

# EL PSICÓLOGO EN EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIO: PRESENCIA Y CREATIVIDAD EN TIEMPOS DE AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19

**Arévalo, sofía**

Universidad Nacional de La Plata (UNDP)

**Cabrera, Maria Emilia**

Universidad Nacional de La Plata (UNDP)

**Irigoyen, Agustina**

Universidad Nacional de La Plata (UNDP)

## Resumen

El presente trabajo, desarrolla diversos interrogantes que los profesionales del área psicosocial de un equipo de Cuidados Paliativos Domiciliario nos planteamos ante el contexto actual de pandemia (CoViD-19) con su consecuente emergencia sanitaria.

En primera instancia, cuestiona y entra en crisis nuestra “Presencia” junto a la cama del paciente oncológico con una enfermedad avanzada y con la vida amenazada, ya no sólo por su enfermedad oncológica, sino también por la amenaza de un virus invisible que pone en riesgo su vida.

Fuimos al encuentro de la pregunta, qué implica “la presencia terapéutica”. Realizamos un recorrido por autores paliativistas, que han profundizado sobre la misma como así también recurrimos al tradicional concepto de “transferencia” de Freud para entrelazar dichos conceptos. Y de esta manera, buscar el mejor acompañamiento posible para cada uno de los pacientes, teniendo como objetivo que no se sintieran abandonados, pero tampoco “amenazados” por los profesionales que asisten a su domicilio.

¿Era posible un terapeuta virtual en el domicilio? ¿Sería igual de eficaz dicho encuentro? ¿Los pacientes aceptarían? Problematizamos y cuestionamos, prejuicios propios y del resto de los integrantes del equipo de salud. Fue así que meses después escribimos el presente artículo, para visibilizar que, en nuestro caso particular, apelar a la “creatividad” y “flexibilidad”, nos dio la respuesta a varios de los interrogantes. Quedan muchos por responder, y sin dudas, surgirán nuevos. Por ello, nos pareció importante

compartir nuestra experiencia, finalizando un año, donde como profesionales de la salud mental tuvimos que reinventarnos, para continuar acompañando.

Palabras claves: paciente oncológico- presencia-creatividad- virtualidad- CoViD-19.

## Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo intentar construir (o reconstruir) un lugar de acogida para el paciente oncológico con enfermedad avanzada y progresiva, sin posibilidad de tratamientos curativos, desde el rol del Psicólogo en tiempos del CoViD-19 en el marco de los Cuidados Paliativos Domiciliarios.

Resulta pertinente contextualizar la actualidad sanitaria de Argentina, y realizar un recorrido desde la aparición del CoViD-19. En diciembre de 2019, en Wuhan, China se detecta por primera vez un nuevo coronavirus que causa una enfermedad infectocontagiosa llamada CoViD-19. El virus que causa dicha enfermedad se propaga a través de las gotículas que transmite una persona infectada por Covid-19 cuando tose, estornuda, o espira.

Debido a la rápida propagación e infectación del virus, la OMS declara la Pandemia en marzo de 2020, instando a los países a tomar medidas preventivas y sanitarias las cuales tienen como eje fundamental el confinamiento y el distanciamiento social. En nuestro país se decreta por DNU 297/2020 el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO) en el marco de la Emergencia Sanitaria.

En este contexto las prácticas psicológicas de carácter presencial tuvieron que redefinirse: ese fue el caso de nuestro Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliario.

### **Sobre la presencia y la creatividad en Cuidados Paliativos**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los Cuidados Paliativos como el “enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”. (<https://www.fundacionpaliar.org.ar>)

Podemos pensar a los Cuidados Paliativos basados en un trípode:

- Control de síntomas, evitando así el sufrimiento.
- Manejo de la comunicación.
- Acompañamiento creativo de la unidad de cuidado (paciente y sus vínculos afectivos)

La creatividad, desde el área psicológica, está centrada en generar espacios de escucha donde el paciente pueda volcar sus angustias, temores, miedos, alegrías, vivencias, etc. Referenciándonos en Barbero (2008): "Hay evidencias de que en pacientes con cáncer avanzado, las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos como la disminución de tristeza y depresión y mejoran los mecanismos de afrontamiento (...)". (Pág. 181).

La enfermedad oncológica despierta miedos, temores, ansiedades y angustia, ya que se la asocia al deterioro, sufrimiento y muerte. La crisis sanitaria vivida por el CoVid-19 nos ha situado en un escenario de incertidumbre que ha afectado de manera diferente a todos aquellos que estaban atravesando dolencias físicas que amenazaban su vida; nos referimos no sólo al paciente oncológico, sino también a sus vínculos afectivos más cercanos.

Ya no solo la enfermedad es una amenaza para sus vidas, sino que todos nos convertimos en potenciales amenazas (familia y profesionales tratantes). Al mismo tiempo, los vínculos afectivos comenzaron a sentir temor ante la posibilidad de contagiar a un ser querido, siendo así responsables de ese contagio y de la potencial muerte. Vemos que con la pandemia se suma una nueva identidad a la de paciente oncológico: la de paciente de riesgo por tener una enfermedad de base. Estas personas pasaron a ser pacientes oncológicos y de riesgo.

En este escenario entramos también los profesionales de la Salud Mental, quienes hemos tenido que reinventarnos y repensar los recursos con los que realizamos nuestra labor diaria, para así poder seguir acompañando constructivamente la vivencia del paciente y de su familia. Buscamos entonces generar un nuevo "espacio de encuentro" en el cual ellos no se sientan abandonados, pero tampoco amenazados, ante la posibilidad de que alguien del equipo pudiera contagiarlos.

Nos preguntamos qué tipo de presencia era la óptima y si sería posible poder sostenerla para superar esta situación anómala. Lo fundamental es que el paciente y la

familia se sientan acompañados y sientan la “presencia” del profesional “psi” a pesar de la distancia de los cuerpos.

La nueva realidad nos llevó a cuestionarnos si un terapeuta “virtual” podría ser igual de eficaz que un terapeuta en el domicilio del paciente.

Este nuevo escenario nos obliga éticamente a construir nuevas herramientas de trabajo para ejercer nuestro rol como psicólogos en el área de los cuidados paliativos oncológicos, sabiendo que nuestra función es complementar y optimizar la consecución del bienestar para el paciente oncológico y su familia, favoreciendo la adaptación al proceso actual de enfermedades amenazantes para la vida.

El ASPO por CoViD-19 nos plantea diversos desafíos, uno de ellos es poder sostener espacios de escucha y de diálogo para poner en palabras lo que cada paciente y su núcleo familiar está atravesando. Podemos pensar como otro gran desafío el seguir cuidando desde cerca, pero a la vez a distancia, centrándonos en sostener un acompañamiento compasivo, competente y creativo, que vaya más allá del encuentro de los cuerpos físicos en un mismo espacio.

Fue entonces menester repensar las formas de sostener los espacios de trabajo en el Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliario. Apelando a esa creatividad, se realizó un cambio rápido en la práctica, en muchas ocasiones pasando a una práctica de atención virtual, con el objetivo de estar presentes y de seguir acompañando.

La manera más lógica de hacerlo fue incorporando diversos gadgets tecnológicos que nos permitieran poder sostener esos encuentros mediante modalidades llamadas virtuales u online. Incorporamos así llamados por Whatsapp, Zoom y telefónicos, encontrando la manera de poder sostener el trabajo que veníamos realizando, o de inaugurar nuevos espacios de trabajo con nuevos pacientes y sus familias.

Nos detendremos especialmente en la presencia, ya que creemos que a partir de la instauración del nuevo marco de trabajo, sostenido por soportes tecnológicos, el “lugar” de la presencia es lo que principalmente se ha puesto en cuestión. ¿Es posible estar presentes a través de la pantalla?, ¿es posible estar presentes pero con los cuerpos distanciados físicamente?, ¿el paciente y su familia sienten ese acompañamiento como presencia? Estos y otros interrogantes acompañaron (y siguen acompañando) nuestro trabajo durante todo este tiempo.

Siguiendo el recorrido que hacen Benito, Rivera-Rivera, Yaeguer y Specos (2019), sobre qué implica la presencia terapéutica, los mismos toman de Michael Kearney que la presencia está determinada por la vida interior del clínico, es decir, que el terapeuta lleva todo su ser al encuentro; estando completamente presente a nivel físico, emocional, cognitivo, relacional y espiritual. En palabras de los autores, "Supone estar enraizado en la profundidad de uno mismo y al mismo tiempo conectado al paciente a través de su expresión verbal y no verbal de la experiencia del paciente. Es una forma de estar con el paciente que optimiza la relación terapéutica". (Pág. 14).

El concepto de transferencia, es también aplicable al trabajo en Cuidados Paliativos. Recordemos lo que escribía Freud (2013) en el año 1912:

(...) Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado in absentia o in effigie. (Pág. 105)

Sabemos que la instauración de la transferencia será condición necesaria para que la relación terapéutica pueda forjarse y generar efectos, para que el paciente pueda tener la confianza y la seguridad suficiente como para contarnos sus angustias, miedos, dudas, temores, como así también sus alegrías, esperanzas, anhelos. Y en un momento tan trascendental de la vida como es estar atravesando un proceso de enfermedad amenazante para la misma (nos referimos a la enfermedad individual oncológica y a la amenaza colectiva del CoViD-19) tener alguien con quien poder hablar y poner a pensar todas estas cosas, en muchos casos, es lo que permite que el proceso de salud, enfermedad, sanación y muerte sea vivido con menos sufrimiento o incluso con paz, marcando así una gran diferencia tanto para quién se encuentra con la vida doblemente amenazada, como para sus seres queridos.

Continuando con Benito y otros (2019), podemos decir que esta experiencia interna del terapeuta está constituida por el sentir del mismo que implica el contacto consigo mismo, el estar conectado con el sufrimiento de la persona que atiende "acogiendo todo lo que se da en el encuentro". Dicha experiencia interna del terapeuta debe dotarse de una perspectiva amplia y espaciosa, sintiéndose conectado "con y al servicio del otro". (pag14)

La presencia terapéutica genera un espacio de seguridad y confianza. ¿cómo lograr ese bienestar terapéutico, mediado por la tecnología?, ¿al rescate de qué debíamos ir, para que dicha presencia sea terapéutica?

Sabemos que la enfermedad separa y fomenta una forma distorsionada y fragmentada de la identidad. Berger (2017), nos dice "(...) lo que hace el médico, a través de su relación con el enfermo y de esa identidad peculiar que se le permite, es compensar la ruptura de esas conexiones y reafirmar el contenido social de la identidad quebrantada del paciente". (pág 79)

Berger (2017) destaca la importancia del "reconocimiento", un reconocimiento íntimo e individual del paciente. Este reconocimiento significa apoyo, el cual va más allá de la presencia física.

Parafraseando a Bleichmar (2020), podemos pensar cómo funciona en este paciente y en esta familia doblemente amenazada el proceso de desobjetivización. El mismo se caracteriza por la pérdida de la posibilidad de verse a sí mismo como un sujeto, sintiéndose un fragmento de sí mismo. (pág 20-21) Esto podría ser pensado en la actualidad como "paciente oncológico de riesgo". Creemos que, como terapeutas, dicha desobjetivización, nos convoca a un "reconocimiento" único de ese paciente y esa familia, con el fin último de convocar a la "palabra" ahí donde aparece un "vacío de sentido". Por cierto, sabemos que la palabra puede circular más allá de la presencia física.

Todo este proceso, que incluye al paciente, la familia y los profesionales, es un proceso dialéctico, donde nosotros reconocemos al paciente y la familia como sujetos que están sufriendo, pero también iremos al rescate y reconocimiento de sus potenciales sanos para reconstruir una subjetivación posible, a partir de eso fragmentado. Al mismo tiempo, ellos deben reconocernos a nosotros para lograr "la presencia terapéutica" (y que esta sea efectiva).

Como terapeutas nos enfrentamos a la angustia extrema del paciente y la familia, angustia que excede las dolencias físicas; es la angustia frente a la muerte, las pérdidas, el miedo, la soledad, la angustia de encontrarse fuera de uno mismo, la angustia de no reconocerse ni ser reconocido por el otro.

El contexto actual del CoVid-19 ha hecho que este sufrimiento se visibilice y se transforme en colectivo. Es nuestro deber ético y profesional reconocer a esos otros quebrantados y amenazados para alojarlos y darles hospitalidad, con el fin único y principal de sostener y/o construir una "nueva presencia terapéutica", que se ajuste al contexto y a las necesidades del paciente y su familia.

Para que este proceso pueda darse y pueda ser vivenciado de esa manera, tanto por el paciente como por su familia, es necesario que los profesionales que los están acompañando puedan poner en práctica ciertas actitudes, que serán herramientas claves

para ese acompañamiento. Los autores Barbero Gutiérrez e Esperón Rodríguez (2015) las mencionan, en el Capítulo 10 del libro, *Espiritualidad en Clínica*. Una propuesta de elevación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos:

En palabras de estos autores:

El modelo de la psicología humanista o existencial es un enfoque muy apropiado para nuestro trabajo en cuidados paliativos. Rogers, con su “terapia centrada en la persona”, (...) nos dota de importantes herramientas comunicativas terapéuticas (...) (...) aparecen tres actitudes necesarias para el acompañamiento espiritual: compasión, acogida/hospitalidad y presencia. Se fundamentan en tres actitudes comunicativas (...). Nos referimos a la empatía, la aceptación incondicional y la congruencia o autenticidad. (Benito y otros, 2015, Pág 111).

Los autores anteriormente mencionados plantean que en su opinión, hay aprendizaje posible en torno a las actitudes, incluyendo a la presencia. El mismo no es sencillo y requerirá de autocrítica, autoconciencia y honestidad, para generar así una deconstrucción de automatismos, impulsos y costumbres que supondrían obstáculos para el desarrollo de las mencionadas actitudes. Refieren también que las mismas tienen que ver no sólo con una cuestión de ética profesional, sino con una cuestión de técnica profesional, por lo tanto, son exigibles a quienes trabajan en Cuidados Paliativos; pueden, entonces, ser configuradas operativamente. Todo esto requiere de un trabajo interno a fondo del profesional sobre su propia persona, no alcanza sólo con que el profesional las conozca y trate de actuar a partir de ellas.

Podemos, en este punto, retomar también las palabras de Alizade (1996), que en su libro *Clínica con la muerte*, y desde una orientación psicoanalítica de los cuidados paliativos, nos dice: “El paciente es el enfermo que padece, el analista es quien lo asiste, hace presencia”. (Pág. 151). La misma autora, refiere un poco más adelante: “La creatividad es soberana en la medida en que las situaciones son múltiples y requieren muchas veces de la presencia de un analista ‘en acción’”. (Pág. 159).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente dicho, podemos, entonces, sostener que este hacer presencia podrá ser puesto a trabajar de diversas maneras mediante variados soportes y teniendo en cuenta cada vez la singularidad del caso en el que estamos trabajando. Una vez instaurada la transferencia y por ende la alianza terapéutica, como condición fundamental de trabajo, podremos pensar distintas maneras de estar presentes para ese paciente, para esa familia y para ese tratamiento. Creemos que en este caso, la introducción de dispositivos electrónicos para poder realizar las entrevistas es más un motor que un obstáculo, ya que la misma nos invita a revisar y replantearnos ciertos

prejuicios éticos y profesionales y poder construir nuevas posibilidades a partir de allí. ¿No es exactamente eso lo que Barbero Gutiérrez y Esperón Rodríguez (2015) nos dicen sobre las actitudes, entre ellas la presencia? Esta posibilidad de deconstruirnos y reconstruirnos como profesionales, es esencial en todo momento y frente a la diversidad de situaciones que pueden tocarnos. Tiene que ver con la invitación de Alizade (1996) a “ser creativos”, siendo también esa invitación la que encontramos en el trípode mencionado al inicio de este recorrido, y que orienta nuestro trabajo. El eje que debe orientarnos en todo momento es nuestra ética profesional, y el compromiso de trabajar con el paciente y la familia, desde la escucha compasiva, apelando a la creatividad del terapeuta para facilitar un espacio de confianza y seguridad, que permita poner a trabajar las vicisitudes de la vida.

Retomando a Benito y otros (2019), podemos decir que el momento del encuentro terapéutico, cualquiera sea su forma, siempre que este nos atraviese ética y actitudinalmente, puede ser visto como una oportunidad

(...) que a través del vínculo con el profesional pueda instaurarse lo que se conoce como co-regulación y el paciente pueda acceder a niveles de serenidad, confianza y paz que le permitan el acceso y la utilización de sus propios recursos, que no percibía en el estado de amenaza” Y, continúan: “(...)el terapeuta debe estar enraizado en su “presencia”, es decir debe ser capaz de transmitir al paciente su seguridad y confianza, que en la medida que el paciente conecta puede ir apagando su estado de alarma, y abrirse a la posibilidad de pasar del estado de amenaza, peligro, tensión a una apertura que le permite acceder a sus recursos internos más apropiados(...) (Pág 15).

Sostenemos que la presencia está asociada a la empatía y compasión, pero para que ambas se presenten, el terapeuta debe establecer el contacto y crear la conexión con el paciente, más allá de la presencia física, co-creando un espacio relacional en el cual se perciba la seguridad y la alianza terapéutica.

Tomando las palabras de Melisa Wrtman, del libro ¿Morir duele? de Nespral (2019), podemos decir; “(...) tiene que haber un tiempo otro, donde el ritmo es sólo una inercia calma. Debe haber una alquimia preciosa de empatía, paciencia, pausa, seguridad. Debe haber mucha más de esta ternura que se filtra en una pantallita. Debe haber un corazón muy grande ahí( ....)”. (Pág. 17).

## Conclusiones

Luego del recorrido compartido quisiéramos esbozar algunas ideas a modo de conclusiones, siendo las mismas provisorias, ya que la realidad va planteando diversos



desafíos. Si bien la primera crisis y el primer aislamiento estricto en nuestro país ya han sucedido, sabemos que la situación puede revertirse rápida y fácilmente; o que, como vaticinan los expertos, nuevas pandemias podrán sobrevenir llevándonos a un nuevo aislamiento estricto o al planteo de nuevas medidas sanitarias.

La crisis sanitaria por el CoViD-19 nos permitió visibilizar que en nuestra profesión es necesario estar dispuestos y disponibles a utilizar la creatividad. Este contexto puso en crisis nuestra idea clásica de atención presencial, llevándonos a cuestionarla y a reinventarnos con una nueva idea de presencia, en el acompañamiento a los pacientes con una enfermedad que amenaza su vida como así también a sus vínculos afectivos más cercanos.

Para eso fue necesario repensar nuestra práctica y poner a trabajar, junto con otros, algunos prejuicios sobre la atención online que muchos de nosotros teníamos.

Hoy, con la experiencia de trabajo acumulada durante los meses que pasaron, podemos sostener que esta forma de trabajo con estos pacientes y estas familias es posible. Como siempre, tendremos que hacer salvedades: no con todos, no siempre, no en cualquier etapa del proceso de enfermedad, etc.

Estando atentos a esos posibles cambios y apelando a la creatividad, flexibilidad y ética profesional, el encuentro online es una tarea posible y productiva, logrando la presencia terapéutica que vimos amenazada los profesionales de la salud mental en el acompañamiento de nuestros pacientes oncológicos.

## **Referencias bibliográficas**

Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Barbero, J. (2008). Psicólogos en cuidados paliativos: la sinrazón de un olvido. En *Psicooncología*, 5(1), 179-191.

Benito, E., Rivera-Rivera P., Yaeguer, J. P., Specos, M (2019). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. En *Apuntes de Bioética*. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio.

Benito, E., Barbero, J. y Dones, M. (2015). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual. En Cuidados Paliativos. Buenos Aires, Argentina: Biblos

Berger, J. (2017). Un hombre afortunado. Historia de un médico rural. Buenos Aires, Argentina: Alfaguara

Bleichmar, S. (2020). El Psicoanálisis en Debate. Diálogos con la historia, el lenguaje y la biología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Nespral, A. (2019). ¿Morir duele?. San Carlos de Bariloche, Argentina: Fundación IPA.

Freud, S. (2013). Sobre la dinámica de la transferencia. En Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. XII, páginas 93-105) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado entre 1911-1913)

<https://www.fundacionpaliar.org.ar>

### **\*Autoras:**

Maria Emilia Cabrera (MP52745)

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP).

Especialista en Psicooncología (UCES).

Posgrado en Cuidados Paliativos (Pallium- Universidad del Salvador).

Integrante del Equipo de Cuidados Paliativos Hospital Español La Plata.

Coordinadora del Equipo Interdisciplinario de Cuidados Continuos Oncológicos

Domiciliarios ECCO Salud, La Plata.

Integrante de la comisión directiva, área psicología, de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos

[licemiliacabrera@gmail.com](mailto:licemiliacabrera@gmail.com)

Sofía Arévalo (MP54588)

Licenciada en Psicología (UNLP)

Estudiante de Posgrado de la carrera Especialización en Clínica Psicoanalítica con Adultos (UNLP)

Integrante del área psicosocial del Equipo Interdisciplinario de Cuidados Continuos Oncológicos Domiciliarios ECCO Salud, La Plata.

[sofia\\_arevalo@hotmail.com.ar](mailto:sofia_arevalo@hotmail.com.ar)

Agustina Irigoyen (MP54983)

Licenciada en Psicología (UNLP)

Integrante del área psicosocial del Equipo Interdisciplinario de Cuidados Continuos Oncológicos Domiciliarios ECCo Salud, La Plata.

[licagustinairigoyen@gmail.com](mailto:licagustinairigoyen@gmail.com)

---

Revista nº 16 – Marzo 2021