

CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

Ana Luz Protesoni

RESUMEN

El trabajo analiza las intervenciones psicológicas realizadas durante los años 2008 a 2011, con pacientes en etapa terminal, asistidos por el equipo de médicos crónicos y de familia de la RAP ASSE en una perspectiva de cuidados paliativos, con quienes estamos trabajando en el ámbito domiciliario en la zona metropolitana de Montevideo. Nos interrogamos sobre: *¿que demandan los pacientes, cuales son sus conflictivas, angustias, temores y modos de afrontamiento?, ¿cuales son las demandas y conflictivas de los acompañantes principales?; ¿han sido adecuados y eficientes los dispositivos de intervencion implementados?*. El trabajo sistematiza las intervenciones psicológicas, aporta conocimientos sobre las demandas psicológicas y los conflictos de los pacientes que transitan la etapa final de su enfermedad y la de sus cuidadores principales. El cometido es mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores principales, al evaluar los dispositivos de intervención psicológica. Se pretende desde la sistematización de nuestro quehacer aportar al trabajo en equipo interdisciplinario (medicina, enfermería y asistente social) para una comprensión de la problemática del fin de vida de modo integral. La sistematización se realiza a partir de la recopilación de los materiales clínicos; el registro de los pacientes y familiares asistidos, la caracterización de la demanda de la población asistida y de las conflictivas centrales sobre las que se trabajó. Se evalúan las intervenciones en función de los objetivos planteados y los dispositivos implementados a partir de los contenidos de los materiales clínicos; y se presentan los informes correspondientes.

PALABRAS CLAVE: Demandas, conflictivas psicológicas de pacientes, familiares en el fin de vida.

ABSTRACT

This paper analyzes the psychological interventions carried out from 2008 to 2011 with patients in terminal stages of their diseases who were assisted by a chronic and family medical team of RAP ASSE (First level of care network of The Health Services State Administration) from a palliative care perspective, with whom we are working in home environments in Montevideo's metropolitan area. We ask ourselves: *what are the demands of the patients, what are their conflicts, anxieties, fears and ways of coping?, What are the demands and conflicts of the main caregivers?; Has there been appropriate and effective intervention devices implemented?* This paper systematizes psychological

interventions, provides knowledge regarding the psychological demands and conflicts of patients who are passing through the final stage of their disease and those of their caregivers. The mission is to improve the quality of care and the quality of life of patients and their main caregivers, assessing the psychological intervention devices. From the systematization of our work it is intended to contribute to interdisciplinary teamwork (medicine, nursing and social worker) for an understanding of end of life issues in a comprehensive way. The systematization is carried out from the collection of clinical materials, the registration of patients and family members who were attended, the characterization of the demand of the attended population and the central conflict on which they worked. Interventions are evaluated according to the objectives and the devices that were implemented from the contents of clinical materials; and the corresponding reports are presented.

KEYWORDS: Psychological demands, conflicts of patients, their families at the end of life.

Introducción

Desde el año 2008 venimos desarrollando en la Facultad de Psicología una pasantía sobre Cuidados paliativos en el primer nivel de atención, para estudiantes de 5to ciclo, en convenio con ASSE-RAP (Administración de Servicios de Salud del Estado – Red de Atención Primaria).

Trabajamos con un dispositivo de intervención complejo que conjuga la asistencia y la formación, y ensambla actores provenientes de campos disciplinares distintos e instituciones diversas. Este no pretende ser un servicio especializado, ya que apunta al trabajo en cuidados paliativos en el primer nivel de atención, llevándose a cabo en el domicilio del paciente. Estos pueden requerir en algún momento el apoyo de unidades de cuidados paliativos de otros niveles de atención, suponiendo una fuerte coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (referencia y contrarreferencia con regionalización y coordinaciones socio-sanitarias).

El equipo de la RAP cuenta con médicos que trabajan en las **áreas metropolitanas de la ciudad de Montevideo y los médicos de familia zonales**. Brinda asistencia a pacientes que no pueden trasladarse a policlínica. Los pacientes son derivados por médicos tratantes o centros de referencia al equipo de la RAP, donde se les designa un médico responsable que organiza la asistencia con una frecuencia a establecer para cada situación, de acuerdo a los requerimientos. Este médico responsable queda a disposición a través del servicio de control telefónico y coordina con otros recursos o niveles de atención (servicio de urgencia, regionalización de los cuidados paliativos en el 2° o 3° nivel a través de interconsulta telefónica o interconsulta directa y o derivación).

Quedan incluidos en el programa de cuidados paliativos aquellos pacientes que tienen un diagnóstico terminal. Según Gómez Sancho (2003) el paciente terminal es aquel que cursa una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que plantea necesidades variadas y variables en poco tiempo y que más allá de los requerimientos vinculados a la enfermedad orgánica, el paciente sufre un gran impacto emocional, familiar, social y espiritual que hace que requiera un abordaje múltiple (p36). El programa recibe pacientes que se encuentran en situaciones de agonía, subagonía,

(enfermedad con necesidad de evaluación frecuente), o enfermos de baja complejidad; que a su vez no pueden concurrir por sus propios medios al servicio de salud y que cuentan con un mínimo de condiciones socio-familiares para poder atender al paciente en domicilio, debiendo existir la figura del cuidador principal.

Problemática:

La clínica psicológica en general y particularmente con pacientes que cursan su etapa final de una enfermedad progresiva, nos enfrenta a una tarea singularizada, que nos lleva a hacer foco en el “caso”, perdiendo de vista las generalidades. De ahí que el trabajo de sistematización de la experiencia sea una fortaleza para las siguientes prácticas y para la formación de profesionales de la salud. Luego de un trabajo continuo de asistencia y formación en recursos humanos consideramos importante sistematizar los conocimientos producidos que lleven a una caracterización de nuestra población a los efectos de ajustar las intervenciones.

Nos interrogamos: ¿que demandan los pacientes, cuales son sus conflictivas, angustias, temores y modos de afrontamiento?, ¿cuales son las demandas y conflictivas de los acompañantes principales?; ¿han sido adecuados y eficientes los dispositivos de intervención implementados?.

Diseño de un dispositivo de intervención

Las unidades asistenciales (médico – pasante) realizan la primer **entrevista en conjunto**, en la casa de los pacientes ofertando una asistencia integral (médico – psicológica). Los médicos generan un *encargo* sobre el cual el pasante psicólogo comienza a trabajar, desentrañando los múltiples sentidos del mismo, los sinsentidos o resignificandolo. El encargo “es un tipo de pedido especial en el que se ubica al destinatario del mensaje como posible proveedor; tiene una función, objetivos y misiones; siendo formulado desde la dimensión institucional” (Rodríguez, 2004 p. 157).

El primer desafío consiste en recepcionar esos encargos y construir un espacio de trabajo psicológico, con el paciente y su familia o acompañante principal, en el que recepcionar los

pedidos. Según Rodríguez (2004) “el pedido es la explicitación verbal de una petición de una cosa específica dentro de la lógica de la necesidad” (p. 157). Una vez recepcionados estos pedidos se comienza a trabajar en torno a la *demanda*, la cual además de contener un mandato o pedido de información, plantea una interrogación o cuestionamiento con una direccionalidad de acción hacia un otro. La demanda (Rodríguez, 2004) contiene “un nivel explícito y otro implícito en la cadena de significantes del paciente, ante la cual emerge el deseo” (p 159). Trabajar sobre la demanda es lo que posibilita la construcción de un espacio analítico, dando lugar a la intervención clínica. No siempre es posible construir una *demanda psicológica*, pudiendo remitirse la intervención a la atención de los *pedidos* enunciados por los pacientes, familiares o equipo asistencial. En el transcurso de las entrevistas clínicas con el paciente se va desentrañando la demanda en sus aspectos más inconscientes, vinculados al deseo y valorando la capacidad de trabajo psicológico del paciente y la familia, en función de la capacidad de elaboración psíquica, los niveles de angustia, los mecanismos defensivos prevalentes, etc. En la entrevista conjunta (Gandolfi, A., Protesoni, A., Reina, M. 2010) se valoran los aspectos médicos y psicológicos, deteniéndose especialmente en el vínculo médico – paciente, médico – familia; a los efectos de discernir en torno a las preocupaciones vigentes, los saberes que circulan, los temores, las fantasías, angustias, etc. Es sobre este mapeo de afecciones que se construye un espacio de trabajo psicológico.

La intervención psicológica (Gandolfi, A., Protesoni, A., Reina, M. 2008) pretende visualizar los conflictos que irrumpen ante el diagnóstico de una “enfermedad avanzada, progresiva e incurable”. Esta tiene como fin apuntalar en la reorganización vital, promoviendo el máximo de calidad de vida posible. En estas primeras entrevistas se va esbozando un **diagnóstico situacional**. El mismo engloba la situación biomédica, el soporte familiar, el soporte social, los recursos para afrontar las situaciones de amenaza, el proceso de morbilidad y el complejo afectivo que se desencadena a partir de la enfermedad. Para ello se evalúan los factores que ponen a jugar cada paciente - familia ante la percepción de amenaza del proceso vivir-morir por el que están atravesando. Las intervenciones se

centran en las vivencias en relación al sufrimiento tanto del enfermo como de la familia, las construcciones fantasmáticas, los temores, las estrategias de afrontamiento, las significaciones que han ido produciendo en torno al proceso mórbido y las resignificaciones en torno a sucesos vitales que toman preeminencia en estos momentos. Es otro de los objetivos contribuir con la prevención y elaboración de los múltiples procesos de duelo que se desatan tanto para el paciente como para la familia. Se busca incidir en la resolución de los mismos previniendo los llamados duelos patológicos, en los que queda enquistada la pérdida sin posibilidad de una franca reorganización vital en los familiares.

Metodología de trabajo:

El periodo de trabajo de campo seleccionado para llevar a cabo el análisis comprende los meses de julio a diciembre de los años 2008, 2009, 2010 y 2011. A partir de la recopilación de los materiales clínicos (las entrevistas conjuntas, entrevista psicológicas, los informes de las historias clínicas) realizamos un análisis de los contenidos de los discursos de los pacientes y de los familiares asistidos. Posteriormente hemos construido categorías de análisis a los efectos de lograr caracterizar las demandas, problemáticas y modos de afrontamiento de pacientes y familiares. Se logró sistematizar la información en torno a dichas categorías lo cual permitió construir una caracterización de nuestra población y evaluar las intervenciones.

Descripción de la población asistida:

Durante ese período hemos atendido 26 pacientes (13 hombres y 13 mujeres) y sus cuidadores - familiares (52 cuidadores principales). Las edades de los pacientes estuvieron entre el rango de los 30 a los 90 años, con una mayoría de pacientes ubicada entre los 60 y 70 años. Veinte de los pacientes (86%) presentaban patologías neoplásicas en etapa terminal, cuatro (17%) tenían EPOC en etapa terminal y dos pacientes (8%) cursaban la etapa terminal de una enfermedad cerebro vascular. Cuatro de los pacientes fueron derivados en etapas muy avanzadas de su enfermedad,

encontrándose fuera de ambiente, por lo que no se pudo trabajar con ellos, sino con sus cuidadores

7

o familiares principales. Los cuidadores o familiares que participaron de las intervenciones convivían en el hogar donde era asistido el paciente y se hacían cargo de los mismos. Los lazos familiares eran de hijos (as), hermanos (as) sobrinos (as), madres, y a veces vecinos. Sus rangos etarios iban de la niñez a la tercera edad. En todos los casos el equipo médico tratante consulta al paciente y su familia sobre la indicación de una intervención psicológica, esperando el consentimiento de los mismos. En dos casos la intervención se tuvo que interrumpir por necesidad de internación de los pacientes y en otros dos por resistencias de familiares que fueron surgiendo en el transito del proceso.

En el período que dura la intervención (entre dos a diez encuentros) de acuerdo a los objetivos trazados con cada binomio: paciente – familia, fallecieron 10 pacientes (43%).

¿Que demandan los pacientes, cuales son sus conflictivas, angustias, temores y modos de afrontamiento?

Con respecto a la demanda de los pacientes, ésta se vincula directamente con la situación vital – familiar por la que atraviesan y la historia de vida en general.

Todos ellos centran la demanda en la **angustia ante los microduelos** que las enfermedades progresivas van generando y la **dependencia** ante la que se ven enfrentados. Los microduelos (Astudillo, W. Perez, M., Yspizua, A., Orbezolo, A. 2009) refieren a las pérdidas a las que nos vemos enfrentados por el proceso natural de la vida, ellas generan una disminución energética y en la mejor de las ocasiones son oportunidades de cambio. Pero en el curso de una enfermedad progresiva, estas perdidas se vuelven constantes, disruptivas e irreversibles, porque avisan el ser mortal, comprometiendo aspectos de la integridad de la vida afectiva, física y social.

Esta problemática ha llevado a que en primera instancia el trabajo psicológico sea orientado a la elaboración de los microduelos del enfermar, vale decir en torno al reconocimiento de las limitaciones funcionales que la enfermedad va ocasionando, la metabolización de la angustia que

8

estas pérdidas (motrices, visuales, laborales, económicas, etc.) generan; para dar lugar posteriormente a trabajar sobre **las transformaciones en los vínculos familiares** que la dependencia ocasiona y luego apuntalar a **la reorganización vital** posible, una vez que se asimilan las pérdidas. Los síntomas que se visualizan en las etapas avanzadas de estas enfermedades acarrear lesiones en ese cuerpo que fue soporte (Alizade, M. 1996), sobre el que se construyó el sí mismo, el narcisismo, generando angustias por las pérdidas de la marcha, de la visión, de habilidades para higienizarse, alimentarse, vestirse, etc. El avance de la enfermedad va mostrando un otro cuerpo deteriorado, con cambios abruptos (adelgazamiento vertiginoso, inmovilidad, incontinencia, etc.) difíciles de asimilar; un cuerpo no deseado, un cuerpo doliente, un cuerpo fuente de inseguridades y temores. Se genera una desacomodación entre el cuerpo imaginario y el cuerpo real. Un cuerpo que muestra imposibilidades y amenazas en la integridad, la continuidad del ser y la identidad. Situación que exige adecuarse a nuevos requerimientos (dolores, incapacidades) y a depender de otros -muchas veces- para la satisfacción de las necesidades básicas. Esto lleva a una recomposición de los vínculos, donde la dependencia física se hace presente, exigiendo cambios en el relacionamiento que se había configurado en la historia familiar. La dependencia física reactiva las conflictivas vinculares existentes, la potencia en las familias disfuncionales y aún en las funcionales promueve afectos ambivalentes (gratitud, hostilidad, culpa, agotamiento, amor, temores al abandono, reconocimiento, etc.) que generan conflictivas a trabajar. Es a partir de allí que aparece la preocupación sobre como transitar ese tiempo – siempre imprevisible y cambiante- plagado de pérdidas reales, simbólicas e imaginarias, con el menor sufrimiento posible. La finitud se hace presente y exige reacomodación del cuerpo, del psiquismo, de los vínculos.

Todos los pacientes y en especial los pacientes más añosos, utilizaron el espacio psicológico como una posibilidad para **reconstruir sus historias vitales**, resignificar acontecimientos que consideraban nodales en su trayecto, reelaborar duelos y trascender depositando en un otro – ajeno- su historia de vida. La reconstrucción vital aparece como necesidad de reafirmación de ese yo

9

perdido. Los pacientes necesitan recomponer su trama y mostrar sus logros, sus éxitos; los que han pasado a formar parte de ese yo perdido, pero que se constituye en una fuente de fortalezas para la metabolización y la reacomodación a las nuevas circunstancias vitales. Los pacientes apelan a esa imagen de sí fortalecida, añorada, perdida, ilusoria; para sostenerse en un momento de incertidumbres y pérdidas. Esa reconstrucción de la trama de la vida, va adquiriendo otros sentidos con la presencia (consciente o no) de la finitud, y con la misma buscan resolver conflictivas no elaboradas y aliviar las angustias que persisten. En esa reconstrucción van **elaborando su vida y su muerte**, van tramitando la separación, buscando resolver básicamente los afectos culpógenos.

Otro de los objetivos de las intervenciones psicológicas versó en torno a la **asimilación del diagnóstico y pronóstico**. Solo 11 de los 26 pacientes (47%) manejaron en un plano consciente el diagnóstico y pronóstico. En estos casos se apuntó a trabajar la angustia que generaba la separación (de los seres queridos, de las pertenencias, los roles, etc.) las vivencias de abandono, las preocupaciones en torno a sus familiares -en especial cuando eran soporte de la economía doméstica- y las aflicciones por la trascendencia. Nuestra sociedad, nuestra cultura, nuestro yo, convive desmintiendo el ser mortal. Este mecanismo de desmentida (Tato, G. 2006) si bien posibilita transitar el día a día con un nivel de angustia tolerable, a su vez complejiza situaciones donde la muerte empieza a plantearse de forma manifiesta, real e inminente. Hay diferentes modos de **saberse mortal** (Alizade, M. 1996), un saber racional consciente, un saber vivencial, un saber propioceptivo, un saber pre-consciente. La mayoría de nuestros pacientes no manejaban en un plano consciente, racional este tipo de saber, sino que predominaba en ellos un manejo pre-consciente, vivencial y propioceptivo, dado por la

información recibida por el cuerpo : órganos. O sea que más allá de los fuertes mecanismos de negación y renegación, todos los pacientes traslucían un saberse mortal con el que convivían y que los síntomas físicos se encargaban de que los tuvieran presentes. Ese acercamiento a la finitud ocasionaba afectos depresivos, ansiógenos, irritabilidad, temores al dolor, angustias por la dependencia, culpas. En uno de los casos que tenía antecedentes de patología

10

psiquiátrica se requirió apoyo farmacológico específico para estos síntomas; en los restantes pacientes, estos afectos se fueron tramitando en el curso de las intervenciones psicológicas. El manejo en un plano consciente y racional de la finitud se presentaba en aquellos pacientes más jóvenes (30 a 50 años). En estos casos las preocupaciones versaron también en relación a los hijos, la angustia ante la pérdida de ellos, los sentimientos de abandono, los temores sobre el daño que ocasionaría la ausencia de ellos como progenitores, responsables, guías en su desarrollo vital y soporte económico. Los otros 15 pacientes (65%) apelaban a fuertes mecanismos de renegación ante la muerte, por lo que tendían a plantear actitudes maníacas y evitativas, que llevaban a incrementar los niveles de ansiedad en el comportamiento, de irritabilidad, hostilidad, etc. que se volcaba en el entorno familiar. En ese sentido se apuntó a trabajar en la **recomposición de los vínculos**, especialmente en situaciones en las que se percibían familias disfuncionales donde el abandono, la hostilidad y las culpas eran los afectos predominantes. Recomponer los vínculos en el entendido de metabolizar estos afectos que por su cualidad e intensidad deterioran la calidad de vida del paciente y son factores de riesgos para la elaboración del duelo en los familiares.

¿Cuales son las demandas y conflictivas de los acompañantes principales?

Las problemáticas planteadas por los acompañantes principales en todos los casos versaron en torno a la tramitación del **trabajo de preduelo o duelo anticipado y de duelo** específicamente en aquellos cuyos familiares fallecieron. El duelo (Astudillo,

W. Perez, M., Yspizua, A., Orbezolo, A. 2009) es una reacción natural, normal y esperable de adaptación a las pérdidas por las que transita un ser querido y o el doliente, durante la enfermedad y después del fallecimiento. Es un proceso que incluye un conjunto de expresiones conductuales, emocionales, sociofamiliares y culturales.

Se debió apuntalar psíquicamente en torno a la pérdida, en especial a la pérdida del vínculo y las vivencias de separación, fundamentalmente cuando precedían en la historia familiar

11

conflictivas de relacionamiento. Poder desapegarse en condiciones donde los reclamos por parte del paciente, las exigencias en los cuidados, la vigilancia y el control de síntomas se intensifica, enfrenta a los familiares a transitar complejas paradojas. El acompañante transita la paradoja de despedirse, desprenderse día a día, aceptando las pérdidas y a su vez de cuidar y sostener la vida. Se generan así sentimientos ambivalentes, afectos que los llevan muchas veces a renegar la muerte, aferrándose a expectativas falsas, ilusorias; o a desear acelerar el proceso de partida con la concomitante culpa que ello despierta. El trabajo de duelo se llevó a cabo una vez fallecido el paciente y se apuntó a prevenir los duelos complicados detectando los factores de riesgos. Dentro de las familias con las que trabajamos se requirió derivación a servicios de psiquiatría y psicología en el caso de dos de los familiares (8%) con los que trabajamos en estos años. Se trabajó sobre la aceptación de la pérdida, la resignificación de la misma, la reconstrucción de sentido del tiempo de cuidados; en el entendido que el duelo se elabora cuando el otro, puede ser contenido como parte de una trama que nos compone y se reinstala dentro de uno mismo a los seres queridos, dándoles una presencia interna. En el trabajo de duelo aparecieron, en todos los casos los duelos previos, éstos se reactualizan y se resignifican a la luz de esta nueva pérdida.

Otra de las demandas en los familiares giraron en torno a **la sobrecarga que experimentaban los familiares** con respecto a los cuidados, dado el nivel de dependencia creciente, pero sobretudo por la carga que representaban los cuidados físicos y emocionales, los temores e inseguridades a los que se veían enfrentados día a

día por los cambiantes síntomas de estos pacientes. Se requirió trabajar especialmente en torno a la recomposición vincular, y al entramado de afectos ambivalentes emergentes en situaciones de persistente demanda, a los efectos de prevenir la claudicación, el agotamiento, con los consiguientes costos en salud y calidad de vida para el paciente y su familia. Afectos de hostilidad, angustia, ansiedad, miedos, hipercontrol, asfixia, fueron los mas recurrentes. En cinco de los casos (21%) se trabajó sobre la **conspiración del silencio en torno al diagnóstico y pronóstico** (Gomez Sancho, M., 2003). En todos ellos

12

subyacía la fantasía que el saber aceleraría la muerte, dada la depresión concomitante, el abandono.

Otro de los aspectos que surgieron como problemáticas a trabajar que se reeditaron, fueron las **historias vinculares conflictivas entre los diferentes integrantes de la familia y con el paciente**. En algunos casos aparecían fuertes mecanismos de escisión familiar en los que una parte de los integrantes eran los depositarios de los cuidados, las exigencias y otros del abandono, el desamor; muchas veces como consecuencia de la repetición de modalidades vinculares no elaboradas. En otros casos aparecieron conflictivas vinculadas a secretos familiares que buscaban ser depositados en un tercero – pasante psicólogo- a la espera de su resolución como mediador.

¿Han sido adecuados y eficientes los dispositivos de intervencion implementados?

Los dispositivo de intervención psicológica se implementaron con el formato de **intervenciones psicoterapéuticas breves, focales** y fueron siempre **ad hoc**. Las mismos finalizaron una vez que los objetivos definidos se fueron trabajando. Las intervenciones tuvieron una duración entre 2 a 10 encuentros, con un promedio de 7 encuentros en la mayoría de los casos trabajados. Las intervenciones apuntaron siempre a **acompañar el proceso del enfermar** desobturando conflictivas y metabolizando afectos vinculados con la finitud, de ahí que el límite de las intervenciones no estuviera pautado por la muerte del paciente sino por los

contenidos delimitados con él y su familia en el trayecto de la intervención. La evaluación se ha realizado en conjunto con los pacientes y familiares en las entrevistas de cierre donde se pide explícitamente valorar si hubieron cambios a partir de las intervenciones.

De la evaluación realizada consideramos que en los casos que se trabajó durante 2 encuentros, (que fueron en 6 pacientes -26%-) el tiempo acotado se debió a dos situaciones: las derivaciones tardías (en situación de agonía en cuatro de los casos -17%-) y a resistencias de la familia y del paciente en un caso y de la familia en otro. En estas dos situaciones (8%) si bien se partió de un encargo del médico tratante que visualizaba conflictivas a nivel familiar y en el

13

paciente para transitar la etapa terminal de la enfermedad, no se logró construir un trabajo psicológico, en tanto no se pudieron transformar los “pedidos” en “demandas”. En un caso específicamente estuvo planteada la resistencia por parte de la familia, dada la existencia de secretos familiares y de un alto nivel de conflictividad familiar que llevaban a considerar una amenaza la presencia de un otro ajeno a la trama vincular dentro del hogar. En el otro caso tanto la familia como el paciente plantearon fuertes mecanismos de renegación y evitación que pusieron fin a la intervención psicológica, la cual era vivida como la aproximación de un contenido amenazador e inasimilable: la muerte. La familia y el paciente deciden trasladarse al interior del país (de donde ésta era oriunda), abandonar los tratamientos, con la fantasía de alejarse de la enfermedad y la muerte.

El haber trabajado con continuidad en 17 casos (73% de las derivaciones), es un indicador de la existencia de necesidades psicológicas, presentes en las etapas finales de las enfermedades progresivas. Este tipo de requerimientos, si bien es tenido en cuenta especialmente por quienes trabajamos en cuidados paliativos, no siempre tiene respuesta en los servicios de salud o mismo en las unidades de cuidados paliativos de nuestro país, en tanto no se contempla en la integración de las unidades asistenciales la presencia del psicólogo.

En ese 73% de los casos podemos decir que se generó un proceso de trabajo psicológico, que logró abordar los objetivos delimitados durante la intervención con cada uno de los pacientes y los familiares, centrándose en las conflictivas prevalentes en cada situación. En ese sentido se logró para con los pacientes: metabolizar los afectos angustiosos generados por los microduelos, disminuir los niveles de conflictividad vincular durante el proceso de enfermar dada la dependencia ocasionada, recomponer la historia de vida posibilitando la separación. Para con los familiares las intervenciones ayudaron a sostener en los cuidados de fin de vida, prevenir duelos complicados y apuntalar en la reorganización vital.

14

Conclusiones:

A través de este dispositivo de intervención en cuidados paliativos, podemos decir que **“el por morir ha logrado un espacio de elaboración psíquica”**, lo cual no lo exime de ser una experiencia que evoque un profundo sufrimiento. Pero por sobre todo, ha quedado plasmado que en las intervenciones se ha hecho presente la vida entera con sus derroteros, buscando que la misma pueda ser despedida con niveles menores de conflictividad.

Este dispositivo de intervención que plantea un abordaje integral de la problemática del fin de vida viene dando cuenta de las necesidades psicológicas emergentes en estas circunstancias, las cuales no siempre son tenidas en cuenta desde la composición de los equipos asistenciales en nuestro país.

El trabajo interdisciplinario muestra en este territorio de subjetividad sus aportes tanto para los usuarios, (pacientes y familias) como para el equipo asistencial al conformar un colectivo de trabajo que se sostiene, en la tarea de sostener hasta el fin de vida a un otro doliente.

Desde el punto de vista formativo viene mostrando que es una propuesta pedagógica fermental en tanto cada estudiante se enfrenta al desafío de construir un diseño de estrategia posible, ajustando los dispositivos a las singularidades de las

situaciones planteadas. Por otra parte lo debe llevar a cabo en el incierto ámbito del domicilio del paciente y posteriormente hacer un cierre y evaluación, exigiéndole un trabajo en equipo interdisciplinario, en dialogo con otros discursos y actores de la salud.

Referencias Bibliograficas

Alizalde, M. (1996) *Clínica con la muerte*. Bs. As.: Amorrortu.

Astudillo, W. Perez, M., Yspizua, A., Orbezolo, A. (2009) *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*. Sociedad Vasca de cuidados paliativos, San Sebastián.

Caputi, A., Medina, G., Melgar, S., Petit, I. (2008) *Cuidados paliativos en domicilio en el primer nivel de atención*. Parte 1. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo.

Gandolfi, A., Protesoni, A., Reina, M. (2008) Invenções clínicas sobre las afecciones del cuerpo en *Revista de las IX Jornadas de Psicología Universitaria*. Mdeo: Psicolibros.

Gandolfi, A., Protesoni, A., Reina, M. (2010) *Desafíos en la intervención domiciliaria en el ámbito de los Cuidados Paliativos*. Presentación realizada en el V Congreso Uruguayo de Psicología Médica. Mas allá del genoma..... mas acá de la cultura. La salud mental desde el paradigma de la complejidad 7 y8 mayo de 2010.

Gómez Sancho, M. (2003): *Avance en cuidados paliativos*. Barcelona: Gafos.

Rodríguez, J. (2004). *Clínica móvil: el socioanálisis y la red*. Mdeo.: Psicolibros

Tato, G. (2006) *.Mensajes del cuerpo. Enfoque psicosomático del enfermar*. Montevideo: Trilce