativos consideran una práctica muy valiosa. Se trata de “actividades que llevan a cabo individuos, familias, comunidades, con la intención de mejorar la salud, prevenir enfermedades o reducir la enfermedad” (p. 44). Implica una variedad de estrategias para promover la propia salud y el bienestar. Los cuidados paliativos pueden considerarse una práctica en donde cuidar a otros requiere cuidarse a sí mismos, ya que la propia historia y la subjetividad ocupan un lugar de relevancia en el quehacer (Pérez García, 2020). Menciona la existencia de facilitadores para el desarrollo del autocuidado, tales como una cultura laboral que habilite, que normalice el descanso, promueva la reflexión y la autoevaluación. También refiere a obstáculos, como la falta de planificación y no propiciar espacios de análisis sobre la práctica dentro y fuera del espacio laboral. Por último, destaca la importancia de fomentar estrategias para fortalecimiento del autocuidado, siendo las principales: el trabajo en equipo (que implica compartir e intercambiar experiencias), la supervisión y/o co-visión, y la gestión de espacios y actividades de recreación.

El psicoanálisis orienta a sostener una escucha, en cuidados paliativos, desde la neutralidad y abstinencia, como legados de la enseñanza freudiana. Esto permitiría “acompañar un final [...] con la férrea apuesta a que el sujeto muera de vida y no de muerte” (Dulitzky, 2023, p. 156). Según la autora, la preocupación por el impacto en los profesionales en el acompañamiento de pacientes en fin de vida, han sido mayormente tematizados bajo la cuestión del síndrome de Burnout y el síndrome de desgaste por empatía, sin embargo: “se trata de volver sobre la escena, en donde la asistencia del paciente gravemente enfermo, convoca al profesional a un encuentro con su propia percepción de finitud” (p. 156). Para Di Donato (2020) confrontar situaciones en donde

la angustia enlazada a la posibilidad de la muerte se vuelve ineludible, ocasiona efectos subjetivos en el profesional. Por ello es importante “dialogar una y otra vez sobre los pacientes, supervisar, hacer circular el malestar para que nuestras intervenciones no queden tomadas por esa inminencia de la muerte” (p. 53).

3.3 El Psicólogo en Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos plantean la preocupación por el alivio del sufrimiento, en personas diagnosticadas con enfermedades que amenazan la vida, así como a sus familias. En este marco, la Psicología se constituye como una disciplina fundamental en la conformación de los equipos asistenciales, tomando un lugar relevante en la consolidación del cuerpo teórico que sostiene la práctica. Si el dispositivo persigue el objetivo de un abordaje integral del padecimiento, en tal intento, los aportes de dicho campo de estudio resultan centrales. Desde su origen, los cuidados paliativos se vinculan a las problemáticas que la muerte plantea en términos de subjetividad y afectividad. La inclusión de la psicología se formaliza con el aporte del concepto de sujeto (Dulitzky, 2023), así como en el abordaje y tratamiento de las manifestaciones anímicas y subjetivas que surgen en el transcurso de la enfermedad.

Sin embargo, existe una distancia entre las intervenciones clínicas y su formalización discursiva. Aunque la consideración de los aspectos psicosociales y la asistencia psicológica a la unidad de tratamiento son elementos esenciales en este campo, no queda claramente definido quien es el responsable de prestar tales servicios: “a diferencia de la atención médica y enfermería, el apoyo psicológico no está asignado exclusivamente a los psicólogos. Por el contrario, se espera que todos los profesionales adquieran conocimientos básicos sobre el funcionamiento psicológico” en el marco de esta asistencia (Dulitzky, 2023. p. 40). Es importante sostener que la presencia de psicólogos en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, de forma permanente, es requerido como una necesidad. Según Bayés (2005) es una cuestión de racionalidad, eficacia y justicia. A su vez, implica la preparación y eficiencia de los profesionales. Por tanto, la psicología en cuidados paliativos es aún un territorio por desarrollar, un lugar por ocupar y un derecho disciplinar a defender (Dulitzky, 2023).

En relación a la situación actual y el contexto en el que los psicólogos deben incluirse, Etcheverri (2023) menciona que, aunque los cuidados paliativos en América Latina se iniciaron entre la década del 80 y 90, en los últimos años se ha acelerado su avance. A pesar de ello, aún no está garantizado el acceso universal, y tampoco su reconocimiento por parte de los estados. Si bien en casi todos los países de la región hay algún tipo de formación en cuidados paliativos (maestrías, diplomados o cursos), no todos reconocen la especialidad, ni tienen una materia específica. Por otro lado, sólo algunos de ellos poseen una ley nacional de cuidados paliativos, la cual fue recientemente aprobada en Argentina. En el marco de estas leyes, se destaca el abordaje interdisciplinario en el que se sostienen, así como el hecho de que, para efectivizar la atención integral, es condición incluir al profesional de Psicología, que tenga formación específica y las competencias requeridas para ello.

Funciones y competencias del Psicólogo Paliativista

Teniendo en cuenta la falta de consenso acerca de los conocimientos que deben contemplar los programas de formación, lo cual impacta en la identidad e inserción profesional, la *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos* ha desarrollado una investigación acerca de las funciones y competencias que definen el quehacer de los psicólogos paliativistas. Además, el hecho de no estar delimitado el alcance su función, incide a la hora de valorar la incorporación de psicólogos a los equipos, y regular honorarios justos. Asimismo, la falta de claridad respecto a la especificidad del aporte que realiza esta disciplina a los cuidados paliativos, genera dificultades en el trabajo interdisciplinario, como la superposición de intervenciones con relación a disciplinas afines, o el uso inadecuado de herramientas propias de la psicología por parte de agentes de salud no psicólogos, entre otras. A partir de un diagnóstico de la situación

actual, Etcheverri (2023) manifiesta: “se pone en evidencia la necesidad de darle al psicólogo paliativista el statu quo de especialista, lo que implica delimitar con precisión su quehacer profesional en los cuidados paliativos y especificar los *conocimientos, habilidades y actitudes* necesarios para desempeñarse” (p. 12)

Según Specos, el concepto de competencias “concibe el conocimiento como un saber complejo, multidimensional, que opera en la incertidumbre, que remite a la interdisciplina, comprometido con la acción y orientado a la resolución de problemas reales” (2023, p. 13). Siguiendo a Le Boterf (2002), una competencia implica: un saber, un saber hacer, un saber actuar siguiendo ciertos valores y una forma de hacerlo validada en un contexto profesional particular. En este sentido, cada competencia refiere a un conjunto de componentes que se entrelazan y coexisten en forma compleja. Ser competente en un aspecto determinado, implica saber hacer, basado en un saber fundamentado conceptualmente, con una actitud y una disposición acorde a un marco de valores disciplinar al que adhiere, y con capacidad flexible de leer el contexto, así como sus posibles aplicaciones. Implica también, la reflexión sobre la intervención realizada, lo sucedido, sus efectos y los factores intervinientes en ese desenlace. Aún así, el profesional puede y debe seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida, lo cual es un requisito indispensable para seguir aumentando su idoneidad.

A partir de la revisión conceptual de documentos internacionales sobre cuidados paliativos, encuentros de debate e intercambio de experiencias, así como de la realización de una encuesta de opinión y su posterior discusión, se llegó a la conclusión de que el psicólogo que se desempeña en cuidados paliativos, tendría dominio sobre tres tipos de competencias: competencias propias de la psicología como disciplina, competencias propias de los cuidados paliativos (comunes a todas las disciplinas), y competencias específicas del psicólogo especialista en cuidados paliativos. Asimismo, se definieron seis competencias y seis funciones. En cuanto a las competencias específicas se encuentran las siguientes: 1. La atención del proceso psicológico de adaptación de la persona enferma y su entorno significativo en todas las etapas del proceso de enfermar y de morir, desde el diagnóstico. 2. Abordar los procesos afectivos, relacionales, cognitivos y comportamentales asociados a la comunicación de las malas noticias y en el vínculo terapéutico. 3. Diagnosticar y tratar psicopatologías específicas atravesadas por una enfermedad que limita la vida. 4. Evaluar e intervenir sobre el impacto que genera el trabajo en cuidados paliativos. 5. Abordar problemáticas psicológicas complejas en el contexto de los cuidados paliativos. 6. Problemas éticos inherentes a la dimensión psicológica que se presentan en el actuar profesional del psicólogo en el campo de los cuidados paliativos (Etcheverri, 2023).

Las competencias definidas dan cuenta de los dominios que desarrolla el psicólogo en cuanto a la función clínica, la cual resulta crucial. No obstante, además de la tarea asistencial, el profesional también desempeña otras funciones de gran importancia. A partir del trabajo investigativo realizado, se definieron las siguientes: 1. *Atención clínica*, la cual debe realizarse desde un paradigma múltiple y complejo. La misma debe sostenerse en el respeto hacia la autonomía y diversidad, tanto del paciente como de su entorno significativo, y teniendo en cuenta las demandas sociales contemporáneas. 2. *Supervisión*: Implica orientar a otro profesional o equipos frente a su práctica clínica, por cuestiones técnicas, éticas o de implicación subjetiva. 3. *Cabildeo*: Significa abogar y dar a conocer los cuidados paliativos, promoviendo su accesibilidad para toda la población como un derecho humano, visibilizando, además, la importancia de la tarea del psicólogo dentro del campo, y su inclusión como parte indispensable de esta atención integral. 4. *Educador, capacitador, docente clínico*: Se requiere formar y transmitir conocimiento a otras generaciones de psicólogos, así como a otras disciplinas, tanto en el ámbito académico formal como en contexto de enseñanza en la práctica clínica. 5. *Investigador*: Supone contribuir en procesos investigativos del cuidado paliativo, a nivel disciplinar e interdisciplinar, dando cuenta de la evolución, cambio y necesidades en el contexto de intervención. 6. *Gestión*: Conlleva la capacidad de evaluar, desarrollar e intervenir en proyectos y actividades grupales, con la finalidad

de promover la inclusión de los psicólogos en el área. Se agrega la capacidad de generar herramientas, procesos de evaluación, proyectos de intervención, planificación, implementación y gestión. Evaluar necesidades de la comunidad frente al cuidado paliativo y la psicología, desarrollar proyectos que apunten a esas necesidades, la participación del profesional en las políticas de salud, y la inserción de la psicología en cuidados paliativos en el campo educativo y en el colectivo profesional (Etcheverri, 2023). La investigación ha concluido que, además de la formación específica es importante la experiencia que los profesionales adquieren de manera práctica en la atención a pacientes, y la carga laboral dedicada al área.

Los estudios realizados permiten establecer acuerdos y construir marcos de referencia general sobre la función del psicólogo paliativista. Sin embargo, es importante destacar que las particularidades se deben adecuar a la realidad sanitaria, la legislación vigente, y el contexto donde se desempeñe el profesional. El involucramiento de disciplinas ajenas a la enfermería y medicina es mucho más reciente, lo cual “es determinante a la hora de definir el lugar del psicólogo en el equipo ya que, de alguna manera, continúan en reconocimiento y construcción” (Etcheverri, 2023. p 63). Se ha destacado la preeminencia de la función asistencial, aún así, el psicólogo posee incumbencias que requieren de la apertura de nuevos espacios de debate y discusión.

3. 4. Aportes del psicoanálisis a los cuidados paliativos

Si vis vitam, para mortem (Freud, 1992)

Lo interesante, lo original, sería que alguien amenace a uno con la inmortalidad
(Borges. J. 1988)

Freud afirma en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* que el psicoanálisis no ha tenido la pretensión de constituirse como un saber o poder-hacer absoluto, completo y concluido. Por el contrario, “estamos dispuestos a admitir imperfecciones [...] a aprender cosas nuevas y modificar nuestros procedimientos, toda vez que sea necesario” (1992A, p. 155). Estima, además, que en algún momento la sociedad reconocerá que todos tienen derecho a acceder a la terapia anímica, haciendo énfasis en la intervención del Estado, situando como obligatorios tales deberes. Cuando esto suceda, debe adecuarse la técnica a nuevas condiciones: “cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia, no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis” (p. 163). Considerando las posibilidades que el autor plantea en torno al psicoanálisis, es posible retomar algunas contribuciones para comprender los procesos psíquicos de los pacientes en cuidados paliativos, y explorar posibles intervenciones desde esta praxis. En este sentido, cabe preguntarse: ¿Por qué el encuentro con algo que es la única garantía con la que se nace (la posibilidad de morir) resulta siempre en desencuentro y adquiere valor de trauma o de catástrofe?

Una de las grandes revoluciones que produjo el psicoanálisis se sitúa en torno a la noción de *sujeto*. Tal es así, que a partir del descubrimiento del inconsciente, se subvierte la concepción clásica: ya no se trata del sujeto del conocimiento, de la racionalidad cartesiana, sino que se presenta la idea de un sujeto escindido, descentrado respecto de la consciencia. Freud, a través del estudio del inconsciente y sus manifestaciones, como el sueño, los chistes y los lapsus, genera un quiebre con la idea de un sujeto total, que puede conocer y saber la verdad. Este sujeto del psicoanálisis “tampoco podrá coincidir con la noción de individuo de la perspectiva biológica, ni con la de persona, o con lo que en el discurso del derecho nombra como sujeto jurídico” (Dulitzky, 2023, p. 80). Sobre la cuestión de la muerte, habría una falta de inscripción significativa, una imposibilidad en su representación, lo que introduce la problemática para el hombre de la pregunta por su propia finitud. Esta idea implica “una pregunta sin posibilidad de respuesta anticipada [...] un agujero en la representación [...] Frente a esto, solo será plausible organizar alguna sutura fantasmática” (Dulitzky, 2023, p. 81).

Los desarrollos psicoanalíticos acerca de la posición del hombre frente a la muerte, tienen lugar en el período en el que Freud desarrolla la metapsicología, en particular, a partir de la experiencia de la guerra. En *De guerra y muerte. Temas de actualidad* (1992B) introduce la problemática de la *desilusión* ante la consciencia de la condición humana, que barre con una ilusión narcisista de inmortalidad: “Estábamos dispuestos a sostener que la muerte es el desenlace necesario de toda vida [...] En suma, que la muerte era algo natural, incontrastable e inevitable” (p. 290) Sin embargo, se ha manifestado una tendencia a eliminarla de la vida. La muerte propia no se puede concebir: “tan pronto como intentamos hacerlo, podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores” (p. 290). Existiría entonces cierta dificultad para computar la muerte en el cálculo de la vida, debido a la ausencia de inscripción. Así, “nuestro inconsciente es tan inaccesible a la representación de la muerte propia, tan ganoso de la muerte contra el extraño, dividido (ambivalente) hacia la persona amada, como el hombre de tiempos primordiales” (p. 300). Por el afán de rebajar la muerte a la necesidad de contingencia, se resolvería esa desilusión, que puede entenderse como una *herida narcisista*. En relación esto, la posibilidad de morir interpola “no solo al embate contra la fantasía de inmortalidad y completud, sino además, al conocimiento de la imposibilidad de recobrar el narcisismo primario, mítico, inexistente desde siempre” (Dulitzky, 2023, p. 91).

Asimismo, Freud sitúa a la muerte dentro del registro de lo ominoso, definido como “aquella variedad de lo terrorífico, que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo” (1992C, p. 220). Se produciría un viraje desde la angustia hacia el temor. A través de la compulsión a la repetición, lo ominoso deviene lo familiar-desconocido, que aun debiendo permanecer reprimido se ha develado: “Lo ominoso del vivenciar se produce cuando unos complejos infantiles reprimidos son reanimados por una impresión, o cuando parecen ser reafirmados por convicciones primitivas superadas” (p. 248).

En términos económicos, además, se produce un embate a la economía libidinal. Para Dulitzky (2023) el hecho de contraer una enfermedad amenazante para la vida funciona como experiencia de excitación libidinal imposible de dominar o tramitar para el aparato psíquico. En este sentido, cabe preguntarse qué ocurre cuando se trata de enfrentar la posibilidad de la muerte propia. En psicoanálisis, el discurso sobre el trauma surge de forma contemporánea al de duelo, en un contexto vinculado a la guerra. Así, es posible interpretar que el encuentro con la muerte produce ambos efectos relacionados. En relación a esto, la autora propone que la cuestión de la muerte puede leerse en dos vías: por vía del *significante*, desencadenaría los fenómenos del trauma, y por la vía del *objeto*, los fenómenos del duelo.

Trauma

El hecho de no contar con la inscripción de la muerte tiene efectos en el psiquismo, tanto en la constitución subjetiva como en el devenir de la vida del sujeto. Así, hay un vínculo entre dicha ausencia y las situaciones que se generan cuando se presenta esta posibilidad, como en el caso de los pacientes con enfermedades graves. Ante tal encuentro, es posible pensar en coordenadas compartidas con el duelo, con fenómenos alucinatorios y delirantes, con un retraimiento libidinal, y con un trastorno del narcisismo (Dulitzky, 2023). Sin embargo, para la autora, ninguna de ellas abarca concretamente el campo específico de la inexistencia de tal representación, “equiparable solo a la inexistencia del significante de la sexualidad” (p. 94). En tal sentido, el concepto de *trauma* resulta orientador.

En *Más allá del principio de placer* (1992 D), Freud define al trauma como aquellas excitaciones externas, que perforan la barrera antiestímulo, anegando el aparato psíquico de estímulos imposibles de ligar y tramitar. Por otro lado, se destaca la localización particular del trauma, es decir, la falta de delimitación entre el adentro-afuera. El trauma psíquico implica un oscilante y permanente interjuego entre mundo externo e interno. Lo que deviene traumático entonces, es consecuencia de una

específica interacción entre lo fáctico y la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo. Posteriormente en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1992E) postula a la angustia como un factor determinante. Así, lo traumático implicaría una situación de desvalimiento vivenciada:

Tenemos buenas razones para diferenciar la situación traumática de la situación de peligro [...] expectativa de que se produzca una situación de desvalimiento, o la situación de desvalimiento me recuerda a vivencias traumáticas que antes experimenté. Anticipo ese trauma, quiero comportarme como si ya estuviera ahí, mientras es todavía tiempo de extrañarse de él, la angustia es, por una parte, expectativa del trauma, y por la otra, una repetición amenguada de él [...] angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. (Freud, 1992, pp. 155-156)

La angustia entonces, se encuentra enraizada en la experiencia de desvalimiento en la que se sumerge el sujeto, y el trauma es la expresión máxima donde su condición es la falta de apronte angustioso. El desvalimiento implica una situación en donde el sujeto se ve indefenso, invadido, arrasado en su existencia. Puede concebirse a la angustia como afecto de un retorno, un reencuentro inesperado e imposible de percibir, soportar y comprender. Se trata de un encuentro que ocurre por fuera de la simbolización, por lo cual, Lacan más tarde lo conceptualiza como retorno de lo real. Lacan, además, aporta elementos teóricos para entender lo que de estructural hay en todo desarrollo de angustia, es decir, el encuentro con la falta. Por ello, Negro se pregunta “¿Cuál es la angustia típica cada vez que nos topamos con un paciente en trance de morir?: Llamar desamparo a la vivencia que algunos pacientes nos transmiten, parece ser lo más metapsicológicamente adecuado” (2008, p. 137). El autor afirma que la diferencia entre el desamparo original, y el que se encuentra en pacientes de cuidados paliativos, es que esta inminencia de la muerte sólo puede comprenderse como reactivación de la falta estructural. En este sentido, no habría apelación posible al Otro, sino que se estaría en presencia de lo irreductible e irremediable, de cara a una privación simbólica radical.

El trauma es un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, por la incapacidad de responder a él adecuadamente y por el trastorno o los efectos patógenos duraderos en la organización psíquica. Sin embargo, en el contexto paliativo, lo que hay es un acabamiento del tiempo, por eso se distingue este trauma frente a cualquier otro. Se trata de un fenómeno que da cuenta de la existencia de lo real, que implica un sinsentido, cuantitativo y simbólico, quedando por fuera del discurso y del significante (Dulitzky, 2023). Es, además, una experiencia ominosa. Por ello, confrontar tal verdad no puede entenderse más que como una vivencia traumática. En este sentido, Spinelli (2002) escribe acerca de pacientes con diagnóstico oncológico: “quienes padecen esta enfermedad parecen tener prohibida la posibilidad de olvidar lo que el resto olvida día a día, es decir, su propia muerte” (p.27). En este contexto es posible encontrar a un sujeto enfrentado a la pérdida de referencias simbólicas, a expensas del avasallamiento. Surge así el interrogante respecto a qué respuesta puede darse frente a tal encuentro. Este acontecimiento, invita a que algún discurso provea una tramitación posible. El psicoanálisis aporta un concepto fundamental, el deseo:

Avanzando en las posibilidades de volver a organizar una existencia para el sujeto amenazado [...] creemos que la consistencia de la existencia no se logra solo por la restitución de un sentido fantasmático, sino por la restitución del sujeto y su existencia en la dialéctica del deseo. No es el sentido el gran organizador de la vida para alguien, sino el deseo, y su relación con la existencia. Frente a la posibilidad certera de morir, solo hay vida posible para alguien en el marco de su relación con el deseo. (Dulitzky, 2023, p. 100)

Freud, de este modo, afirma: “todo lo vivo muere y regresa a lo inorgánico [...] la meta de toda vida es la muerte, y retrospectivamente, lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo [...] el organismo solo quiere morir a su manera” (1992D, p. 38). En ese

sentido, vida y muerte se encuentran entrelazadas, fusionadas. Para Dulitzky (2023), es posible entender al deseo en el lugar de la vida para Freud. Por fuera del deseo, solo habría muertes subjetivas.

Duelo

Retomando el planteo inicial, la muerte produce para el hombre una doble problemática: la pérdida del objeto de amor y la falta de inscripción de un significante. Por ello, puede comprenderse al duelo aquí como: “un particular recorrido en torno a la pérdida, que ocurre sin la contabilidad de un significante” (Dulitzky, 2023, p. 102).

De esta manera, el duelo posee un carácter de invención. Implica un proceso que se inaugura frente a la pérdida de objeto acaecida. No cuenta con representación simbólica previa, sino que es una escritura única, tanto para ese sujeto como para esa pérdida. Se encuentra en relación con otros eventos, en el campo de la relación de objeto. “¿Por qué este desasimiento de la libido de sus objetos habría de ser un proceso tan doloroso? Sólo vemos que la libido se aferra a sus objetos, y no quiere abandonar los perdidos, aunque su sustituto ya esté esperando”, esto es entonces el duelo (Freud, 1992 F, p. 311). En *Duelo y Melancolía* (1992F) Freud lo define como “reacción frente a la pérdida de una persona amada, o a una abstracción que haga sus veces, como la patria, un ideal o la libertad” (p. 241). Lo diferencia de la melancolía que, no obstante, ocurre frente a las mismas condiciones. Asimismo, realiza una distinción entre *duelo* y *trabajo del duelo*: el duelo ocurre primero, y frente a él, debe realizarse un trabajo de elaboración psíquica. Esta elaboración, apunta a la inscripción de la pérdida. En el caso de paliativos, se añade la dificultad de que el trabajo debe realizarse sin representación previa. El examen de realidad, señala que el objeto amado no existe más, lo que es una exhortación al retiro libidinal. Sin embargo, suele producirse cierta *renuencia*, la cual “puede alcanzar una intensidad tal que produzca un extrañamiento de la realidad, y una retención del objeto por la vía de la psicosis alucinatoria de deseo. Lo normal, es que prevalezca el acatamiento a la realidad” (1992, p. 241.). La conclusión del duelo es planteada como sustitución del objeto perdido: “una vez concluido el trabajo del duelo, la consecuencia para el yo es volverse, otra vez, libre y desinhibido” (p. 245). Por otro lado, para Allouch (1994) esta sería una versión romántica. Propone revisar el concepto de trabajo, y elevar el duelo a la categoría de acto, ya que habría una diferencia entre el trabajo y la subjetivación de la pérdida, que se efectúa cuando a la pérdida del objeto se le adiciona la pérdida de un pequeño trozo de uno mismo en el otro.

En este campo, el duelo propone un pasaje de la pérdida a una falta estructural, e implica un trabajo de rodeo sobre la pérdida como modo de la inscripción de la muerte en el sujeto. Según Lacan “la dimensión intolerable ofrecida a la experiencia humana, no es la experiencia de la propia muerte, que nadie tiene, sino la de la muerte del otro” (1958, p. 131). Además, para Dulitzky (2023), el duelo genera una *mutación subjetiva*, resultando un modo posible o diferente en que el sujeto se posiciona frente a la muerte. Esta mutación sería otro nombre para la sustitución de objeto, es decir, el final del duelo. La autora, advierte que se ha hecho énfasis en pensar al duelo en función de tiempos, fases, pasos o procesos, y a esquematizar distintos tipos de duelos (anticipado, crónico, inhibido, entre otras), lo cual puede considerarse un intento de patologización y una tendencia normalizante, que corre riesgo de perder de vista el gran valor subjetivante del duelo, si no se analiza de forma crítica. Desde el constructivismo, Neymeyer (2007) retoma la *narrativa del duelo*, otorgando especial valor a la construcción de sentido en este proceso, al que concibe como el acto de afirmar o reconstruir un mundo personal de significado, que ha sido puesto en cuestión por la pérdida. Se trata de una resignificación, comandada por dos operatorias: asimilación de la pérdida y acomodación a un nuevo ordenamiento, en el que la pérdida ya está contabilizada.

Es necesario destacar la relevancia de la función del ritual, no sólo en el duelo, sino también como un modo de saber social sobre la muerte con gran contenido simbólico. De modo que, alguien que no puede desarrollar un acto ritual como intento

de inscripción de este acontecimiento, puede enfrentarse a proceso de muerte inconclusa, como ha ocurrido en diferentes momentos de la historia. Según Byung Chul Han (2020) el rito nombra a la muerte, al fallecido, y le otorga al deudo un lugar y un tiempo para el dolor.

Por su parte, para el sujeto gravemente enfermo, este proceso es un hecho que ocurre en el terreno de la angustia: “el sufrimiento existencial en tiempos de muerte certera reproduce de modo amplificado la estructura del duelo, al articular: pérdida del otro (despedida), acabamiento de deseo y pérdida de uno mismo (percepción de muerte certera)” (Dulitzky, 2023, p.145). Se señala una conexión con la melancolía, como modalidad de respuesta frente a esta realidad. La autora comprende a dicha entidad como un modelo teórico para explicar ciertos fenómenos clínicos: “en la melancolía, hay pérdida de objeto sustraída a la consciencia, empobrecimiento yoico [...] ¿Puede ser esto equivalente a la falta de inscripción del significante de la muerte?” (p. 92). Entonces, dolor de existir, melancolización y síndrome de desmoralización, son nombres que darían cuenta de este proceso.

Durante mucho tiempo, se ha excluido a la subjetividad en el campo de las decisiones de fin de vida. Por ello, integrar la noción de sujeto del psicoanálisis, podría producir una revisión conceptual, técnica y ética. Sin embargo, esta dimensión aún no posee tanto consenso, ya que el campo se ha sostenido en la idea de un sujeto más cercano a la persona, como unidad indivisible, que puede dar razón absoluta y completa de sí, aún en estas circunstancias (Dulitzky, 2023). Si bien los cuidados paliativos plantean un primer viraje discursivo al introducir la muerte y el proceso de morir como objeto de la práctica y atención médica, un segundo viraje podría constituirse en torno a no medicalizar la intervención, al considerar la particularidad de la relación de cada sujeto con su propia muerte, incluyendo la idea de un sujeto del inconsciente. Si la definición de sufrimiento no incluye esta dimensión, “no estará circunscribiendo la particularidad del sufrimiento al final de la vida, el cual constituye la marca particular de quien lo padece [...] dato insustituible de la presencia del sujeto” (Dulitzky, 2023, p. 136).

Sobre posibles intervenciones

Aún con la premisa del caso por caso, existe lo típico en situaciones clínicas que habitualmente se abordan en el contexto paliativo y de terminalidad. Por este motivo, se han abordado aquellos conceptos que desde el psicoanálisis se pueden aportar como indispensables y funcionales a tales situaciones de intervención. Según Negro (2008) “el sentido de la vida y la muerte es el que cada sujeto se puede dar o no y, abstinencia mediante, no llenamos ninguna falla primordial, ni con objetos ni con sentido, a sabiendas de tamaña inutilidad” (p.142). En esta línea, Braceras (2006) expresa que, para captar la singularidad es necesario poner entre paréntesis el sentido, la opinión y escuchar al paciente sin ideales prefabricados, así como reconocer en su cuerpo y entorno los lugares donde se afianza la singularidad de aquellos goces, sin cuyo disfrute la vida no vale la pena. Se está en condiciones de afirmar que, en los oficios de trato con humanos, la herramienta debe subordinarse al problema. En este sentido, “para salir de la estereotipia del mercado, que ofrece para todos lo mismo, nos aproximamos a la artesanía del bien-hacer uno por uno” (Braceras, 2006 p. 24). Lo que para un paciente aumenta su malestar, a otro lo puede aliviar. Es por ello que se destaca la importancia de *tomar el pulso* de la relación entre profesionales de salud y el paciente, donde estos saberes pueden producirse. De acuerdo a lo que se haga con esa demanda y con los condicionamientos de la situación donde se inscribe, puede realizarse, o bien un acto ético, o bien la aplicación de una receta desubjetivadora.

Los cuidados paliativos se erigen como un valioso dispositivo que, muchas veces, se hace cargo de los excluidos del sistema de la medicina asistencial curativa. Escuchar, registrar, investigar, dilucidar y buscar modos de tramitar las diversas formas de muerte que la vida engendra, es un deber ético. Así, el contexto de asistencia a pacientes paliativos, también resulta un lugar privilegiado para desarrollar prácticas

preventivas en salud, ya que los efectos de cómo se transmite ese proceso, serán causas concurrentes del estado de salud, enfermedad o complicaciones, y las marcas singulares sobrevivirán y se transmitirán en los discursos familiares. Debido a esto, una posible intervención es hacer lugar, de forma física e institucional, al acompañamiento del grupo familiar, en las instancias de la asistencia a pacientes graves:

Facilitar la cercanía y el diálogo de quienes sostienen una vida en sus cornisas, tiene que ver con la dignidad de esa vida o esa muerte [...] asegura pasar por una etapa vital colectiva, irradia comunidad y el núcleo común de los humanos: la mortal soledad del pasaje a lo incierto, de quien parte, pero también de quienes tendrán que vivir con su ausencia y en duelo. (Braceras, 2006, p. 25)

Resulta esencial comprometerse con intervenciones que territorialicen lazos sociales, que respeten y afirmen la trama de la vida, aún en los confines. Por ello, constituye un gesto vital acompañar un camino que, con distintos paisajes, todos deben recorrer.

A modo de hipótesis, Negro (2008) da cuenta de tres posiciones frente a las situaciones clínicas que se producen en este campo. En primer lugar, la importancia de la *abstinencia y el deseo del analista*: donde se espera una respuesta o técnica justa, una verdad o saber consumado, se debe proponer un trabajo que el paciente decidirá si quiere tomar o no. Destaca la importancia de “no responder con nuestros propios fantasmas (abstinencia), ya sea que se den bajo la máscara del miedo o de una moral tranquilizadora” (p. 143). Piensa en la importancia de sostener una posición de escucha, sin perder la especificidad ni ceder a prácticas compasivas. En segundo lugar, afirma necesario volverse *testigo del viviente y/o semblante del vivo*. Esto implicaría, al modo de *secretario del alienado* (aunque con otra connotación clínica), ser oyente y acompañar desde un lugar privilegiado la huella que deja un sujeto en el mundo. Lo que permite “horadar la sensación de soledad, que si bien no es paliable ni curable, podrá condescender a un diálogo que extraiga a un sujeto de su mudez [...] y aún en tamaña encrucijada, pueda dar cuenta de su posición responsable” (p. 144). Lo que el autor llama semblante de vivo, implica una estrategia imaginaria, que permitirá al paciente ser lo que todavía es, para no ser consumido como objeto de otros discursos que lo circundan o habitan. La tercera posibilidad es tomar el *semblante del historiador*, es decir, construir la historia de vida con el paciente. Requiere “una técnica activa de nuestra parte, cada vez que el enfermo lo permita o pueda hacer [...] recordar la historia es recordarse, desdoblamiento que la mayoría de las veces resulta fructífero” (p. 145). El objetivo sería acotar algo de la angustia traumática que ha aparecido a raíz de la enfermedad y sus vicisitudes. El hecho de que el paciente reconstruya y cuente su historia de vida, permite una separación entre ego angustiado y sujeto.

Para finalizar, es importante destacar que en el campo de las decisiones de fin de vida, tomar una posición alineada a la dignidad del don de la vida, se vuelve un deber ético que requiere de un entorno colectivo de registro y reflexión. Como señala Braceras (2006) en este contexto donde se entretejen la vida, sus apuestas, sus opciones y sus pérdidas, la dignidad siempre es posible, si se sostienen condiciones colectivas con deseo y ternura.

5. Conclusiones

Los desarrollos del presente escrito permiten arribar a una serie de conclusiones parciales, que derivan de una investigación y reflexión en torno a la función del psicólogo como parte de equipos interdisciplinarios en el contexto paliativo, desde el psicoanálisis y la psicología paliativa.

Queda establecida la necesidad de considerar a este profesional como un agente indispensable en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, teniendo en cuenta los objetivos que se propone el dispositivo, es decir, el alivio del padecimiento del paciente y su entorno, desde una perspectiva integral. Resulta fundamental el acompañamiento del psicólogo en el abordaje y tratamiento de las manifestaciones anímicas y subjetivas que surgen en el transcurso de la enfermedad, así como en el período de duelo. Para ello, se ha evidenciado la necesidad de formación específica.

Se ha descrito el devenir de los cuidados paliativos desde su surgimiento, sus mutaciones y complejización a lo largo de los años. Ha podido rastrearse que la cuestión de la muerte no siempre fue abordada desde el campo de la salud, sino que fue necesario que sea entendida como demanda social, en determinado contexto histórico. Las transformaciones del dispositivo permiten reparar en aspectos esenciales para el ejercicio de la práctica en este campo como: calidad de vida, toma de decisiones, sufrimiento existencial, interdisciplina y bioética, entre otros.

En cuanto a la praxis del psicólogo paliativista como parte del equipo, se han mencionado los desafíos que implica para el profesional de la salud el trabajo en este campo, lo que requiere de constante reflexión, supervisión, análisis y formación. Con el objetivo de delimitar las incumbencias del psicólogo, se retoman investigaciones que definen sus competencias específicas, tales como la atención clínica de la unidad de cuidado y en patologías específicas, el abordaje de los procesos asociados a la comunicación y vínculo terapéutico, la intervención sobre los problemas éticos inherentes al campo, así como la consideración de los efectos subjetivos que comporta el trabajo en este contexto. Además, se han delimitado diferentes funciones del psicólogo, entre ellas: clínica, supervisión, educación, cabildeo, investigación y gestión. Se debe señalar que más allá de los acuerdos generales, es importante ejercer la práctica teniendo en cuenta la dimensión social, económica, política y la legislación vigente en el país.

Por último, se han investigado autores que teorizan sobre cuidados paliativos y psicoanálisis, lo cual permite retomar conceptos que dicha perspectiva aporta como indispensables ante las situaciones clínicas que se presentan en esta práctica, tales como trauma, duelo, sujeto, deseo, angustia, desamparo. Resulta fundamental sostener la premisa del caso por caso, así como la singularidad y la artesanía de la intervención, sin perder de vista la ternura.

Lo desarrollado en este breve escrito ha tenido la finalidad y objetivo de sintetizar información, brindar conocimiento, indagar y problematizar acerca de la función del psicólogo en este campo, ya que la temática aún es escasamente abordada en la carrera de grado de Psicología. Se considera que plantear estas cuestiones es un aporte entre muchos, pero que aun así enriquece el campo de los cuidados paliativos para futuras investigaciones y dispositivos de intervención. El mismo puede resultar interesante para todos aquellos estudiantes y profesionales de la psicología que deseen formarse y desarrollar su práctica en este ámbito.

Para enriquecer la praxis del psicólogo paliativista, futuras investigaciones podrían indagar acerca del abordaje psicológico en situaciones complejas, tales como cuidados paliativos en: embarazo, consumos problemáticos, la interculturalidad, el abuso, la violencia o la vulnerabilidad, etc. Asimismo, sería valioso investigar el cuidado desde una perspectiva de género, entre otras cuestiones relevantes. La psicología paliativa como especialidad puede pensarse como un área de desarrollo aún reciente, que se incluye dentro de las incumbencias de la disciplina psi, por lo cual el estudio e investigación de la temática impactará en la calidad de atención, y es sumamente relevante para la profesión.

6. Referencias Bibliográficas

- Allouch, J. (1994). *Ajo. Litoral. 17. La función del duelo*. Edelp
- Arévalo, S. (2021). El psicólogo en el equipo de cuidados paliativos domiciliario: presencia y creatividad en tiempos de aislamiento social por covid-19. *Revista APRA, 17*. Disponible en: <https://apra.org.ar/2021/03/25/revista-nro-17-marzo-2021/>
- Ariès, P. (2007). *Morir en Occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días*. Adriana Hidalgo.
- Barreto M., Soler, M. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 1*, pp. 135-146.
- Bayés, R (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Martínez Roca.
- Bayés, R. (2005). Medicina Paliativa: Psicología y Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa, 12, 3*, pp. 137-138.
- Bayés, R., Limonero, J., Romero E., Arranz, P. (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *MedClin, 115*, pp. 579-582
- Bondaz, F. (2018) *La psicología implicada en los cuidados paliativos*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología UBA, Buenos Aires.
- C. Centeno. (1997). Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos. En: Marcos Gómez Sancho (ed). *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer*. Las Palmas: ICEPS.
- Canizales, P. L. (2019). *Rol del Psicólogo en Cuidados Paliativos y aspectos emocionales que inciden en su labor: un estudio de caso*. Universidad de San Buenaventura, Colombia, Facultad de Psicología, Cali.
- Ceriani-Cernadas (2001). Notas Histórico Antropológicas sobre las representaciones ante la muerte. *Archivos Argentinos de Pediatría: Buenos Aires; 99* pp. 326-336.
- Cosciuc, L. (2023). Los cuidados en agenda. Ley de Cuidados Paliativos en Argentina: una lectura necesaria desde los feminismos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. 18*. pp. 557-571
- De Giorgi, G. (2014). *Ley de "muerte digna" en la Argentina: consideraciones desde el psicoanálisis e implicancias en el campo de la bioética*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional. Facultad de Psicología-UBA, Buenos Aires.
- De Simone, G. (2015). *Cuidados Paliativos: Una necesidad ineludible*. Tercer Encuentro Interacadémico: Principio y fin de la vida humana ANM. Buenos Aires
- Di Donato, D. (2020). *Cuidados paliativos: el rol del psicólogo en el abordaje interdisciplinario*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología-UBA, Buenos Aires.
- Días, C. (2018). *Los cuidados paliativos, los servicios de salud y el rol del psicólogo*. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8424/1/cuidados>
- Dulitzky, S (2023). *Vivir con finitud. Sufrimiento existencial y cuidados paliativos*. Letra Viva.
- Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias en *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*. Nueva Visión.
- Etcheverry L. (2023). *Manual de ALCP - Competencias Profesionales del Psicólogo Especialista en Cuidados Paliativos en Latinoamérica*. Houston: IAHPC Press
- Foucault, M. (1983). *El discurso del poder*. Folios Ediciones
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Ed. Altamira.
- Freud, S. (1992A) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Amorrortu
- Freud, S. (1992B). *De guerra y de muerte: Temas de actualidad*. Amorrortu.
- Freud, S. (1992C). *Lo ominoso*. Amorrortu
- Freud, S. (1992D). *Más allá del principio de placer*. Amorrortu.
- Freud, S. (1992E). *Inhibición, síntoma y angustia*. Amorrortu.
- Freud, S. (1992F). *Duelo y melancolía*. Amorrortu.

- García Pérez, A. (2020). Autocuidado. En *Guía de Psicología en Cuidados Paliativos*. ALCP.
- Han, B. C (2021). *La sociedad paliativa*. Herder.
- Han, B. C (2020). *La desaparición de los rituales*. Herder
- Lacan, J. (1958). El Seminario, Libro 6. *El deseo y su interpretación*. Paidós
- Lassalle, M. (2016). *Pensar la muerte. Dos aproximaciones teóricas*. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9126/ev.9126.pdf.
- Menehikian, A. (2007). *Historia de los Cuidados Paliativos*. Revista: MEDPAL, *Interdisciplina y domicilio*; 1. pp. 7-9.
- Morin, E (1970). *El hombre y la muerte*. Kairós.
- Navarro Floria, J.G. (2012) *Los derechos personalísimos. Análisis del proyecto de Nuevo Código Civil y Comercial*. El Derecho.
- Negro, M. (2008). *La Otra Muerte: Psicoanálisis en Cuidados Paliativos*. Letra Viva.
- Neymeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Nocera, R. M. (2021) *Palabras refugio: ensayo literario sobre la comunicación en salud*. Laborde.
- OMS. *Cuidados Paliativos. Datos y Cifras*. (2020). Disponible en: [paliativos-servicios-salud.pdf](https://www.who.int/es/publications/m/item/cuidados-paliativos-datos-y-cifras)
- Ortega Ruiz, C. y López Ríos, F. (2005) *Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos: revisión y perspectivas*. *Revista Clínica y Salud*, 16, 2. Pp. 143-160.
- Palacio González, C. (2020) *Comunicación en el contexto de salud-enfermedad*. En *Guía de Psicología en Cuidados Paliativos*. ALCP
- Pastrana, T. (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica 2020*. Houston: IAHP Press.
- Quesada-Tristán, L. (2008). Derechos Humanos y Cuidados Paliativos. *Revista Médica Hondureña*, 76, 1. Pp 39-43.
- Ley N° 26529/2009 modificada por la Ley N° 26.742/2012. *Derechos del paciente en su Relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=160432>
- Ley de Cuidados Paliativos N° 27678. Buenos Aires. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/365000369999/368373/norma.htm>
- Spinelli, F. (2002). (...) de un signo particular en el Otro. En *Psicoanálisis y cáncer*. JVE
- Stolkiner, A. (1987) De interdisciplinas e indisciplinas en *El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Elichiry, N (comp.) Ed. Nueva Visión.
- Vargas, B. C. (2010). Técnicas para romper con la conspiración del silencio en la enfermedad terminal. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 67. Pp. 595.