



Artículo original

## Cuidados paliativos e intervenções psicológicas em uma instituição hospitalar pública

## Cuidados paliativos e intervenções psicológicas em uma instituição pública hospitalar

## Palliative care and psychological interventions in a public hospital institution

Karyne Sales Oliveira<sup>1</sup>   
Cristiane Soto Machado<sup>2</sup> 

Danielle Sousa Nascimento<sup>3</sup>   
Graziele Lopes Teles<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Autora correspondiente. Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Goiânia). Goiás, Brasil. karyneoliveira2012@gmail.com

<sup>2-4</sup>Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Goiânia). Goiás, Brasil.

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** Los cuidados paliativos (CP) se basan en principios y ayudan al paciente a afrontar el curso de su cuadro clínico a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Realizada por un equipo multidisciplinario, en el contexto de una estancia hospitalaria, la psicología contribuye con intervenciones en la situación psicoemocional de los pacientes en CP y sus familias. **OBJETIVO:** Identificar las intervenciones psicológicas más utilizadas en el tratamiento de pacientes adultos hospitalizados en CP. **MÉTODOS:** Investigación documental retrospectiva, con un diseño transversal y descriptivo. De naturaleza cuantitativa, los datos fueron investigados a través del Análisis Estadístico Descriptivo. Se recogieron datos de 70 historias clínicas de pacientes adultos en CP ingresados entre los años 2019 y 2021 en un hospital público y que fueron seguidos por el sector de psicología. **RESULTADOS:** Se identificaron 32 categorías de intervenciones psicológicas relacionadas con el paciente y 38 con el cuidador. Las categorías fueron agrupadas por similitud temática resultando el grupo de intervenciones en demandas emocionales, intervenciones en demandas cognitivas, conductas de orientación y psicoeducación, conductas de humanización y grupo de intervenciones en demandas familiares. **DISCUSIÓN:** Los comportamientos psicológicos en CP pueden auxiliar en la aceptación del sufrimiento, la integración de las pérdidas y el cambio de roles, la elaboración del duelo anticipatorio, la resignificación de la vida, la muerte, los planes y metas, la creación o validación de recursos funcionales de afrontamiento y la provisión de condiciones biopsicosociales-espirituales de enfrentamiento de la enfermedad. **CONCLUSIÓN:** Se evidenció un gran número de intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento de pacientes en CP y sus cuidadores.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados Paliativos. Salud Pública. Intervención Psicosocial.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** Os cuidados paliativos (CP) são baseados em princípios e auxiliam o paciente no enfrentamento do curso de sua condição clínica através da prevenção e alívio do sofrimento. Realizado através de uma equipe multiprofissional, no contexto de uma internação hospitalar, a psicologia contribui com intervenções na situação psicoemocional do paciente em CP e seus familiares. **OBJETIVO:** Identificar as intervenções psicológicas mais utilizadas no tratamento de pacientes adultos internados em CP. **MÉTODOS:** Pesquisa documental de caráter retrospectivo, com delineamento transversal e descritivo. De natureza quantitativa, os dados foram investigados através de Análise Estatística Descritiva. Os dados foram coletados com 70 prontuários de pacientes adultos em CP internados entre os anos de 2019 e 2021 em um hospital público e que foram acompanhados pelo setor de psicologia. **RESULTADOS:** Foram identificadas 32 categorias de intervenções psicológicas relacionadas ao paciente e 38 ao cuidador. As categorias foram agrupadas por similaridade temática resultando no grupo de intervenções em demandas emocionais, intervenções em demandas cognitivas, condutas de orientação e psicoeducação, condutas de humanização e grupo de intervenções em demandas familiares. **DISCUSSÃO:** As condutas psicológicas nos CP podem auxiliar no acolhimento do sofrimento, integração das perdas e mudanças de papéis, elaboração do luto antecipatório, resignificação da vida, morte, planos e objetivos, criação ou validação de recursos funcionais de enfrentamento e a dar condições biopsicossocioespirituais de lidar com o adoecimento. **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se um grande número de intervenções psicológicas utilizadas no tratamento de pacientes de CP e seus cuidadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos. Saúde Pública. Intervenção Psicossocial.

Presentado 16/03/2023, Aceptado 09/06/2023, Publicado 23/08/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5136

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5136>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Dalto, Marilda Castelar, Martha Castro

*Cómo citar este artículo:* Oliveira, K. S., Machado, C. S., Nascimento, D. S., & Teles, G. L. (2023). Cuidados paliativos e intervenções psicológicas em uma instituição hospitalar pública. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e5136. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5136>



**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Palliative Care (PC) is based on principles and helps the patient to face the course of their clinical condition through the prevention and relief of suffering. Carried out by a multidisciplinary team, in the context of a hospital stay, psychology contributes with interventions in the psycho-emotional situation of patients undergoing PC and their families. **OBJECTIVE:** To identify the most used psychological interventions in the treatment of adult patients hospitalized in PC. **METHODS:** Retrospective documentary research, with a cross-sectional and descriptive design. Quantitative in nature, the data were investigated through Descriptive Statistical Analysis. Data were collected from 70 medical records of adult PC patients admitted between the years 2019 and 2021 in a public hospital and who were followed up by the psychology sector. **RESULTS:** 32 categories of psychological interventions related to the patient and 38 to the caregiver were identified. The categories were grouped by thematic similarity resulting in the group of interventions in emotional demands, interventions in cognitive demands, guidance and psychoeducation conducts, humanization conducts and group of interventions in family demands. **DISCUSSION:** Psychological behaviors in PC can help in accepting suffering, integrating losses and changing roles, elaborating anticipatory grief, re-signification of life, death, plans and goals, creation or validation of functional coping resources and providing biopsychosocial-spiritual conditions of dealing with illness. **CONCLUSION:** There was evidence of a large number of psychological interventions used in the treatment of PC patients and their caregivers.

**KEYWORDS:** Palliative Care. Public Health. Psychosocial Intervention.

## Introducción

La Psicología Hospitalaria tiene como objetivo principal aliviar el sufrimiento derivado de la hospitalización, así como las secuelas y consecuencias emocionales de la enfermedad. Se compromete a ayudar al paciente a pasar por la experiencia de enfermar, dando voz a la subjetividad que se pierde en medio de patologías y diagnósticos ([Angerami, 2010](#); [Simonetti, 2018](#)).

Además del paciente, el psicólogo hospitalario debe dirigir su trabajo a la familia y al equipo. Podemos ver que el familiar o acompañante del paciente hospitalizado también se encuentra desorganizado por la enfermedad, tiene su calidad de vida afectada y en consecuencia presenta demandas emocionales. Por otro lado, el equipo, a menudo afligido por la ambivalencia entre omnipotencia e impotencia, la conciencia de su propia finitud, las expectativas de la familia, el paciente y los colegas, puede beneficiarse de la asistencia del psicólogo como facilitador del flujo de estas emociones. Este profesional también puede actuar en la mediación de la relación y la comunicación de la tríada paciente-familia-equipo ([Angerami, 2010](#); [Arias-Rojas et al., 2021](#); [Castilho et al., 2021](#); [Simonetti, 2018](#)).

Uno de los grandes retos que el psicólogo puede encontrar en el hospital es la atención de individuos con enfermedades potencialmente mortales/sin posibilidades de reversión o tratamientos curativos. Entre ellas, se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a personas de todas las clases económicas, siendo aún más vulnerables los adultos mayores de bajos ingresos y escolaridad. Además, pueden llevar a sus portadores a un declive funcional progresivo antes de progresar a la muerte. A veces, estos pacientes se encuentran en hospitales con su sufrimiento ignorado y recibiendo atención inadecuada. En este sentido, los cuidados paliativos (CP) emergen como una alternativa para brindar calidad de vida y respeto a la dignidad del ser humano hasta los últimos momentos de su existencia ([Barros et al., 2022](#); [Castilho et al., 2021](#); [Martins, 2016](#); [Simieli et al., 2019](#)).

Los cuidados paliativos aparecieron en el Reino Unido en la década de 1960, y fueron definidos como una modalidad de atención por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990. En Brasil, comenzaron a consolidarse en la década de 1980 y, en 1997, se fundó la Associação Brasileira de Cuidados Paliativos – ABCP (Asociación Brasileña de Cuidados Paliativos), que fue cerrada en 2014. En febrero de 2005, surgió una nueva institución, la Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que hoy regula la práctica de los cuidados paliativos en Brasil, creando, junto con el Sistema Único de Saúde – SUS (Sistema Único de Salud), normas favorables para su difusión ([Castilho et al., 2021](#)).

Aunque su concepto ha sufrido cambios a lo largo de los años, la OMS define los cuidados paliativos como un enfoque que, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, promueve la calidad de vida de los pacientes y sus familias en el contexto de una enfermedad grave y potencialmente mortal. Se basa en principios, y está indicado desde el momento del diagnóstico para los casos en los que el tratamiento modificador de la enfermedad es imposible ([Bravahlieri et al., 2020](#); [Carvalho et al., 2018](#); [Castilho et al., 2021](#); [Florêncio et al., 2020](#)).

Los CP en Brasil difieren de los formatos en otros países debido a la financiación del SUS y de iniciativas privadas, creando un modelo de atención específico basado en la coordinación de la atención. Puede ser ofrecido de diferentes formas, a saber: comité de interconsulta hospitalaria, en el cual los pacientes son evaluados en cama a partir de una solicitud de evaluación, y luego son seguidos diariamente por el equipo de CP; enfermerías hospitalarias, cuya hospitalización debe estar justificada por la necesidad de utilizar alguna estructura hospitalaria; hospice, que recibe pacientes con demandas de atención que la atención domiciliaria no puede ofrecer; y atención domiciliaria, dirigida a pacientes con demandas que pueden ser resueltas en el hogar y consultas externas especializadas (Bravahieri et al., 2020; Castilho et al., 2021).

En 2019, se registraron 191 servicios de CP en la ANCP en Brasil, de los cuales el 50% ofrece el servicio exclusivamente a través del SUS, el 14% de forma privada y pública y el 36% exclusivamente de forma privada. Con la aprobación de la Resolución del Ministerio de la Salud n° 41/2018 (2018), que prevé las directrices para la organización de los CP en el ámbito del SUS en todos los niveles de atención, está la consolidación de esa atención como política pública de salud en Brasil. Sin embargo, aunque tan importante, aún quedan muchos desafíos por superar para la integración real de este servicio en la estructura del SUS, entre ellos, la formación de equipos de salud, la difusión de información sobre CP en la sociedad y la disponibilidad de tratamientos y medicamentos necesarios para su eficacia (Bravahieri et al., 2020; Santos et al., 2020; Schaefer, 2020).

Los CP puede iniciarse tan pronto como se diagnostica la enfermedad, y se da en conjunto con tratamientos que buscan curarla o controlarla. A medida que la enfermedad evoluciona, los cuidados paliativos se amplían hasta convertirse en la modalidad exclusiva de tratamiento en la fase final de la vida. Teniendo en cuenta que los pacientes en esta fase tienen menores niveles de calidad de vida, en este momento el cuidado se centra en la persona, no en la enfermedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y de muerte (Carvalho et al., 2018; Costa et al., 2020; Faller et al., 2016; Freire et al., 2018).

Ante ello, la psicología hospitalaria juega un papel fundamental en el ejercicio de este cuidado con el equipo multidisciplinario. La hospitalización en este contexto puede configurarse como un punto crítico, y por tanto, corresponde al psicólogo comprender la situación psicológica y emocional del paciente y también de sus familiares o cuidadores, considerando que ellos también pueden presentar sufrimiento psíquico (Delalibera et al., 2018; Kitajima, 2014).

A través de una valoración inicial, el psicólogo debe identificar síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales. Aún así, investigar la historia de vida del paciente, cómo ocurrió el proceso de la enfermedad, el grado de comprensión/conocimiento del diagnóstico y pronóstico, de las expectativas en torno a la enfermedad, del tratamiento y la planificación de los cuidados, principales preocupaciones, así como las estrategias de enfrentamiento de los involucrados. A partir de ello, se identifican propuestas de actuación e intervenciones adecuadas al caso, dirigiendo la actuación al paciente, equipo y familia (Carvalho et al., 2018; Melo et al., 2013; Porto & Lustosa, 2010).

Una de las propuestas del psicólogo que destaca es la estimulación cognitiva y sensorial, especialmente en el contexto de pacientes en coma. La estimulación cognitiva tiene como objetivo estimular las funciones cognitivas y la estimulación sensorial se refiere a la estimulación de los sentidos con estímulos familiares como sonidos familiares, olores, sabores, tacto y música. Estas estimulaciones cognitivas y sensoriales tienen un impacto positivo en la evolución clínica de los pacientes comatosos, especialmente en relación con la reducción de los síntomas depresivos, la adherencia al tratamiento y la mejora en la autonomía de estos pacientes (Fernandes, 2015; Rodrigues & Varanda, 2019).

Al final de cada intervención, es importante que se realice un registro documental de calidad. La historia clínica del paciente es un documento donde todos los profesionales del equipo multidisciplinario registran las conductas, procedimientos e informaciones relevantes para cada caso atendido en la institución hospitalaria. Como también es una forma de comunicación entre los miembros del equipo, debe contener un lenguaje claro, conciso, objetivo y de fácil comprensión para quienes no están en su área de especialización (Carvalho et al., 2018).

A la vista de la literatura, se puede apreciar una serie de publicaciones que abordan teórica y cualitativamente el tema de las intervenciones de los psicólogos que actúan en cuidados paliativos (Carvalho et al., 2018; Castilho et al., 2021; Melo et al., 2013; Guimarães & Faria, 2022; Kitajima, 2014; Melo et al., 2018; Porto & Lustosa, 2010; Santos et al., 2017; Simonetti, 2018), sin embargo, faltan estudios de metodología cuantitativa que puedan esclarecer, de hecho, cómo está interviniendo el psicólogo en esta población.

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo identificar y describir las intervenciones psicológicas más utilizadas en el tratamiento de pacientes adultos en cuidados paliativos ingresados en un hospital de rehabilitación, caracterizando también su perfil sociodemográfico y clínico. Tal práctica puede favorecer la reflexión sobre el papel de este profesional en este contexto y promover una discusión sobre las diferentes posibilidades del trabajo del psicólogo paliativo, ayudando a otros profesionales a construir su práctica a partir de evidencias.

## Método

Se trata de un estudio de investigación original, documental y retrospectivo. Considerando el objetivo del estudio de identificar y describir las intervenciones más utilizadas por los psicólogos en el contexto de los cuidados paliativos, la investigación presenta un diseño transversal y descriptivo, de carácter cuantitativo, ya que, según Fontelles et al. (2009), este diseño permite registrar, observar y describir las características de un determinado fenómeno a través de datos numéricos, así como analizar su contenido.

Se contó con una muestra de conveniencia, en la que se incluyeron todos los prontuarios de pacientes en cuidados paliativos que ingresaron en un hospital

público de rehabilitación en el estado de Goiás - Brasil, de 2019 a 2021, y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para ello, se realizó una encuesta a los pacientes que recibieron CP durante el período evaluado con la Comisión de Cuidados Paliativos (COCP) de la institución.

Se incluyeron pacientes con edad igual o superior a 18 años, que hubieran estado ingresados en las salas o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la unidad investigada entre 2019 y 2021, y que tuvieran CP establecidos en procedimientos terapéuticos con el debido registro en la historia clínica electrónica. Además, los pacientes deberán haber sido asistidos por el Sector de Psicología durante la hospitalización con el registro de conductas psicológicas en la historia clínica electrónica, y estas deberán estar disponibles para su acceso en los sistemas de historia clínica de la institución.

Se excluyeron los pacientes con historias clínicas que no contenían los datos clínicos, psicológicos y sociodemográficos necesarios. Para los pacientes hospitalizados más de una vez en la institución, sólo se consideró el período de internación en que el paciente recibió CP. Por lo tanto, de los 87 pacientes que recibieron CP durante la hospitalización entre los años evaluados, 70 cumplieron con los criterios establecidos y compusieron la muestra.

Para la recogida de datos se utilizaron tres cuestionarios de Google Forms, elaborados por la investigadora tras un estudio previo de las características de la información registrada en las historias clínicas por parte del equipo multidisciplinar: Cuestionario de Perfil Sociodemográfico, Cuestionario de Perfil Clínico y Cuestionario de Conducta del Psicólogo. Los ítems de cada cuestionario estaban compuestos por preguntas cerradas de opción única o múltiple según la variable, con la opción "Otro (especificar)" para los ítems en los que la respuesta no se encontraba entre las opciones.

El Cuestionario de Perfil Sociodemográfico, compuesto por 10 ítems, buscó identificar el número de historia clínica, sexo, edad, año de hospitalización, estado civil, escolaridad, número de hijos, quién fue el acompañante durante la hospitalización y cómo fue el apoyo familiar y afectivo.

El Cuestionario de Perfil Clínico estuvo conformado por 12 ítems, en los cuales se indagó el sector de hospitalización de ingreso y desenlace del caso, cuál fue el tipo de desenlace, tiempo de estancia, nivel de conciencia, principales diagnósticos y comorbilidades, si hubo reunión para abordaje de CP y si en ese momento había un psicólogo presente, si había firma del término de CP y cuántos días de hospitalización inició el CP.

Finalmente, se utilizó el Cuestionario de Conducta del Psicólogo para identificar las conductas psicológicas en el cuidado del paciente y del cuidador, conteniendo 19 opciones de conducta para la primera y 17 opciones para la segunda, agregando el campo para insertar nuevas categorías que no se encontraban entre las opciones. Para cada paciente/cuidador, cada procedimiento se marcó una sola vez, incluso si se había realizado en más de una cita. Se puede seleccionar más de una conducta (siempre que sea diferente) por paciente/cuidador.

Las respuestas a los cuestionarios de cada participante se registraron en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2016, y a través del programa SPSS Statistics 28 se realizó estadística descriptiva con el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de cada variable para dar respuesta al objetivo de la encuesta. En las variables “diagnósticos primarios”, “comorbilidades”, “conducta del psicólogo con el paciente” y “conducta del psicólogo con el cuidador” en las que se pudo contabilizar más de una respuesta, se calcularon frecuencias absolutas y relativas en relación con el tamaño total de la muestra, es decir,

en cuántos pacientes o cuidadores estaba presente cada variable. Para el análisis de las conductas, éstas fueron estratificadas en grupos según la similitud temática para el cuidador y el paciente.

El presente estudio cumplió con los preceptos éticos y legales que orientan la investigación envolviendo seres humanos, establecidos en las Resoluciones nº 466/2012 y nº 510/2016, fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Leide das Neves Ferreira a través del dictamen nº 5.403.720 y CAAE 58166322.8.0000.5082, con renuncia al Término de Consentimiento Libre e Informado - TCLE, por tratarse exclusivamente de investigación documental en prontuario electrónico, en el que los investigadores aseguran su compromiso con la privacidad y confidencialidad de los datos utilizados, preservando íntegramente el anonimato y la imagen del participante.

## Resultados

Participaron del estudio 70 pacientes hospitalizados en cuidados paliativos. Según la Tabla 1, que describe las variables sociodemográficas, hubo predominio del sexo masculino (51,4%) y el grupo de edad de los ancianos de 81 a 90 años (35,7%). Se observó un bajo nivel educativo entre los participantes, ya que el 87,1% tenía educación primaria incompleta.

El estado civil más registrado fue el de los pacientes viudos (38,6%), seguido de los casados (32,9%). Durante la hospitalización, el 74% estuvo acompañado por cuidadores familiares, el 6% por cuidadores formales (aquellos que prestan servicio remunerado), y el 20% no tuvo acompañantes, ya sea por el débil apoyo familiar o porque estuvieron durante toda la estadía en la UCI, donde no se permitía el acompañamiento del familiar. De los cuidadores familiares, 51,4% eran sus hijos.

**Tabla 1.** Perfil sociodemográfico de los pacientes de CP seguidos por el sector de psicología

Variables	Frecuencia	(%)
<i>Sexo</i>		
Femenino	34	48,6%
Masculino	36	51,4%
<i>Rango de edad</i>		
31 a 45 años	1	1,4%
46 a 60 años	7	10,0%
61 a 70 años	11	15,7%
71 a 80 años	16	22,9%
81 a 90 años	25	35,7%
91 años o más	10	14,3%
<i>Escolarización</i>		
Educación primaria incompleta	61	87,1%
Educación secundaria completa	1	1,4%
Educación secundaria incompleta	1	1,4%
Educación Superior	2	2,9%
No consta	5	7,1%
<i>Estado Civil</i>		
Casado	23	32,9%
Divorciado	3	4,3%
Soltero	14	20,0%
Unión estable	1	1,4%
Viudo	27	38,6%
No consta	2	2,9%
<i>Acompañante durante la hospitalización</i>		
Cuidador familiar	52	74%
Cuidador formal	4	6%
No acompañado	14	20%

Fuente: las autoras (2023).

En conjunto, las tablas 2 y 3 describen el perfil clínico de los pacientes. Se puede observar que sólo el 24,3% de la muestra no presentó ningún tipo de disminución del nivel de conciencia durante la mayor parte del tiempo de hospitalización, frente al 50% de pacientes en estado de coma, el 15,7% en estado de letargo y el 10% en delirium. El tiempo de hospitalización se evaluó por intervalos de días, variando de 1 a 15 días en el 32,9% de la muestra, de 16 a 30 en el 22,9%, de 31 a 60 en el 31,4% y de 61 días o más en el 12,9%.

**Tabla 2.** Perfil clínico dos pacientes de CP seguidos por el sector de psicología

Variables	Frecuencia	%
<i>Año de hospitalización</i>		
2019	42	60,0%
2020	10	14,3%
2021	18	25,7%
<i>Tipo de desenlace</i>		
Alta hospitalaria	29	41,4%
Muerte	41	58,6%
<i>Nivel de conciencia</i>		
Coma	35	50,0%
Letargo	11	15,7%
Delirium	7	10,0%
Sin disminución del nivel de conciencia	17	24,3%
<i>Inicio de los cuidados paliativos</i>		
1 a 15 días	31	44,3%
16 a 30 días	21	30,0%
31 a 60 días	10	14,3%
61 días o más	3	4,3%
Ya estaba en cuidados paliativos	5	7,1%
<i>Conferencia Familiar</i>		
Sí	65	92,9%
No	5	7,1%

Fuente: las autoras (2023).

La hospitalización del 60% de la muestra fue en 2019, solo el 14,3% en 2020 y el 25,7% en 2021, lo que refleja el impacto de la pandemia en el perfil de hospitalización de la institución participante, que pasó a recibir pacientes de covid-19 en la mayoría de las camas. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) clínica fue el principal sector de ingreso de pacientes (82,9%), seguida de la enfermería quirúrgica que ingresó el 14,3%. El desenlace de los casos ocurrió en enfermería clínica en el 74,3% de la muestra, en la UCI clínica en el 24,3% y en la UCI COVID-19 en solo el 1,4%, con muerte en el 58,6% y alta hospitalaria en el 41,4%.

El establecimiento de los cuidados paliativos en la institución se da a través de la evaluación del comité asesor que evalúa los dictámenes solicitados por el equipo asistencial. El comité de cuidados paliativos (COCP) está formado por un equipo multidisciplinar que incluye geriatra, psicólogo, trabajador social, enfermera, fonoaudiólogo, odontólogo y musicoterapeuta. En vista de ello, los cuidados paliativos se establecen después de que el COCP responda a los dictámenes que informan la elegibilidad del paciente para este enfoque de atención. Después de la definición, la comisión realiza una conferencia familiar para discutir el objetivo y los planes de atención.

En la población evaluada, 44,3% de los pacientes tenían CP establecidos con 1 a 15 días de hospitalización, 30% con 16 a 30 días, 14,3% con 31 a 60 días y solo 4,3% con 61 días o más. También se observó que 7,1% de los pacientes ya estaban en cuidados paliativos por internaciones previas en la institución evaluada o en otros hospitales. Se realizaron conferencias familiares en el 92,9% de los casos, el 40% de las cuales fueron asistidas por un psicólogo.

**Tabla 3.** Principales diagnósticos y comorbilidades que presentan los pacientes de CP seguidos por el sector de psicología

Principales diagnósticos*	Frecuencia	%	Comorbilidades*	Frecuencia	%
Neumonía	49	70,0%	Hipertensión	37	52,9%
Accidente cerebrovascular	23	32,9%	Diabetes	23	32,9%
Otros síndromes infecciosos	21	30,0%	Síndromes demenciales	22	31,4%
Insuficiencia renal aguda	11	15,7%	Secuela de accidente cerebrovascular	21	30,0%
Fractura de fémur	9	12,9%	Trastornos mentales	9	12,9%
Neoplasia	5	7,1%	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8	11,4%
Otros	15	21,0%	Insuficiencia cardíaca crónica	7	10,0%
			Tabaquismo	6	8,6%
			Paraplejia/Tetraplejía	6	8,6%
			Enfermedad renal crónica	5	7,1%
			Enfermedad de Chagas	5	7,1%
			Otros	32	45,6%

\*Los pacientes podían tener más de un diagnóstico principal o comorbilidad.

Fuente: las autoras (2023).

Se consideraron como diagnósticos principales las condiciones tratadas al momento de la hospitalización y como comorbilidades otras posibles enfermedades que padeciera el paciente. Para cada paciente, se registraron en el cuestionario de recolección de datos todos los principales diagnósticos y comorbilidades informados en la historia clínica, incluso si había más de uno. Por lo tanto, la Tabla 3 describe estos datos, lo que permite observar que, entre los principales diagnósticos, la neumonía estuvo presente en el 70 % de los casos, el accidente cerebrovascular en el 32,9 %, otros síndromes infecciosos en el 30 %, la insuficiencia renal aguda en el 15,7 %, la fractura de fémur en 12,9% y neoplasias en 7,1%. Otros diagnósticos fueron reportados con menor frecuencia, a saber: enfermedad neuromuscular, encefalopatía anóxica, COVID-19, convulsiones, insuficiencia respiratoria aguda, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, disminución del nivel de conciencia, deshidratación, gastroparesia, sarcopenia, trombosis venosa profunda, parálisis cerebral, ataxia cerebelosa y espondilodiscitis.

En cuanto a las comorbilidades, la tabla 3 muestra hipertensión (52,9%), diabetes (32,9%), síndromes demenciales (31,4%), secuelas de accidente cerebrovascular (30%), trastornos mentales (12,9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (11,4%), insuficiencia cardíaca crónica (10%), tabaquismo (8,6%), paraplejia o tetraplejia (8,6%), enfermedad renal crónica (7,1%) y enfermedad de Chagas (7,1%). Se observaron otras comorbilidades menos frecuentes, como alcoholismo, epilepsia, abuso de sustancias ilícitas, hipotiroidismo, desnutrición crónica,

osteoporosis, fibrilación arterial con alta respuesta ventricular, cirrosis hepática, artrosis, gota, obesidad, enfisema pulmonar, entre otras.

En la investigación de la conducta del psicólogo se identificaron al final 32 categorías de conducta en la atención al paciente. Las categorías fueron agrupadas por similitud en 4 grupos, como se muestra en la Tabla 4: conductas relacionadas con el acompañamiento e intervención en demandas emocionales; conductas de evaluación e intervención en demandas cognitivas; conductas de orientación y psicoeducación; y conductas de humanización.

**Tabla 4.** Conductas del psicólogo en la atención al paciente

Acompañamiento e intervención en demandas emocionales			Evaluación e intervención en demandas cognitivas		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Apoyo emocional	32	45,7%	Orientación autopsíquica y alopsíquica	68	97,1%
Acogimiento	18	25,7%	Estimulación sensorial	61	87,1%
Fortalecimiento de los recursos de afrontamiento	8	11,4%	Estimulación cognitiva	17	24,3%
Preparación psicológica para alta	5	7,1%	Evaluación del riesgo psicológico	1	1,4%
Manejo del humor	4	5,7%	Evaluación del estado cognitivo	1	1,4%
			Evaluación de la comprensión verbal	1	1,4%
Manejo de la ansiedad	4	5,7%	Sistematización de la comunicación alternativa	1	1,4%
Resignificación de experiencias	2	2,9%			
Preparación de voluntades anticipadas	1	1,4%			
Apoyo emocional en la comunicación de noticias difíciles	1	1,4%			
Validación de sentimientos	1	1,4%			
Reestructuración cognitiva	1	1,4%			
Manejo de la angustia	1	1,4%			
Desensibilización sistemática al baño	1	1,4%			
Orientación y psicoeducación			Humanización		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Orientación general	5	7,1%	Reproducción de audio y video del familiar	10	14,2%
Orientación sobre rutinas	2	2,9%	Videollamadas con familiares	5	7,1%
Aclaración de dudas	2	2,9%	Tour terapéutico	1	1,4%
Psicoeducación sobre la enfermedad	1	1,4%	Celebración de cumpleaños	1	1,4%
Psicoeducación sobre cuidados paliativos	1	1,4%	Elaboración de la historia clínica afectiva	1	1,4%
Psicoeducación sobre las rutinas de la UCI	1	1,4%	Visita Religiosa	1	1,4%

Fuente: las autoras (2023).

En el grupo de conductas de acompañamiento e intervención en demandas emocionales, es posible observar que el psicólogo brindó apoyo emocional con mayor frecuencia (45,7% de los pacientes), seguido de acogimiento (25,7%), fortalecimiento de los recursos de afrontamiento (11,4%), preparación psicológica para alta (7,1%) y manejo del humor y ansiedad (5,7% cada uno).

En el grupo de evaluación e intervención en demandas cognitivas, las conductas más realizadas fueron la orientación autopsíquica y alopsíquica (97,1% de los pacientes), estimulación sensorial (87,1%) y estimulación cognitiva (24,3%). En el grupo de psicoeducación y orientación, las conductas más relatadas fueron orientación general (7,1% de los pacientes), orientación sobre rutinas (2,9%) y aclaración de dudas (2,9%). Finalmente, en el grupo de conductas de humanización se observó con mayor frecuencia la reproducción de audios/videos familiares (14,2%) y videollamadas con familiares (7,1%).

En cuanto al acompañamiento de los cuidadores, se identificaron 38 categorías de conducta, las cuales, de acuerdo con la Tabla 5, fueron agrupadas en 4 grupos según la similitud: conductas relacionadas con el acompañamiento e intervención en demandas emocionales; conductas de orientación y psicoeducación; conductas de humanización; y intervención en las demandas familiares.

En el grupo de acompañamiento e intervención en demandas emocionales del cuidador, las conductas más realizadas fueron acogimiento (95,7% de los cuidadores), apoyo emocional (94,6%), fortalecimiento de los recursos de afrontamiento (35,7%), preparación psicológica para el alta (24,3%), apoyo emocional en la comunicación de noticias difíciles (17,1%), manejo del humor (11,4%), validación de sentimientos (10%), manejo de la ansiedad (8,6%), apoyo emocional post-muerte (8,6%), elaboración del luto anticipatorio (5,7%), resignificación de experiencias (5,7%), gestión de expectativas disfuncionales (4,3%), manejo de la angustia (4,3%) y empoderamiento para el cuidado (4,3%).

En el grupo de orientación y psicoeducación, las conductas más observadas fueron psicoeducación sobre las rutinas de la UTI (77,1% de los cuidadores), orientaciones generales (52,8%), psicoeducación sobre cuidados paliativos (51,4%), psicoeducación sobre la enfermedad (47,1%), orientación sobre normas y rutinas de la enfermería (17,1%), orientación sobre COVID-19 (11,4%), orientación sobre estimulación del paciente (8,6%), psicoeducación sobre cuadro clínico (7,1%), pronóstico (5,7%) y sobre el procedimiento (4,3%).

**Tabla 5.** Conductas del psicólogo en la atención al cuidador

Acompañamiento e intervención en demandas emocionales	Frecuencia	%	Orientación y psicoeducación	Frecuencia	%
Acogimiento	67	95,7%	Psicoeducación sobre las rutinas de la UCI	54	77,1%
Apoyo emocional	66	94,6%	Orientación general	37	52,8%
Fortalecimiento de los recursos de afrontamiento	25	35,7%	Psicoeducación sobre cuidados paliativos	36	51,4%
Preparación psicológica para alta	17	24,3%	Psicoeducación sobre la enfermedad	33	47,1%
Apoyo emocional en la comunicación de noticias difíciles	12	17,1%	Orientación sobre las reglas y rutinas de la enfermería	12	17,1%
Manejo del humor	8	11,4%	Orientación sobre covid-19	8	11,4%
Validación de sentimientos	7	10,0%	Orientación sobre la estimulación del paciente	6	8,6%
Manejo de la ansiedad	6	8,6%	Psicoeducación sobre el cuadro clínico	5	7,1%
Apoyo emocional post-muerte	6	8,6%	Psicoeducación sobre el pronóstico	4	5,7%
Elaboración del luto anticipatorio	4	5,7%	Psicoeducación sobre el procedimiento	3	4,3%
Resignificación de experiencias	4	5,7%	Psicoeducación sobre cuidados com el paciente	1	1,4%
Gestión de expectativas disfuncionales	3	4,3%	Psicoeducación sobre conductas de equipo	1	1,4%
Manejo de la angustia	3	4,3%	Psicoeducación sobre el tratamiento	1	1,4%
Empoderamiento para el cuidado	3	4,3%	Psicoeducación sobre comunicación alternativa	1	1,4%
Preparación psicológica para el procedimiento quirúrgico	1	1,4%	Aclaración de dudas	1	1,4%
Derivación a seguimiento psicológico externo	1	1,4%	Orientaciones posteriores a la muerte	1	1,4%
Humanización	Frecuencia	%	Intervención en las demandas familiares	Frecuencia	%
Visita Presencial	50	71,4%	Mediación de las demandas del familiar con el equipo	3	4,3%
Visita en carácter excepcional	37	52,9%	Reunión familiar en preparación para el alta	2	2,9%
Boletín Electrónico	12	17,1%	Fortalecimiento de los lazos familiares	1	1,4%

Fuente: las autoras (2023).

En cuanto al grupo de conductas de humanización, el acompañamiento de la visita presencial al paciente se dio con el 71,4% de los cuidadores, siendo la visita excepcional (aquella en la que no forma parte de la rutina y está autorizada como una excepción después de evaluar el beneficio por parte del psicólogo) en 52,9%, y la liberación del boletín electrónico (información sobre la condición del paciente disponible en línea para que los familiares accedan) en 17,1%.

El grupo de intervenciones en demandas familiares tuvo conductas menos frecuentes, que fueron la mediación de las demandas familiares con el equipo (4,3% de los casos), reunión familiar para preparar el alta (2,9%) e intervención para fortalecer lazos familiares (1,4%).

También se destaca que, en el 100% de la muestra, se registraron evoluciones por parte del psicólogo en cuanto a la participación en una reunión del equipo para discutir el Proyecto Terapéutico Singular (PTS) del paciente.

## Discussão

El perfil sociodemográfico de la población estudiada mostró una mayor prevalencia de ancianos del sexo masculino con baja escolaridad. Estas características fueron encontradas en otros estudios que analizaron el perfil de pacientes en CP ([Costa et al., 2020](#); [Faller et al., 2016](#)), diferenciándose únicamente en el estado civil de la presente muestra, que tiene mayor número de viudos mientras que los estudios indican un mayor número de personas casadas.

La baja educación e ingresos, por sí mismos, son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas debido a la mayor dificultad para conocer y acceder a los servicios de salud. Cuando estos factores se combinan con la edad avanzada, también puede haber un deterioro de la capacidad para comprender las pautas y recomendaciones relacionadas con el cuidado de la salud, dejando a la población más vulnerable a otros factores de riesgo de enfermedades potencialmente mortales que pueden requerir CP, como las que presentan los pacientes evaluados ([Freire et al., 2018](#); [Simieli et al., 2019](#)).

Es posible observar que los principales diagnósticos más registrados fueron la neumonía y el accidente cerebrovascular, junto a un gran número de comorbilidades como la hipertensión arterial sistémica, la diabetes y los síndromes demenciales. El tiempo de hospitalización varió entre los intervalos de 1 a 15 días y de 31 a 60 días. Resultados similares en cuanto a las variables tiempo de hospitalización, principales diagnósticos y comorbilidades se encontraron en un estudio de 2022 que evaluó a 146 pacientes con indicación de CP, y señala que

los pacientes con multimorbilidades pueden tener una esperanza de vida más corta y la ausencia de cuidados paliativos puede aumentar el tiempo de hospitalización ([Barros et al., 2022](#)).

Los resultados, en cuanto a la distribución de pacientes por año de hospitalización, demostraron una caída en el número de asistencia en cuidados paliativos a partir del año 2020. En ese contexto, se encuentra la pandemia de COVID-19 que se inició en ese año y provocó un cambio en el perfil clínico de los pacientes del hospital participante, que brindó camas de las enfermerías clínica, quirúrgica y de rehabilitación para el tratamiento de pacientes infectados con el virus. Sin embargo, entre los 70 pacientes de la muestra, solo 1 paciente con diagnóstico principal de COVID-19 tenía establecidos cuidados paliativos. [Florêncio et al. \(2020\)](#), señalan que en el contexto de crisis de emergencia, las medidas para aliviar el sufrimiento pueden ser descuidadas, debido a la necesidad inmediata de salvar vidas. Sin embargo, que los cuidados paliativos en este contexto son igualmente esenciales, presentándose como una posibilidad de consuelo y alivio del sufrimiento ante pronósticos inciertos, ayudando en la toma de decisiones, cuidando a las familias y ofreciendo apoyo espiritual ([Florêncio et al., 2020](#)).

La UTI clínica y la enfermería quirúrgica fueron los sectores que más ingresaron pacientes elegibles para CP, y corresponden a las principales puertas de acceso a los servicios en el local investigado. [Castilho et al. \(2021\)](#) señalan que, con frecuencia, la demanda de cuidados paliativos puede hacerse más evidente en la UTI, especialmente en casos de pluripatología y enfermedades crónicas en progresión, como en el caso de los participantes del presente estudio. Por lo tanto, los cuidados paliativos deben implementarse junto con el apoyo de cuidados intensivos.

Los desenlaces ocurrieron más en la enfermería clínica que en la UCI, lo que indica que, aunque la admisión ocurrió más en la UCI, la mayoría de los pacientes recibieron alta en la enfermería. Una revisión sistemática con metanálisis indicó que la instalación de equipos de cuidados paliativos puede conducir a una reducción de la mortalidad en la UTI, además de reducir el tiempo de estancia en cuidados intensivos después de la instalación de estos equipos ([Martins, 2016](#)).

Los tipos de desenlaces fueron muerte en 58,6% de los casos y alta en 41,4%. Dichos datos van según el estudio realizado por [Bravalhieri et al. \(2020\)](#) y el de [Costa et al. \(2020\)](#) quien también señaló la muerte como la principal causa del desenlace, siendo la muerte un evento esperado en el contexto de enfermedades graves y potencialmente mortales. Sin embargo, en esos estudios, las tasas de mortalidad fueron mayores (84% y 90% respectivamente) que en el presente estudio, lo que demuestra la efectividad de los cuidados paliativos en la institución.

En la población evaluada, el 44,3% de los pacientes iniciaron CP entre 1 y 15 días de hospitalización, lo que demuestra su implementación temprana en los planes de cuidados. Este es un dato positivo, considerando que la literatura señala que la implementación temprana de CP se relaciona con mejores beneficios para los pacientes, mientras que la implementación tardía se relaciona con una mayor tasa de muerte durante la hospitalización ([Bravalhieri et al., 2020](#)).

También se observó que después de la definición de CP, en el 92,9% de los casos, se realizó la conferencia familiar. [Castilho et al. \(2021\)](#) afirman que los principales objetivos del equipo de CP al convocar una conferencia familiar son conocer al paciente y la familia incluyendo sus historias de vida y valores, compartir información sobre el paciente como diagnósticos y pronósticos, además de discutir sobre el objetivo de la CP y su plan terapéutico. Si bien, entre los beneficios de este encuentro, está la posibilidad de reducir las distorsiones de la comunicación, incluyendo a la familia en el cuidado, auxiliando en la orientación del tratamiento a la biografía del paciente, alinear expectativas y, en algunos casos, incluso reducir costes cuando es posible reducir la distansia, especialmente en la UCI.

Siendo esta una reunión muy intensa, para el equipo que conduce este momento requiere, además del conocimiento técnico del estado del paciente, grandes habilidades comunicativas como la escucha activa, validación de sentimientos y técnica para comunicar noticias difíciles ([Castilho et al., 2021](#)), lo que destaca la importancia de la presencia de un psicólogo, un profesional capaz de ofrecer el apoyo emocional necesario. Sin embargo, a través de los registros de evolución en la historia clínica electrónica, se percibió la presencia del psicólogo en solo el 40% de las conferencias realizadas. Estos datos pueden reflejar la baja convocatoria o disponibilidad del profesional

para asistir a las reuniones, o incluso, el déficit de registro en las historias clínicas de los pacientes sobre la presencia en este momento.

A través de los datos obtenidos, es posible notar que más del 75% de los pacientes presentaban algún tipo de nivel de conciencia disminuido, de los cuales el 50% se encontraba en coma. En estos casos, no siempre es posible realizar intervenciones que involucren la comunicación, y esto no significa que el trabajo del psicólogo esté agotado. Es en este contexto que el conjunto de intervenciones en demandas cognitivas cobra tanta importancia al punto de ser la conducta más frecuente entre los resultados relacionados con los pacientes.

La orientación autopsíquica y alopsíquica que se realizó en el 97,1% de los casos es una conducta que se refiere al acto de pasar información al paciente sobre tiempo y espacio, tiempo de internación, información sobre el ambiente y la condición clínica, entre otra información relevante. Su importancia radica en estimular el contacto con la realidad, además de poder generar una sensación de seguridad y existencia, ya que la audición es el último órgano de los sentidos afectado en los pacientes comatosos ([Kitajima, 2014](#)).

Otras intervenciones realizadas, como la estimulación sensorial (87,1%) y cognitiva (24,3%), también pueden ayudar a estimular el contacto con la realidad, además de mejorar el nivel de conciencia. Se entiende por estimulación cognitiva toda intervención no farmacológica que pretende estimular funciones cognitivas como la memoria, el pensamiento, la atención y el lenguaje ([Fernandes, 2015](#)) y la estimulación sensorial se refiere a la estimulación de los sentidos con estímulos conocidos como sonidos familiares, olores, sabores, tactos, música, entre otros. Un estudio realizó la aplicación de un programa de estimulación multisensorial en pacientes comatosos y concluyó que la estimulación contribuyó a la mejora del estado de conciencia de los pacientes ([Rodrigues & Varanda, 2019](#)).

Los pacientes en cuidados paliativos pueden experimentar una angustia intensa, ya que están constantemente en contacto con una frontera de la existencia, la muerte inminente. Algunos de los aspectos emocionales esperados incluyen diferentes miedos (a la muerte, al dolor, al sufrimiento, a la separación, a la incapacidad, al olvido), sentimientos de tristeza, ira, desánimo, impotencia, desesperanza

y reacciones de llanto constante (o de no poder llorar las pérdidas), inestabilidad en el contacto con el equipo multidisciplinario, preguntas frecuentes sobre aspectos aparentemente aclarados, baja autoestima, entre otros ([Carvalho et al., 2018](#)).

Sin embargo, los cuidadores familiares viven el proceso de enfermedad y finitud como una crisis, con intenso sufrimiento y angustia ante la posibilidad real de perder a alguien significativo en su vida ([Castilho et al., 2021](#); [Melo et al., 2018](#)). Durante la hospitalización, el 74% estuvieron acompañados por cuidadores familiares, de los cuales el 51,4% fueron sus hijos. Tales datos están en consonancia con estudios que indican que la mayoría de los cuidadores de pacientes en CP son hijos, quienes juegan un papel importante en la evaluación, manejo de síntomas, cuidado de la higiene, nutrición y apoyo emocional. Debido a esta carga, también pueden mostrar desgaste y deterioro de su propia salud física y emocional, lo que puede derivar en depresión, aislamiento social o incluso enfermedades agudas o crónicas ([Arias-Rojas et al., 2021](#); [Carvalho et al., 2018](#); [Delalibera et al., 2018](#)).

Tales situaciones muestran la importancia de las conductas del grupo de intervención en las demandas emocionales relacionadas con el paciente y la familia, donde se dilucidaron una serie de intervenciones que tenían como objetivo trabajar con las emociones y sentimientos derivados de la enfermedad. Se brindó apoyo emocional al 45,7% de los pacientes y al 94,6% de los cuidadores. En relación con los pacientes, es una conducta que puede entenderse como el proceso de permanecer a su lado como un “acompañante calificado” ([Castilho et al., 2021](#)), armados de escucha activa, empatía y conexión con la vida del otro, dolor, silencio, vacío, o incluso lo “no”, buscando sostener a través de la presencia sensible, la legitimación o validación de los sentimientos.

Con los familiares, se refiere al proceso de acompañamiento y escucha activa de sus necesidades y dificultades, facilitando la construcción de sentido de vida, la absorción de la realidad gradualmente y la resolución de asuntos pendientes. Este proceso es continuo durante todo el período de hospitalización, siendo importante observar la dinámica familiar para evaluar la necesidad de intervenciones en situaciones como la conspiración de silencio,

negación, aislamiento, conflictos interpersonales, ira y abandono. Tanto en el cuidado del paciente como de la familia, el proceso de apoyo emocional implica el manejo de la ansiedad y los cambios de humor, conductas presentes en los resultados de este estudio, ya que estas son reacciones esperadas al contexto y deben ser evaluadas continuamente ([Castilho et al., 2021](#); [Carvalho et al., 2018](#)).

El acogimiento es otra práctica fundamental en el trabajo del psicólogo, y aunque se registró en el 25,7% de los pacientes, es posible que se realizara en más casos, ya que se trata de una conducta intrínseca al acompañamiento psicológico, no pudiendo disociarse del apoyo emocional cuando se entiende que éste se lleva a cabo desde lo acogimiento de las demandas emocionales del paciente. Con los cuidadores, el acogimiento se realizó en el 94,6% de los casos, a pesar de que 14 de los pacientes estaban sin acompañante. Estos datos reflejan la efectividad de la acogida de los familiares/cuidadores, que se produjo tanto en los casos en que el cuidador acompañaba al paciente, como en aquellos en los que sólo visitaba. [Guimarães y Faria \(2022\)](#), aclaran que el proceso de finitud está envuelto por pérdidas, reales o simbólicas, que engloban una multiplicidad de sentimientos, que necesitan ser elaborados en un nuevo sentido, tanto por el paciente como por la familia. El psicólogo actúa en este enfrentamiento, ofreciendo un apoyo adecuado según la experiencia de cada uno. Para ello, se realizó el fortalecimiento de los recursos de afrontamiento con el 11,4% de los pacientes y el 35,7% de los cuidadores. [Melo et al. \(2013\)](#) refieren que, además de examinar qué recursos y habilidades de afrontamiento utilizan los pacientes y familiares, el psicólogo puede ayudar en el uso de nuevos, como técnicas de visualización y relajación, meditación, además de reafirmar/corregir patrones de afrontamiento adaptativos y desadaptativos. También se puede trabajar la historia de vida, reviviendo situaciones placenteras, elaborando significados positivos como en la conducta “Resignificación de experiencias”, adoptada en 2,9% de los pacientes y 5,7% de los cuidadores, además de incorporar aspectos de la espiritualidad de cada uno. [Porto y Lustosa \(2010\)](#) también señalan que frente al fracaso del cuerpo y de la salud, existe la necesidad de establecer un sentido de la vida que aún es posible a través de la aceptación de la muerte.

En CP, hay una gran cantidad de noticias difíciles que comunicar a los pacientes y familiares en las conferencias familiares y la atención de rutina. Tales noticias pueden implicar malos diagnósticos o pronósticos, empeoramiento del cuadro clínico, proceso de muerte activa y la muerte misma. Se brindó apoyo emocional después de dar noticias difíciles al 17,1% de los cuidadores y al 1,4% de los pacientes, y apoyo emocional post-muerte en el 8,6% de los casos, sin embargo, estos números pueden ser mayores debido a fallas en los registros, ya que tales conductas son parte de la rutina del psicólogo en la institución. En esos momentos, el profesional debe respetar y acoger las manifestaciones emocionales, y aunque el dolor sea parte de esos procesos, el objetivo es prevenir el sufrimiento y el luto complicado (Castilho et al., 2021).

El proceso de luto anticipatorio también es una demanda común en los cuidados paliativos, que en la muestra encuestada requirió intervención psicológica con el 5,7% de los cuidadores. Definido como una reacción genuina de arrepentimiento por la experiencia de separación donde hay amenaza de muerte, el luto anticipatorio puede ser visto como un fenómeno adaptativo para la experiencia de separación física, que comienza después de abandonar la negación de la muerte. Las intervenciones en el luto anticipatorio pueden involucrar la elaboración de sentimientos por la persona enferma, además de ayudar a finalizar situaciones incompletas de forma subjetiva a través de despedidas, perdonar y ser perdonado, o incluso en la expresión de sentimientos, y concretamente a través de la resolución de cuestiones cotidianas, financieras o administrativas (Santos et al., 2017).

En los casos en que el paciente fue dado de alta de la institución, se puede observar que hubo preparación para este momento con el 24,3% de los cuidadores y el 7,1% de los pacientes. El momento del alta puede brindar sentimientos de alivio por el regreso a casa y, al mismo tiempo, generar miedo, inseguridad y dudas sobre cuidados en el hogar. El psicólogo, en este momento, puede acoger los sentimientos emergentes, además de promover la orientación junto con el equipo multidisciplinario sobre los cuidados en casa, considerando las necesidades individuales del caso, atento a las señales verbales y no verbales que puedan indicar inseguridad o incompreensión de la información (Carvalho et al., 2018).

En este aspecto, también está involucrado el grupo de orientación y psicoeducación, pues cuanto más informados estén el paciente y su familia sobre el proceso de enfermedad y hospitalización, con sus dudas resueltas, mejor será el resultado de las acciones y cambios a implementar. Las orientaciones a realizar serán acordes a las necesidades y particularidades de cada situación, siendo fundamental recordar que en cuidados paliativos es fundamental una buena comunicación (Carvalho et al., 2018; Castilho et al., 2021). Con el paciente, aunque en menor frecuencia, las conductas registradas en este grupo fueron orientación general, orientación sobre rutinas y aclaración de dudas. Con el cuidador, se utilizó mucho la orientación y la psicoeducación, como la psicoeducación en la UCI, sobre los cuidados paliativos y sobre la enfermedad, y orientaciones generales, sobre normas y rutinas de la enfermería y sobre covid.

En este punto, es interesante reflexionar sobre el uso de términos muy evasivos en las historias clínicas, como por ejemplo "orientaciones generales", eso puede no decirle mucho al equipo sobre el caso. Considerando la historia clínica como un instrumento de comunicación entre el equipo, sus registros deben contener información adecuada a fin de favorecer la comprensión de todos, cuidando de no exponer asuntos íntimos de los involucrados (Carvalho et al., 2018).

Además, Castilho et al. (2021) relatan que al considerar a los cuidadores familiares como parte de la unidad de CP, se necesita atención especializada para atender otras demandas provenientes de la familia. En el grupo de intervenciones en demandas familiares, se evidenció la necesidad de mediar las demandas de la familia con el equipo, además de realizar una reunión familiar para preparar el alta. Esto refuerza el papel del psicólogo como facilitador de una comunicación clara entre el paciente, la familia y equipo, y su búsqueda por aliviar el sufrimiento de todos los involucrados en el proceso, reduciendo los estresores que provocan el dolor y la angustia (Melo et al., 2018).

Finalmente, en CP se debe humanizar el cuidado, buscando priorizar los intereses y deseos de los pacientes y sus familiares como forma de hacer cumplir el principio de los cuidados paliativos

de aliviar el dolor, el sufrimiento psíquico, las necesidades espirituales y sociales. Y entre las conductas de humanización, en relación al paciente, se percibieron intervenciones derivadas de la pandemia de COVID-19, como la reproducción de audios y videos familiares, y la realización de videollamadas. El uso de recursos tecnológicos se incorporó a la atención psicológica con el fin de acercar a los pacientes a sus familias en un contexto de suspensión de las visitas presenciales tras el inicio de la pandemia. Con los familiares, es claro que el psicólogo acompañó las visitas presenciales (cuando permitidas), además de las visitas excepcionales, muchas veces promovidas para propiciar espacios de despedida. Tales acciones, además de ayudar en el luto anticipatorio, pueden permitir que el paciente se sienta acompañado por la familia, reduciendo los sentimientos de soledad ([Castilho et al., 2021](#); [Melo et al., 2013](#)).

Finalmente, se destaca la importancia de las reuniones entre equipos para la discusión del caso realizadas en toda la muestra. [Castilho et al. \(2021\)](#) refuerzan que para la construcción del trabajo compartido son necesarios canales de comunicación con los diferentes profesionales involucrados en el cuidado. Además, la adopción de un enfoque colaborativo que dé cabida a la participación de todas las especialidades en las decisiones favorece medidas terapéuticas centradas en la atención integrada.

## Consideraciones finales

Contradiendo la idea de que "no hay nada más que hacer" para los pacientes paliativos, este estudio mostró una variedad de intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento de pacientes adultos en cuidados paliativos. Se identificaron conductas de intervención en las demandas emocionales de pacientes y familiares que buscaban minimizar el sufrimiento que provoca la finitud, conductas de intervención en demandas cognitivas ante la gran cantidad de pacientes con padecimientos neurológicos, conductas de orientación y psicoeducación que buscaban educar e informar a pacientes y familiares sobre aspectos inherentes al proceso de enfermedad y hospitalización, conductas de humanización para promover el cuidado centrado en las necesidades individuales y conductas de intervención en las demandas familiares.

Tales hallazgos corroboran la literatura que trata sobre las intervenciones psicológicas en CP y los procesos de muerte y morir.

Los datos obtenidos a través del estudio también permitieron acceder a las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes sometidos a CP en un hospital de rehabilitación, y resaltar la importancia de estos cuidados en el tratamiento de cualquier enfermedad grave y potencialmente mortal. Se evidenció que, aunque el desenlace "muerte" ocurrió en la mayoría de los casos de hospitalización, ese número tiende a aumentar en ausencia de cuidados paliativos.

Entre las limitaciones de la investigación, se encuentran las falencias en los registros de prontuarios, que, a pesar de ser el mayor instrumento de registro de la conducta, no siempre brindan con precisión informaciones sobre el paciente y la realidad del trabajo del profesional. En ese sentido, este estudio también contribuye a la nominación de las conductas del psicólogo en el hospital que se pierden en la subjetividad de la práctica cotidiana. La denominación adecuada de las conductas favorece la eficacia de la comunicación entre el equipo, la valoración del trabajo psicológico en las instituciones de salud y la mejora de la calidad de la atención al paciente.

Si bien es un tema de gran importancia, son escasos los estudios que abordan las conductas psicológicas en cuidados paliativos, e incluso los que abordan cuantitativamente la conducta psicológica en cuidados paliativos y en la psicología hospitalaria, lo que también es una limitación encontrada. Esto demuestra no solo la necesidad de más investigaciones sobre el tema, con el fin de fortalecer las prácticas basadas en evidencias, sino también la falta de profesionales especializados en este tipo de atención.

También urge formaciones en psicología paliativa que brinden el soporte necesario para una práctica psicológica que verdaderamente pueda abarcar la multiplicidad de necesidades biopsicosociales-espirituales que presentan los pacientes en la etapa final de la vida. También se observó la necesidad de más estudios sobre el tema de la CP en enfermedades crónicas no oncológicas.

Se espera que los resultados de la investigación puedan contribuir no sólo a la comunidad científica, sino también a la mejoría de los cuidados paliativos de

los pacientes en la unidad y en el SUS, especialmente en lo que se refiere a las conductas de humanización e y en la efectividad del registro psicológico en la historia clínica del paciente.

### Contribuciones de las autoras

Oliveira, K. S. participó en el diseño de la pregunta de investigación, diseño metodológico, búsqueda y análisis estadístico de datos de investigación, interpretación de resultados y redacción del artículo científico. Machado, C. S. y Nascimento, D. S. participaron como asesoras en el diseño de la pregunta de investigación, diseño metodológico, interpretación de resultados y redacción del artículo científico. Teles, G. L. participó como asesora en el diseño metodológico, interpretación de resultados y redacción del artículo científico. Todas las autoras revisaron y aprobaron la versión final y están de acuerdo con su publicación.

### Conflictos de interés

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) por cualquier aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiamiento, participación en consejos asesores, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista Psicologia, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



### References

Angerami, V. A. (2010) *Psicologia hospitalar: teoria e prática* [Psicología hospitalaria: teoría y práctica]. Cengage Learning.

Arias-Rojas, M., Moreno, S. C., García, A. S., & Ballesteros, I. R. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 12(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1248>

Barros, J. A., Simões, A. L. S., Andrino, S., & Nicolussi, A. C. (2022). Identificação e caracterização de pacientes idosos elegíveis

a cuidados paliativos [Identificación y caracterización de pacientes ancianos elegibles para cuidados paliativos]. *Research, Society and Development*, 11(6), e21411628980. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28980>

Bravahieri, A. A. V., Barbosa, S. R. M., Assis, M. F. B. R., & Penha, R. M. (2020). Características de pacientes com indicação de cuidados paliativos em uma unidade de cuidados prolongados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul [Características de los pacientes con indicación de cuidados paliativos en una unidad de cuidados extendidos en Campo Grande, Mato Grosso do Sul]. *Multitemas*, 25(59), 211–226. <https://doi.org/10.20435/multi.v21i59.2878>

Carvalho, R. T., Souza, M. R. B., Franck, E. M., Polastrini, R. T. V., Crispim, D., Jales, S. M. C. P., Barbosa, S. M. M., & Torres, S. H. B. (Eds.). (2018). *Manual da residência de cuidados paliativos* [Manual de residencia de cuidados paliativos]. Manole.

Castilho, R. K., Silva, V. C. S., & Pinto, C. S. (Eds.). (2021). *Manual de Cuidados Paliativos* [Manual de Cuidados Paliativos] (3a ed.). Atheneu.

Costa, J. C., Barbosa, A. M., & Zandonade, E. (2020). Caracterização dos pacientes acompanhados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário [Caracterización de pacientes seguidos por el servicio de Cuidados Paliativos de un hospital universitario]. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 22(2), 18–28. <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i2.27810>

Delalibera, M., Barbosa, A., & Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos [Circunstancias y consecuencias del cuidado: caracterización de los cuidadores familiares en cuidados paliativos]. *Ciência & saúde coletiva*, 23(4), 1105–1117. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.12902016>

Faller, J. W., Brusnicki, P. H., Zilly, A., Brofman, M. C. B. F. S., & Cavalhieri, L. (2016). Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio [Perfil de ancianos afectados por cáncer en cuidados paliativos en el domicilio]. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(Especial 22), 29–43. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p29-43>

Fernandes, A. F. R. (2015). *Plasticidade Cognitiva: Um estudo de caso de estimulação cognitiva em idosos* [Plasticidad cognitiva: un estudio de caso de estimulación cognitiva en personas mayores]. [Tese de doutorado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/6026>

Florêncio, R. S., Cestari, V. R. F., Souza, L. C., Flor, A. C., Nogueira, V. P., Moreira, T. M. M., Salvetti, M. G. & Pessoa, V. L. M. P. (2020). Cuidados paliativos no contexto da pandemia de covid-19: desafios e contribuições [Cuidados paliativos en el contexto de la pandemia de covid-19: desafíos y aportes]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20200188. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A001886>

- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa [Metodología de la investigación científica: lineamientos para la elaboración de un protocolo de investigación]. *Revista paraense de medicina*, 23(3). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-588477>
- Freire, M. E. M., Costa, S. F. G., Lima, R. A. G., & Sawada, N. O. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos [Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes oncológicos en cuidados paliativos]. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2), e5420016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>
- Guimarães, K., & Faria, H. (2022). Contribuições da psicologia nos cuidados paliativos [Aportes de la psicología en los cuidados paliativos]. *Cadernos de Psicologia*, 4(7). <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/download/3275/2301>
- Kitajima, K. (Org.). (2014). *Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotinas de atendimento* [Psicología en una unidad de cuidados intensivos: criterios y rutinas de servicio]. Revinter.
- Martins, B. C. P. C. C. (2016). *Cuidados paliativos para pacientes em estado terminal em Unidades de Terapia Intensiva: revisão sistemática e metanálise* [Cuidados paliativos para pacientes terminales en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión sistemática y metanálisis]. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Repositório Institucional UNESP. <http://hdl.handle.net/11449/137845>
- Melo, A. C., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos [Intervención psicológica en cuidados paliativos]. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(3), 452–469. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36229333007>
- Melo, T. E. A., Freitas, D. N., & Pacheco, K. H. (2018). Psicologia e cuidados paliativos: um olhar a tríade família, paciente e equipe de saúde [Psicología y cuidados paliativos: una mirada a la tríada familia, paciente y equipo de salud]. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT-ALAGOAS*, 5(1), 33. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/5518>
- Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos [Psicología Hospitalaria y Cuidados Paliativos]. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 76–93. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&tlng=pt)
- Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. (2018). Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Dispone las directrices para la organización de los cuidados paliativos, a la luz de la atención continua integrada, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)]. [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710)
- Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Aprueba los lineamientos y normas reglamentarias para la investigación con seres humanos]. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais [Establece normas aplicables a la investigación en Ciencias Humanas y Sociales]. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Rodrigues, C. A. F., & Varanda, E. M. G. (2019). Aplicação de um programa de estimulação multissensorial a doentes com alterações severas do estado de consciência [Aplicación de un programa de estimulación multisensorial a pacientes con alteraciones severas en su estado de conciencia]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 5–11. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4554>
- Santos, A. F. J., Ferreira, E. A. L., & Guirro, U. D. P. (2020). *Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019* [Atlas de cuidados paliativos en Brasil 2019]. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS\\_2019\\_final\\_compressed.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf)
- Santos, R. C. S., Yamamoto, Y. M., & Custódio, L. M. G. (2017). Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório [Aspectos teóricos del proceso de duelo y la experiencia del duelo anticipatorio]. *Psicologia*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>
- Schaefer, F. (2020). A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde [La importancia de implementar los cuidados paliativos en el Sistema Único de Salud]. *Revista de Direito Sanitário*, 20(3), 26–50. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p26-50>
- Simieli, I., Padilha, L. A. R., & Tavares, C. F. F. (2019). Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis [Realidad del envejecimiento poblacional frente a las enfermedades crónicas no transmisibles]. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (37), e1511. <https://doi.org/10.25248/reas.e1511.2019>
- Simonetti, A. (2018). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* [Manual de psicología hospitalaria: el mapa de la enfermedad]. Artesã Editora.