

# LA SUPERVISIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS (PADES). DE LA DEMANDA DE LA SUPERVISIÓN A SU FINALIZACIÓN

## SUPERVISION OF A HOME CARE TEAM IN PALLIATIVE CARE. FROM THE DEMAND FOR SUPERVISION TO ITS COMPLETION

**Alfred Tejedo García**

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Psicoterapeuta psicoanalítico.

Centre de Salut Mental d'Adults de Badalona 2

Servei Assistencial de Salut - Unitat d'Atenció Psicològica - Universitat Autònoma de Barcelona.

España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9827-9059>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tejedo García, A. (2020). La Supervisión de un Equipo de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos (PADES). De la demanda de la supervisión a su finalización. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 265-281. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.371>

### Resumen

*Se pretende mostrar la supervisión del equipo de atención domiciliaria y de soporte (PADES) insertado en la red de atención sanitaria del estado español, qué profesionales lo conforman y sus funciones, así como la población a la que está destinado: los enfermos terminales. Se justifica la idoneidad de la supervisión como tarea de formación, de apoyo emocional y de resolución de conflictos. Se describe en qué consiste la supervisión, sus protagonistas, la formulación de la demanda por parte del equipo, la respuesta del supervisor a la demanda, la realización de la supervisión, sus posibilidades, sus condiciones y sus límites, así como las condiciones de su finalización. Se concluye que la supervisión, como la vida de los usuarios del Pades, tiene dos fechas límite entre las cuales comienza y acaba. Una vez finalizada la supervisión, la cualidad de su desarrollo va a condicionar el proceso de duelo que transitará entre el agradecimiento y el resentimiento.*

Palabras clave: supervisión, atención domiciliaria, cuidados paliativos, supervisión de equipo.

### Abstract

*The aim is to show the supervision of the home care and support team (Pades) inserted in the Spanish state health care network, which professionals comprise it and their functions, as well as the population for which it is intended: the terminally ill. The suitability of supervision is justified as a task of training, emotional support and conflict resolution. It describes what the supervision consists of, its protagonists, the formulation of the demand by the team, the supervisor's response to the demand, the realization of the supervision, its possibilities, its conditions and its limits, as well as the conditions of its ending. It is concluded that supervision, like the life of Pades users, has two deadlines between which it begins and ends. Once supervision is finished, the quality of its development will condition the mourning process that will pass between gratitude and resentment.*

Keywords: supervision, home care, palliative care, team supervision.

Fecha de recepción: 6 de abril de 2020. Fecha de aceptación: 28 de julio de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [alfred.tejedo@uab.cat](mailto:alfred.tejedo@uab.cat)

Dirección postal: Roger de Llúria, 77, 1-2, 08009 Barcelona. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



La tarea de un equipo de atención domiciliaria y equipo de soporte se inscribe en el ámbito de la medicina paliativa que se diseña para atender, primariamente, a aquellos pacientes que presentan una enfermedad grave que compromete seriamente la continuidad de su vida en un plazo de tiempo relativamente corto. Los recursos sanitarios se destinan predominantemente a las atenciones que sostiene la medicina curativa, que está al servicio de diagnosticar la enfermedad, proponer un tratamiento y establecer un pronóstico de la misma con la finalidad de erradicarla y de garantizar la salud y la continuidad de la vida, si son posibles; sólo una parte del presupuesto en sanidad va destinado a cuidados paliativos, sin embargo, el ahorro del gasto sanitario que los cuidados paliativos suponen para el sistema de salud es indudable (Núñez y Alonso, 2013).

La nota distintiva de los Pades (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte) es la prestación de atención médica y psicosocial de los pacientes que se presume que ya no se van a curar de su enfermedad y que, en consecuencia, ya no precisan de “tratamiento” para curarse, sino de cuidados “paliativos” de su situación de enfermedad terminal (VV.AA., 2016). El paciente incurable, habitualmente, por el avanzado estado de una enfermedad oncológica o de otra naturaleza, o por insuficiencias cardíacas, respiratorias, hepáticas, digestivas, neurológicas, osteoarticulares, etc. secundarias o no a otros cuadros de enfermedad, es decir, independientemente de su etiología, se ve abocado a una situación de su vida “terminal” irreversible y con pronóstico de vida limitado: la propia muerte está en el horizonte próximo.

Esta situación de amenaza sobre el cuerpo de la persona gravemente enferma va a requerir de unos cuidados que son específicos de las necesidades del final de la vida y que a menudo tienen que ver con síntomas de dolor intenso, disnea, anorexia, astenia, caquexia, insomnio, postración. Al mismo tiempo estar frente a la etapa final de la propia vida y, por lo tanto, de cercanía de la propia muerte, puede desvelar reacciones emocionales desagradables de cierta intensidad, por ejemplo, angustia, temor, rabia, desesperación, inseguridad, desvalimiento, tristeza, desorientación que presumiblemente van a poner obstáculos a la tranquilidad de la propia existencia, al menos, en algunas personas (Ramos, 2014). Hay trabajos que se preguntan sobre los condicionantes de la actitud positiva o negativa ante la propia muerte (Bermejo et al., 2019; Villavicencio-Chávez et al., 2019). Ambos aspectos, el corporal y el emocional, van a comprometer la necesidad de cuidados sanitarios y asistenciales que van a recaer sobre la persona del enfermo, pero, no sólo de él, sino también de sus acompañantes de vida, habitualmente, sus familiares más directos, cuando los hubiere, que suelen ocupar el rol del cuidador, aunque en ocasiones este rol se delega en cuidadores externos, en alguna medida. En otras ocasiones, en las peores circunstancias, no hay ni familia ni hogar que acoja la realidad de las personas que requieren cuidados paliativos en la fase terminal de sus vidas (Carreras et al., 2017).

### **El equipo de cuidados paliativos domiciliario**

En nuestro medio, habitualmente, un equipo de cuidados paliativos está formado por personal sanitario, médicos, enfermeros, auxiliares sanitarios, trabajadores sociales y psicólogos<sup>1</sup>. En el mejor de los casos, los Pades suelen tener al menos un profesional de cada ámbito pero no siempre es así; lo más frecuente es que el equipo esté formado por profesionales médicos, enfermeros y trabajadores sociales, pero no por psicólogos ni por auxiliares sanitarios; excepcionalmente puede haber algún Pades con fisioterapeuta y terapeuta ocupacional<sup>2</sup>. A menudo hay más enfermeros, o más horas de enfermería que de medicina y menos de trabajo social, y si lo hubiere, de psicología, insuficientemente cubierta (Duro et al., 2012)<sup>3</sup>. A veces, la atención psicológica está concertada con un equipamiento externo al Pades, por ejemplo, el Equipo de Atención Psicosocial (EAPS)<sup>4</sup>. Los Pades pueden formar parte de la atención sanitaria de la red de salud pública, o bien, de la atención sanitaria concertada. En Catalunya existen equipos de una y otra red que están sectorizados, es decir, tienen una población asignada en función de una zona territorial<sup>5</sup>.

### **Funciones del equipo domiciliario de cuidados paliativos**

¿Qué funciones se espera que realicen los equipos integrados por los distintos profesionales del Pades? Caben tres tipos de encargos en la tarea del equipo: a) la actividad asistencial, b) el soporte y el asesoramiento y c) la coordinación.

En la actividad asistencial hay que referir la atención directa a los usuarios del programa y a sus familiares. Se trata de garantizar una atención sanitaria integral, social, emocional y –a veces– espiritual durante el proceso de la enfermedad de manera personalizada (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados Paliativos, 2008). El paciente incurable puede presentar fallos en cascada de los órganos y funciones corporales que van a traer síntomas; hay que conseguir un control óptimo de los síntomas y molestias que puedan aparecer con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. De manera específica, hay que atender a la situación de los últimos días, de agonía (González y Stablé, 2013). El enfrentamiento a la realidad de la propia muerte es una realidad que ha de vivir el propio paciente terminal, su familia, y el equipo del Pades. Ante esta realidad caben tres actitudes: la de la integración, cuando el moribundo –y los que le rodean– acepta su propia muerte, la del sufrimiento, que supone que el paciente y su entorno se rebelan o se inquietan ante ella, o la de la lucha, cuando el paciente o sus familiares se resisten a la muerte (Vachon et al., 2012).

El soporte y el asesoramiento consiste en ofrecer educación sanitaria para facilitar los cuidados que la persona enferma necesita, respondiendo las dudas que puedan tener tanto el paciente como la familia o cuidador principal. Igualmente, facilitar la adaptación a las pérdidas inherentes al proceso de enfermedad. La familia que podrá necesitar ayuda, de manera especial, en el proceso de duelo posterior a la muerte del paciente, por ello, el equipo de Pades ofrece una cierta atención después de la muerte del usuario.

La coordinación es con otros dispositivos de la red sanitaria y social (Servicios Sociales, Centros de Atención Primaria, Centros de Urgencias de Atención Primaria, Equipos de Atención Residencial, Equipo de Soporte Integral a la Cronicidad, Hospitales sociosanitarios, Hospitalización domiciliaria, Hospitales de agudos, etc.).

La exposición del equipo de profesionales al sufrimiento y al proceso de morir puede suponer un desgaste emocional que conlleve síntomas de burn out o de fatiga de compasión que rebaje la calidad de la asistencia a los usuarios del Pades (Mota et al, 2015). Con todo, es sabido que los equipos de cuidados paliativos presentan menor nivel de estrés y de burn out que otros equipos sanitarios (Vachon, 1995), o que otros equipos de cuidados paliativos pediátricos (Suc et al., 2017). Precisamente, uno de los aspectos que puede favorecer este dato es la presencia de la cohesión del equipo así como la implementación de estrategias de autocuidado entre las que se inscribe la supervisión que, en nuestro caso, tiene como objetivo ampliar la consciencia de los elementos emocionales implicados en la tarea del profesional de cuidados paliativos (Kangas-Niemi et al., 2018).

### **¿Qué es la supervisión?**

La palabra supervisión, vista etimológicamente, está construida por tres componentes léxicos de origen latino, el prefijo “super” con la significación de “sobre, encima”, la raíz “viso” que significa “examinar, ver” y el sufijo “ion” que significa la acción de “ver”. Así, supervisión tiene la significación aproximada de “ver desde arriba” aunque la supervisión no debe entenderse como una actividad de autoridad, del supervisor sobre el supervisado (Leal, 1993), sino más bien como una co-visión (Matumoto et al., 2005).

La práctica de la supervisión institucional no es una práctica homogénea, sino plural que se concreta en prácticas de supervisión distintas, inspiradas por comprensiones teóricas distintas, aunque a menudo comportan una parte técnica o institucional así como una parte relacional. La supervisión está especialmente indicada en aquellos quehaceres profesionales en que es importante el manejo de las relaciones humanas. Se establecen distintas categorías de supervisión atendiendo a diferentes perspectivas posibles de aproximación, así, respecto del número de participantes de la supervisión (individual, grupal, colectiva), de su procedencia (de una misma institución o de diferentes instituciones), de su calificación profesional (de la misma disciplina profesional o pluridisciplinar), del origen de la decisión de supervisar (de la dirección, de los trabajadores), de la procedencia del supervisor (interno o externo a la propia institución) y de la calificación del supervisor (de disciplina afín o distinta a la de los supervisados). Igualmente, se dan distintas modalidades de prácticas de supervisión, entre ellas: la institucional, la clínica, de proyectos, de evaluación de proyectos, de análisis institucional de proyectos, de equipo, de casos, colectiva, coaching, mentoring, counselling, auditorías organizacionales, etc. (Puig, 2011b). En este artículo nos referiremos a la experiencia de supervisión externa de un equipo Pades más próxima a la supervisión clínica, de

casos, colectiva e institucional.

La supervisión, en general, se inscribe en lo que sería la formación permanente que aspira a la continua adaptación de capacidades y competencias a las exigencias del lugar de trabajo. A su vez, la supervisión aspirará a lograr tres objetivos: la mejora de la tarea, el autocuidado de los profesionales y la resolución de conflictos (Puig, 2011b). Para el Pades, la supervisión tiene más el sentido de formación y de revisión de la tarea profesional, por tanto, ha de ser vista como una tarea de apoyo a los profesionales por cuanto trata de focalizarse en la atención de las dificultades y tensiones inherentes al trabajo asistencial con los usuarios del servicio, mediado por la organización del equipo, con la intención de mejorar profesionalmente.

### **Protagonistas de la supervisión**

En la supervisión de un equipo de Pades los protagonistas de la experiencia son, por un lado, las personas de los supervisados, es decir, los miembros del equipo de Pades y por el otro, la persona del supervisor. Ordinariamente, el supervisor es una persona con experiencia profesional e institucional, aunque no siempre el supervisor tiene la experiencia institucional concreta del equipo al que supervisa; en general se piensa que es mejor su adscripción externa a la institución (Leal, 1993; Puig, 2011a). Todos los protagonistas de la experiencia de la supervisión, en tanto que personas, tienen capacidad de pensar y de sentir, de emocionarse. A veces se pueden incorporar miembros que están en calidad de formación, por ejemplo, médicos residentes u otros profesionales en formación, aunque su presencia sea fugaz, ya que sus programas de formación requieren de cierta rotación temporal por los equipos de salud. Algunos equipos no incluyen a estas personas en formación (Edmonds et al., 2015), por motivos de preservación de la intimidad del equipo y-o porque no pueden garantizar la continuidad en la asistencia, lo que les coloca en posición de observadores no participantes.

En la supervisión, como en toda otra interacción entre personas, van a poder surgir emociones, sentimientos y pensamientos, que pueden alterar el estado emocional, en un sentido o en otro, tanto de los supervisados, como del supervisor. La tarea de la supervisión tendrá el reto, para todos, de tratar de observar qué se hace, qué se siente, qué se piensa (Matumoto et al., 2005; Puig, 2009). De manera especial, esta función se espera del supervisor para que pueda devolverla al equipo y ayudarle en la comprensión de lo que le está sucediendo en el momento presente, en su tarea, en su organización y en sus relaciones. Al supervisor le compete poder desarrollar una función de autoconsciencia de lo que le está sucediendo en la supervisión, pero se espera que esta función también pueda ser desarrollada, aunque sea en menor escala, en el resto de los participantes, los miembros del equipo del Pades; esta autoconsciencia puede servir de la observación de las propias reacciones emocionales y-o corporales en la propia supervisión (Miehls, 2014).

El supervisor ha de tener una actitud de cierta neutralidad respecto de los valores del equipo, de la manera de trabajar del mismo, de su organización, de

tolerancia hacia la realidad concreta del momento que pasa el equipo, de no entrar en alianzas parciales con determinados sectores o personas del mismo, ni con la dirección, que mayoritariamente se considera mejor que peor que participe en ella; esta actitud tiene el límite de no entrar en una actitud de complicidad con supuestas actitudes del equipo de cronificación, de práctica asistencialista repetitiva, de resistencia a un supuesto cambio necesario, que siempre será decisión del equipo, no del supervisor, quien no podría ir más allá de la explicitación de la necesidad o del conflicto (Leal, 1993; Matumoto et al., 2005).

### **Demanda de supervisión**

¿De qué manera este peculiar equipo asistencial llega a formular la demanda de supervisión? Decimos peculiar equipo, porque ya hemos destacado como la medicina paliativa representa una parte pequeña de los equipos de atención sanitaria de nuestro sistema de salud, y dentro de los recursos de la medicina paliativa, los Pades aún representan una parte más pequeña. Evidentemente, la manera como el equipo llega a la formulación de la demanda de supervisión va a condicionar su inicio, su realización, sus vicisitudes, su desarrollo, su continuidad y su finalización, en estrecha relación, con la respuesta que el supervisor vaya tejiendo con el equipo que supervisa.

La demanda de supervisión puede vehicularse a partir de la consciencia de necesidad de acompañamiento del propio equipo, más de unos miembros que de otros, equipo que se puede ver enfrentado con situaciones vitales muy dolorosas, por ejemplo, la tristeza vinculada al proceso de pérdida de la vida del enfermo, como a los distintos grados del dolor emocional y físico que pudiera padecer, tanto el enfermo, como sus familiares. La reiterada exposición a situaciones emocionalmente dolorosas y estresantes puede ayudar a la consciencia de cierta necesidad de ayuda, aunque la necesidad pueda diferir de unos a otros miembros del equipo.

La propia tarea del Pades, por su misma naturaleza, vehicula una modalidad relacional del propio equipo, a menudo formado por mujeres, que promueva mayor cohesión entre los miembros del mismo. Cohesión que no necesariamente está exenta de otros aspectos emocionales más disruptivos que también se pueden percibir, más a menudo o menos, en estos mismos equipos.

La realidad del equipo, tanto si lleva muchos años funcionando como tal, como si no, o si está formado por miembros con distintas antigüedades en su historia, va a modular la dinámica interna del equipo y la dinámica del equipo en el espacio concreto de la supervisión. Igualmente, la afinidad del supervisor con la tarea de los Pades va a favorecer mayor empatía y, por tanto, mayor posibilidad de captar las necesidades del equipo.

En todos los equipos asistenciales sanitarios se da una jerarquización de sus miembros, en alguna medida, al menos, entre los que ostentan la dirección o la responsabilidad del mismo, por democrática y tolerante que sea, o no, respecto de los que no la tienen. La formación profesional de sus miembros, el salario profesional,

así como la asunción de responsabilidades, son diferentes. Tampoco se implican todos los miembros del equipo de la misma manera en la tarea asistencial, o por la dedicación horaria, si es que difiere de unos a otros, o por la cualidad de la tarea encomendada a cada uno, o por la manera de vivirla por parte de cada profesional, sea novel en la labor o muy experimentado. Con estas características llegará el equipo a la supervisión.

La demanda de supervisión ¿cómo se origina en lo concreto? ¿a quiénes se les ocurre esa posibilidad? ¿a la dirección? ¿a los miembros? ¿a qué miembros: predominantemente a enfermería? ¿a trabajo social? ¿al médico o a los médicos? ¿al psicólogo? La supervisión ¿es vivida como una imposición de la autoridad? ¿La supervisión es fruto de una negociación en la que se han de hacer concesiones para contentar –y discontentar– a unos y a otros? Por lo tanto, la demanda concreta, en el momento de realizarla, ¿es fruto de una decisión suficientemente madurada y escogida por el equipo con el suficiente grado de libertad?, o ¿puede ser fruto de una tradición del equipo en la que se inscribe la obligación de hacerlo porque es lo que se espera que se haga, porque es lo que se ha venido haciendo? O, como suele pasar a menudo, ¿no es ni una cosa ni la otra, sino una mezcla de distintas perspectivas que encarnan unos miembros del equipo y otros, otras?

En la fase contractual de la supervisión interesa que se haga un proceso de clarificación de la demanda que dé información al supervisor de la situación en la que está el equipo, cuál es la dinámica de relaciones del mismo, en particular, con el líder institucional, cuál es la organización y que se concrete la tarea a realizar en la supervisión, evitando malentendidos en la medida de lo posible (Fischetti, 2016).

### **¿Cómo se concreta la respuesta a la demanda de supervisión?**

Cuando un equipo decide supervisar se tiene que pasar a la realidad de pedirle a un supervisor que lo haga y el supervisor tiene que contestar ¿Qué contesta el supervisor?, ¿cómo y por qué? La manera como se produzca este proceso de contestar a la demanda va a condicionar, también, el futuro de la supervisión.

El supervisor puede contestar desde la plena libertad que le dé su condición de profesional autónomo externo, en el mejor de los casos, o su respuesta puede estar mediatizada por su adscripción a una cierta obligatoriedad en razón, por ejemplo, de cómo o de quien recibe el encargo de contestar, o de su condición de miembro de una entidad determinada respecto de la cual estaría en relación de dependencia. A veces puede suceder que no es directamente la persona del supervisor a quien se contacta sino que es un tercero el que transmite la demanda del equipo que quiere ser supervisado. La ilusión que sienta el supervisor respecto de las ganas de ayudar a un equipo de profesionales que transitan con el dolor y el sufrimiento humanos, así como su pericia, su convicción de que puede aportar al equipo, o no, va a sentar las bases de la alianza de trabajo necesaria para la tarea de supervisión.

Si la demanda se realiza de manera directa, de parte del equipo con el supervisor externo, pero autónomo, la relación es una relación bilateral, exclusivamente.

Cuando la demanda se articula a través del encargo con una institución a la cual está afiliado el supervisor la relación se articula en forma triangular, en el sentido que, o el equipo, o el supervisor, tendrán que dar cuenta, de alguna manera, de la marcha de la supervisión y, en su caso, de su finalización a una u a otra entidad o instancia superior. Los contextos, del equipo y del supervisor, van a determinar la formulación de la supervisión y su desarrollo (Redondo, 1981).

### **Realización de la supervisión. Posibilidades de la supervisión**

La supervisión realizada a un equipo puede entenderse como una supervisión explícita del mismo o como una supervisión de la tarea asistencial que realiza el equipo con los usuarios que atiende; en el primer caso, tendrá que focalizar en las relaciones de los miembros del mismo así como en la organización de la tarea y en el contexto institucional; en el segundo, focalizando, primariamente, en las relaciones con los usuarios con referencia y, secundariamente, a la organización de la tarea asistencial. Ciertamente, también puede entenderse como algo mezclado, aunque se realicen de manera más o menos alternada incluso en la misma sesión de supervisión. Esta es una decisión del equipo que ha de ser refrendada por el supervisor, obviamente. Barenblit piensa que lo ideal es diferenciar ambos espacios de supervisión, el institucional del asistencial (Leal, 1993).

La experiencia en las instituciones asistenciales sanitarias informa de que, lo más frecuente, es que el equipo pida supervisión para sentirse ayudado en la tarea asistencial con los usuarios del servicio, de manera especial, con los que más movilizan la angustia de los profesionales que los atienden y que, en consecuencia, se disocie la actividad asistencial con los usuarios de las condiciones en que dicha tarea es asumida por el equipo, de cómo se sitúa el equipo en uno y otro aspecto de su vida como equipo, organizativa y emocional. A veces puede suceder que una sesión de supervisión se inscriba en la presentación de un caso de un usuario y el trabajo con el equipo en la supervisión comporte desvelar aspectos organizativos o de clima de trabajo que están implicados en la manera cómo se atiende al usuario presentado en la supervisión. Normalmente, es necesario cierta dosis de confianza y madurez emocional del equipo para enfrentar primariamente una supuesta revisión, en la supervisión, de lo que le pasa al equipo de manera interna, en las relaciones de los miembros, en la organización, en el malestar con la dirección, etc.

La supervisión es una tarea delicada que requiere ser realizada con delicadeza, principalmente por parte del supervisor, pero también por parte de los integrantes del equipo, porque en toda supervisión se pueden movilizar las ansiedades que tienen que ver con el miedo a ser juzgado y rechazado, de manera especial, el supervisando se expone a mostrar cómo responde a la demanda de ayuda de su usuario, que en muchos casos suele ser un usuario muy complejo, por eso, algunos de los usuarios del Pades tienen la categoría de “paciente crónico complejo”. O también se puede sentir miedo de quedar expuestos los miembros del equipo a la mirada crítica, o del supervisor, o de los compañeros de equipo respecto de la actitud con

el trabajo, con el propio equipo, etc. (Jones, 2008). Se trata, pues, en la supervisión, de facilitar la creación de un espacio en el que se favorezca la creación de un clima de confianza entre los miembros del equipo y con el supervisor, para poder priorizar el deseo de aprender a atender a los usuarios, directa o indirectamente, con la expectativa de mejorar las condiciones de asistencia del usuario terminal o de su familia, reflexionando en la supervisión; todo miembro del equipo del Pades, como de cualquier otro equipo, necesita sentirse seguro y respetado. La tarea, pues, es delicada y compleja, máxime por las condiciones de estrés en que suelen transcurrir las vidas emocionales de ambos, pacientes terminales y familiares, y de cómo estas complejidades impactan en el equipo que les atiende, necesariamente. Sin olvidar las penalidades derivadas de la organización, la coordinación y la falta de suficientes recursos para realizar la labor asistencial y organizativa interna del equipo en mejores condiciones.

Ciertamente, al supervisor se le supone una pericia, un conocimiento, una experiencia, que puede tener o no, o mucha o poca, pero él también es un ser humano, con capacidades y limitaciones, con unas características personales y de formación que van a facilitar o no el proceso de aprendizaje intrínseco a toda supervisión. Es decir, a los miembros del equipo también les incumbe la co-creación de ese espacio de confianza bilateral en el cual, también, el supervisor pueda sentir que ocupa su papel con comodidad suficiente, de lo contrario, las necesarias capacidades de reflexión y pensamiento que ha de desarrollar la mente del supervisor al unísono con el equipo, no podrán ser puestas en práctica y la posibilidad de sentirse ayudados los miembros del mismo se pondrá en tela de juicio –cosa que sucede en no pocas supervisiones de no pocos equipos.

El supervisor, tiene que transmitir la comprensión que hace del material aportado a la supervisión, sin imposición ni adoctrinamiento, sin colocarse en la posición del maestro que sabe o que pretende adaptar al equipo a lo que él cree que debiera ser la intervención correcta del equipo con los pacientes supervisados, con los usuarios, con la familia, con los profesionales, o entre los miembros del equipo entre sí o con la dirección, etc. (Sánchez-Escárcega, 2015).

Cuando el supervisor tiene formación psicoanalítica y experiencia clínica suficiente así como, mejor aún, experiencia institucional suficiente, como miembro de equipos sanitarios que realizan atención clínica, está en condiciones de entender que en toda interacción grupal humana se juegan dinámicas que son propias de la vida emocional de los grupos que inciden en el trabajo del grupo; la vida emocional de los grupos condiciona la realización de la tarea así como la tarea condiciona la vida emocional de los mismos. El Pades no está exento de estos condicionantes.

### **¿En qué consiste la supervisión?**

¿Cómo se organiza la supervisión? Hay que concretar los parámetros de su realización, el marco que la hace posible: sus objetivos, lo que se espera por parte del equipo, poniendo el acento entre los dos extremos que mencionábamos anterior-

mente, ¿se va a incidir, mayoritariamente, en la supervisión de la tarea asistencial con los usuarios? o, contrariamente, ¿se espera del espacio de supervisión la revisión de las condiciones del trabajo del equipo, del clima emocional, de la organización, del reparto de roles, de la demanda que se hace al equipo, de la dinámica interna del equipo, de la relación con las instancias externas al mismo, de la coordinación interna y externa del propio equipo, de la relación con la autoridad del equipo y con las autoridades externas al mismo?

Hay que pactar el tiempo de la sesión de supervisión, que suele oscilar entre los 90 y los 120 minutos, y el lugar de realización de la misma, o en los locales del Pades o en los locales en los que el Pades está ubicado, habitualmente en Centros de Atención Primaria, o en el local del supervisor. La organización del tiempo de la sesión de la supervisión también tiene que estar clarificado y los integrantes de la experiencia han de tener claro qué es lo que tienen que hacer. Es habitual establecer un cierto calendario de presentaciones de las temáticas a supervisar, a menudo rotatorio. Asimismo, creemos que hay que acordar la evaluación de la marcha de la supervisión, si se cumplen los objetivos o no, periódicamente, habiéndolo pactado desde el principio, en el contrato inicial, para evitar entrar en espacios de supervisión crónica que se hacen de manera rutinaria y acrítica, a veces, consentidos por el equipo y el supervisor; este es un criterio que va a ayudar a prevenir los conflictos que surgen en la supervisión (Nelson et al., 2008).

Una sesión tipo de supervisión consistirá, pues, en la presentación de la casuística a considerar bajo la mirada reflexiva del supervisor. Es muy normal que las intervenciones, tanto las de atenciones a los usuarios como las de situaciones del equipo, las que fueren, atañan a más de un integrante del equipo, así lo que explica un miembro del equipo es complementado con las observaciones de otro, o para confirmarlo o para ampliarlo o para discutirlo. La función del supervisor es contribuir al análisis comprensivo de la situación que se está exponiendo en la sesión, atendiendo a los determinantes que la condicionan, así como a la manera de gestionarla, ¿cómo se escucha la demanda?, ¿cómo se procesa por parte del equipo en el espacio de reunión del mismo?, ¿cómo se decide la intervención?, ¿cómo se interviene?, ¿cómo se procesa esa intervención?, ¿qué sentimientos genera en el equipo?, ¿promueve la vinculación o el distanciamiento?, etc. (De Brasi, 2006; Leal, 1993; Matumoto et al., 2005).

Desde el espacio destinado a pensar en lo que se está presentado en la supervisión de lo que se trata es de promover la autoobservación, o bien, de la forma como se interviene con los casos atendidos, pacientes o familiares o profesionales externos implicados, o bien de esas condiciones que están interviniendo en la situación emocional u organizativa que está llevando al equipo a sentir de una manera concreta la realidad que se esté considerando en la supervisión, sea, la tensión en la coordinación externa, la tensión con algún profesional concreto, la tensión con la demanda de la propia institución que tiene unas expectativas de funcionamiento o de cumplimiento de objetivos o de atención a proyectos –por ejemplo sobre el

denominado Programa de Paciente crónico complejo, o sobre el Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada—, entre otros, o sea, la queja respecto del funcionamiento del propio equipo, de la coordinación interna del mismo, de la manera de responder a determinadas demandas, de su adecuación o no, o de la crítica a la función del liderazgo del mismo. En cualquier caso, en la supervisión el equipo tiene que ser ayudado a contactar con lo que son los límites de la propia tarea del Pades, de lo que se hace y de lo que se puede hacer, sabiendo dónde se está en cada momento (Fischetti, 2016). Estos límites vendrán impuestos desde distintos ámbitos: desde la realidad del contexto en que viven paciente y familiares, desde la realidad de los recursos del propio miembro del equipo y del equipo como un todo, así como desde la realidad del contexto en el que interactúa con otros equipamientos, en la coordinación con la realidad —real, no imaginaria— de los mismos.

Suceden momentos de la supervisión, en consonancia con los momentos que pasa el equipo, en que se pueden producir tensiones emocionales de cierta envergadura por la intensidad de la problemática de un caso concreto en la que los niveles de complejidad y de sufrimiento de los usuarios son muy altos, en el caso de abordarse alguna situación asistencial, o por el malestar que una situación institucional provoque en los profesionales, por ejemplo, en relación con el encargo de la tarea, en el caso de una sesión de supervisión de un material organizativo. Estas tensiones pueden aparecer en forma de fuerzas de discordia, sentimientos de evitación o, por el contrario, de actitudes mesiánicas en el equipo (Edmonds et al, 2015). El reto es intentar comprender la raíz del problema emocional y remodelar las reacciones con vistas a reorientar el equilibrio entre el coste que supone la tarea de cuidado y la satisfacción de cuidar.

En el mejor de los casos, cuando una supervisión funciona, o unas sesiones de supervisión más que otras, los beneficios de la misma recaen sobre la persona o personas que supervisan en la sesión concreta, tanto porque se tiene la sensación de bienestar y de confort, como porque se aprecia la impresión de autoconocimiento, de ampliación de las perspectivas iniciales, de incremento de las herramientas para la tarea, de mejora en las interacciones con los miembros del equipo, en definitiva, de desarrollo profesional y personal (Puig, 2009). Evidentemente, estos beneficios en la persona del profesional redundan en una mejora del clima emocional del equipo, en su cohesión interna —y del sentido del humor—, así como en una asistencia a los usuarios de mayor compasión y, por lo tanto, de mayor calidad. La supervisión que funciona ha de estimular al equipo al análisis de sus prácticas, a reflexionar como trabaja y a evaluar qué resultados obtiene.

### **Límites de la supervisión**

¿Qué límites tiene la supervisión de un equipo asistencial? Hemos de suponer que la sensación de que no se recibe la ayuda que se espera puede ser el límite más claro a la supervisión, en cuyo caso, esta no puede tener —o no debe tener— continuidad, tanto si se explicita verbalmente y de manera suficientemente clara como si

se hace de manera ambigua, o se arguyen razones que no tienen que ver con lo que siente el equipo. En la supervisión pueden coexistir momentos de *aggiornamento* con momentos de trabajo emocional elaborativo del equipo (De Brasi, 2006). El predominio del *aggiornamento* sobre el trabajo elaborativo de la tarea puede indicar la necesidad del límite al trabajo de la supervisión si no cabe una redirección de lo que siente el equipo.

En el otro lado, del lado del supervisor, también puede suceder –y sucede– que sea el supervisor el que sienta que no puede aportar más al equipo, en su momento actual, que no puede aportar más ayuda, o por él mismo, por su indisposición, o por la indisposición del equipo hacia él, o hacia la supervisión, o por una mezcla de ambas condiciones. El supervisor tiene que sopesar hasta qué punto el equipo puede cambiar, qué límites tiene ese cambio (Leal, 1993). Al supervisor se le puede imponer la necesidad de poner un punto final a las sesiones de supervisión y así plantearlo al equipo, con la mayor claridad posible, para bien del equipo, para que el equipo pueda reflexionar sobre el momento por el que está pasando, y para sí mismo, por compromiso ético.

En un equipo multidisciplinar como lo es del Pades, integrado por personas diferentes, con necesidades y sensibilidades diferentes, nunca va a llover a gusto de todos, ni al principio de la supervisión, ni durante la misma, ni cuando la supervisión se va a terminar. No todo el mundo va a estar en la misma posición, probablemente, de conciencia de límite de la supervisión.

Esta constatación de límites, cuando se da el caso, no es una cuestión de un día, ni el equipo llega de repente a esta consideración, ni lo hace tampoco el supervisor. Habitualmente, es una cuestión de tiempo, de sensaciones que se van tejiendo a lo largo de las sesiones de la supervisión, sensaciones que se van ponderando en unos y otros participantes de la experiencia, miembros del equipo y supervisor, sensaciones a las que se va dando un tiempo para cotejarlas con la realidad, para verificarlas, hasta que se hace clara la opción del límite de la supervisión: no hay más posibilidades de seguir en estas condiciones.

### **Final de la supervisión. Posibilidades**

El poner un punto final a la supervisión, suceda como suceda, no siempre es una experiencia agradable, más bien puede que sea desagradable o para unos o para otros. Evidentemente, cuando la puesta del límite a la supervisión tiene más que ver con la sensación de no poder continuar la misma porque se ha quedado pequeña, la supervisión no aporta lo que se esperaría que aportase, las expectativas no se cumplen, insistimos, o por parte del equipo, o del supervisor, puede ocurrir que esta sensación de límite se inscriba en el registro de la frustración y que esto moleste, en alguna medida, en función, claro está, de la intensidad de las expectativas que en ella se hubieren depositado.

Llegado el momento de la finalización de la supervisión, como en toda experiencia de separación interhumana, caben distintas posibilidades que, si las

agrupamos, oscilan entre el agradecimiento y el resentimiento. En el caso de la supervisión de un equipo plural es obvio que estas emociones podrán estar representadas, encarnadas, por unos miembros de la supervisión, del equipo, y menos por otros; o unos encarnarán unas emociones frente a los otros que encarnarán las otras, pasando por la mezcla de emociones que encarnarán algunos otros. Igualmente, estas emociones pueden mezclarse en todos y cada uno de los integrantes del equipo que representen un extremo emocional u otro. Evidentemente, estas mismas emociones pueden ocurrir en la persona del supervisor, como decíamos, un ser humano que siente como los demás.

La finalización de la supervisión puede ser un proceso que no deje totalmente tranquilo a nadie, ni a los miembros de la supervisión, ni al supervisor. Una rebaja en la intensidad emocional de la finalización de la supervisión puede venir dada por aquellos finales de supervisión que vienen como impuestos desde fuera de la experiencia de los participantes, por ejemplo, cuando no hay presupuesto para pagar la supervisión, o cuando el supervisor no puede seguir supervisando por razones de fuerza mayor (enfermedad, jubilación, cambio de lugar de trabajo o de residencia, etc.), en esos casos, la supervisión se finaliza no porque los participantes, unos u otros, miembros del equipo o supervisor, lleguen a esa consciencia de límite que venimos de describir, desde dentro, sino porque desde fuera se impone esa decisión, decisión que puede frustrar también, y a veces puede que mucho, pero con matices diferentes.

Cuando la finalización de la supervisión tenga que ver con una aparición de algún conflicto interno a la supervisión que parezca irresoluble, algún malentendido, desacuerdo, malestar, o bien, entre los propios miembros del equipo que, por ejemplo, entren en una guerra despiadada, o bien, con el supervisor, que haga evidente la imposibilidad de seguir adelante con la supervisión por la sensación de esterilidad que ella conllevaría, se puede precipitar la finalización de la misma; en el mejor de los casos, dándose un tiempo para intentar clarificar, hasta donde fuese posible, la conflictiva irresoluble. En estos casos, como es obvio, la sensación de frustración será más enconada.

En otras ocasiones, se vislumbra en el horizonte del equipo una sensación de necesitar otra cosa que no es la supervisión, pueden aparecer otros intereses nuevos en el horizonte del equipo y el clima de la supervisión, en consecuencia, irse degradando, perdiéndose la confianza y la sensación de su utilidad. Más pronto o más tarde esta sensación de límite precipitará su finalización pudiéndose dar los mismos extremos de la reacción emocional, en unos y otros, quizás con intensidades diferentes, puesto que el equipo, o una parte él –la dirección, por ejemplo– podría estar concibiendo una cierta alternativa al espacio de supervisión.

## Conclusiones

La supervisión de un equipo de atención sanitaria domiciliaria a personas que están en situación de enfermedad grave incurable, y en el tramo final de sus

vidas, es una aventura, como lo es la misma vida humana. Como la misma vida humana que está a las puertas de acabarse en su duración temporal a la que ha estado acostumbrada durante años y años, a veces muchos, en las personas de los enfermos terminales usuarios del Pades, la supervisión del equipo también está sometida a límites.

La vida humana tiene dos fechas inamovibles, la del nacimiento, y la de la muerte; en el transcurso del tiempo y del espacio en que ella transcurre suceden continuas situaciones que son todas nuevas, en sí mismas, aunque sean repetidas, y aunque se las desprovea de esta condición de novedad que todas tienen. De hecho, no hay nada igual en el transcurso del vivir humano, incluso las dos fechas que ponen límites a la vida humana son, ambas, nuevas, sin posibilidad de repetición, el nacimiento y la muerte.

Todo la atención que dispensa el equipo de atención domiciliaria, el Pades, también es nueva, las visitas domiciliarias realizadas, con cada uno de los pacientes, las intervenciones de enfermería, las asistencias médicas, las prescripciones farmacológicas, las entrevistas de seguimiento de cada uno de los miembros del equipo, las reuniones, las coordinaciones, las formaciones, la docencia, etc., son todas nuevas, a pesar de que cumplan con el protocolo del equipo y que sigan pautas de pensamiento y acción repetitivas; lo que se asistió ayer no es lo que se asistió anteayer ni lo que se asistió o se asistirá hoy, ni lo que sucederá mañana. Ese suceder con cada paciente en esa situación es único, ese suceder de la vida del equipo, en sus diferentes áreas, nada lo puede sustituir, es más, nada lo sustituye.

Acordada la fecha de inicio de la supervisión, la supervisión se pone en marcha, como una aventura más, y en ella van transcurriendo muchos intercambios. Esa situación reiterada de las sesiones de la supervisión de ese equipo de atención domiciliaria llega un día que se termina y llega a su fecha final. En el intervalo de tiempo entre las dos fechas se ha desarrollado la supervisión. En el mejor de los casos, se habrá satisfecho, en alguna medida, las expectativas de ayuda de los integrantes de la experiencia, incluida la del supervisor; el supervisor no se presta a ella si no le va a servir de algo, exactamente igual que el equipo que supervisa no se presta a la misma si no le va a servir de algo, aunque, en un extremo, sea cumplir con una obligación institucional, la de ser ayudado por mandato institucional, cosa que a veces sucede.

El comienzo de la supervisión habrá despertado unas expectativas que estarán necesariamente en relación con la experiencia del equipo y con las proyecciones sobre la supervisión que ese mismo equipo haya depositado; en algunos casos, esas proyecciones tendrán que ver con historias previas de anteriores supervisiones, en otros, no. Lo mismo, del lado del supervisor, que acudirá a la supervisión, necesariamente con unas expectativas proyectadas sobre ese espacio de la supervisión que también estarán en relación con su historia de vida profesional y personal. Con estas expectativas se pone en marcha la supervisión que despierta nuevas sensaciones cada sesión que son procesadas por la mente de los integrantes de la experiencia,

equipo y supervisor, se confirman y se desmienten expectativas, se generan nuevas apreciaciones; todo lo que se siente y se experimenta en la supervisión se va procesando por el procesador de cada uno de los integrantes y se va generando un espacio nuevo, un espacio en el que se piensan pensamientos, algunos nuevos, otros no, durante muchas sesiones, o no; si la supervisión dura el tiempo suficiente, se va organizando la convicción de utilidad en las mentes de los participantes y una sensación de aprendizaje, de obtención de algo nuevo que resulta estimulante.

Al mismo tiempo que se instaura esta zona confortable de la experiencia, en el mejor de los casos, se van construyendo sensaciones negativas, de frustración, de limitación, de inutilidad, de repetición, de inercia, de queja. Se anticipa el deseo del límite a la supervisión. Con el transcurso del tiempo, la supervisión finalizará. Llegada la fecha, esa “muerte” de la supervisión requerirá un proceso de elaboración. La supervisión finalizada será vivida en función de cómo haya sido vivida mientras se estaba desarrollando. Hay quienes se quedarán con una sensación de cierta gratitud y otros de cierto resentimiento, o con dudas respecto de la idoneidad de su finalización. Para unos se habrán liberado de una obligación, la de tener que dar cuenta de la propia tarea –sensación que se da muy frecuentemente en los equipos–, para otros, se habrá finalizado una posibilidad de acompañamiento, de seguridad, de bienestar, de oportunidad de continuar una experiencia de aprendizaje. La aceptación de las condiciones en que se ha desarrollado tanto la supervisión como su final van a favorecer que el proceso de duelo inevitable –sentido conscientemente o no– sea realizado en óptimas condiciones.

## Notas

- 1 En 1986 el Hospital de la Santa Creu de Vic (Catalunya) inicia un programa pionero en el estado español de cuidados paliativos con un equipo multidisciplinar y atención domiciliaria. (Cf. Ramos, 2014).
- 2 En Girona. <http://www.ias.cat/ca/noticies/primaria/980>
- 3 Por ejemplo, en la convocatoria de plazas de Pades de 2003, se convocan 15 plazas de médico y 40 de enfermería, exclusivamente (DOGC, núm. 3815 – 5.2.2003). En esta convocatoria el programa tiene el nombre de Programa de atención domiciliaria de personas mayores con enfermedades, enfermos crónicos con dependencia y enfermos terminales (PADES).
- 4 En Catalunya, de la empresa Mutuam. <https://www.mutuam.es/servicios-sanitarios/eaps>
- 5 Recomendamos la visualización del video emitido por TV3 en su programa “Sense ficció” (en catalán) en la que se transmite de manera vívida la tarea que realiza un Pades del sistema público concretamente, en el distrito de Horta, de Barcelona: <https://www.ccma.cat/premsa/estrena-la-coproduccio-de-tv3-les-palliatives-a-sense-ficcio/nota-de-premsa/2883690/>

## Referencias

- Bermejo, J. C., Azcoitia, X., Magaña, M., Hassoun, H. y Villacieros, M. (2019). Actitudes ante la muerte en voluntarios acompañando pacientes al final de la vida: estilos de apego y fatiga por compasión. *Medicina Paliativa*, 26(1), 55-64. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1031/2019>
- Carreras, B., Valls, J., Regueiro, S., Morilla, I., Uriber, J. y Ochoa, C. (2017). Cuidados paliativos en personas sin hogar. *Anuario de Psicología*, 47(2), 95-106. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2017.10.003>
- De Brasi, M. (2006). Supervisión con los equipos de salud mental (Algunas reflexiones sobre la supervisión institucional). *Revista Area3*. Num. especial Congreso febrero 2006.
- Duro, J. C., de Miguel, C., Morillo, E., Noguera, A. y Núñez, B. (2013). Discurso de los profesionales de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid sobre atención psicológica. *Psicooncología*, 9(2-3), 467-481. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40918](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40918)
- Edmonds, K. P., Yeung, H. N., Onderdonk, C., Mitchell, W. y Thornberry, K. (2015). Clinical Supervision in the Palliative Care Team Setting: A Concrete Approach to Team Wellness. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 274-277. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0248>
- Fischetti, R. (2016). Formazione e supervisione. *Revista Area3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 20. <http://www.area3.org.es/sp/item/441/Formacione%20e%20supervisione%20nelle%20istituzioni>
- González, J. y Stablé, M. (2013). *Cuidados paliativos. Recomendaciones terapéuticas para la Atención Primaria*. Médica Panamericana.
- Gispert, O. (Director) (2018). *Les pal-paliatives* [Película]. La lupa. <https://www.ccma.cat/premsa/sestrena-la-coproduccio-de-tv3-les-paliatives-a-sense-ficcio/nota-de-premsa/2883690/>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados Paliativos (2008). *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos en el SNS* (OSTEBA N° 2006/08). Ministerio de sanidad y consumo y Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País vasco. <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-sobre-cuidados-paliativos/>
- Jones, A. (2008). Towards a common purpose: group-format clinical supervision can benefit palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 17(2), 105-106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00925.x>
- Kangas-Niemi, A., Manninen, K., Mattsson, J. (2018). Facilitating affective elements in learning in a palliative context. *Nurse Education in Practice*, 33, 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.09.007>
- Leal, J. (1993). Diálogo con Valentín Barenblit acerca de la supervisión institucional en los Equipos de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8(2), 60-75.
- Matumoto, S., Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Pereira, M. J. B. y Domingos, N. A. M. (2005). Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 9-24. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832005000100002>
- Miehls, D. (2014). Neuroscience Insights That Inform Clinical Supervision. *Smith College Studies in Social Work*, 84(2-3), 367-384. <https://doi.org/10.1080/00377317.2014.924706>
- Mota, R., Mathani-Chugani, V., Solano, M., Rivero, B., Cabo, R. y Robles, V. (2015). The transformation process for palliative care professionals: The metamorphosis, a qualitative research study. *Palliative Medicine*, 30(2), 161-170. <https://doi.org/10.1177/0269216315583434>
- Nelson, M. L., Bernes, K., Evans, A. L. y Triggiano, P. J. (2008). Working with conflict in Clinical Supervision: Wise Supervisors' Perspectives. *Journal of counselling Psychology*, 55(2), 172-184. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.172>
- Núñez, J. M. y Alonso, A. (2013). Los cuidados paliativos y la crisis de la sanidad en España. *Medicina Paliativa*, 20(2), 41-43. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.001>
- Puig, C. (2009). *La supervisión en la intervención social. Un instrumento para la calidad de los Servicios y el bienestar de los profesionales* [Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili(España)]. <http://hdl.handle.net/10803/8438>
- Puig, C. (2011a). La supervisión social en los Servicios Sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento. *Perspectivas sociales*, 13(1), 1-25.
- Puig, C. (2011b). Trabajo social y supervisión; un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 49, 47-73.
- Ramos, D. (2014). *Factores que influyen en el sufrimiento de los pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal* [Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca (España)]. Gredos. <https://doi.org/10.14201/gredos.128260>
- Redondo, M. (1981). Acerca de la supervisión: Entrevista al Dr. Carlos Sopena. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1(0), 73-80.

- Salvà-Casanovas, A., Llevadot, D., Miró, M., Vilalta, M. y Rovira, J. C. (2004). La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(2), 101-108. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(04\)74940-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(04)74940-9)
- Sánchez-Escárcega, J. (2015). *La práctica psicoanalítica. Teoría, clínica, aplicaciones, investigación y enseñanza*. Zacatecas.
- Suc, A., Mariotti, M., Serrano, P., Lapeyre, S., Carissan, O., Cayzac, D. y Puyuelo, R. (2017). La supervision d'une équipe de soins palliatifs pédiatriques peut-elle permettre de penser la vie ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement – Éthique*, 16(4), 234-239. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2017.03.002>
- Vachon, M. L. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9(2), 91-122. <https://doi.org/10.1177/026921639500900202>
- Vachon, M., Fillion, L. y Achille, M. (2012). Death confrontation, spiritual-existential experience and caring attitudes in palliative care nurses: an interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 9(2), 151-172. <https://doi.org/10.1080/14780881003663424>
- VV.AA. (2016). *Directorio de Recursos en Cuidados Paliativos en España. Directorio SECPAL 2015*. Madrid. Monografías SECPAL, 8, Abril 2016.
- Villavicencio-Chávez, C., Garzón-Rodríguez, C., Vaquero-Cruzado, J., Gracia, E., Torrents, A. y Loncán, P. (2019). Exploración de los valores y deseos de pacientes con enfermedad crónica avanzada y con enfermedad crónica compleja. Conversaciones acerca del final de la vida. *Medicina Paliativa*, 26(1), 43-49. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1040/2019>