

2014-03-14

la Intervención del Psicólogo en cuidados paliativos

Castro, Gabriela

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/24>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

"La Intervención del Psicólogo en Cuidados Paliativos"

Informe Final del Trabajo de Investigación
Correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

Alumnas

Castro, Gabriela

Matrícula: 6306/03 - DNI: 28.470.696

Fernández, Miriam

Matricula: 5729/02 - DNI: 30.830.901

Robles, Marcela

Matricula: 5838/02 - DNI: 29.935.926

Supervisor

Dra. Fasciglione, María Paola

Co-Supervisor

Dra. Castañeiras, Claudia Elena

Grupo de investigación de radicación

Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica (GIEPsi)

Fecha de Presentación

9 de Diciembre de 2013

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Gabriela Castro, Miriam Fernández y Marcela Robles de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse sin el previo consentimiento de las autoras.

Las que suscriben manifiestan que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Gabriela Castro (matrícula 6306/03), Miriam Fernández (matrícula 5729/02) y Marcela Robles (matrícula 5838/02), conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los nueve días del mes de diciembre del año dos mil trece.

Firma, aclaración y sello

Supervisora

Firma, aclaración y sello

Co-supervisora

INFORME DE EVALUACIÓN DE LOS SUPERVISORES

Aspectos a Evaluar según OCA 464/05 Art. 21

1) Grado de cumplimiento de los objetivos del plan de trabajo.

El plan de trabajo se ha cumplido de acuerdo a los objetivos propuestos.

2) Dificultades presentadas

Las características socio-clínicas del tema abordado delimitaron un tamaño muestral pequeño dada la escasez de profesionales psicólogos que se dedican al área de cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata. De todas maneras se considera que esto constituyó una limitación más que una dificultad para la consecución del estudio.

3) Grado de correspondencia entre las actividades planificadas y las realizadas

Muy bueno

4) Aportes del trabajo

Fundamentalmente en dos niveles:

a) Propuesta de sistematización y clasificación de intervenciones psicológicas relevadas en la literatura científica para el área de los cuidados paliativos; b) Conocimiento sobre las características del ejercicio profesional en cuidados paliativos en el ámbito local.

Se considera que la presente investigación exploratoria y descriptiva constituye un aporte para una mejor asistencia y acompañamiento del paciente en cuidados paliativos.

5) Articulación y consistencia en la presentación del informe

El informe logra de una manera clara y rigurosa presentar la investigación realizada, alcanza la consistencia y la articulación esperables para un trabajo científico de pre-grado.

Queremos dejar constancia como supervisoras de esta tesina, a la dedicación y rigurosidad de la tarea de revisión bibliográfica, y el respeto y responsabilidad con el que las alumnas se acercaron a un campo tan complejo como es el de los cuidados paliativos.

Dra. María Paola Fasciglione

Dra. Claudia Elena Castañeiras

Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Gabriela Castro, Miriam Fernández y Marcela Robles.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación: _____

Agradecimientos

Queremos manifestar un especial agradecimiento a las directoras de tesis, Paola Fasciglione y Claudia Castañeiras, por su transmisión de conocimientos en investigación, por haber hecho que esta tesis no sea sólo el cumplimiento de un requisito, sino también un aprendizaje. Por su tiempo y horas de dedicación en este último tramo para poder finalizarla.

A los profesionales que desinteresadamente brindaron su tiempo para participar de las entrevistas, gracias por haber hecho de las mismas una charla amena, reflejando la dedicación con la que ejercen su atención en cuidados paliativos.

A los referentes de atención en Cuidados Paliativos, Ramón Bayes y Socorro Lizarraga por haber respondido los mails con total predisposición, facilitándonos sus escritos para la investigación y ofreciendo su ayuda.

A nuestras familias, que desde lejos estuvieron siempre interesadas por nuestros avances y a nuestras parejas por su contención, su ayuda y paciencia.

A nuestros amigos por su escucha cuando costaba transitar este camino.

A todos ellos gracias por su amor incondicional.

Nuestro profundo agradecimiento a todos los que fueron parte de nuestra formación, de alguna manera, presentes en este trabajo.

Gabriela Castro
Miriam Fernández
Marcela Robles

Índice General

Informe de evaluación de los supervisores.....	IV	XIII
Plan de Trabajo.....	VII	
Agradecimientos.....	XIII	
Introducción.....	1	
Marco Teórico.....	3	
Cuidados Paliativos.....	4	
Historia de los Cuidados Paliativos.	8	
Investigación en Cuidados Paliativos.....	12	
La intervención del psicólogo en Cuidados Paliativos.....	15	
Intervenciones con el Paciente.....	15	
Intervenciones con la Familia.....	16	
Intervenciones con el Equipo de Salud.....	18	
Estudio Empírico.....	20	
Objetivos e Hipótesis.....	21	
Metodología.....	22	
Muestra.....	22	
Procedimiento e Instrumento.....	23	
Resultados.....	26	
Discusión y Conclusiones.....	50	
Referencias Bibliográficas.....	53	
Anexos.....	64	

Índice de Tablas

Tabla 1. Cantidad de publicaciones por tipo de documento.....	28
Tabla 2. Frecuencia y tipo de intervenciones según documento de procedencia.....	31
Tabla 3. Formación teórico-técnica de los profesionales entrevistados....	32
Tabla 4. Frecuencia y tipo de intervenciones según profesional.....	37
Tabla 5. Intervenciones más frecuentes en la literatura científica y en los profesionales según destinatario.....	39
Tabla 6. Perfil de los profesionales con marco teórico de referencia Cognitivo-Conductual.....	43
Tabla 7. Perfil de los profesionales con marco teórico de referencia Psicodinámico.....	44
Tabla 8. Perfil de los profesionales con marco teórico de referencia Psicoterapia Breve.....	45
Tabla 9. Perfil de los profesionales con marcos teóricos de referencia combinados.....	46
Tabla 10. Tipos de intervenciones por destinatario según dispositivo asistencial.....	49

Índice de Figuras

Figura 1. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas a Pacientes.....	29
Figura 2. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas a Familia.....	29
Figura 3. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas al Equipo de Salud.....	30
Figura 4. Destinatarios de las intervenciones en CP.....	35
Figura 5. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas a Pacientes que realizan los profesionales de Mar del Plata	35
Figura 6. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas a Familia que realizan los profesionales de Mar del Plata	36
Figura 7. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas al Equipo de Salud que realizan los profesionales de Mar del Plata	36

Introducción

De acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos (CP) sostienen que la vida y la muerte constituyen un proceso normal, no aceleran ni posponen la muerte, sino que proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas perturbadores, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrecen un sistema de apoyo para que los pacientes vivan tan activamente como sea posible hasta la muerte, y ofrecen un sistema de apoyo a la familia durante el proceso de enfermedad del paciente, como después de la muerte para manejar su propio duelo. El rol del psicólogo en esta área es de fundamental importancia ya que se trata de poder actuar de un modo idóneo ante el impacto psicológico del paciente, de la familia y del equipo interdisciplinario que asiste al enfermo.

En su mayoría los planes de estudios de las carreras de grado de psicología aun no incluyen formación específica en esta área. No obstante, dentro de las unidades de cuidados intensivos se está comenzando a consolidar el rol del psicólogo como parte del equipo interdisciplinario.

El objetivo del presente estudio fue conocer las características de la formación teórico-técnica y de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en el área de cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata.

En primer lugar se realizó una revisión de la literatura científica disponible sobre las intervenciones psicológicas en el ámbito de los CP. Posteriormente se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con profesionales psicólogos que durante el último año hubieran trabajado en CP en la ciudad de Mar del Plata con pacientes, con sus familiares o con el equipo médico tratante, con el fin de analizar el grado de correspondencia entre las prácticas concretas y el estado actual del conocimiento en el área.

El presente trabajo está estructurado en cuatro secciones teóricas a través de las cuales se organizan los ejes temáticos propuestos y dos secciones dedicadas al estudio empírico realizado. Las dos primeras secciones están destinadas a la delimitación, definición, surgimiento,

desarrollo y evolución institucional de los cuidados paliativos respectivamente. Luego, en la tercera sección se describe el estado actual de la investigación en cuidados paliativos y, en la cuarta sección se abordan concretamente las características de la intervención del psicólogo con los diferentes agentes involucrados en los cuidados paliativos: el Paciente, la Familia y el Equipo de Salud. En las últimas dos secciones se especifican los objetivos, hipótesis, metodología del estudio, y se exponen los resultados, la discusión y las conclusiones respectivamente. Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas correspondientes a la literatura consultada, y los anexos.

Este estudio pretende aportar nuevos datos sobre el rol del psicólogo en cuidados paliativos a través del análisis del estado actual del conocimiento y de las prácticas concretas de los profesionales en el área. La formación de grado que se recibe en este sentido a nivel local es acotada, por lo cual el presente trabajo también constituye un aporte para la capacitación de futuros profesionales en este campo de trabajo de creciente relevancia para garantizar una muerte con el menor sufrimiento y la mayor calidad de vida posible.

MARCO TEÓRICO



LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO
EN CUIDADOS PALIATIVOS
Ψ

Cuidados Paliativos

Los CP pueden definirse como la atención integral de los enfermos en la fase terminal de la vida. Se trata de un concepto que hace referencia a la atención al paciente e incluye a profesionales de la salud y voluntarios que proporcionan asistencia y apoyo en las distintas áreas de la vida (psicológica, espiritual, social y médica) de la persona (Limonero, 2001).

Si bien el destinatario directo de los CP es el paciente, las intervenciones también pueden dirigirse a su familia, cuidadores, o equipo de salud. El énfasis de la intervención está puesto en lograr la mayor calidad de vida, comodidad y dignidad posible con el propósito de facilitar una muerte en paz (González, 2005; Maté et al., 2008).

Los pacientes en CP son también llamados pacientes terminales y se caracterizan por: (a) atravesar una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, (b) presentar síntomas múltiples, (c) no responder a tratamientos médico-técnicos, (d) tener un pronóstico de vida a corto plazo, y (e) experimentar un gran impacto emocional. Estas características están asimismo atravesadas por variables sociales, culturales y ambientales que dan como resultado una situación particular en cada paciente (Barreto, 1994; Barreto, Arranz, Barbero, & Bayés, 2002; De Simone, 2000; Maté et al., 2008; Reynoso, Alazraki, Gonzalez-Maraña, Alvarado, & Pulido, 2008).

Los tres objetivos prioritarios de los cuidados paliativos son el control de los síntomas, la contención emocional, la preservación de la dignidad del paciente y la promoción de la autonomía (Limonero, 2001).

El control de síntomas es uno de los requisitos para que los enfermos alcancen el objetivo final de una muerte en paz. Para ello se implementan una serie de intervenciones terapéuticas (atenuación de la conciencia, quimioterapia, cirugías) que implican la actuación del médico y/o enfermero. No obstante dichas intervenciones son insuficientes por sí mismas ya que, para poder controlar los síntomas primero se deben

identificar aquellos que resultan amenazadores para el paciente, con el fin de establecer las prioridades asistenciales (Bayés, 2005; Novoa Gómez, Caycedo, Aguillón, & Suárez Álvarez, 2008; Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL], 2008). El objetivo es compensar, eliminar o atenuar los síntomas físicos y también los psicosociales (Bayes, 1998; Limonero, 2001; Limonero et al., 2011; Mate et al., 2009) ya que el malestar emocional u otros síntomas psicológicos pueden aumentar la percepción subjetiva de malestar físico y viceversa (Barreto, 1994; Breitbart, Gibson, & Chochinov, 2006; Lizarraga-Mansoa, Ayarra-Elia, & Cabodevilla-Eraso, 2005).

Toda intervención paliativa debería ir acompañada de una adecuada comunicación sobre los procedimientos implementados e información correcta sobre el pronóstico y evolución de la enfermedad tanto para el paciente como para su familia. Este hecho generalmente colabora para establecer un ambiente relajado y de contención (De Simone, 2000; Novoa Gomez et al., 2008).

La contención emocional, segundo objetivo de los CP, contribuye a mejorar la calidad de vida y confort de los pacientes; implica apoyo emocional y comunicación con el enfermo, la familia y el equipo de salud (Breitbart et al., 2006; Lizarraga-Mansoa, Ayarra-Elia, & Cabodevilla-Eraso, 2006; SECPAL, 2008).

Existen diferentes modos de abordar los aspectos emocionales. Por una parte se pueden detectar y atender las necesidades espirituales, psicológicas y sociales del paciente despejando sus temores sobre la situación que atraviesa; y por otra se puede trabajar con las diferentes fantasías o miedos de la familia ante el estado del ser querido y su evolución y deterioro. En este sentido es importante potenciar los recursos del paciente y la familia para lograr un adecuado manejo de las emociones y aumentar la percepción de control de su realidad (Lacasta Reverté, 1997).

En síntesis, el objetivo de la contención emocional, aunque no siempre se logra, es que todos los implicados se puedan adaptar a la situación por la que atraviesan (Wenk, 2007).

En el caso de la contención con la familia del paciente el abordaje puede extenderse durante el período de duelo, lo cual facilita la identificación de casos de aflicción complicada como respuesta a la pérdida, y la posibilidad de intervenciones tempranas que eviten desenlaces patológicos tanto a nivel social como físico (Breitbart et al., 2006).

Un aspecto a destacar de la intervención emocional presente en toda atención paliativa, es que la misma pone de manifiesto la necesidad de psicólogos en el equipo interdisciplinar en relación a los aspectos psicológicos que requieren atención, tales como el afrontamiento de la enfermedad, las variaciones del estado de ánimo, la autoestima, la comunicación, el manejo del sufrimiento y psicopatologías asociadas (Albarracin Garrido, Berdullas Saunders, & De Vicente Colomina, 2008; Reynoso et al., 2008).

El tercer objetivo de los CP, la preservación de la dignidad del paciente y la promoción de la autonomía, debe orientar las decisiones terapéuticas y se alcanza cuando se elaboran los objetivos terapéuticos junto con el enfermo. En este sentido, la autonomía y la dignidad se convierten en componentes de la calidad de vida del paciente que es necesario tener en cuenta (Barreto, 1994; González, 2005; Ojeda Martín, Gómez Sancho, Grau Avalo, Marrero Martín, & Guerra Mesa, 2009; SECPAL, 2008;).

En el mismo sentido debe considerarse el concepto de muerte digna, definida como aquella que se produce sin un sufrimiento insoportable, conservando la capacidad para transmitir los afectos, ofreciendo al paciente la posibilidad de tomar decisiones con respecto a su cuerpo, su vida, y respetando sus convicciones y valores. Una de las funciones de los familiares y profesionales de la salud – y uno de los pilares de los cuidados paliativos- es facilitar las condiciones para que el paciente pueda elegir cómo morir (Marquis, 2006).

Para lograr los objetivos planteados la intervención paliativa debe guiar sus acciones terapéuticas considerando siempre la individualidad

del paciente sin imponer criterios y deseos propios, ni alentando ilusiones poco realistas (Lizarraga-Mansoa et al., 2006).

Historia de los Cuidados Paliativos

La atención en los hospicios ha sido citada como la antecesora de los CP. Durante la edad media los hospicios eran los sitios donde se daba atención a los viajeros, huérfanos y peregrinos que llegaban en busca de alojamiento y alimentos. Los que llegaban padeciendo enfermedades graves o moribundos morían alojados en estos lugares donde encontraban refugio y eran cuidados y contenidos espiritualmente, ignorados por la medicina que no podía hacer nada por sanarlos (Centeno Cortes & Arnillas Gonzalez, 1998; Del Río & Palma, 2007; Montes de Oca Lomeli, 2006).

En 1842 el término *hospice* pasó a utilizarse exclusivamente para referirse a la atención de enfermos terminales dando inicio al llamado movimiento *Hospice*, a través de instituciones que se crearon siguiendo una filosofía de atención a pacientes con cáncer en cuidados paliativos (Montes de Oca Lomeli, 2006).

En Londres, una enfermera, médica y asistente social llamada Cicely Saunders comenzó trabajando en 1948 como voluntaria en un *hospice* y en 1967 creó el *Christopher's Hospice*. A este hospital se le atribuye el inicio oficial del movimiento de los hospicios modernos por haber sido el centro más grande y preparado para atender pacientes terminales, el cual incorporaba la atención a las familias, el acompañamiento emocional en el proceso del duelo, y la investigación para mejorar la atención al paciente y su calidad de vida (Centeno Cortes & Arnillas Gonzalez, 1998; Del Río & Palma, 2007; Montes de Oca Lomeli, 2006).

La declaración inicial del *Christopher Hospice* expresó su fundamento en la fe cristiana y se planteó como objetivo la utilización de la medicina, la enfermería y los conocimientos científicos para el alivio del sufrimiento, teniendo siempre presente la dignidad, el respeto y la empatía hacia el paciente terminal. La meta no era acelerar ni postergar la muerte sino acompañar al paciente y las familias, con el aporte de conocimientos

especializados de cuidados médicos y psicológicos (Centeno Cortes & Arnillas Gonzalez, 1998).

El éxito de la institución hizo que dos años más tarde de su inauguración se incorpore la atención domiciliaria, y que posteriormente se abran nuevos centros que imitaban sus intervenciones en el Reino Unido, Canadá y Australia (Centeno Cortes & Arnillas Gonzalez, 1998).

Cicely Saunders dejó otros antecedentes importantes para los CP al postular que el sufrimiento del paciente terminal es multicausal, que se debe prestar especial atención a los aspectos psicológicos del paciente y que su cuidado debe ser global incluyendo a la familia; en este sentido se resaltó la importancia de contar con un equipo interdisciplinario (Limonero, 2001).

También en 1993 publica el primer manual de Medicina Paliativa donde expone sus ideas y resume el conjunto de elementos esenciales que permiten la intervención eficaz en CP: control de síntomas, contención a la familia y asistencia en el duelo, atención domiciliaria en los casos que fuera necesaria, investigación para validar y mejorar las intervenciones, formación y entrenamiento de los profesionales dedicados dicho ámbito (Barreto & Soler, 2003).

Por otra parte en Estados Unidos la figura de referencia en el campo de los CP fue la psiquiatra Elizabeth Kubler Ross, quien se dedicó a la atención sistemática de los enfermos terminales. Ella propuso modos de aproximación al paciente moribundo y describió cinco estadios psicológicos que pueden atravesar estos pacientes: Negación, Aislamiento, Rabia, Negociación y Depresión (Montes de Oca Lomeli, 2006). En este mismo país durante 1974 se crea el primer hospital para enfermos terminales. Estos nuevos centros de atención supusieron una revisión del pensamiento de la medicina moderna, pasando de un rechazo al paciente en la fase final de la vida a una atención más digna (Breitbart et al., 2006; Centeno Cortes & Arnillas González, 1998; Limonero, 2001).

Frente al intenso movimiento en el área de los CP impulsado desde Inglaterra y Estados Unidos que se fue difundiendo en muchos países, la medicina tuvo que reconocer que no solo era importante sanar o prolongar la

vida, sino también aliviar el sufrimiento y acompañar al paciente en su última etapa de vida (Centeno Cortés & Arnillas González, 1998; Del Río & Palma, 2007; González, 2005; Montes de Oca Lomeli, 2006).

A nivel internacional, en España la llegada de los CP fue tardía y tuvo reconocimiento oficial en 1992, con una unidad de CP en un hospital de Valdecilla. Sin embargo, en la actualidad España es el país con mayor crecimiento en producción bibliográfica en el tema (Centeno Cortez & Arnillas González, 1998).

A partir de 1990 la Organización Mundial de la Salud estableció la denominación *Cuidados Paliativos* para reemplazar la de *movimiento Hospice*, que ya se encontraba expandida en Estados Unidos y Europa.

El término paliación procede de *pallium* que etimológicamente significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de tapar o aliviar el sufrimiento (Barreto & Soler, 2003; Centeno Cortez & Arnillas González, 1998).

El surgimiento de los CP en América Latina data de varios años atrás, sin embargo aún no están disponibles para una cantidad considerable de pacientes. Esto podría deberse a diversos factores: (a) ausencia de reconocimiento de los CP como una disciplina y una prioridad en las políticas de salud por parte de la mayoría de las autoridades latinoamericanas; (b) falta de investigación sobre la eficacia de los equipos de CP; (c) falta de reconocimiento de los CP como especialidad; y (d) ausencia o precariedad del financiamiento de los CP por parte de los sistemas de salud, y la consecuente cobertura (o “subvención”) de los mismos por parte de la familia del paciente, la beneficencia o el voluntariado. En general, los equipos de CP en América Latina proveen cuidados parciales, no poseen instalaciones, los equipos de profesionales están conformados solo por dos disciplinas y faltan recursos materiales propios (Wenk, 2007).

En Argentina las primeras iniciativas datan de mediados de la década del '80 con el surgimiento del primer programa de CP en Buenos Aires llamado “Fundación *Prager Bild*”. En 1985, el Dr. Roberto Wenk junto a otros profesionales y voluntarios crearon el Programa Argentino de Medicina

Paliativa que tuvo como base la docencia y asistencia a domicilio (De Simone, 2012).

Actualmente en nuestro país los equipos de CP se encuentran en las grandes ciudades como Buenos Aires, Córdoba y Rosario, algunos fueron creados 20 años atrás pero la mayoría surgieron en años recientes. En el sistema de salud público la mayoría de los equipos se encuentran en hospitales y brindan cuidados a los pacientes internados (Wenk, 2007).

La demanda de CP en la región está en aumento, como así también la necesidad de conceptualizar las prácticas y formar a los profesionales de la salud con las actitudes, los conocimientos y las habilidades requeridas para brindar un buen cuidado a los pacientes en la fase final de la vida.

Investigación en Cuidados Paliativos

La bibliografía existente sobre CP pone en evidencia un gran avance de su desarrollo e implementación en muchos países. No obstante, aún falta un amplio camino por recorrer en cuanto a la producción de investigación científica e instrumentos que ayuden a validar las intervenciones psicológicas en esta área (Barbero & Díaz, 2007; Barreto & Bayés, 1990; Barreto & Soler, 2003; Bayés, 1998).

La revisión de la literatura científica sobre este tema muestra una numerosa producción de artículos basados en las experiencias de los miembros de los equipos interdisciplinarios con pacientes terminales, o en la opinión de expertos en el tema. Pero, son escasas las validaciones de instrumentos de evaluación psicológica para personas en la fase final de la vida y las investigaciones empíricas sobre estrategias de intervención psicosocial para pacientes en CP, sus familias y/o los equipos médicos (Limonero, 2001; Limonero et al., 2011; Maté et al., 2009).

Algunas de las dificultades que se plantean en la investigación empírica en CP son: (a) vulnerabilidad emocional, (b) cambios en las competencias, (c) aspectos éticos y metodológicos incompatibles con las características del paciente en CP.

La vulnerabilidad emocional en la que se encuentran los pacientes terminales, los hace más dependientes de los profesionales que los asisten, lo cual podría generar que acepten formar parte de la investigación sin ejercer plenamente su autonomía (Barbero & Díaz, 2007).

Las condiciones del paciente es otro componente que en muchos casos dificulta la posibilidad de investigación, ya que su estado de salud podría dificultar la comprensión del estudio (características, riesgos, ventajas, etc.) y por lo tanto la toma de una decisión al respecto (Barbero & Díaz, 2007; Maté et al., 2009; Ojeda Martín et al., 2009).

Finalmente y en relación a las implicancias ético-metodológicas, se ha señalado que las investigaciones experimentales con placebos no son justificables con personas en la etapa final de la vida, ya que siempre se buscan las terapias más efectivas considerando la corta esperanza de vida de estos pacientes (Barbero & Díaz, 2007).

Numerosos profesionales de trayectoria en el campo de los CP sostienen que más allá de las limitaciones antes expuestas, es necesario elaborar instrumentos de evaluación psicológica para conocer las necesidades del paciente terminal y diseñar intervenciones que mejoren el bienestar y la calidad de vida del paciente (Barbero, Diaz, 2007; Barreto & Bayés, 1990; Barreto & Soler, 2003; Limonero et al., 2011; Peñacoba Puente, Velasco Furlong, Mercado Romero, & Moreno Rodríguez, 2005).

En relación a los instrumentos de evaluación, debido a la complejidad del estado del paciente terminal, deben cumplir con las siguientes características: (a) ser adecuados para medir aspectos subjetivos como el sufrimiento o el bienestar, (b) ser comprensibles y sencillos de aplicar, (c) deben aportar información clínicamente útil y si es posible, ser terapéuticamente activos al facilitar la comunicación entre terapeuta y enfermo, (d) indicar las necesidades prioritarias, el progreso de la enfermedad y la inminencia de la muerte, (e) ser aplicables repetidamente en cortos períodos de tiempo, y (f) estar dirigidos al paciente y a su familia (Barreto & Bayes, 1990; Bayés,1998; Limonero, 2001; Limonero et al., 2011).

Contar con los instrumentos de evaluación adecuados también permitiría conocer los efectos y eficacia de las intervenciones del equipo interdisciplinar (médicas, psicológicas, sociales y espirituales) sobre el bienestar del paciente y/o su familia.

El diseño de instrumentos de evaluación y de intervenciones psicosociales probadas empíricamente para optimizar el bienestar de esta población clínica constituye una tarea pendiente y un desafío para los profesionales psicólogos (Barbero & Díaz, 2007; Barreto & Bayés, 1990). La presente investigación pretende ser un primer paso en esa dirección. En

primer lugar se revisó la literatura científica sobre las intervenciones psicológicas en el área de cuidados paliativos. Posteriormente, se indagó sobre las intervenciones que realizan los psicólogos de la ciudad de Mar del Plata que se desempeñan en el área de CP. Finalmente se analizó el grado de correspondencia entre las prácticas concretas de los psicólogos y el estado de conocimiento científico en el área de cuidados paliativos.

La Intervención del Psicólogo en Cuidados Paliativos

El objetivo principal de las intervenciones psicológicas –con el paciente, su familia y con el equipo de salud en el ámbito de los CP–, es ayudar a concebir la muerte como parte natural de la vida y no como una agonía para quienes padecen la enfermedad o sus allegados, ni como un fracaso para el equipo médico (Barbero, Díaz, 2007; Barreto, Bayés, 1990, Novoa Gómez et al., 2008).

Asimismo, otra de las metas es potenciar y optimizar la comunicación y el manejo de la información entre todos los involucrados (Barreto & Bayés, 1990; Peñacoba et al., 2005).

Además de estos dos objetivos primordiales, las intervenciones psicológicas dentro del área de CP difieren según sus destinatarios.

Intervenciones con el Paciente

Cuando la muerte propia es considerada un evento próximo se convierte en una amenaza y conlleva diversos temores. La condición real de morir enfrenta al paciente terminal con la pérdida de su imagen corporal, angustias, crisis de llanto, incertidumbre, miedo a un nuevo síntoma y a la pérdida de control sobre sí mismo, entre otros (Barreto & Bayés, 1990; Barreto & Soler, 2003; De Simone, 2000; Novoa Gómez et al., 2008; Peñacoba et al., 2005).

Aproximadamente el 50% de los pacientes terminales consiguen afrontar las situaciones aversivas que les rodean sin que sus reacciones psicológicas lleguen a cumplir criterios de enfermedad mental. Sin embargo, el otro 50% desarrolla síntomas psicopatológicos como ansiedad, depresión y/o insomnio (Barbero, 2008).

Como parte de un equipo interdisciplinario de CP, las funciones del psicólogo son: (a) evaluar síntomas psicológicos del paciente, (b) identificar problemas relacionados con sus familiares, (c) prevenir la angustia, (d)

detectar el duelo temprano, y (e) tratar los trastornos psicopatológicos asociados a la situación clínica y que podrían complicar el cuadro (Berreto & Bayés, 1990; Barreto & Soler, 2003; Bayes, 2005).

El dolor corporal producto de la sintomatología física se suma al cuadro de sufrimiento psicológico dando lugar a lo que Saunders en 1984 denominó dolor total. Este es un concepto utilizado por quienes trabajan en medicina paliativa para referirse a la conjunción de malestares psíquicos y físicos característica de quienes padecen una enfermedad terminal (Barreto & Bayés, 1990; Barreto & Soler, 2003; De Simone, 2000).

Para aliviar tal sufrimiento, el rol de psicólogo es acompañar al paciente, atender sus necesidades psicosociales, brindar información (defendiendo el derecho de autonomía del paciente), ofrecer un espacio terapéutico para elaborar la síntesis de la propia vida, expresar libremente las emociones y promover así el alivio de síntomas físicos y psíquicos (Barreto, 1994; Lizarraga-Mansoa, Ayarra-Elia & Cabodevilla-Eraso, 2005).

Se destaca la necesidad de centrarse en el paciente como una totalidad biopsicosocial y no en la enfermedad que tiene (Rojas-May, 2006).

Intervenciones con la Familia

Estas intervenciones implican la atención de las necesidades de la familia y los allegados del paciente antes y después de su fallecimiento. Las familias se enfrentan a diferentes dificultades en relación al paciente y la situación terminal en la que se encuentra; se afrontan cambios vitales, se anticipa el dolor de la pérdida, y se suman diferentes temores (Barreto, 2008; Barreto & Soler, 2003; De Simone, 2000; Novoa Gómez et al., 2008; SECPAL, 2008).

En la mayoría de los casos, la familia es el apoyo más importante que tiene el enfermo, no solo lo asiste en sus cuidados básicos y físicos, sino también en sus necesidades emocionales y espirituales (Barrera Tello & Manera Brito, 2007; Lizarraga-Mansoa et al., 2005; Novoa Gomez et al., 2008)

Una de las principales funciones del psicólogo es atender a las necesidades de los familiares respetando sus formas, sin juzgar y haciéndoles saber que son contenidos.

Las familias y cuidadores atraviesan varias etapas en función del estado del paciente. La primera consiste en adaptarse a los cambios en la cotidianidad familiar (aspectos sociales, personales, laborales). En esta fase el psicólogo promueve la expresión emocional con el fin de favorecer la aceptación y adaptación a la nueva situación y sus efectos. Asimismo es importante anticipar a los familiares sobre la necesidad del propio cuidado, ya que la calidad de vida del cuidador probablemente se vea afectada y repercute en la del paciente. Los familiares no son solo dadores de cuidado sino también sus receptores, lo cual incrementa su capacidad de oficiar como soporte (Barreto & Soler, 2003; Lizarraga-Mansoa et al., 2005; Novoa Gómez et al., 2008; Soler Saiz, 2001).

Específicamente, las intervenciones con la familia tienen dos objetivos principales: brindar información gradual, franca y honesta a lo largo del proceso, y oficiar de soporte emocional permitiendo la expresión de los sentimientos además de prevenir la claudicación familiar y el duelo complicado (Astudillo, Mandinueta, & Casado, 2007; Barreto & Bayés, 1990; Soler Saiz, 2001).

Una de las tareas del psicólogo es evaluar la capacidad emocional y práctica de la familia para atender al paciente, intensificando el apoyo emocional al cuidador principal y monitoreando el impacto de las situaciones y vivencias que se van sucediendo. En síntesis, los principales roles incluyen psicoeducación, brindar apoyo emocional y colaborar en la rehabilitación y recomposición familiar (prevención y tratamiento de duelo) (Lacasta & de Luis, 2002; SECPAL, 2008).

El proceso de duelo depende de factores como la preparación de la familia para la situación, la intensidad y la forma en que este proceso transcurre y la estructura social y cultural a la que pertenece.

Intervenciones con el Equipo de Salud

El equipo de salud que se desempeña en CP requiere de un cambio radical en la actitud asistencial, ya que su objetivo no será curar la enfermedad sino paliar el sufrimiento y lograr el confort del paciente.

La labor de acompañar al paciente en su enfermedad y en su muerte de manera integral significa mucho esfuerzo y estrés (Barrera Tello & Manero Brito, 2007; Barreto & Bayés, 1990; Barreto & Soler, 2003; De Simone, 2000; Lizarraga-Mansoa et al., 2006; Reynoso et al., 2008).

Los profesionales, así como los familiares, atraviesan por las mismas etapas psicológicas por las cuales pasa un enfermo el afrontar su muerte y esto contribuye a generar determinadas actitudes. La actitud del médico es vital para el manejo adecuado de los enfermos, y en gran medida, condiciona la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad terminal y la proximidad de su muerte (Grau Abalo et al., 2008). Por tal motivo es importante la intervención del psicólogo en cuanto al apoyo emocional a los profesionales (para evitar el síndrome de *burnout o al menos reducir su probabilidad*) y a la capacitación para el trato con este tipo de pacientes (Barbero & Diaz, 2007; Barreto & Bayés, 1990; Lizarraga-Mansoa et al., 2006).

Algunos de los objetivos de las intervenciones psicológicas con el equipo de salud de CP son: (a) formar capacitar para la identificación y control de las propias emociones de modo que no interfieran en la atención del paciente, y (b) entrenar en habilidades de comunicación (escucha activa, asertividad, baja reactividad, reconversión de ideas, refuerzo y silencio) y actitudes como serenidad, empatía, comunicación no verbal y buen humor. Esto permite aumentar la eficacia y competencia en el trabajo con el menor coste emocional posible (Barreto, 1994; Barreto & Bayés, 1990; Lizarraga-Mansoa et al., 2005).

El trabajo con el equipo de salud implica valorar la propia dinámica del equipo, monitorear la calidad laboral de los profesionales sometidos al estrés físico y emocional que genera el contacto con estos pacientes, y asistir a los

profesionales que sufren de burnout (Bayes, 2005; Ojeda Martín et al., 2009).

Las intervenciones señaladas forman parte de las funciones del psicólogo en CP, lo que requiere considerar las características necesarias para dicho rol profesional en este ámbito como la capacidad de dar apoyo y contención a los pacientes ante la angustia de muerte, tener sensibilidad para comprenderla, una estructura emocional para no dejarse invadir por ella y conocimiento para manejar una adecuada resolución personal en relación a pérdidas por la muerte (Elias & Sales Giglio, 2002).

ESTUDIO EMPÍRICO



LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO
EN CUIDADOS PALIATIVOS
Ψ

Objetivos e Hipótesis

Objetivo General

Analizar las características de la formación teórico-técnica y de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en el área de cuidados paliativos.

Objetivos Particulares

a) Identificar en la literatura científica las características de las intervenciones psicológicas sustentadas empíricamente para pacientes que reciben cuidados paliativos y establecer criterios para su sistematización.

b) Describir las características de la formación teórico-técnica de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata.

c) Describir las características de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata.

d) Analizar el grado de correspondencia entre las prácticas concretas de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata y el estado del conocimiento científico en esta área de intervención.

e) Analizar el efecto modulador de la orientación teórico-técnica de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos sobre su ejercicio profesional en el área.

f) Evaluar las similitudes y las diferencias de las prácticas de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en función de los dispositivos asistenciales.

Hipótesis de Trabajo

Existe un bajo grado de correspondencia entre las prácticas concretas que informan los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata y el estado del conocimiento científico en esta área de intervención.

Muestra

Se utilizaron dos fuentes de obtención de datos: (1) literatura especializada, (2) psicólogos especialistas en CP o cuya actividad incluyera atención en CP durante el último año. De los 18 psicólogos contactados, fueron entrevistados 8 profesionales residentes en la ciudad de Mar del Plata. Para ello se llevó a cabo una búsqueda a través del Colegio Profesional Distrito X que cuenta con un registro actualizado de los profesionales matriculados en la ciudad de Mar del Plata, a partir del cual se identificaron los profesionales que informaban trabajar en el área de cuidados paliativos, a quienes se les envió un e-mail informativo sobre el estudio y una invitación a participar.

Posteriormente, se tomó contacto con dichos profesionales vía telefónica o personalmente en función de las posibilidades en cada caso con el propósito de ampliarles la información sobre el estudio y convocarlos a participar como informantes calificados en el tema. A partir de los contactos iniciales se utilizó una técnica de bola de nieve para la identificación de otros psicólogos que trabajaran en el área.

De un total de 18 se pudo entrevistar a 8 profesionales. De los 10 restantes las razones para no participar incluyeron falta de interés (2), no actividad profesional en el área (8). Todos participaron de manera voluntaria y fueron entrevistados individualmente previo consentimiento informado (Anexo 6).

Procedimiento e Instrumento

En primer lugar se delimitó el objeto de estudio dentro del campo disciplinar y en función de los objetivos definidos para el estudio se seleccionaron descriptores que resultaran claves para la búsqueda correspondiente.

Se establecieron un total de 21 descriptores de búsqueda que guiaron la consulta en las siguientes bases de datos: Angeline, Doaj, Sciece Direct, BDU, Clase, Medline, Pepsic, Psicoinfo, Psycarticles, Scielo, Scopus, Springerlink, Unired. Dicha búsqueda se complementó a través del Google académico y del centro de documentación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP).

Posteriormente, se realizó una selección por etapas de la literatura hasta el máximo nivel de especificación disponible en los documentos, procedimiento que definió nuevas búsquedas. Como algunos de los artículos seleccionados solo tenían acceso al *abstract*, en estos casos se llevó a cabo una búsqueda específica de los textos completos a través de la web, del centro de documentación de la Facultad de Psicología de la UNMDP y de solicitudes a los propios autores.

En la siguiente etapa, se procedió a una lectura general de todo el material seleccionado, y se inició una nueva búsqueda derivada de las referencias y citas encontradas en el material analizado.

Finalizada la revisión y lectura de los artículos, se organizó la clasificación de los documentos según el tipo de publicación indicada en: (a) estudios empíricos controlados aleatorizados (RCT), (b) estudios empíricos no controlados (EENC), (c) capítulos de libro, (d) guías sobre cuidados paliativos, (e) opinión de expertos, y (f) otros tipos de artículos (que no cumplían ninguno de los criterios anteriores pero contenían información relevante para el tema de investigación).

Finalmente, se especificó la cantidad y tipo de documentos para cada una de las categorías (Anexo 1).

Posteriormente se identificaron y describieron los diferentes tipos de intervenciones psicológicas en el ámbito de los CP. Las intervenciones fueron organizadas en función del destinatario en: dirigidas al paciente, a la familia y/o al equipo médico.

Como criterio organizador para la inclusión de la diversidad de intervenciones halladas se utilizó como referencia la clasificación de técnicas propuesta por Fernández Álvarez (2004). Así se diferenciaron 4 categorías: (1) técnicas orientadas a generar insight o comprensión, (2) técnicas orientadas a la expresión emocional, (3) técnicas orientadas al cambio de conducta, (4) técnicas orientadas a promover un cambio en la interacción.

Para cada una de ellas se establecieron subcategorías en función de la especificidad de la intervención y destinatario (Anexo 2, 3 y 4), por último se incluyó una categoría adicional denominada transversal para aquellas intervenciones no específicas.

A continuación se estableció la frecuencia de intervenciones en los diferentes tipos de documentos (Anexo 7, 8 y 9).

Paralelamente a la labor de búsqueda y análisis bibliográfico se identificaron instituciones y psicólogos que trabajaran en el área de cuidados paliativos con el fin de realizar una futura entrevista con ellos.

Se contactó a los profesionales vía mails enviados a través del Colegio Profesional de psicólogos (Distrito X), por contacto telefónico y personal en instituciones que trabajan con pacientes en cuidados paliativos, búsquedas en internet y técnica bola de nieve.

De un total de 18 profesionales contactados, solo 8 se dedicaban a CP al momento de la realización de este estudio, cumplían con los criterios previstos y fueron entrevistados.

Se diseñó una entrevista semiestructurada que incluyera los temas a indagar en función de los objetivos propuestos que se administró a los profesionales de manera individual e incluyó registro en audio e realizó un análisis del contenido de las entrevistas, y se identificaron en cada caso la

orientación del profesional, las características de su práctica, el tipo de intervenciones realizadas y su frecuencia (Anexo 10, 11 y 12).

Se utilizó una entrevista semiestructurada diseñada específicamente para este estudio.

RESULTADOS



LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO
EN CUIDADOS PALIATIVOS

Ψ

A continuación se exponen los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados:

a) Identificar en la literatura científica las características de las intervenciones psicológicas sustentadas empíricamente para pacientes que reciben cuidados paliativos y establecer criterios para su sistematización.

Se hallaron un total de 75 artículos correspondientes al tema planteado. Solo un 25 % de los mismos fueron estudios con sustento empírico (17% no controlados, 8% Estudios Empíricos Controlados Aleatorizados). Se observaron relativamente pocos estudios controlados, dato esperable en gran medida, teniendo en cuenta la complejidad clínica de la población asistida para su investigación. De todas maneras la relevancia del tema ha dado lugar a otro tipo de literatura especializada de valor clínico (55% opinión de expertos, 5% capítulos de libros, 1% guías de CP, 14% a otro tipo de artículos¹), razón por la cual se decidió su inclusión como parte de la revisión realizada.

¹ La categoría *Otro tipo de artículos* hace referencia a textos que no corresponden a las categorías restantes, como por ejemplo entrevistas o relato de casos.

Tabla 1

Cantidad de publicaciones por tipo de documento

TIPO DE PUBLICACIÓN	Cantidad de publicaciones
Estudio Empírico Controlado Aleatorizado	6
Estudio Empírico No Controlado	13
Opinión de expertos	41
Capítulo de Libros	4
Guía de Cuidados Paliativos	1
Otro tipo de artículo	10

A partir del análisis pormenorizado de la totalidad de los artículos objeto de estudio se identificaron tres grupos de destinatarios de las intervenciones psicológicas en cuidados paliativos: Paciente, Familia y Equipo de Salud. Posteriormente se identificaron diferentes modalidades de intervención dentro de cada uno de estos tres grupos de destinatarios.

Se contabilizaron 76 intervenciones para pacientes, 55 dirigidas a la familia y 33 al equipo de salud. En aquellos casos donde las intervenciones estaban dirigidas a más de un destinatario, fueron consideradas para todos los grupos.

Para sistematizar las intervenciones psicológicas desde el punto de vista técnico, se utilizaron los criterios de clasificación propuestos por Fernández Álvarez (2004), que incluyen cuatro categorías: (a) técnicas orientadas a generar insight o comprensión, (b) técnicas orientadas a aspectos expresivos y el apoyo emocional, (c) técnicas orientadas al cambio de conductas, y (d) técnicas orientadas a promover un cambio en la interacción.

Con el fin de realizar un análisis de mayor especificidad se crearon subcategorías y se incluyeron categorías Transversales (aquellas no exclusivas de una única categoría).

En el caso del Equipo de Salud dicha clasificación se realizó en función de criterios específicos dada la naturaleza diferencial de las intervenciones, por tratarse de acciones dirigidas a la actuación profesional propiamente dicha y a los aspectos personales y relacionales comprometidos en la atención y la asistencia de esta población clínica.

A continuación se presentan los resultados diferenciados para cada destinatario, en función de: (a) el porcentaje relativo de tipos de intervención (Figura 1, 2 y 3), y (b) la frecuencia de aparición de dichas intervenciones en los distintos tipos de documentos (Tabla 2).

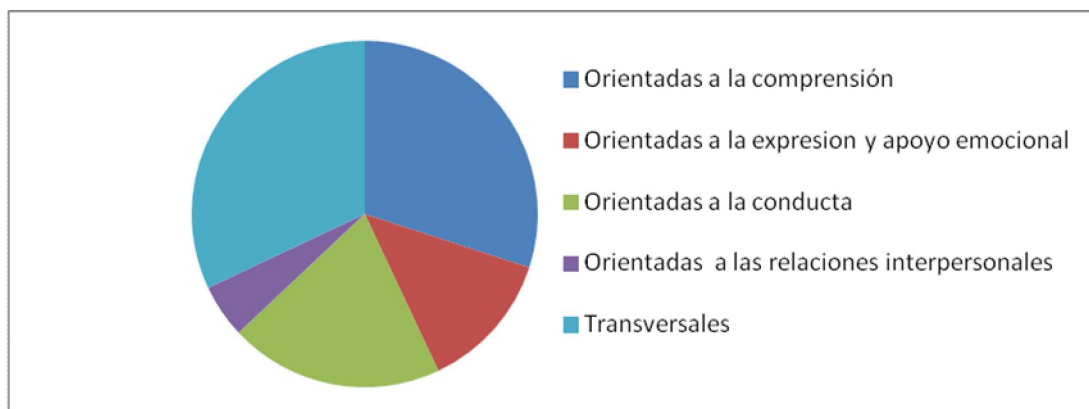


Figura 1. Porcentajes de tipo de Intervenciones dirigidas a Pacientes.

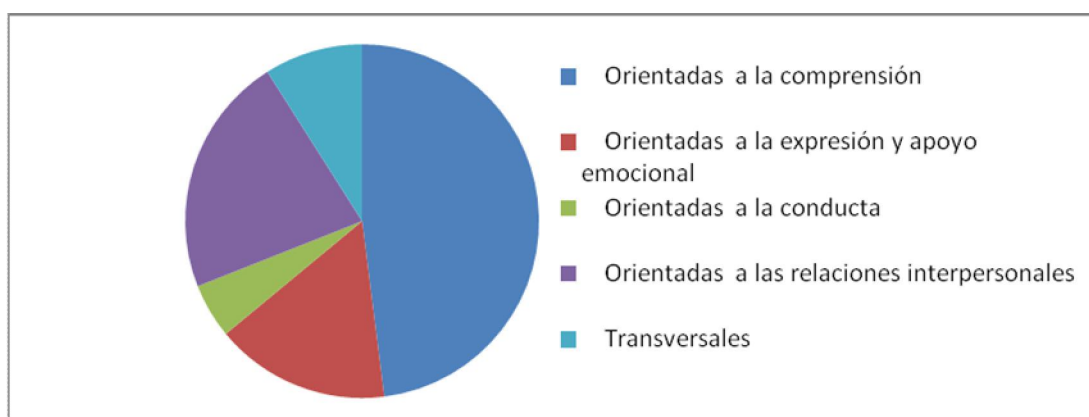


Figura 2. Porcentajes de tipo de Intervenciones dirigidas a Familia.

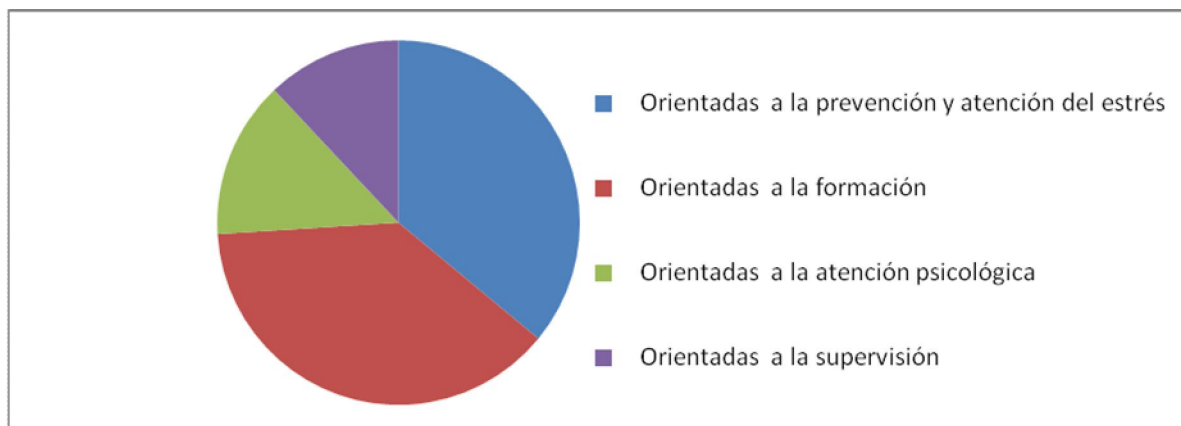


Figura 3. Porcentajes de tipo de Intervenciones dirigidas al Equipo de Salud.

Es interesante observar que predominan las intervenciones Transversales en el caso de Pacientes, lo que sugiere que mayoritariamente se trata de actos clínicos que incluyen un conjunto de acciones terapéuticas, como por ejemplo acompañar, valorar, evaluar y atender las necesidades del paciente más que técnicas específicas.

Tanto las intervenciones dirigidas a la familia como al paciente muestran un predominio de aquellas orientadas a la comprensión.

Las principales diferencias entre los destinatarios Paciente y Familia se observan en las intervenciones orientadas a la conducta y a las relaciones interpersonales, estas últimas claramente más presentes en el caso de la familia, y las primeras en los pacientes.

En cuanto a las intervenciones dirigidas al Equipo de Salud se destacan aquellas destinadas a la prevención y atención del estrés, (como por ejemplo prevenir el distrés que causa trabajar con pacientes terminales y el burnout) y las orientadas a la formación y capacitación de los profesionales.

Como ya se informó previamente (Tabla 1) la mayor cantidad de literatura revisada correspondió a Opinión de Expertos para los tres destinatarios, dato que destaca el valor clínico de esta fuente dentro de la producción científica sobre el tema.

Tabla 2

Frecuencia y tipo de intervenciones según documento de procedencia

Tipo de intervención	RCT	EENC	OE	CL	GCP	Otros	Total
Intervenciones dirigidas al paciente							
Orientadas a la comprensión	2	6	25	3	0	8	44
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	0	3	12	0	0	5	20
Orientadas a la conducta	0	2	22	3	0	2	29
Orientadas a las relaciones interpersonales	1	1	4	1	0	0	7
Transversales	0	3	38	1	2	4	48
Intervenciones dirigidas a la familia							
Orientadas a la comprensión	1	0	31	2	0	7	41
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	0	0	13	0	0	1	14
Orientadas a la conducta	0	0	4	0	0	0	4
Orientadas a las relaciones interpersonales	2	4	10	0	0	3	19
Transversales	0	1	6	0	0	1	8
Intervenciones con el equipo de salud							
Orientadas a la prevención y atención del estrés	0	1	14	0	0	0	15
Orientadas a la formación	0	1	14	0	0	1	16
Orientadas a la supervisión	0	1	4	0	0	0	5
Orientadas a la atención psicológica	0	0	6	0	0	0	6

Nota. RCT=Estudios controlados aleatorizados; EENC=Estudios empíricos no controlados; OE= Opinión de expertos; CL= Capítulos de libros; GCP= Guía de cuidados paliativos.

b) Describir las características de la formación teórico-técnica de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata.

Se analizó el contenido de las entrevistas realizadas a los profesionales que trabajan en el área de CP en la ciudad de Mar del Plata. Los criterios que se tuvieron en cuenta para describir las características de la formación teórico – técnica fueron los siguientes:

- Marco teórico de referencia.
- Grado de formación máxima alcanzado y formación de postgrado en CP.
- Lectura de publicaciones científicas sobre el tema.

Marco Teórico de Referencia

El 62,5% de los profesionales informó un único marco teórico de referencia (Tabla 3) y las orientaciones predominantes fueron psicodinámicas y cognitivo – conductual. En el resto de los casos se registró la combinación de dos opciones, y solo un profesional señaló todas las orientaciones propuestas de manera equivalente como marco teórico.

Tabla 3

Formación teórico-técnica de los profesionales entrevistados

	Frecuencia
Cognitivo-Conductual	2
Psicodinámico	2
Psicoterapia breve (focalizada)	1
Combinadas	
Cognitivo-Integrativo + Humanístico-Existencial	1
Cognitivo-Conductual + Integrativo	1
Todas las opciones propuestas	1

Grado de Formación Máxima Alcanzado y Formación de Postgrado en Cuidados Paliativos

Siete de los 8 profesionales informaron algún grado de formación de postgrado. Del total, 5 realizaron cursos de postgrado en el área específica y 2 obtuvieron titulaciones de especialización y doctorado respectivamente. Solo un profesional no realizó ninguna formación posterior al título de grado.

Lectura de Publicaciones Científicas sobre el Tema

Cinco de los profesionales entrevistados informaron leer periódicamente publicaciones científicas en psicología pero solo 3 de ellos sobre contenidos específicos en CP. En términos generales se constató heterogeneidad y ausencia de una publicación de referencia común a los profesionales.

En síntesis, una de las principales características de la formación teórico-técnica de los psicólogos que trabajan en el área de CP en la ciudad de Mar del Plata es la ausencia de marcos teóricos de referencia comunes o compartidos. No obstante, la mayoría refiere haber realizado cursos de postgrado sobre este ámbito de trabajo. Por otra parte, se observa la necesidad de una capacitación posterior a fines de adquirir conocimientos específicos, dada su ausencia en la formación de grado.

c) Describir las características de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata.

Para responder al presente objetivo se llevó a cabo un análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los profesionales.

Con respecto al tiempo semanal dedicado a la atención en CP, 2 de los psicólogos (25%) expresaron trabajar a demanda, 3 de ellos (37,5%) entre una y cinco horas, y los otros 3 (37,5%) más de diez horas.

Cuatro de los profesionales (50%) desarrollan su actividad profesional en su consultorio particular exclusivamente, y los 4 psicólogos restantes (50%) combinan su actividad profesional en hospitales públicos y centros asistenciales privados, u otros centros de salud. Solo en este último caso, los profesionales trabajan como parte de equipos interdisciplinarios de CP (compuestos en su mayoría por médicos, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales). No obstante quienes no lo hacen como práctica habitual expresaron que usualmente realizan interconsultas para un abordaje integral de sus pacientes.

En relación a los destinatarios de las intervenciones en CP, 5 de los profesionales (62,5%) informaron trabajar tanto con el paciente y su familia como con el equipo de salud. Un profesional (12,5%) explicitó intervenir solo con el paciente, y los 2 entrevistados restantes (25%) con el paciente y la familia (Figura 4).

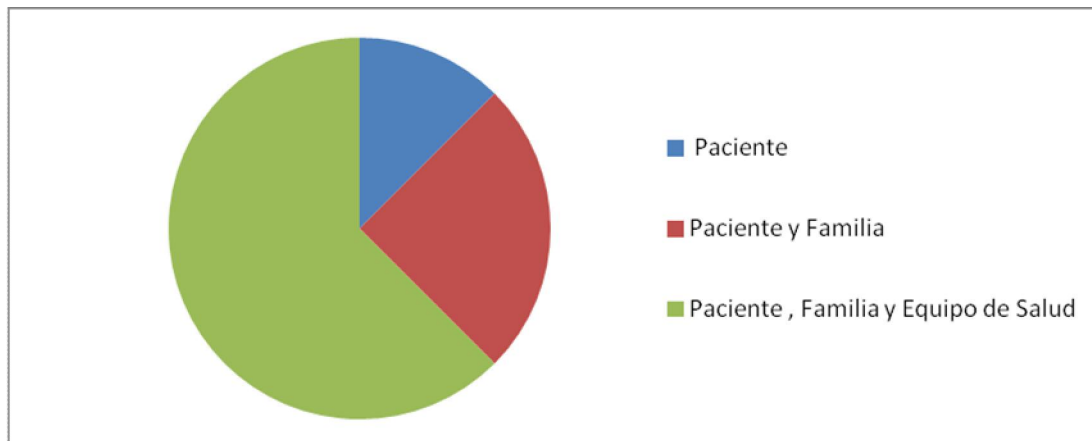


Figura 4. Destinatarios de las intervenciones en CP.

En relación a las prácticas concretas de los profesionales, a continuación se presentan las intervenciones en CP informadas por los entrevistados para cada destinatario en función de: (a) el porcentaje relativo de tipos de intervención (Figuras 5, 6 y 7), y (b) la frecuencia de aparición de dichas intervenciones (Tabla 4).

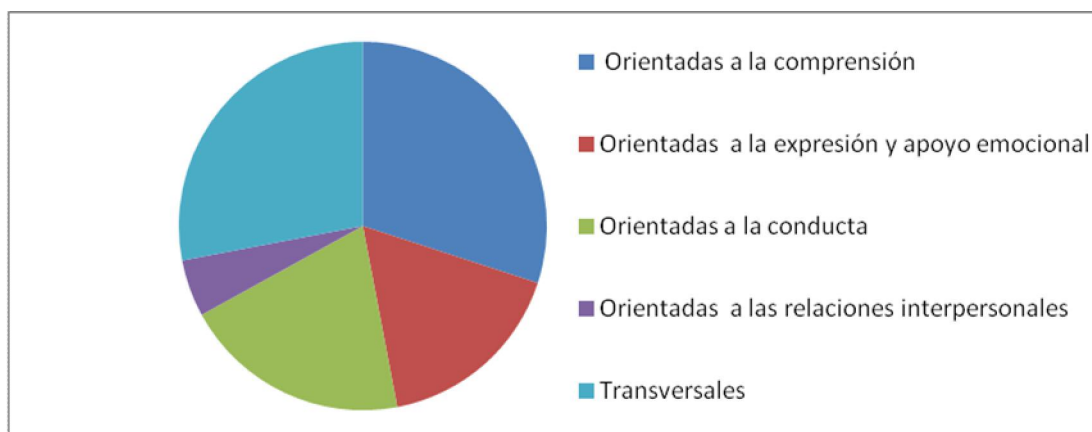


Figura 5. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas a Pacientes que realizan los profesionales de Mar del Plata.

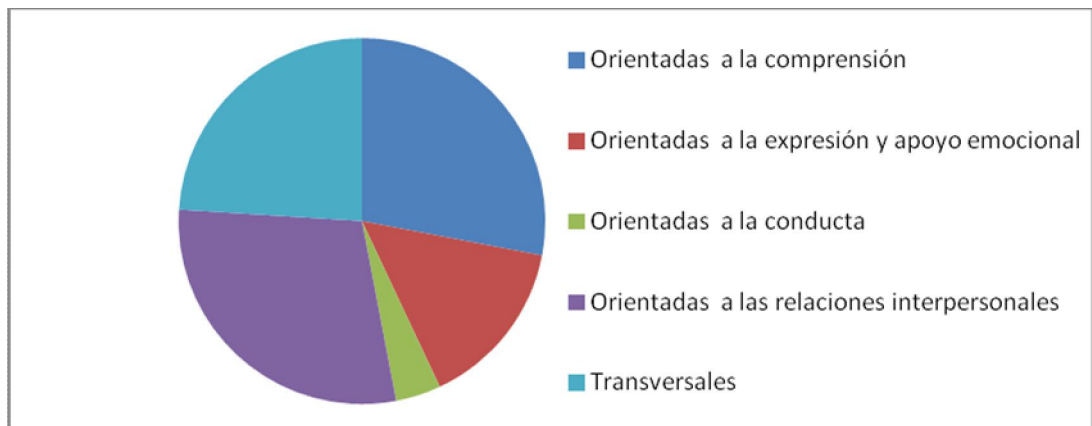


Figura 6. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas a Familia que realizan los profesionales de Mar del Plata.

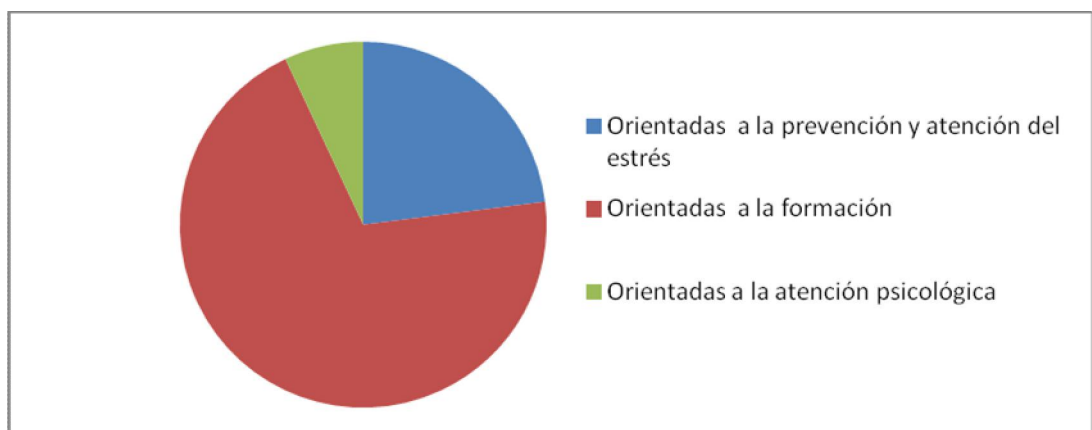


Figura 7. Porcentajes de tipo de intervenciones dirigidas al Equipo de Salud que realizan los profesionales de Mar del Plata.

Se observaron altos porcentajes de intervenciones orientadas a la comprensión, transversales y orientadas a la expresión y apoyo emocional tanto con los pacientes como con la familia (Figuras 5 y 6).

Las principales diferencias entre el trabajo terapéutico con el paciente y con la familia fueron en relación a las intervenciones orientadas a la conducta y las orientadas a las relaciones interpersonales, estas últimas claramente más presentes en el caso de Familia, y las primeras en el de los Pacientes (Figuras 5 y 6).

En cuanto a las intervenciones dirigidas al Equipo de Salud se destacaron las orientadas a la formación. También se observó un pequeño

porcentaje de intervenciones orientadas a la atención psicológica, y una completa ausencia de las orientadas a la supervisión (Figura 7).

Tabla 4

Frecuencia y tipo de intervenciones según profesional

Tipo de Intervenciones/ Profesionales	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Intervenciones dirigidas al paciente									
Orientadas a la comprensión	5	4	3	6	7	1	6	4	36
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	2	5	4	2	4	1	1	1	20
Orientadas a la conducta	1	5	2	6	3	1	3	2	23
Orientadas a las relaciones interpersonales	0	1	0	1	1	0	2	1	6
Transversales	7	8	1	5	3	3	3	3	33
Intervenciones dirigidas a la familia									
Orientadas a la comprensión	1	2	0	1	3	2	4	2	15
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	1	4	0	1	0	0	1	1	8
Orientadas a la conducta	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Orientadas a las relaciones interpersonales	5	3	0	2	3	1	1	1	16
Transversales	3	1	0	2	0	1	4	2	13
Intervenciones con el equipo de salud									
Orientadas a la prevención y atención del estrés	0	0	0	0	1	0	0	2	3
Orientadas a la formación	3	3	0	0	0	2	0	1	9
Orientadas a la supervisión	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orientadas a la atención psicológica	0	1	0	0	0	0	0	0	1

Si bien a partir de los datos de la Tabla 4 se constatan intervenciones dirigidas a los distintos destinatarios, predominan aquellas orientadas al Paciente y a la Familia.

Otro de los aspectos relevantes dentro de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en CP es la realización de evaluaciones. Cinco de los entrevistados (62,5%) afirmó utilizar algún tipo de evaluación psicológica antes o durante el proceso terapéutico. Cuatro de estos profesionales informaron utilizar instrumentos de tipo psicométrico, proyectivo y/o entrevistas. Los otros 3 profesionales (37,5%) no realizan evaluaciones debido a que las consideraban innecesarias o porque las lleva a cabo el psiquiatra.

Finalmente se indagó acerca de las mayores dificultades y los aspectos más gratificantes del trabajo en cuidados CP. Entre los aspectos más difíciles en este ámbito los profesionales destacaron: (a) la muerte del paciente, (b) el sufrimiento físico y psíquico del paciente, (c) pensar en la muerte propia o de familiares, (d) limitaciones en pacientes que se niegan a recibir ayuda, y (e) intervenir con pacientes jóvenes.

Entre lo más gratificante los entrevistados destacaron: (a) ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente, (b) realizar intervenciones para sanar², y (c) el agradecimiento del paciente y su familia.

² El término *sanaren* CP se equipara a paliar, y hace referencia a que allí donde no se puede curar lo físico se busca sanar, o paliar el sufrimiento a partir de potenciar aspectos vinculados al bienestar psicológico (Barreto & Bayes, 1990; Levenson, 2006).

d) Analizar el grado de correspondencia entre las prácticas concretas de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en la ciudad de Mar del Plata y el estado del conocimiento científico en esta área de intervención.

Para responder a este objetivo se utilizaron los datos derivados de las entrevistas con los psicólogos sobre su actividad profesional comparados con lo aportado por la literatura revisada.

En cuanto a las intervenciones generales informadas como más utilizadas por los profesionales se halló correspondencia con la literatura. se constató en: (a) las frecuencias relativas de los tipos de intervención, y (b) las subcategorías de cada tipo. A continuación serán analizadas estas diferencias en función de los tres grupos de destinatarios.

Tabla 5

Intervenciones más frecuentes en la literatura científica y en los profesionales según destinatario

Destinatarios	Tipos de intervención
Paciente	Orientadas a la comprensión Transversales
Familia	Orientadas a la comprensión Orientadas a relaciones interpersonales
Equipo de salud	Orientadas a la formación Orientadas a la prevención y atención del estrés

Intervenciones Dirigidas a los Pacientes

En el tipo de intervención tanto en los profesionales como en la literatura se observó una mayor frecuencia de intervenciones de la subcategoría *centradas en el dispositivo/procedimiento*, sin embargo, mientras que en la literatura, las intervenciones de mayor frecuencia fueron el Counselling y la Psicoeducación, en los profesionales la más mencionada fue la Escucha activa (Anexos 7 y 10).

En relación al tipo de intervenciones Transversales, si bien en ambos casos se observa una heterogeneidad de acciones terapéuticas, ambas fuentes coincidieron en que *acompañar* fue la más utilizada (Anexos 7 y 10).

Intervenciones Dirigidas a la Familia

Si bien se reportaron similares frecuencias en los tipos de intervenciones más predominantes (Tabla 5), las orientadas a la comprensión se presentan más en la literatura científica que en los profesionales (Figuras 2 y 6). Cuando se analizaron las subcategorías al interior de este tipo de intervención la única correspondencia hallada fue en las intervenciones Psicoeducativas (Anexos 8 y 11).

En contraposición, las intervenciones Transversales fueron más frecuentes en los psicólogos entrevistados que en la literatura. Además se hallaron similitudes en la frecuencia de utilización de los tipos de intervenciones orientadas a la conducta y las orientadas a la expresión y apoyo emocional (Figuras 2 y 6).

Intervenciones Dirigidas al Equipo de Salud

En este punto es relevante destacar que 5 profesionales entrevistados informaron trabajar con el Equipo de Salud, por tal motivo los resultados podrían estar sesgados por este hecho.

La literatura científica y los profesionales entrevistados coincidieron en los tipos de intervenciones más frecuentes (Tabla 5), no obstante al interior de las categorías generales se presentaron una serie de diferencias. Con respecto a las orientadas a la formación, en la literatura se halló una elevada frecuencia de intervenciones psicoeducativas y centradas en la

comunicación mientras que en los entrevistados solo se relevaron estas últimas (Anexos 9 y 12).

En relación a las orientadas a la prevención y atención del estrés, en la literatura se observó una utilización de una más amplia gama de intervenciones comparadas con las implementadas por los profesionales marplatenses (Anexos 9 y 12).

En otro orden de cosas, los profesionales no informaron intervenciones orientadas a la supervisión (Figuras 3 y 7).

En síntesis, las intervenciones de los psicólogos que trabajan en CP en la ciudad de Mar del Plata se correspondieron con los tipos generales de intervenciones referidas en la literatura científica en el área. Sin embargo, se hallaron diferencias en las frecuencias relativas de uso de los distintos tipos de intervención, y en las prácticas concretas dentro de cada categoría. Asimismo se constataron similitudes en el predominio de las intervenciones dirigidas a los pacientes y a la familia.

e) Analizar el efecto modulador de la orientación teórico-técnica³ de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos sobre su ejercicio profesional en el área.

De acuerdo a la información brindada por los profesionales en las entrevistas se construyeron perfiles de los psicólogos que trabajan en CP en Mar del Plata según su marco teórico de referencia con el objetivo de analizar la presencia de aspectos comunes a esta variable.

³ En el marco de este objetivo "orientación teórico-técnica" refiere al marco teórico de referencia del psicólogo entrevistado.

Tabla 6

Perfil de los profesionales con marco teórico de referencia Cognitivo-conductual

PROFESIONAL	2	4
Trabajo en equipo interdisciplinario	SI	NO
Destinatario de las intervenciones	Paciente Familia Equipo de salud	Paciente Familia
Tipo de intervención		
Intervenciones dirigidas al paciente		
Orientadas a la comprensión	4	6
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	5	2
Orientadas a la conducta	5	6
Orientadas a las relaciones interpersonales	1	1
Transversales	8	5
Intervenciones dirigidas a la familia		
Orientadas a la comprensión	2	1
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	4	1
Orientadas a la conducta	1	0
Orientadas a las relaciones interpersonales	3	2
Transversales	1	2
Intervenciones con el equipo de salud		
Orientadas a la prevención y atención del estrés	--	--
Orientadas a la formación	3	--
Orientadas a la supervisión	--	--
Orientadas a la atención psicológica	1	--

No se constataron coincidencias entre los profesionales cognitivo-conductuales en lo que respecta al trabajo interdisciplinario y a los destinatarios de las intervenciones. Sí se hallaron elevadas frecuencias de intervenciones orientadas a la conducta (en pacientes y familia), orientadas a la comprensión y transversales.

Tabla 7

Perfil de los profesionales con marco teórico de referencia Psicodinámico

PROFESIONAL	3	6
Trabajo en equipo interdisciplinario	NO	SI
Destinatario de las intervenciones	Paciente	Paciente Familia Equipo de salud
Tipo de intervención		
Intervenciones dirigidas al paciente		
Orientadas a la comprensión	3	1
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	4	1
Orientadas a la conducta	2	1
Orientadas a las relaciones interpersonales	--	--
Transversales	1	3
Intervenciones dirigidas a la familia		
Orientadas a la comprensión	--	2
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	--	--
Orientadas a la conducta	--	--
Orientadas a las relaciones interpersonales	--	1
Transversales	--	1
Intervenciones con el equipo de salud		
Orientadas a la prevención y atención del estrés	--	--
Orientadas a la formación	--	2
Orientadas a la supervisión	--	--
Orientadas a la atención psicológica	--	--

Los profesionales con orientación psicodinámica coincidieron en la modalidad de trabajo individual, es decir por fuera de un equipo interdisciplinario, ya que si bien uno de los profesionales realiza intervenciones con un equipo de salud, no pertenece concretamente a uno.

Si bien no se encontraron correspondencias en relación al tipo de intervenciones utilizadas, es interesante observar la ausencia de intervenciones dirigidas a las relaciones interpersonales en todos los psicólogos que trabajan en CP con este marco teórico.

Tabla 8

Perfil de los profesionales con marco teórico de referencia Psicoterapia Breve

PROFESIONAL	8
Trabajo en equipo interdisciplinario	SI
Destinatario de las intervenciones	Paciente Familia Equipo de salud
Tipo de intervención	
Intervenciones dirigidas al paciente	
Orientadas a la comprensión	4
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	1
Orientadas a la conducta	2
Orientadas a las relaciones interpersonales	1
Transversales	3
Intervenciones dirigidas a la familia	
Orientadas a la comprensión	2
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	1
Orientadas a la conducta	--
Orientadas a las relaciones interpersonales	1
Transversales	2
Intervenciones con el equipo de salud	
Orientadas a la prevención y atención del estrés	2
Orientadas a la formación	1
Orientadas a la supervisión	--
Orientadas a la atención psicológica	--

Solo un profesional refirió como marco de referencia la Psicoterapia breve, y sus intervenciones se caracterizaron por la heterogeneidad,

principalmente las dirigidas a los pacientes y la familia.

Tabla 9

Perfil de los profesionales con marcos teóricos de referencia combinados

PROFESIONAL	1	5	7
Trabajo en equipo interdisciplinario	SI	SI	NO
Destinatario de las intervenciones	Paciente Familia Equipo de salud	Paciente Familia Equipo de salud	Paciente Familia
Tipo de intervención			
Intervenciones dirigidas al paciente			
Orientadas a la comprensión	5	7	6
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	2	4	1
Orientadas a la conducta	1	3	3
Orientadas a las relaciones interpersonales	--	1	2
Transversales	7	3	3
Intervenciones dirigidas a la familia			
Orientadas a la comprensión	1	3	4
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	1	--	1
Orientadas a la conducta	1	--	--
Orientadas a las relaciones interpersonales	5	3	1
Transversales	3	--	4
Intervenciones con el equipo de salud			
Orientadas a la prevención y atención del estrés	--	1	--
Orientadas a la formación	3	--	--
Orientadas a la supervisión	--	--	--
Orientadas a la atención psicológica	--	--	--

En los profesionales con marco teórico de referencia combinado se observó una mayor utilización de las intervenciones transversales y orientadas a la comprensión con los pacientes.

En las intervenciones dirigidas a la familia predominaron las orientadas a la comprensión y a las relaciones interpersonales.

En síntesis, considerando la cantidad de profesionales entrevistados, los resultados deben ser analizados con precaución. Por lo tanto no puede constatarse con claridad un efecto modulador de la orientación teórico-técnica de los psicólogos que trabajan en CP sobre las características de su actividad profesional en el área. No obstante, se hallaron algunas tendencias interesantes:

- 1) El marco teórico de referencia pareciera no influir en los destinatarios que son objeto de intervención.
- 2) Los profesionales con marcos teóricos de referencia Cognitivo-conductual o combinados presentan una mayor heterogeneidad en los tipos de intervenciones utilizadas con todos los destinatarios, en comparación con quienes trabajan desde un marco Psicodinámico.

f) Evaluar las similitudes y las diferencias de las prácticas de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos en función de los dispositivos asistenciales.

Para responder a este objetivo se agruparon los profesionales entrevistados de acuerdo al dispositivo asistencial (trabajo en consultorio privado o dentro de un equipo interdisciplinario) en el que se desempeñan y se analizaron las similitudes y diferencias respecto a los tipos de intervenciones (prácticas) y sus destinatarios.

El 100% de los profesionales que se desempeñan como parte de un equipo interdisciplinario en CP informaron como destinatarios de sus intervenciones a los pacientes, las familias y al equipo de salud. En contraposición, no todos los psicólogos que trabajan en sus consultorios particulares incluyen a los tres destinatarios, es más, uno de ellos informó intervenir solamente con el paciente (Tabla 10).

En relación a los tipos de intervenciones se observa una mayor cantidad y heterogeneidad de intervenciones -para los tres grupos de destinatarios- en quienes trabajan dentro de equipos interdisciplinarios. No obstante no se hallaron divergencias relevantes en los tipos de intervenciones utilizadas (Tabla 10).

Tabla 10

Tipos de intervenciones por destinatario según dispositivo asistencial

PROFESIONAL	1	2	5	8	3	4	6	7
Dispositivo asistencial	TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO				TRABAJO EN CONSULTORIO PARTICULAR			
Destinatario de las intervenciones	Paciente Familia Equipo de Salud	Paciente Familia Equipo de Salud	Paciente Familia Equipo de Salud	Paciente Familia Equipo de Salud	Paciente Familia Equipo de Salud	Paciente Familia	Paciente Familia Equipo de Salud	Paciente Familia
Tipo de intervención								
Intervenciones dirigidas al paciente								
Orientadas a la comprensión	5	4	7	4	3	6	1	6
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	2	5	4	1	4	2	1	1
Orientadas a la conducta	1	5	3	2	2	6	1	3
Orientadas a las relaciones interpersonales	--	1	1	1	--	1	--	2
Transversales	7	8	3	3	1	5	3	3
Intervenciones dirigidas a la familia								
Orientadas a la comprensión	1	2	3	2	--	1	2	4
Orientadas a la expresión y apoyo emocional	1	4	--	1	--	1	--	1
Orientadas a la conducta	1	1	--	--	--	0	--	--
Orientadas a las relaciones interpersonales	5	3	3	1	--	2	1	1
Transversales	3	1	--	2	--	2	1	4
Intervenciones con el equipo de salud								
Orientadas a la prevención y atención del estrés	--	--	1	2	--	--	--	--
Orientadas a la formación	3	3	--	1	--	--	2	--
Orientadas a la supervisión	--	--	--	--	--	--	--	--
Orientadas a la atención psicológica	--	1	--	--	--	--	--	--

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO
EN CUIDADOS PALIATIVOS

Ψ

Este estudio empírico tuvo por objetivo analizar las características de la formación teórico-técnica y de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos, con el fin de establecer el grado de correspondencia entre las prácticas concretas en la ciudad de Mar del Plata y el estado del conocimiento científico en esta área de intervención.

En la literatura especializada se halló un predominio de documentos basados en la Opinión de expertos y Estudios empíricos no controlados, siendo escasos los Estudios empíricos controlados. Probablemente, esta tendencia se explique por las características específicas del campo de trabajo, donde la complejidad de la condición médica de los pacientes y los aspectos que impactan en su contexto relacional restringe la posibilidad en muchos casos de controlar y garantizar el efecto de las variables intervinientes.

Por otra parte, se identificaron tres destinatarios de las intervenciones psicológicas en cuidados paliativos, el paciente, la familia y el equipo de salud de manera alternada o simultánea, en función de las necesidades evaluadas y de las posibilidades de los dispositivos asistenciales.

En el plano del tipo de intervenciones diferenciadas por destinatarios se constataron correspondencias parciales entre lo hallado en la literatura y lo informado por los profesionales entrevistados. Específicamente las orientadas a la comprensión y transversales en el caso de los pacientes, orientadas a la comprensión y a las relaciones interpersonales con la familia y finalmente, las orientadas a la formación y a la prevención y atención del estrés en el equipo. Si bien estas prácticas terapéuticas son consideradas⁵⁰ básicas en el área, un análisis pormenorizado permitió detectar diferencias en las subcategorías.

Otra correspondencia se observó en cuanto al tipo de destinatarios y al predominio relativo de los pacientes y la familia como principal objeto de las intervenciones.

Un análisis de los perfiles profesionales puso en evidencia que, si bien la mayoría de los profesionales informó formación de postgrado específica, se constató la falta de homogeneidad en los marcos teóricos de referencia y en la actualización a través de publicaciones científicas en el tema.

No se observaron diferencias en los dispositivos asistenciales, las intervenciones profesionales en cuidados paliativos y los destinatarios en función de la orientación teórico-técnica. En contraposición, el dispositivo asistencial interdisciplinario favoreció la inclusión de los tres destinatarios y una mayor diversidad en las intervenciones.

El paciente en cuidado paliativo requiere una asistencia médica que atienda los problemas físicos que conlleva su enfermedad, como nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras. El psicólogo debe ser un eslabón más de ese equipo tratando de conocer las necesidades del paciente y de su grupo de pertenencia. Dentro de estas últimas es donde surge la atención inherente a la familia, ya que en general es la que asiste al paciente permanentemente.

El profesional no puede dejar de tener en cuenta toda la situación que rodea al paciente, siendo muchas veces el que puede poner en palabras los sus deseos y necesidades generando un enlace con la familia y el equipo médico que lo atiende.

Se considera que la presente investigación exploratoria y descriptiva logró articular información en un área donde el psicólogo puede brindar aportes para una mejor asistencia y acompañamiento del paciente que se encuentra en cuidados paliativos.

En este estudio se buscó explorar las características del ejercicio profesional en CP en Mar del Plata.

Por otra parte, se espera que la inserción del psicólogo en los equipos de salud en cuidados paliativos aumente como un paso necesario para una atención integral de estos pacientes tanto en lo específico de las intervenciones como en los aspectos relacionales.

BIBLIOGRAFÍA



LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO
EN CUIDADOS PALIATIVOS
Ψ

- Albarracín Garrido, D., Berdullas Saunders, S. & De Vicente, A. (2008). Atención psicológica al final de la vida y duelo: la importancia de la psicología en los cuidados paliativos. *Infocop*, 39, 3-7. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/1616.pdf>
- Alexandre Lautrette, M.D., Michael Darmon, M.D., Bruno Megarbane, M.D., Luc Marie Joly, M.D., Sylvie Chevret, M.D., Christophe Adrie, M.D., Didier Barnoud, M.D., Gérard Bleichner, M.D., Cédric Bruel, M.D., Gérald Choukroun, M.D., J. Randall Curtis, M.D., Fabienne Fieux, M.D., Richard Galliot, M.D., Maité Garrouste-Orgeas, M.D., Hugues Georges, M.D., Dany Goldgran-Toledano, M.D., Mercé Jourdain, M.D., Ph.D., Georges Loubert, M.D., Jean Reignier, M.D., Fayçal Saidi, M.D., Bertrand Souweine, M.D., Ph.D., François Vincent, M.D., Nancy Kentish Barnes, Frédéric Pochard, M.D., Benoit Schlemmer, M.D., & Elie Azoulay, M.D., (2007). A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *The New England journal of medicine*, 356, 469-478. Recuperado de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa063446#t=articleDiscussion>
- Arraya, M. & Lizarraga, S. (2001). Malas noticias y apoyo emocional. *Anales Sis San Navarra*, 24(2), 55-63. Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/pdf/06.%20Malas%20noticias.pdf>
- Astudillo, W. & Mendinueta, C. (2005) ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Ars Médica*, 11, 61-85. Recuperado de http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectos-psicosociales/comunicacion/como_mejorar_comunica_fase_terminal.pdf
- Astudillo, W., Mendinueta, C. y Casado, A. (2007). Como afrontar mejor las pérdidas en cuidados paliativos. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 7, 511-526. Recuperado de <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=519>
- Bakitas, M., Doyle Lyons, K., Hegel, M., Balan, S., Brokaw, F., Seville, J. & Hull, J. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, 302(7), 741-749. doi: 10.1001/jama.2009.1198.

- Barbero, J. (2008). Psicólogos en cuidados paliativos: la sinrazón de un olvido. *Psicooncología*, 15(1), 179-191. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0808130179A.PDF>
- Barbero, J. & Díaz, L. (2007). Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *Anales del sistema sanitario de Salud de Navarra*, 30(3), 71-83. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2516291>
- Barrera Tello, V. & Manero Brito, R. (2007). Aspectos psicológicos en el servicio de cuidados paliativos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 12(2), 343-357. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29212209>
- Barreto, P. (1994). Cuidados Paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(2), 201-208. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385141>
- Barreto, M. P. (2008). Intervención Psicológica en el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo. *Infocop*, 12-14. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2052
- Barreto, P. & Bayes, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de Psicología*, 47(2), 169-180. Recuperado de <http://digitum.um.es/jspui/handle/10201/5311>
- Barreto, M. P. & Soler, M. C. (2003). Psicología y fin de la vida. *Psicooncología*, 1, 135-146. Recuperado de [http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido%20%20\(1\)/PSICOLOGIA%20Y%20FIN%20DE%20VIDA.pdf](http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido%20%20(1)/PSICOLOGIA%20Y%20FIN%20DE%20VIDA.pdf)
- Barreto, P., Arranz, P., Barbero, J., & Bayés, R. (2002). Intervención psicológica con personas en la fase final de la vida. En V. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2ª ed.) (pp. 431- 451). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Bascuñán, R. M. L. (2005). Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133(3), 693-698. doi: 10.4067/S0034-98872005000600012.

- Bayés, R. (1998) Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5-17.
- Bayés, R. (2005). Psicología y Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*, 12(3), 137-138.
- Bayés, R. (2006). Cuidados Críticos y Sufrimiento. *Medicina Clínica*, 126(15), 576 – 578.
- Bermejo Higuera, J. C. (2005). La escucha activa en cuidados paliativos. *ARS medica*, 11(11). Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars07.html>
- Breitbart, W., Gibson, C., & Chochinov, H. (2006). Cuidados Paliativos. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de Medicina Psicosomática* (pp. 1005-1028). Barcelona: Ars Médica
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Hayley, P., Shannon, P., Cristiana, N., Timm, A., Tomarken, A., Kosinski, A., Berg, A., Colleen, J., Sorger, B., Abbey J. & Olden, M. (2010). Significado centrado en la psicoterapia de grupo para pacientes con cáncer avanzado: un ensayo controlado aleatorio piloto. *Psycho-Oncology*, 19, 21-28, doi 10.1002/pon. 1556.
- Centeno Cortés, C. & Arnillas González, P. (1998). Historia y Desarrollo de los cuidados Paliativos. Los cuidados paliativos en España. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, 235-248. Recuperado de <http://medicinapaliativa.com/pdf/cap01-12.pdf>
- Collette, N. (2006). Hasta llegar, la vida. Arte – terapia y cáncer en fase terminal. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, 1, 149-159. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0606110149A/9077>
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 1, 9-19. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A/16373>
- De Simone, G. G. (2000). El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. *Acta bioethica*, 4(1), 47-62. doi: 10.4067/S1726-569X2000000100004

- De Simone, G.G. (2012) Cuidados Paliativos en la República Argentina. Fundamentos y Antecedentes. *Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos*. Recuperado de <http://aamycompensa.com.ar/institucional/5/historia>
- Del Río, I. & Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C*, 32(1), 16-22. Recuperado de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:SC84TJvZV-MJ:scholar.google.com/+cuidados+paliativos:+historia+y+desarrollo&hl=es&as_sdt=0,5
- Elias, A. C. & Giglio, J. S. (2002). Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(3), 116-129. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>
- Elias, A. C., Giglio, J. S., Pimenta, C. & El-Dash, L. G. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "Relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 60-72. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/pdf/60.pdf>
- Fernández Alvarez, H. (2004). Formación de terapeutas. Entrenamiento en habilidades terapêuticas. En H. Mesone Arroyo (Comp.), *La Psicoterapia y las psicoterapias* (pp. 397 – 415) Buenos Aires: Ananke
- Fernández, M. E., Aguirán, C., Amurrio, L. M., Limonero, J. T., Martínez, M. & Urbano, S. (2004). Estándares de formación psicológica en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 11(3), 174-179. Recuperado de <http://cuidadospaliativos.org/archives/Estandares%20de%20formacion%20psicologica%20en%20Cuidado%20Paliativo.pdf>
- Fernández, V. (2007). Cuidados paliativos: una visión general. *Revista Médica de Honduras*, 75(3), 144-146. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/html/revista.html>

- González, M. (2005). Cuidados Paliativos. Hacia una medicina de la compasión. *Salus Online*, 1(1), 47–60. Recuperado de http://salusonline.fcs.uc.edu.ve/cuidados_paliativos.pdf
- Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M., Massip Pérez, C., Chacón Roger, M., Reyes Méndez, M. C., Infante Pedreira, O., Romero Pérez, T., Barroso Fernández, I. & Morales Arisso, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 27-58. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80111670003#>
- Ibáñez, C., Ávila, R., Gómez, M. D., & Díaz, R. (2008). El equipo interdisciplinar como instrumento básico en cuidados paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología*, 15(2-3), 439-457. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220439A/15455>
- Krikorian, A., Limonero, T., & Mate, J. (2011) Sufrimiento y distrés en el final de la vida. *Psico-Oncología*. doi: 10.1002/pon.2087
- Lacasta, M. A. (2008). Los psicólogos en los equipos de cuidados paliativos en el plan integral de la comunidad de Madrid. *Psicooncología*, 15(1), 171-177. Recuperado de [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:at1msxdAc78J:scholar.google.com/+%09Lacasta,+M.+A.+\(2008\).+%C2%A8Los+psic%C3%B3logos+en+los+equipos+de+cuidados+paliativos+en+el+plan+integral+de+la+comunidad+de+Madrid%C2%A8.+Psicooncolog%C3%ADa&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:at1msxdAc78J:scholar.google.com/+%09Lacasta,+M.+A.+(2008).+%C2%A8Los+psic%C3%B3logos+en+los+equipos+de+cuidados+paliativos+en+el+plan+integral+de+la+comunidad+de+Madrid%C2%A8.+Psicooncolog%C3%ADa&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1)
- Lacasta, M. & de Luis, V. (2002). Evaluación de los resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 9(8), 502-509. Recuperado de http://revista.sedolor.es/pdf/2002_08_03.pdf.
- Lacasta Reverte, M. (1997). El papel del psicólogo en cuidados paliativos. *Infocop*, 68,1-3. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?ID=1085>
- Levenson, J.L. (2006). *Tratado de Medicina Psicosomática*. Barcelona: Ars Médica

- Limonero, J. T. (1994). Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal. *Anuario de Psicología*, 61, 85-92. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/artpub/1994/71673/00665126n61p85.pdf>
- Limonero, J. T. (2001). Evaluación de necesidades y preocupaciones en situación terminal. *Revista de psicología de la salud*, 13(2), 63-75. Recuperado de <http://rps.umh.es/index.php/psicosalud/article/viewPDFInterstitial/76/72>
- Limonero, J., Mateo, D., Maté, J., González-Barboteo, J., Bayés, R., Bernus, M.,... Viel, S. (2011). Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria*, 1-8. doi: 10.0.3.248/j.gaceta.2011.07.016
- Lizarraga-Mansoa, S., Ayarra-Elia, M., & Cabodevilla-Eraso, I. (2006). Atención a la familia del paciente al final de la vida. *Terapéutica en APS*, 12(10), 62-71.
- Lizarraga-Mansoa, S., Ayarra-Elia, M. & Cabodevilla-Eraso, I. (2005). Acompañamiento al final de la vida. *Terapéutica en APS*, 12(7), 471-481.
- Lizarraga-Mansoa, S., Ayarra-Elia, M., & Cabodevilla-Eraso, I. (2006) La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. *Atención primaria*, 38(2), 7-13.
- Malca Scharf, B. (2005). Psycho-oncology: emotional boarding in oncology. *Persona y Bioética*, 9(25), 64-67. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e&form=F>
- Marquis, A. (2006). Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida. Hacia una muerte digna. *Revista del instituto nacional de cancerología*, 35(2), 87-89. Recuperado de http://www.socargcancer.org.ar/revistas/Cancerologiarevista2007_02.pdf
- Marrero Quevedo, R. & Carballeira Abella, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and*

- Psychological Therapy Universidad de Almería*, 2(1), 23-39. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56020102>
- Martin, M., Sancho, M., Avalo, J., & Mesa, A. (2009). La Evaluación del impacto de programas de cuidados paliativos: Un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario. *Psicología y Salud*, 19(1), 5-20. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29111983001>
- Maté, J., Bayés, R., Gonzalez-Barboteo, J., Muñoz, S., Moreno, F., & Gómez-Batiste, X. (2008). ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una Unidad de Cuidados Paliativos mueran en paz?. *Psicooncología*, 5(2-3), 303-321.
- Maté, J., Sirgo, A., Mateo, D., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., González-Barboteo, J., Limonero, J., López- Postigo, M., & Viel, S. (2009). Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología*, 4(2), 507 - 518. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220507A/15224>
- Mesones Arroyos, H. (2004). *La Psicoterapia y las psicoterapias*. Buenos Aires: Ananké.
- Montes de Oca Lomeli, G. (2006). Historia de los Cuidados Paliativos. *Revista Digital Universitaria*, 7(4), 1-9. ISSN: 1067-6079
- Muñoz, S. (2004). Psicología en Cuidados Paliativos: Apuntes de un diario personal. *Boletín El Dolor*, 13, 26 -36. Recuperado de http://www.ached.cl/db_images/revistas/43a95dea8a6f0_05_psicologia_paliativos.pdf
- Negro, M. (2008) *La Otra Muerte. Psicoanálisis en Cuidados Paliativos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Novoa, M. & Ballesteros, B. P. (2006). The role of the psychologist in an intensive care unit. *Universitas Psychologica Pontificia Universidad Javeriana*, 5(3), 599-612. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750314>
- Novoa Gómez, M., Caycedo, C., Aguillón, M., & Suárez Álvarez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad

avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 177–192. Recuperado de http://132.248.9.1:8991/F/2D5B32SNKK34XBCJQLC5D5NH9YGHXQA1KCTQEJDF45LBDHVR4Q-01017?func=short-refine-exec&set_number=601252&request_op=AND&find_code=WPC&request=cuidados+paliativos&x=65&y=22

- Ojeda Martín, M., Gómez Sancho, M., Grau Avalo, J., Marrero Martín, M., & Guerra Mesa, A. (2009). La evaluación del impacto de programas de cuidados paliativos: Un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario. *Psicología y Salud*, 19(1), 5-20. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29111983001>
- Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 14(2), 143-160. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000/&numero=2005162>
- Peñacoba Puente, C., Velasco Furlong, L., Mercado Romero, F. & Moreno Rodríguez, R. (2005). Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 15(2), 195-206. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29212209>
- Peñacoba Puente, C., Fernández Sánchez, A., Morato Cerro, V., González Gutiérrez, J., López López, A., & Moreno Rodríguez, R. (2004). Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 14(1), 13-23. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29114103>
- Picolli da Silva, A. L. (2003). O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. *Intracao em Psicologia*, 7(1), 27-35. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2.2.4/index.php/psicologia/article/viewArticle/3204>
- Rey Bruguera, M. (2006) Entrevista a Ramón Bayés catedrático de Psicología Básica y profesor emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Infocop, 27. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?ID=1317>

- Reyes Saborit, A. (2005). Cuidados Paliativos en pacientes con insuficiencia renal crónica. Papel del Psicólogo. *Santiago*, 108, 117-124. Recuperado de <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14505309/91>
- Reynoso, E., Alazraki, O., González-Maraña, M., Alvarado, S., & Pulidol, M. (2008). Evaluación de las necesidades de pacientes oncológicos en la etapa termina (a través del instrumento ENPOET): comparación entre muestras. *Psicooncología*, 5(1), 39-52. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130039A>
- Rivera Ledesma, A. & Montero López Lena, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 23(1), 125-136. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16723116#>
- Rivero Burón, R., Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., García López, L. J., Martínez González, A. E. & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-197. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604007#>
- Rodríguez Ibarra, C., Ruiz Suarez, R.Y., & Restrepo Forero, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia. *Revista Colombiana de Psicología Universidad Nacional de Colombia*, 13, 90-101. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80401310>
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica las Condes*, 17(4), 194-197. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e&form=F>
- Romero, C., Álvarez, M., Bayés, R. & Schroder, M. (2001). ¿Cuándo se pide la intervención del psicólogo en una unidad de cuidados paliativos? *Medicina Paliativa*, 8(4), 170-172. Recuperado de <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Cuando%20se%20pide%20la%20intervencion%20del%20psicologo%20en%20una%20unidad%20de%20cuidados%20paliativos.pdf>

- Rosa, L. & Miyazaki, M. C. (1996). Intervenção psicológica em paciente HIV sintomático: relato de caso. *HB científica*, 3(3), 237-40. Recuperado de <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=HB%20cient&connector=ET&lang=pt>
- Scorsolini-Comin, F., Vilela e Souza, L. & Santos, M. (2008). Tornar-se Psicólogo: Experiencia de estágio de Psico-oncologia multiprofissional em equipe de saúde. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 9(2), 113-125. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e&form=F>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Bilbao: Autor.
- Soler Sáiz, M. (2001). Intervención en la familia y el duelo. *Revista de psicología de la salud*, 13(2), 97-116. Recuperado de <http://jornadasperiodismo.umh.es/index.php/psicosalud/article/viewArticle/78>
- Wenk, R. (2007) Sufrimiento existencial en el final de la vida. La perspectiva de un médico. *Medicina Paliativa*, 15(1), 1-6.
- Wenk, R. & Bertolino, M. (2007) Palliative Care Development in South America: A focus on Argentina. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 645-650.



LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO
EN CUIDADOS PALIATIVOS

Ψ

Anexo 1

Tabla de Clasificación de Artículos

TIPO DE PUBLICACIÓN	TITULO DE LA PUBLICACIÓN-AÑO-AUTOR	CANTIDAD-PORCENTAJE
<p>ESTUDIOS EMPÍRICOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS. (RCT)</p>	<p>- A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. 2007 Autores: Alexandre Lautrette, M., Michael Darmon, M.D., Bruno Megarbane, M.D., Luc Marie Joly, M.D., Sylvie Chevret, M.D., Christophe Adrie, M.D., Didier Barnoud, M.D., Gérard Bleichner, M.D., Cédric Bruel, M.D., Gérald Choukroun, M.D., J. Randall Curtis, M.D., Fabienne Fieux, M.D., Richard Galliot, M.D., Maité Garrouste-Orgeas, M.D., Hugues Georges, M.D., Dany Goldgran-Toledano, M.D., Mercé Jourdain, M.D., Ph.D., Georges Loubert, M.D., Jean Reignier, M.D., Fayçal Saidi, M.D., Bertrand Souweine, M.D., Ph.D., François Vincent, M.D., Nancy Kentish Barnes, Frédéric Pochard, M.D., Benoit Schlemmer, M.D., & Elie Azoulay, M.D.</p> <p>-Significado centrado en la psicoterapia de grupo para pacientes con cáncer avanzado: un ensayo controlado aleatorio piloto. 2010 Autores: Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Hayley, P., Shannon, P., Cristiana, N., Timm, A., Tomarken, A., Kosinski, A., Berg, A., Colleen, J., Sorger, B., Abbey J. & Olden, M.</p> <p>-Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "Relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. 2007 Autores: Elias, A. C., Giglio, J. S., Pimenta, C. & A El-Dash, L. G.</p> <p>- Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. 2008 Autores: Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M., Massip Pérez, C., Chacón Roger, M., Reyes Méndez, M. C., Infante Pedreira, O., Romero Pérez, T., Barroso Fernández, I. & Morales Arisso, D.</p> <p>- Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. 2002 Autores: Marrero Quevedo, R. & Carballeira Abella, M.</p> <p>-Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the</p>	<p>Nº publicaciones: 6 Porcentaje: 8%</p>

	<p>Project ENABLE II randomized controlled trial. 2009 Autores: Bakitas, M., Doyle Lyons, K., Hegel, M., Balan, S., Brokaw, F., Seville, J. & Hull, J.</p>	
<p>ESTUDIO EMPIRICO NO CONTROLADO</p>	<p>-Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos.2004 Autores: Peñacoba Puente, C., Fernández Sánchez, A., Morato Cerro, V., González Gutiérrez,J., López López, A. & Moreno Rodríguez, R.</p> <p>-Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos.2011 Autores: Limonero, J., Mateo, D., Maté, J., Gonzalez-Barboteo, J.,Bayés, R., Bernus, M., Casas, C.,Lopez, M., Sirgo, A. & Viel, S</p> <p>-Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos.2005 Autores: Peñacoba Puente, C., Velasco FurlonG, L., Mercado Romero, F. & Moreno Rodríguez, R.</p> <p>- Evaluación de los resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. 2002 Autores: Lacasta, M. & De Luis, V.</p> <p>-Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. 2008 Autores: Novoa Gómez, M., Caycedo, C., Aguillón, M. & Suárez Alvarez, R.</p> <p>-¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una Unidad de Cuidados Paliativos mueran en paz? 2008 Autores: Maté, J., Bayés,R.,Gonzalez-Barboteo,J., Muñoz,S., Moreno,F. &Gómez-Batiste, X.</p> <p>- Evaluación de necesidades y preocupaciones en situación terminal.2001 Autores: Limonero, J. T.</p> <p>- La Evaluación del impacto de programas de cuidados paliativos: Un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario. 2009 Autores: Ojeda Martín, M., Gómez Sancho, M., Grau Avalo, J., Marrero Martín, M. & Guerra Mesa, A.</p>	<p>Nº publicaciones: 13 Porcentaje: 17%</p>

	<p>- Hasta llegar, la vida. Arte – terapia y cáncer en fase terminal. 2006 Autor: Collette, N.</p> <p>- Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade.2002 Autores: Elias, A. C. & Giglio, J. S.</p> <p>-The role of the psychologist in an intensive care unit. 2006 Autores: Novoa, M. & Ballesteros, B. P.</p> <p>- Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia.2004 Autores: Rodríguez Ibarra, C., Ruiz Suarez, R.Y. & Restrepo Forero, M.</p> <p>-Evaluación de las necesidades de pacientes oncológicos en la etapa termina (a través del instrumento ENPOET): comparación entre muestras. 2008 Autores: Reynoso, E., Alazraki, O., González-Maraña, M., Alvarado, S. & Pulido, M.</p>	
<p>OPINIÓN DE EXPERTOS</p>	<p>- Evaluación de necesidades y preocupaciones en situación terminal.2001 Autor: Limonero, J. T.</p> <p>-Psicólogos en cuidados paliativos: la sinrazón de un olvido.2008 Autores: Barbero, J.</p> <p>-Medicina Paliativa: Psicología y Cuidados Paliativos. 2005 Autor: Bayes, Ramón</p> <p>-Sufrimiento existencial en el final de la vida. 2007 Autor: Wenk, R.</p> <p>-Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. 2005 Autor: Bascuñan R,M L.</p> <p>- Intervención Psicológica en el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo. 2008 Autor: Barreto, M. P.</p> <p>- Atención a la familia del paciente al final de la vida.2006</p>	<p>Nº publicaciones: 41 Porcentaje: 55%</p>

	<p>Autores: Lizarraga-Mansoa, S., Ayarra-Elia, M. & Cabodevilla-Eraso, I.</p> <p>- Cuidados Paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. 1994. Autor: Barreto, P.</p> <p>-Intervención en la familia y duelo.2001 Autor: Soler Saiz, M.C.</p> <p>- Psicología del sufrimiento y de la muerte. 1998 Autor: Bayés, R.</p> <p>-La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. 2006 Autores: - Lizarraga-Mansoa, S., Ayarra-Elia, M. & Cabodevilla-Eraso, I.</p> <p>-Acompañamiento al final de la vida. 2005 Autores: Lizarraga-Mansoa, S., Ayarra-Elia, M. & Cabodevilla-Eraso, I.</p> <p>-Sufrimiento y distrés en el final de la vida.2011 Autores: Krikorian, A., Limonero, T. & Mate, J.</p> <p>-Aspectos psicológicos en el servicio de cuidados paliativos. 2007 Autores: Barrera Tello, V. & Manero Brito, R.</p> <p>-¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? 2005 Autores: Astudillo, W. & Mendinueta, C.</p> <p>- Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos.2007 Autores: Barbero, J. & Díaz, L.</p> <p>-El papel del psicólogo en cuidados paliativos. 1997 Autores: Lacasta Reverte, M.</p> <p>- El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos.2000 Autores: De Simone, G. G.</p> <p>- Psicología y fin de la vida.2003 Autores: Barreto, M. P. & Soler, M. C.</p> <p>- Como afrontar mejor las pérdidas en cuidados paliativos.2007 Autores: Astudillo, W., Mendinueta, C. y Casado, A.</p> <p>- Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo.2007 Autores: Del Río, I. & Palma, A.</p>	
--	--	--

	<p>- Cuidados Críticos y Sufrimiento. 2006 Autores: Bayés, R.</p> <p>- El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. 1990 Autores: Barreto, P. & Bayes, R.</p> <p>- Palliative Care Development in South America: A focus on Argentina. 2007 Autores: Wenk, R. & Bertolino, M.</p> <p>- Historia y Desarrollo de los cuidados Paliativos. 1998 Autores: Centeno Cortés, C. & Arnillas González P.</p> <p>- Cuidados Paliativos en la República Argentina. Fundamentos y Antecedentes. 2012 Autores: De Simone, G.G.</p> <p>-La escucha activa en cuidados paliativos. 2005 Autores: Bermejo Higuera, J. C.</p> <p>-La formación en psicooncología. 2003 Autor: Cruzado, J. A.</p> <p>-Estándares de formación psicológica en cuidados paliativos. 2004 Autores: Fernández, M. E., Aguirán, C., Amurrio, L. M., Limonero, J. T., Martínez, M. & Urbano, S.</p> <p>-Cuidados paliativos: una visión general. 2007 Autor: Fernández, V.</p> <p>- Los psicólogos en los equipos de cuidados paliativos en el plan integral de la comunidad de Madrid. 2008 Autor: Lacasta, M. A.</p> <p>-Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal. 1994 Autores: Limonero, J. T.</p> <p>-Psycho-oncology: emotional boarding in oncology. 2005 Autor: Malca Scharf, B.</p> <p>-Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida. Hacia una muerte digna. 2007 Autor: Marquis, A.</p> <p>-Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. 2005 Autores: Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F.</p> <p>-O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano</p>	
--	---	--

	<p>hospitalar. 2003 Autor: Picolli da Silva, A. L.</p> <p>-Ejercicio clínico y espiritualidad. 2007 Autores: Rivera Ledesma, A. & Montero López Lena, M.</p> <p>-Psicología y cáncer. 2008 Autores: Rivero Burón, R., Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., García López, L. J., Martínez González, A. E. & Oblitas Guadalupe, L. A.</p> <p>-Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. 2006 Autor: Rojas-May, G.</p> <p>-¿Cuándo se pide la intervención del psicólogo en una unidad de cuidados paliativos? 2001 Autores: Romero, C., Alvarez, M., Bayés, R. & Schroder, M.</p> <p>-Tornar-se Psicólogo: Experiencia de estágio de Psico-oncologia multiprofissional em equipe de saúde. 2008 Autores: Scorsolini-Comin, F., Vilela e Souza, L. & Santos, M.</p>	
CAPITULO DE LIBRO	<p>- Intervención psicológica con personas en la fase final de la vida. 2002 Autores: Barreto, P., Arranz, P., Barbero, J. & Bayés, R.</p> <p>- La Psicoterapia y las psicoterapias. 2004 Autores: Mesones Arroyos, H.</p> <p>- La Otra Muerte. Psicoanálisis en Cuidados Paliativos. 2008 Autor: Negro, M.</p> <p>-Cuidados Paliativos. Tratado de Medicina Psicosomática. 2006 Autores: Breitbart, W., Gibson, C. & Chochinov, H.</p>	Nº publicaciones: 4 Porcentaje: 5%
GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS	<p>- Guía de cuidados paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. 2008 Autores: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.</p>	Nº publicaciones: 1 Porcentaje: 1%
OTRO TIPO DE ARTÍCULO	<p>-Intervencao psicológica em paciente HIV sintomático: relato de caso. 1996 Autores: Rosa, L. & Miyazaki, M. C.</p>	Nº publicaciones: 10 Porcentaje: 14%

	<p>-Atención psicológica al final de la vida y duelo- la importancia de la psicología en los cuidados paliativos. 2008 Autores: Albarracín Garrido, D., Berdullas Saunders, S. & De Vicente, A.</p> <p>- Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. 2009 Autores: Maté, J., Sirgo, A., Mateo, D., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., González- Barboteo, J., Limonero, J., López- Postigo, M., & Viel, S.</p> <p>- Psicología en Cuidados Paliativos: Apuntes de un diario personal.2004 Autor: Muñoz, S.</p> <p>- Entrevista a Ramón Bayés catedrático de Psicología Básica y profesor emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona. 2006 Autor: Rey Bruguera, M. para INFOCOOP.</p> <p>- Cuidados Paliativos. Hacia una medicina de la compasión.2005 Autores: González, M.</p> <p>- Historia de los Cuidados Paliativos.2006 Autores: Montes de Oca Lomeli, G.</p> <p>-El equipo interdisciplinar como instrumento básico en cuidados paliativos: a propósito de un caso. 2008 Autores: Ibáñez, C., Avila, R., Gómez, M. D. & Diaz, R.</p> <p>- Cuidados Paliativos en pacientes con insuficiencia renal crónica. Papel del Psicólogo.2005 Autores: Reyes Saborit, A.</p> <p>- Malas noticias y apoyo emocional. 2001 Autores: Arraya, M. y Lizarraga, S.</p>	
--	---	--

Anexo 2

Tabla de Intervenciones con Paciente

INTERVENCIONES CON EL PACIENTE
<i>1) ORIENTADAS A LA COMPRESIÓN (INSIGHT)</i>
<p>A) CENTRADAS EN EL AFRONTAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none">- Preparar al enfermo para el afrontamiento de pérdidas- Ayudar en el afrontamiento de la muerte cercana- Confrontar las pérdidas biológicas y psicológicas- Ayudar en el Afrontamiento de la enfermedad- Descubrir/ potenciar los propios recursos del paciente para fomentar percepción de control- Propiciar el desarrollo de emociones y pensamientos positivos- Estrategias cognitivo conductuales, constructivas y centradas en emociones.- Despatologizar la situación vital
<p>B) CENTRADAS EN LA ADAPTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervenir en fases poniendo énfasis en las necesidades y distintos estados del paciente, promoviendo la expresión y adaptación- Favorecer la adaptación psicológica al proceso de enfermedad y muerte- Promover la comunicación para abordar emociones, miedos, para adaptarse a la proximidad de la muerte- Promover el reencuentro con el yo interno- Ayudar a verbalizar y compartir sensaciones para facilitar aceptación y adaptación.- Ayudar en la aceptación de la situación actual
<p>C) CENTRADAS EN EL DISPOSITIVO/ PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none">- Tratamiento asociado al cambio de imagen corporal- Counselling- Intervención psicoeducativa.- Prestar apoyo psicológico- Imágenes mentales guiadas- Psicoterapia existencial- Psicoterapia centrada en el significado- MCGP Significado centrado en la psicoterapia de grupo- Reestructuración cognitiva- Identificar recursos protectores- Brindar información- Sostener posición de escucha activa- RIME (imágenes mentales, relajación y espiritualidad)
<i>2) ORIENTADAS A LA EXPRESIÓN Y APOYO EMOCIONAL</i>
<p>A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO TECNICO</p> <ul style="list-style-type: none">- Apoyo emocional a partir de exploración personalizada y biográfica- Arte-terapia- Role playing- Relato de vida y escucha activa
<p>B) CENTRADAS EN LA COMUNICACION</p> <ul style="list-style-type: none">- Atender el sufrimiento por medio de la comunicación- Promover comunicación para conocer necesidades y sufrimiento del paciente.- Facilitar Conversaciones sobre el dolor, la vida y la muerte

C)CENTRADAS EN LA PREVENCIÓN

- Prevenir estados emocionales intratables
- Prevenir angustia

D) CENTRADAS EN EL OBJETIVO

- Facilitar expresión de emociones, sentimientos y/ o miedos
- Lograr manejo emocional para afrontar
- Mejorar calidad de vida emocional
- Ayudar en el manejo de emociones

3) ORIENTADAS A LA CONDUCTA

A)CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO

- Intervención conductual
- Hipnosis.
- Ejercicio de relajación combinado con técnicas de distracción para tratar la ansiedad
- Practicas de relajación
- Relajación y técnicas de respiración
- Relajación muscular progresiva
- Biofeedback
- Desensibilización sistemática
- Técnica de control atencional

B) CENTRADAS EN EL REFUERZO POSITIVO

- Reforzar conductas adaptativas
- Reforzar actitudes y conductas positivas
- Aumentar la gama de satisfactores para el paciente (refuerzo positivo)
- Incentivar actividades que le gusten al paciente

C) CENTRADAS EN EL OBJETIVO

- Controlar estados de ánimo negativo
- Ayudar en la solución de problemas
- Ayudar en la planificación de actividades
- Aliviar sufrimiento
- Cuidar para proporcionar calidad de vida, bienestar y confort, para aliviar sufrimiento

4) ORIENTADAS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES

- Atender a la familia y al paciente como un todo
- Ayudar a reconciliar los deseos del paciente con la familia
- Brindar Psicoterapia de grupo
- Detectar problemas relacionados con sus cuidadores primarios

5) INTERVENCIONES TRANSVERSALES

- Evaluar bienestar dolor y sufrimiento
- Evaluar recursos psicológicos del paciente
- Brindar atención psicológica de posibles psicopatología asociadas
- Ayudar en la toma de decisiones
- Incrementar el número y calidad de recursos
- Conocer y controlar síntomas sentidos amenazantes que le generan sufrimiento al paciente (control y alivio sintomático)
- Brindar atención con preservación de la dignidad
- Detectar, evaluar y atender las necesidades del paciente
- Utilizar instrumentos de evaluación basados en la percepción subjetiva del tiempo que interviene en la detección y alivio del sufrimiento
- Usar autoinformes para evaluar la calidad de vida
- Acompañar
- Comprender
- Valorar
- Brindar Apoyo Emocional

Anexo 3

Tabla de Intervenciones con Familia

INTERVENCIONES CON LA FAMILIA
<i>1) ORIENTADAS A LA COMPRESIÓN (INSIGHT)</i>
A)CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO <ul style="list-style-type: none">-Intervención psicoeducativa-Counselling-Terapia individual con algún miembro de la familia-RIME: técnicas de relajación, imágenes mentales y espiritualidad- Psicoterapia- Tratamiento psicológico a la familia con técnicas cognitivo- conductual
B)CENTRADAS EN LA ASISTENCIA/APOYO PSICOLOGICO <ul style="list-style-type: none">- Prestar apoyo psicológico- Brindar soporte por el duelo inminente- Atender en el proceso de duelo- Asistir durante el proceso de enfermedad y en el duelo
C)CENTRADAS EN LA RESIGNIFICACION (CAMBIO DE SIGNIFICADOS) <ul style="list-style-type: none">- Trabajar la estigmatización familiar que pueden sentir- Promover la aceptación de la situación del enfermo- Poner en primer plano cuales son las experiencias positivas que surgen del cuidar a la persona querida- Minimizar o eliminar sentimientos de culpa- Ayudar a parcelar los problemas potenciando la utilización de sus propios recursos- Ayudar en la búsqueda de significado de la situación que están viviendo- Reestructurar pensamientos distorsionados
D)CENTRADAS EN LA PREVENCION <ul style="list-style-type: none">- Prevenir duelo patológico- Intervenir en duelo anticipado- Prevenir situaciones que generen malestar emocional a la familia
<i>2) ORIENTADAS A LA EXPRESIÓN Y APOYO EMOCIONAL</i>
A)CENTRADAS EN LA EXPRESION EMOCIONAL <ul style="list-style-type: none">- Atender las necesidades afectivas del familiar- Facilitar escucha activa para que la familia exprese preocupaciones, temores, demandas-Normalizar la expresión de emociones, ayudar a buscar cauces de expresión para liberar emociones- Promover la expresión de emociones- Sugerir, animar y motivar a la familia para el cuidado del paciente- Incrementar la capacidad de soporte de la familia
B)CENTRADAS EN LA PREVENCION <ul style="list-style-type: none">-Prevenir estrés familiar conociendo lo que los hace vulnerables a desarrollar problemas emocionales-Prevenir claudicación familiar-Prevenir estrés mediante apoyo social-Prevenir el agotamiento el cuidador principal sugiriendo implicar al mayor número de

miembros o allegados a la familia

3) ORIENTADAS A LA CONDUCTA

A)CENTRADAS EN LA FINALIDAD

- Animar a la familia a autocuidarse de manera física y emocionalmente, tomarse un tiempo de relajación
- Reforzar actitudes y conductas positivas
- Ayudar en la resolución de problemas

B)CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO (TECNICA)

- Entrenar en técnica de relajación progresiva

4) ORIENTADAS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES

A)CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO

- Brindar información a la familia y establecer como pueden colaborar
- Informar a la familia sobre estados y tratamiento del paciente

B) CENTRADAS EN EL DISPOSITIVO

- Brindar atención domiciliaria para establecer contacto con la familia y comunicación con ella
- Realizar talleres para personas que perdieron seres queridos
- Brindar terapia familiar

C) CENTRADA EN EL AFRONTAMIENTO

- Evaluar y potenciar los recursos de la familia
- Potenciar habilidades de afrontamiento para facilitar situaciones de crisis
- Ayudar a enfrentar dificultades en la relación con el paciente/ familia
- Ayudar en el afrontamiento de la enfermedad del familiar

D) CENTRADAS EN LA COMUNICACION

- Establecer comunicación constante con la familia
- Ayudar a la familia a implicarse con los objetivos terapéuticos y a comunicarse con el enfermo.
- Evitar la conspiración de silencio
- Asistir a la familia para lograr que mejoren la comunicación con el paciente y su ambiente
- Brindar información precisa y asegurar que la familia también hable de lo que considere importante
- Ayudar a conciliar los deseos del paciente y la familia

5) INTERVENCIONES TRANSVERSALES

- Conseguir un manejo adecuado de las emociones, pensamientos y conductas
- Detectar y priorizar necesidades de la familia, ayudando a despejar sus miedos
- Realizar Role playing
- Acompañar a la familia
- Brindar asistencia total e integral a la familia para brindar apoyo y sostén
- Promover enlace familia/ paciente

Anexo 4

Tabla de Intervenciones con Equipo de salud

INTERVENCIONES CON EL EQUIPO DE SALUD
1) ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN/ATENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL/PROFESIONAL
A) CENTRADAS EN EL BOURNOUT <ul style="list-style-type: none">- Prevenir Bournout-Propiciar autocuidado que evite el síndrome del bournout- Intervenir sobre el bournout que causa el trabajo interdisciplinar
B) CENTRADAS EN EL AFRONTAMIENTO <ul style="list-style-type: none">-Proporcionar estrategias de afrontamiento para combatir el estrés-Promover la utilización de técnicas de autocontrol como la relajación y reestructuración cognitiva-Ayudar en el afrontamiento de la muerte cercana ya que genera fuerte impacto emocional-Ayudar a desarrollar recursos de afrontamiento-Propiciar técnicas de afrontamiento para combatir la propia ansiedad y depresión que genera el contacto con pacientes terminales
C) CENTRADAS EN EL ESTRÉS PROFESIONAL <ul style="list-style-type: none">-Intervenir por el estrés que genera trabajar con personas con pronóstico de muerte-Prevenir el estrés que causa trabajar con pacientes terminales-Intervenir sobre la concepción arraigada que tienen los médicos de sentir la muerte como un fracaso ya que genera estrés en los profesionales-Manejar situaciones estresantes que genera el contacto con la muerte
2) ORIENTADAS A LA FORMACIÓN
A) PSICOEDUCACION <ul style="list-style-type: none">-Intervenir psicoeducativa para enseñar a detectar las necesidades del enfermo-Intervenir psicoeducativa para conocer la importancia de manejarse con la verdad ante el paciente y su familia-Intervenir psicoeducativa para enseñar etapas de comunicación de malas noticias-Intervenir psicoeducativa para que el profesional no suplante la red natural del paciente- Intervenir psicoeducativa para formar al equipo en mejorar su eficacia- Intervenir psicoeducativa para aprender a manejar el miedo a la muerte
B) CENTRADAS EN LA COMUNICACION <ul style="list-style-type: none">-Propiciar la comunicación entre los distintos miembros del equipo-Propiciar encuentros con el equipo-Entrenar al personal en la mejora de sus interacciones con los enfermos
C) ASESORAMIENTO <ul style="list-style-type: none">-Asesorar al equipo con respecto al enfermo y su familia-Asesorar al equipo para fomentar el acercamiento y atención del paciente

3) <i>ORIENTADAS A LA SUPERVISIÓN</i>
<ul style="list-style-type: none"> -Indicar la toma de distancia - Fomentar la no sobreimplicación - Propiciar la autorregulación de las emociones propias - Evaluar el resultado de las intervenciones – actuaciones del equipo - Monitorear la calidad de vida laboral, teniendo en cuenta que están sometidos a las consecuencias del distres físico y emocional que genera el contacto frecuente con la muerte, el dolor y sufrimiento
4) <i>ORIENTADAS A LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA</i>
<ul style="list-style-type: none"> -Prestar apoyo psicológico específico al profesional que lo requiera -Intervenir mediante Counselling -Facilitar el manejo de las propias emociones ante la situación terminal -Dar soporte al equipo médico para sus propias emociones - Atender a profesionales quemados

Anexo 5
Modelo de Entrevista a Profesionales

Nombre y Apellido _____

Sexo: F M Edad: _____

Formación de grado

Institución/Universidad: _____

Título: _____

Año de egreso: _____

Años de ejercicio Profesional: _____

Formación postgrado

	Período	Área de Conocimiento
Doctorado		
Maestría		
Especialización		
Diplomatura		
Cursos de Posgrado		
Otros ¿Cuál? _____		

¿Lee periódicamente alguna revista científica de su disciplina?

SI ¿Cuál/es?

NO

Motivos: Dificultades de acceso por razones económicas
 Falta de Tiempo
 Porque desconozco si existen ese tipo de revistas
 No las considero útiles para mi práctica profesional
 Otros: _____

Además de su trabajo en Cuidados Paliativos: ¿Desarrolla su actividad profesional en otro ámbito de la psicología?

Si ¿En Cuál? _____
No

¿Dónde desarrolla su actividad profesional actualmente?	Horas semanales	Horas semanales en Cuidados Paliativos
Centro de día		
Hospital Público		
Hospital Privado		
Clínica Privada		
Consultorio particular		
Otros		

¿Cuál es su marco teórico de referencia?

Cognitivo
Conductual
Cognitivo – Conductual
Psicodinámico
Sistémico
Humanístico- Existencial
Otros ¿Cuál? _____

Población Clínica Asistida:

Adultos mayores
Adultos
Adolescentes
Niños

¿Recibió información sobre Cuidados Paliativos durante su carrera de grado?

SI ¿Sobre qué tema? _____
NO ¿Considera que hubiese sido de utilidad? _____

¿Dónde adquirió su conocimiento / experiencia sobre el tema de Cuidados Paliativos?

Práctica Clínica Cursos Jornadas/ seminarios
Especializaciones Revistas Científicas
Otros _____

- 1) ¿Hace cuánto trabaja en CP?
- 2) ¿Qué la/o motivó a trabajar en CP?
- 3) ¿En función de su experiencia y formación:
 - 2.a. ¿Cómo define los CP?
 - 2.b. ¿A quiénes está dirigida la intervención en CP?

Paciente ¿Qué tipo de intervención/es realiza?

Familia ¿Qué tipo de intervención/es realiza?

Equipo de Salud ¿Qué tipo de intervención/es realiza?

Otros ¿Quiénes? _____

2.c. ¿De dónde proviene habitualmente la demanda/ pedido de su intervención en CP?

2.d. ¿Cuáles son las intervenciones que considera dan mejores resultados en CP?

4) ¿Usted realiza evaluación/es psicológica/s en algún momento de su intervención en CP?

Si ¿Incluye instrumentos de evaluación?

¿Cuál/es? _____

¿En qué momento de su intervención? _____

No ¿Por qué? _____

5) ¿Cuáles son los objetivos que usted se propone con la/s intervención/es en CP?

6) ¿Trabaja interdisciplinariamente en CP?

SI ¿Con qué profesionales?

¿Qué beneficio/s encuentra en el trabajo con el equipo y qué dificultad/es?

¿Cuál considera que es el aporte específico del psicólogo en el área de CP y el trabajo interdisciplinario?

NO ¿Por qué?

7) ¿Qué es lo más gratificante y lo más difícil de su trabajo en CP?

8) ¿Considera que el psicólogo necesita contar con habilidades particulares para trabajar en CP?

SI ¿Cuáles? _____

NO

9) ¿Cómo evalúa usted la inserción del psicólogo en el ámbito de los CP en la Ciudad de Mar del Plata?

10) ¿Conoce algún colega que trabaje en CP y considere que esté dispuesto a ser entrevistado dentro del estudio que estamos realizando?

11) ¿Hay algo más que considere importante sobre el trabajo del psicólogo en CP que no le hayamos preguntado?

Anexo 6
Modelo de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información sobre el estudio denominado *La intervención del psicólogo en cuidados paliativos*, que se está realizando desde la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata como parte de un trabajo de investigación de pre-grado de la carrera de Psicología.

También he recibido una explicación adecuada sobre cuál será mi participación en el estudio y la necesidad de grabar la entrevista para un análisis pormenorizado de la información. Si bien los resultados obtenidos podrán ser utilizados para su divulgación científica, la información que brinde será tratada de manera confidencial.

Por lo tanto expreso mi consentimiento a participar voluntaria y libremente en este estudio, y firmo el presente consentimiento.

Mar del Plata,.....de..... de 2012.

.....

Firma y aclaración del profesional entrevistado

Firma y aclaración de los responsables a cargo de la entrevista

.....

Anexo 7

Frecuencia y tipo de intervenciones para Paciente según documento de procedencia

INTERVENCIONES CON EL PACIENTE
A - RCT
B - Estudio Empírico No controlado
C - Opinión de Experto
D - Capítulo del libro
E - Guía de CP
F - Otro tipo de artículo

1) ORIENTADAS A LA COMPRESIÓN (INSIGHT)

A) CENTRADAS EN EL AFRONTAMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total
-Preparar al enfermo para el afrontamiento de pérdidas		1	1			1	3
-Ayudar en el afrontamiento de la muerte cercana			1				1
-Confrontar las pérdidas biológicas y psicológicas		1				1	2
-Ayudar en el afrontamiento de la enfermedad						1	1
-Descubrir/potenciar los propios recursos del paciente para fomentar percepción de control			1				1
-Propiciar el desarrollo de emociones y pensamientos positivos			1				1
-Estrategias cognitivo conductuales, constructivas y centradas en emociones			1				1
- Despatologizar la situación vital			2				2
							12

B) CENTRADAS EN LA ADAPTACIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
-Intervenir en fases poniendo énfasis en las necesidades y distintos estados del paciente, promoviendo la expresión y adaptación			1				1
-Favorecer la adaptación psicológica al proceso de enfermedad y muerte			1				1
-Promover la comunicación para abordar emociones, miedos, para adaptarse a la proximidad de la muerte			1				1
-Promover el reencuentro con el yo interno						1	1
-Ayudar a verbalizar y compartir sensaciones para facilitar aceptación y adaptación			2				2
-Ayudar en la aceptación de la situación actual		1					1
							7

C) CENTRADAS EN EL DISPOSITIVO/ PROCEDIMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total
-Tratamiento asociado al cambio de imagen corporal			1				1
-Apoyo psicológico							0
-Counselling			3			1	4
-Intervención psicoeducativa			3			1	4
-Imágenes mentales guiadas		1		1			2
-Psicoterapia existencial.				1			1
-Psicoterapia centrada en el significado				1			1
-MCGP Significado centrado en la psicoterapia de grupo	1						1
-Reestructuración cognitiva		1	2				3
-Identificar recursos protectores						1	1
-Brindar información		1	1			1	3
-Escucha activa			3				3
RIME (imágenes mentales, relajación y espiritualidad)	1						1
							25

2) ORIENTADAS A LA EXPRESIÓN Y APOYO EMOCIONAL

A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO TÉCNICO	A	B	C	D	E	F	Total
- Apoyo emocional a partir de exploración personalizada y biográfica			1				1
- Arte-terapia		1					1
- Role playing						1	1
- Relato de vida y escucha activa			1				1
							4

B) CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
- Atender el sufrimiento por medio de la comunicación		1	2				3
-Promover comunicación para conocer necesidades y sufrimiento del paciente			1				1
- Facilitar conversaciones sobre el dolor, la vida y la muerte						1	1
							5

C) CENTRADAS EN LA PREVENCIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
-Prevenir estados emocionales intratables			1				1
-Prevenir angustia			1				1
							2

D) CENTRADAS EN EL OBJETIVO	A	B	C	D	E	F	Total
-Facilitar expresión de emociones, sentimientos y/ o miedos			4			1	5
-Lograr manejo emocional para afrontar						1	1
-Mejorar calidad de vida emocional		1				1	2

-Ayudar en el manejo de emociones			1					1
								9

3) ORIENTADAS A LA CONDUCTA								
A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total	
- Intervención conductual			1	1			2	
- Hipnosis			1	1			2	
- Ejercicio de relajación combinado con técnicas de distracción para tratar la ansiedad				1			1	
- Practicas de relajación		1	1			1	3	
- Relajación y técnicas de respiración			1				1	
- Relajación muscular progresiva			1				1	
- Biofeedback			1				1	
- Desensibilización sistemática			1				1	
- Técnica de control atencional			1				1	
								13

B) CENTRADAS EN EL REFUERZO POSITIVO	A	B	C	D	E	F	Total	
-Reforzar conductas adaptativas			1				1	
- Reforzar actitudes y conductas positivas			1				1	
- Aumentar la gama de satisfactores para el paciente (refuerzo positivo)			1				1	
-Incentivar actividades que le gusten al paciente			2			1	3	
								6

C) CENTRADAS EN EL OBJETIVO	A	B	C	D	E	F	Total	
-Controlar estados de ánimo negativo			1				1	
- Ayudar en la solución de problemas			3				3	
- Ayudar en la planificación de actividades			1				1	
- Aliviar sufrimiento			3				3	
- Cuidar para proporcionar calidad de vida, bienestar y confort, para aliviar sufrimiento		1	1				2	
								10

4) ORIENTADAS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES	A	B	C	D	E	F	Total	
-Atender a la familia y al paciente como un todo			2				2	
-Ayudar a reconciliar los deseos del paciente con la familia		1					1	
-Brindar psicoterapia de grupo	1		1	1			3	
-Detectar problemas relacionados con sus cuidadores primarios			1				1	
								7

5) INTERVENCIONES TRANSVERSALES	A	B	C	D	E	F	Total
- Evaluar bienestar, dolor y sufrimiento			2				2
- Evaluar recursos psicológicos del paciente			1				1
- Brindar atención psicológica de posibles psicopatología asociadas			2			1	3
-Ayudar en la toma de decisiones			1				1
- Incrementar el número y calidad de recursos			1				1
-Conocer y controlar síntomas sentidos amenazantes que le generan sufrimiento al paciente (control y alivio sintomático)			4				4
- Brindar atención con preservación de la dignidad			1	1			2
- Detectar, evaluar y atender las necesidades del paciente			2			1	3
-Utilizar instrumentos de evaluación basados en la percepción subjetiva del tiempo que interviene en la detección y alivio del sufrimiento			1				1
- Usar autoinformes para evaluar la calidad de vida		1	2				3
- Acompañar		1	6			1	8
- Comprender			6		1		7
- Valorar			5		1		6
-Brindar apoyo emocional		1	4			1	6
							48

	A	B	C	D	E	F
Total de intervenciones en cada tipo de artículos	3	15	101	8	2	19

Anexo 8

Frecuencia y tipo de intervenciones para Familia según documento de procedencia

INTERVENCIONES CON LA FAMILIA							
A - RCT							
B - Estudio Empírico No controlado							
C - Opinión de Experto							
D - Capítulo de libro							
E - Guía de CP							
F - Otro tipo de artículo							
1) ORIENTADAS A LA COMPRESIÓN (INSIGHT)							
A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total
-Intervención psicoeducativa			3			2	5
-Counselling						1	1
-Terapia individual con algún miembro de la familia						1	1
-RIME: técnicas de relajación, imágenes mentales y espiritualidad	1						1
- Psicoterapia				1		1	2
- Tratamiento psicológico a la familia con técnicas cognitivo- conductual			1				1
							11

B) CENTRADAS EN LA ASISTENCIA/APOYO PSICOLÓGICO	A	B	C	D	E	F	Total
- Prestar apoyo psicológico			2				2
- Brindar soporte por el duelo inminente			1				1
- Atender en el proceso de duelo			4			1	5
- Asistir durante el proceso de enfermedad y en el duelo			3				3
							11

C) CENTRADAS EN LA RESIGNIFICACIÓN (CAMBIO DE SIGNIFICADOS)	A	B	C	D	E	F	Total
- Trabajar la estigmatización familiar que pueden sentir			1				1
- Promover la aceptación de la situación del enfermo			1				1
- Poner en primer plano cuales son las experiencias positivas que surgen del cuidar a la persona querida			1				1
- Minimizar o eliminar sentimientos de culpa			1				1
- Ayudar a parcelar los problemas potenciando la utilización de sus propios recursos			2				2
- Ayudar en la búsqueda de significado de la situación que están viviendo			1				1
- Restructurar pensamientos distorsionados			2				2
							9

D) CENTRADAS EN LA PREVENCIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
- Prevenir duelo patológico			3	1			4
- Intervenir en duelo anticipado			4			1	5
- Prevenir situaciones que generen malestar emocional a la familia			1				1
							10

2) ORIENTADAS A LA EXPRESIÓN Y APOYO EMOCIONAL							
A) CENTRADAS EN LA EXPRESIÓN EMOCIONAL	A	B	C	D	E	F	Total
- Atender las necesidades afectivas del familiar			2				2
- Facilitar escucha activa para que la familia exprese preocupaciones, temores, demandas			1			1	2
-Normalizar la expresión de emociones, ayudar a buscar cauces de expresión para liberar emociones			1				1
- Promover la expresión de emociones			2				2
- Sugerir, animar y motivar a la familia para el cuidado del paciente			1				1
- Incrementar la capacidad de soporte de la familia			1				1
							9

B) CENTRADAS EN LA PREVENCIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
-Prevenir estrés familiar conociendo lo que los hace vulnerables a desarrollar problemas emocionales			1				1
-Prevenir claudicación familiar			2				2
-Prevenir estrés mediante apoyo social			1				1
-Prevenir el agotamiento el cuidador principal sugiriendo implicar al mayor número de miembros o allegados a la familia			1				1
							5

3) ORIENTADAS A LA CONDUCTA							
A) CENTRADAS EN LA FINALIDAD	A	B	C	D	E	F	Total
- Animar a la familia a autocuidarse de manera física y emocionalmente, tomarse un tiempo de relajación			1				1
- Reforzar actitudes y conductas positivas			1				1
- Ayudar en la resolución de problemas			1				1
							3

B) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO (TÉCNICA)	A	B	C	D	E	F	Total
-Entrenar en técnica de relajación progresiva			1				1
							1

4) ORIENTADAS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES							
A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total
- Brindar información a la familia y establecer como pueden colaborar		1	1				2
-Informar a la familia sobre estados y tratamiento del paciente			1				1
							3

B) CENTRADAS EN EL DISPOSITIVO	A	B	C	D	E	F	Total
- Brindar atención domiciliaria para establecer contacto con la familia y comunicación con ella		1					1
- Realizar talleres para personas que perdieron seres queridos						1	1
- Brindar terapia familiar			1				1
							3

C) CENTRADA EN EL AFRONTAMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total
-Evaluar y potenciar los recursos de la familia			2				2
- Potenciar habilidades de afrontamiento para facilitar situaciones de crisis		1					1
-Ayudar a enfrentar dificultades en la relación con el paciente/ familia			1				1
- Ayudar en el afrontamiento de la enfermedad del familiar			1			1	2
							6

D) CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
- Establecer comunicación constante con la familia			1				1
-Ayudar a la familia a implicarse con los objetivos terapéuticos y a comunicarse con el enfermo			1				1
-Evitar la conspiración de silencio	1		1				2
-Asistir a la familia para lograr que mejoren la comunicación con el paciente y su ambiente	1						1
-Brindar información precisa y asegurar que la familia también hable de lo que considere importante						1	1
-Ayudar a conciliar los deseos del paciente y la familia		1					1
							7

5) INTERVENCIONES TRANSVERSALES	A	B	C	D	E	F	Total
-Conseguir un manejo adecuado de las emociones, pensamientos y conductas			1				1
-Detectar y priorizar necesidades de la familia, ayudando a despejar sus miedos			1				1
- Realizar role playing						1	1
- Acompañar a la familia		1	1				2
- Brindar asistencia total e integral a la familia para brindar apoyo y sostén			2				2
- Promover enlace familia/ paciente			1				1
							8

A	B	C	D	E	F
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Total de intervenciones en cada tipo de artículos	3	5	64	2	0	12
---	---	---	----	---	---	----

Anexo 9

Frecuencia y tipo de intervenciones para Equipo de Salud según documento de procedencia

INTERVENCIONES CON EL EQUIPO DE SALUD

A - RCT
B - Estudio Empírico No controlado
C - Opinión de Experto
D - Capítulo de libro
E - Guía de CP
F - Otro tipo de artículo

1) ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN/ ATENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL/PROFESIONAL

A) CENTRADAS EN EL BOURNOUT	A	B	C	D	E	F	Total
-Prevenir bournout		1	2				3
-Propiciar autocuidado que evite el síndrome del bournout			1				1
-Intervenir sobre el bournout que causa el trabajo interdisciplinar			1				1
							5

B) CENTRADAS EN EL AFRONTAMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total
-Proporcionar estrategias de afrontamiento para combatir el estrés			1				1
-Promover la utilización de técnicas de autocontrol como la relajación y restructuración cognitiva			1				1
-Ayudar en el afrontamiento de la muerte cercana ya que genera fuerte impacto emocional			1				1
-Ayudar a desarrollar recursos de afrontamiento			1				1
- Propiciar técnicas de afrontamiento para combatir la propia ansiedad y depresión que genera el contacto con pacientes terminales			1				1
							5

C) CENTRADAS EN EL ESTRÉS PROFESIONAL	A	B	C	D	E	F	Total
-Intervenir por el estrés que genera trabajar con personas con pronóstico de muerte			1				1
-Prevenir el estrés que causa trabajar con pacientes terminales			2				2
-Intervenir sobre la concepción arraigada que tienen los médicos de sentir la muerte como un fracaso ya que genera estrés en los profesionales			1				1
- Manejar situaciones estresantes que genera el contacto con la muerte			1				1
							5

2) ORIENTADAS A LA FORMACIÓN							
A) PSICOEDUCACIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
-Intervenir psicoeducativamente para enseñar a detectar las necesidades del enfermo			1				1
-Intervenir psicoeducativamente para conocer la importancia de manejarse con la verdad ante el paciente y su familia			1				1
-Intervenir psicoeducativamente para enseñar etapas de comunicación de malas noticias			2				2
- Intervenir psicoeducativamente para que el profesional no suplante la red natural del paciente						1	1
- Intervenir psicoeducativamente para formar al equipo en mejorar su eficacia			1				1
- Intervenir psicoeducativamente para aprender a manejar el miedo a la muerte			1				1
							7

B) CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
-Propiciar la comunicación entre los distintos miembros del equipo			4				4
-Propiciar encuentros con el equipo			1				1
-Entrenar al personal en la mejora de sus interacciones con los enfermos		1	1				2
							7

C) ASESORAMIENTO	A	B	C	D	E	F	Total
-Asesorar al equipo con respecto al enfermo y su familia			1				1
- Asesorar al equipo para fomentar el acercamiento y atención del paciente			1				1
							2

3) ORIENTADAS A LA SUPERVISIÓN	A	B	C	D	E	F	Total
-Indicar la toma de distancia			1				1
-Fomentar la no sobreimplicación			1				1
-Propiciar la autorregulación de las emociones propias			1				1
- Evaluar el resultado de las intervenciones – actuaciones del equipo			1				1
- Monitorear la calidad de vida laboral, teniendo en cuenta que están sometidos a las consecuencias del distrés físico y emocional que genera el contacto frecuente con la muerte, el dolor y sufrimiento		1					1
							5

4) ORIENTADAS A LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA	A	B	C	D	E	F	Total
-Prestar apoyo psicológico específico al profesional que lo requiera			2				2
- Intervenir mediante Counselling			1				1
-Facilitar el manejo de las propias emociones ante la situación terminal			1				1
-Dar soporte al equipo médico para sus propias emociones			1				1
- Atender a los profesionales quemados			1				1
							6

	A	B	C	D	E	F
Total de intervenciones en cada tipo de artículos	0	3	38	0	0	1

Anexo 10

Frecuencia y tipo de intervenciones para Paciente según profesional

INTERVENCIONES CON EL PACIENTE

1) ORIENTADAS A LA COMPRENSIÓN (INSIGHT)	PROFESIONALES								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
A) CENTRADAS EN EL AFRONTAMIENTO									
-Preparar al enfermo para el afrontamiento de pérdidas	x				x			x	3
-Ayudar en el afrontamiento de la muerte cercana		x		x	x		x	x	5
-Confrontar las pérdidas biológicas y psicológicas									0
-Ayudar en el afrontamiento de la enfermedad				x			x		2
-Descubrir/potenciar los propios recursos del paciente para fomentar percepción de control									0
-Propiciar el desarrollo de emociones y pensamientos positivos									0
-Estrategias cognitivo conductuales, constructivas y centradas en emociones				x					1
- Despatologizar la situación vital	x								1
									12

B) CENTRADAS EN LA ADAPTACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Intervenir en fases poniendo énfasis en las necesidades y distintos estados del paciente, promoviendo la expresión y adaptación						x			1
-Favorecer la adaptación psicológica al proceso de enfermedad y muerte			x	x			x	x	4
-Promover la comunicación para abordar emociones, miedos, para adaptarse a la proximidad de la muerte	x							x	2
-Promover el reencuentro con el yo interno									0
-Ayudar a verbalizar y compartir sensaciones para facilitar aceptación y adaptación					x				1
-Ayudar en la aceptación de la situación actual		x			x				2
									10

C) CENTRADAS EN EL DISPOSITIVO/ PROCEDIMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Tratamiento asociado al cambio de imagen corporal									0
-Apoyo psicológico			x	x					2
-Counselling									0
-Intervención psicoeducativa	x				x				2
-Imágenes mentales guiadas							x		1
-Psicoterapia existencial									0
-Psicoterapia centrada en el significado							x		1
-MCGP Significado centrado en la psicoterapia de grupo									0
-Reestructuración cognitiva					x		x		2
-Identificar recursos protectores									0
-Brindar información		x							1
-Escucha activa	x	x	x	x	x				5
RIME (imágenes mentales, relajación y espiritualidad)									0
									14

2) ORIENTADAS A LA EXPRESIÓN Y APOYO EMOCIONAL

A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO TÉCNICO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Apoyo emocional a partir de exploración personalizada y biográfica.		x							1
- Arte-terapia									0
- Role playing									0
- Relato de vida y escucha activa		x			x				2
									3

B) CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Atender el sufrimiento por medio de la comunicación	x	x	x		x				4
-Promover comunicación para conocer necesidades y sufrimiento del paciente.	x	x	x						3
- Facilitar conversaciones sobre el dolor, la vida y la muerte				x	x				2
									9

C) CENTRADAS EN LA PREVENCIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Prevenir estados emocionales intratables				x					1
-Prevenir angustia									0
									1

D) CENTRADAS EN EL OBJETIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Facilitar expresión de emociones, sentimientos y/ o miedos		x	x		x	x			4
-Lograr manejo emocional para afrontar									0
-Mejorar calidad de vida emocional			x				x		2
-Ayudar en el manejo de emociones								x	1
									7

3) ORIENTADAS A LA CONDUCTA									
A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Intervención conductual				x					1
- Hipnosis									0
- Ejercicio de relajación combinado con técnicas de distracción para tratar la ansiedad									0
- Practicas de relajación				x			x		2
- Relajación y técnicas de respiración									0
- Relajación muscular progresiva									0
- Biofeedback									0
- Desensibilización sistemática				x					1
- Técnica de control atencional									0
									4

B) CENTRADAS EN EL REFUERZO POSITIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Reforzar conductas adaptativas									0
- Reforzar actitudes y conductas positivas									0
- Aumentar la gama de satisfactores para el paciente (refuerzo positivo)									0
-Incentivar actividades que le gusten al paciente		x							1
									1

C) CENTRADAS EN EL OBJETIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Controlar estados de ánimo negativo									0
- Ayudar en la solución de problemas	X	x	x		x	x		x	6
- Ayudar en la planificación de actividades		x		x	x				3
- Aliviar sufrimiento		x	x	x			x		4
- Cuidar para proporcionar calidad de vida, bienestar y confort, para aliviar sufrimiento		x		x	x		x	x	5
									18

4) ORIENTADAS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Atender a la familia y al paciente como un todo		x		x	x		x	x	5
-Ayudar a reconciliar los deseos del paciente con la familia							x		1
-Brindar psicoterapia de grupo.									0
-Detectar problemas relacionados con sus cuidadores primarios.									0
									6

5) INTERVENCIONES TRANSVERSALES	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Evaluar bienestar, dolor y sufrimiento		x		x			x		3
- Evaluar recursos psicológicos del paciente		x		x			x	x	4
- Brindar atención psicológica de posibles psicopatología asociadas	x			x					2
-Ayudar en la toma de decisiones		x							1
- Incrementar el número y calidad de recursos			x						1
-Conocer y controlar síntomas sentidos amenazantes que le generan sufrimiento al paciente (control y alivio sintomático)	x	x		x					3
- Brindar atención con preservación de la dignidad	x	x			x				3
- Detectar, evaluar y atender las necesidades del paciente	x	x			x	x			4
-Utilizar instrumentos de evaluación basados en la percepción subjetiva del tiempo que interviene en la detección y alivio del sufrimiento									0
- Usar autoinformes para evaluar la calidad de vida									0
- Acompañar	x	x		x	x	x	x	x	7
- Comprender	x								1
- Valorar									0
-Brindar apoyo emocional	x	x				x		x	4
									33

	1	2	3	4	5	6	7	8
Total de intervenciones por profesional	15	23	10	20	18	6	15	11

Anexo 11

Frecuencia y tipo de intervenciones para Familia según profesional

INTERVENCIONES CON LA FAMILIA									
1) ORIENTADAS A LA COMPRESIÓN (INSIGHT)	PROFESIONALES								Total
A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Intervención psicoeducativa	x	x			x	x	x		5
-Counselling									0
-Terapia individual con algún miembro de la familia									0
-RIME: técnicas de relajación, imágenes mentales y espiritualidad									0
- Psicoterapia									0
- Tratamiento psicológico a la familia con técnicas cognitivo- conductual									0
									5

B)CENTRADAS EN LA ASISTENCIA/APOYO PSICOLOGICO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Prestar apoyo psicológico									0
-Brindar soporte por el duelo inminente							x		1
- Atender en el proceso de duelo		x		x		x		x	4
- Asistir durante el proceso de enfermedad y en el duelo							x		1
									6

C)CENTRADAS EN LA RESIGNIFICACION (CAMBIO DE SIGNIFICADOS)	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Trabajar la estigmatización familiar que pueden sentir									0
- Promover la aceptación de la situación del enfermo					x			x	2
- Poner en primer plano cuales son las experiencias positivas que surgen del cuidar a la persona querida									0
- Minimizar o eliminar sentimientos de culpa									0
- Ayudar a parcelar los problemas potenciando la utilización de sus propios recursos									0
- Ayudar en la búsqueda de significado de la situación que están viviendo							x		1
- Reestructurar pensamientos distorsionados									0
									3

D)CENTRADAS EN LA PREVENCIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Prevenir duelo patológico									0
- Intervenir en duelo anticipado					x				1
- Prevenir situaciones que generen malestar emocional a la familia									0
									1

2) ORIENTADAS A LA EXPRESIÓN Y APOYO EMOCIONAL									
A) CENTRADAS EN LA EXPRESIÓN EMOCIONAL									
	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Atender las necesidades afectivas del familiar	x	x					x		3
- Facilitar escucha activa para que la familia exprese preocupaciones, temores, demandas		x		x					2
-Normalizar la expresión de emociones, ayudar a buscar cauces de expresión para liberar emociones									0
- Promover la expresión de emociones									0
- Sugerir, animar y motivar a la familia para el cuidado del paciente									0
- Incrementar la capacidad de soporte de la familia									0
									5

B) CENTRADAS EN LA PREVENCIÓN									
	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Prevenir estrés familiar conociendo lo que los hace vulnerables a desarrollar problemas emocionales									0
-Prevenir claudicación familiar		x							1
-Prevenir estrés mediante apoyo social									0
-Prevenir el agotamiento el cuidador principal sugiriendo implicar al mayor número de miembros o allegados a la familia		x						x	2
									3

3) ORIENTADAS A LA CONDUCTA									
A) CENTRADAS EN LA FINALIDAD									
	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Animar a la familia a autocuidarse de manera física y emocionalmente, tomarse un tiempo de relajación		x							1
- Reforzar actitudes y conductas positivas									0
- Ayudar en la resolución de problemas	x								1
									2

B)CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO (TÉCNICA)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Entrenar en técnica de relajación progresiva									0
									0

4) ORIENTADAS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES									
A) CENTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO									
	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Brindar información a la familia y establecer como pueden colaborar	x	x							2
-Informar a la familia sobre estados y tratamiento del paciente					x	x			2
									4

B) CENTRADAS EN EL DISPOSITIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
- Brindar atención domiciliaria para establecer contacto con la familia y comunicación con ella		x			x				2
-Realizar talleres para personas que perdieron seres queridos									0
-Brindar terapia familiar									0
									2

C) CENTRADA EN EL AFRONTAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Evaluar y potenciar los recursos de la familia									0
- Potenciar habilidades de afrontamiento para facilitar situaciones de crisis	x								1
-Ayudar a enfrentar dificultades en la relación con el paciente/ familia									0
- Ayudar en el afrontamiento de la enfermedad del familiar							x		1
									2

D) CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Establecer comunicación constante con la familia		x							1
-Ayudar a la familia a implicarse con los objetivos terapéuticos y a comunicarse con el enfermo	x								1
-Evitar la conspiración de silencio	x							x	2
-Asistir a la familia para lograr que mejoren la comunicación con el paciente y su ambiente				x	x				2
-Brindar información precisa y asegurar que la familia también hable de lo que considere importante	x								1
-Ayudar a conciliar los deseos del paciente y la familia				x					1
									8

5) INTERVENCIONES TRANSVERSALES	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Conseguir un manejo adecuado de las emociones, pensamientos y conductas							x		1
-Detectar y priorizar necesidades de la familia, ayudando a despejar sus miedos				x				x	2
- Realizar role playing									0
- Acompañar a la familia	x	x				x	x		4
- Brindar asistencia total e integral a la familia para brindar apoyo y sostén	x						x	x	3
- Promover enlace familia/ paciente	x			x			x		3
									13

	1	2	3	4	5	6	7	8
Total de intervenciones por profesional	11	11	0	6	6	4	10	6

Anexo 12

Frecuencia y tipo de intervenciones para el Equipo de Salud según profesional

INTERVENCIONES CON EL EQUIPO DE SALUD

1) ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN/ ATENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL/PROFESIONAL	PROFESIONALES								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
A) CENTRADAS EN EL BOURNOUT									
-Prevenir bournout					x				1
-Propiciar autocuidado que evite el síndrome del bournout									0
-Intervenir sobre el bournout que causa el trabajo interdisciplinar									0
									1

B) CENTRADAS EN EL AFRONTAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
	-Proporcionar estrategias de afrontamiento para combatir el estrés								
-Promover la utilización de técnicas de autocontrol como la relajación y reestructuración cognitiva									0
-Ayudar en el afrontamiento de la muerte cercana ya que genera fuerte impacto emocional								x	1
-Ayudar a desarrollar recursos de afrontamiento								x	1
- Propiciar técnicas de afrontamiento para combatir la propia ansiedad y depresión que genera el contacto con pacientes terminales									0
									2

C) CENTRADAS EN EL ESTRÉS PROFESIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Intervenir por el estrés que genera trabajar con personas con pronóstico de muerte									0
-Prevenir el estrés que causa trabajar con pacientes terminales									0
-Intervenir sobre la concepción arraigada que tienen los médicos de sentir la muerte como un fracaso ya que genera estrés en los profesionales									0
- Manejar situaciones estresantes que genera el contacto con la muerte									0
									0

2) ORIENTADAS A LA FORMACIÓN									
A) PSICOEDUCACION	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Intervenir psicoeducativamente para enseñar a detectar las necesidades del enfermo	x								1
-Intervenir psicoeducativamente para conocer la importancia de manejarse con la verdad ante el paciente y su familia									0
-Intervenir psicoeducativamente para enseñar etapas de comunicación de malas noticias									0
- Intervenir psicoeducativamente para que el profesional no suplante la red natural del paciente									0
- Intervenir psicoeducativamente para formar al equipo en mejorar su eficacia		x							1
- Intervenir psicoeducativamente para aprender a manejar el miedo a la muerte									0
									2

B) CENTRADAS EN LA COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Propiciar la comunicación entre los distintos miembros del equipo	x								1
-Propiciar encuentros con el equipo		x				x		x	3
-Entrenar al personal en la mejora de sus interacciones con los enfermos						x			1
									5

C) ASESORAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Asesorar al equipo con respecto al enfermo y su familia	x	x							2
- Asesorar al equipo para fomentar el acercamiento y atención del paciente									0
									2

3) ORIENTADAS A LA SUPERVISIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Indicar la toma de distancia									0
-Fomentar la no sobreimplicación									0
-Propiciar la autorregulación de las emociones propias									0
- Evaluar el resultado de las intervenciones – actuaciones del equipo									0
- Monitorear la calidad de vida laboral, teniendo en cuenta que están sometidos a las consecuencias del distrés físico y emocional que genera el contacto frecuente con la muerte, el dolor y sufrimiento									0
									0

4) ORIENTADAS A LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
-Prestar apoyo psicológico específico al profesional que lo requiera									0
- Intervenir mediante Counselling									0
-Facilitar el manejo de las propias emociones ante la situación terminal									0
-Dar soporte al equipo médico para sus propias emociones		x							1
- Atender a los profesionales quemados									0
									1

	1	2	3	4	5	6	7	8
Total de intervenciones por profesional	3	4	0	0	1	2	0	3