



III Congreso  
Internacional  
de Psicología

Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

Salud Mental:

Perspectivas y desafíos para  
la construcción de otros mundos posibles

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

## Modelo asistencial en Hospitales Generales: un enfoque desde la Psicología Médica

Nicolasa Morales Geribón, Jessica Bracco, Florencia Jurado, Eric Romero,  
Ana García, Ana Bentancor, Cecilia Durán

*Unidad Académica de Psicología Médica, Hospital de Clínicas,  
Universidad de la República (Uruguay)*



## Resumen

La psicología médica es una disciplina que se fundamenta en una visión integral del ser humano, interviniendo desde el modelo bio-psico-social de la salud y la enfermedad propuesto por George L. Engel. Esta disciplina se sitúa en la intersección entre la medicina y la psicología, y busca comprender los procesos de salud y enfermedad que inciden en el bienestar del individuo, considerando los factores biológicos, psicológicos, sociales y asistenciales. En este marco se encuentra la Unidad Académica de Psicología Médica (UAPM), que desde 1985 y hasta la actualidad desarrolla sus actividades en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela (HC), el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y el Edificio de Parque Batlle, siendo espacios de referencia para esta disciplina. Estas actividades están alineadas con los fines de la Universidad de la República en las áreas de asistencia, docencia, investigación y extensión. A partir de estas áreas, se ha generado conocimiento científico basado en la práctica clínica y la investigación, que contribuye a fortalecer tanto la docencia como la asistencia. La mayoría de las intervenciones de la UAPM comienzan desde un pedido de interconsulta realizado por los equipos asistenciales, quienes proponen un motivo de consulta manifiesto. A partir de esta solicitud se realiza un diagnóstico situacional que toma en cuenta los aspectos biomédicos, psicológicos, sociales y asistenciales.

El presente trabajo se centra en la actividad asistencial de la UAPM y su inserción en distintas Unidades Académicas del Hospital de Clínicas, con especial énfasis en las intervenciones realizadas tanto con pacientes con afecciones neurológicas, dolor crónico, enfermedad renal crónica y enfermedades hematooncológicas, como a nivel de trabajo con los equipos asistenciales para promover un estilo de comunicación asertivo y atención humanizada. El objetivo principal es presentar el modelo de intervención de esta unidad, detallando sus fundamentos teóricos y su aplicación práctica en estos contextos clínicos. Como objetivos específicos se propone: 1) Describir el modelo multiaxial como paradigma para el diseño de intervenciones; 2) introducir el concepto de foco e intervención en crisis; 3) detallar el modelo de entrevista clínica integral como herramienta fundamental para el desarrollo de nuestra tarea. Este trabajo se inscribe en el eje temático “Experiencias en el campo de la salud mental: abordajes y horizontes de transformación”, ya que permite acercarnos a una reflexión sobre los abordajes en un contexto hospitalario. Desde el modelo de psicología médica, se invita a repensar los dispositivos de atención biomédica, apuntando a modelos de intervención integrales y reconociendo la salud mental como un componente esencial. Esta propuesta destaca la importancia del abordaje interdisciplinario y el fortalecimiento de los equipos de salud. Además, incorpora elementos de formación y desarrollo de recursos humanos que contribuyen a la construcción de nuevas perspectivas en la atención hospitalaria, centradas en el bienestar emocional de pacientes, familias y

equipos de salud. El modelo de intervención presentado no solo aborda los desafíos clínicos inmediatos, sino que también propone perspectivas transformadoras para mejorar la calidad asistencial y generar cambios sostenibles en el campo hospitalario. De este modo, se alinea con los objetivos del Congreso de promover el intercambio de saberes, fortalecer los procesos de atención y cuidado de la población hospitalaria.

## Introducción

La Psicología Médica en Uruguay logra su formalización universitaria en 1986, a través de la creación del Departamento de Psicología Médica dentro de la Facultad de Medicina (Universidad de la República). El campo disciplinar que le otorga sustento surge de la intersección de abordajes diversos como el psicoanálisis, la psicósomática, la psiquiatría de enlace, la psiquiatría psicodinámica, la medicina del comportamiento, entre varios otros (Dapuetto, 2016), y toma como fundamento el modelo biopsicosocial de Engel (1977). Este es un enfoque que habilita una mirada integral de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, evitando una perspectiva reduccionista y fragmentada del ser humano.

Es así que la Psicología Médica se inscribe a nivel universitario en las áreas de docencia, investigación y extensión, así como en el ámbito asistencial dentro del Hospital de Clínicas y del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. La asistencia a pacientes se realiza fundamentalmente a través de la integración en diversas policlínicas interdisciplinarias, pedidos de interconsulta en salas de internación, y centros de medicina especializada. En cada espacio y en cada abordaje se precisa de un conocimiento específico, no obstante se propone un modelo multiaxial de abordaje que otorga un marco general tanto para el diagnóstico como para la estrategia de intervención, que consiste en cuatro ejes interrelacionados (Dapuetto, J & Varela, B, s/f):

- Eje biomédico: Es necesario conocer las características de la condición de salud y cuál es el impacto en la persona. Interesa saber, por ejemplo, si se trata de un episodio agudo con posibilidad de cura, si es una enfermedad crónica que va implicar cambios en el estilo de vida, si se han utilizado maniobras invasivas, si son necesarios tratamientos quirúrgicos.
- Eje psicológico: Se incluyen aquí las formas en las que la persona ha procesado psíquicamente la enfermedad, las estrategias defensivas y de afrontamiento específicas de cada uno, el duelo ante la pérdida de salud (y la reedición de duelos previos), el cambio en la imagen corporal. A su vez, se evalúan las alteraciones psicológicas (síntomas de ansiedad o depresión, rasgos de personalidad, alteración de conductas basales, etcétera) que pueden responder a síntomas reactivos ante un hecho estresante, o corresponderse con cuadros psicopatológicos actuales o previos.

- Eje asistencial: En este punto se pretende conocer la relación del paciente tanto con el sistema de salud en general, (acceso a prestador en territorio, controles indicados) como con el equipo de salud que se encuentra trabajando en este momento. Se observa la calidad de la adherencia a los tratamientos y los factores que pueden obstaculizarla.

De esta manera, las intervenciones se centran en el paciente y en los equipos que intervienen y se estructuran tomando el concepto de foco propuesto por Fiorini (1973). A partir del diagnóstico situacional desde el modelo multiaxial, se seleccionan los focos de intervención y se establecen objetivos concretos, los cuales pueden ir desde el trabajo de elaboración psíquica ante la noticia de un diagnóstico adverso, recomendar la interconsulta con otro especialista, entrevistar familiares y cuidadores, intercambiar con los equipos, proponer un round, entre muchos otros.

Esta forma de abordaje, que depende del modelo de entrevista clínica integral, permite la integración de la vivencia subjetiva en los procesos de atención, tanto de los pacientes como de los equipos. Asimismo, se vuelve necesaria la adaptación de este marco general a las especificidades de cada área asistencial, integrando las particularidades propias de cada una.

A continuación, se describen algunas características de cuatro de las múltiples áreas de inserción asistencial de la Psicología Médica.

## **Algunas áreas relevantes de inserción**

### **1. El modelo de intervención en hemato-oncología**

Las enfermedades hemato-oncológicas representan un desafío particular a nivel asistencial, siendo las más frecuentes la leucemia, los linfomas y los mielomas, de acuerdo a la experiencia clínica. Son de detección temprana y requieren tratamientos onco-específicos, implican estadías prolongadas con estrictas medidas de cuidado y de seguridad para el paciente (Carrascosa França; Bandeira de Magalhães, 2025). Siempre representan una amenaza a la integridad física y psíquica. Su tratamiento es muy exigente para los pacientes, requiriendo la combinación de múltiples tratamientos (quirúrgicos y onco específicos: quimioterapia o radioterapia).

## **Impacto psicosocial**

El estrés emocional de vivir con un diagnóstico de cáncer y su tratamiento, así como el miedo a la recidiva, a la muerte y las alteraciones físicas, pueden generar trastornos psicológicos o agravar trastornos preexistentes del paciente y de su familia. Las discapacidades físicas y psicológicas pueden conducir a problemas sociales, como incapacidad para trabajar o cumplir con otros roles sociales (Salabat et al, 2025). Dentro de las principales causas de preocupaciones se destacan el miedo por el futuro, la incertidumbre y una mayor sensación de vulnerabilidad así como el posible desarrollo de un segundo cáncer, cambios en la imagen corporal, la sexualidad y la capacidad reproductiva. Los pacientes también pueden enfrentar problemas existenciales relacionados con su espiritualidad, la posibilidad y el significado de la muerte.

Desde la clínica asistencial, se observa que ante el diagnóstico de una enfermedad hemato-oncológica y durante el proceso de tratamiento, se producen cambios en los roles familiares y otras relaciones.

Asimismo el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal para un miembro de la familia crea temor a perder al ser querido y la preocupación por el sufrimiento que él o ella soportará. La angustia de los miembros de la familia puede ser tan grave como la del paciente, por lo que muchas veces existen necesidades de atención dirigidas a ellos.

La enfermedad hemato-oncológica se considera una situación estresante en la que la posibilidad de respuesta del individuo está disminuida, o en las que ya se vivencia la pérdida de esta capacidad. Las conductas de afrontamiento, sin importar la variedad de sus formas, están siempre dirigidas a la recomposición o reestructuración de la capacidad de reacción y de la integridad física o psíquica. (Lazarus, 1993)

## **Intervenciones desde la Psicología Médica**

El modelo de intervención humanista ha demostrado su efectividad en pacientes oncológicos durante los últimos diez años, según sostienen Robert y colaboradores (2013). Para este autor, es fundamental el apoyo emocional, la importancia de generar

un ambiente de contención y empatía, de manera que el paciente tenga presente el sentido de pertenencia, que el equipo de salud lo atiende, entiende sus preocupaciones y molestias y que su familia lleve un proceso de manera más amigable y tranquilo. La intervención psicológica dentro del ámbito hospitalario permite identificar factores psicosociales que inciden en la evolución clínica, detectar trastornos psíquicos asociados a la enfermedad o a los tratamientos farmacológicos y desarrollar estrategias que favorezcan la adaptación del paciente a su situación de enfermedad.

La misma se orienta a abordar las necesidades emocionales del paciente durante las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, remisión, recaída y etapa final de la vida. El trabajo del psicólogo se desarrolla de forma interdisciplinaria, en contacto permanente con el equipo médico y con acceso a la historia clínica del paciente. Las intervenciones incluyen:

- Evaluación psicológica del paciente.
- Psicoterapia breve focalizada en crisis.
- Intervenciones psicoeducativas sobre afrontamiento de la enfermedad. El afrontamiento es entendido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para manejar, tolerar o reducir las demandas internas y/o externas que son evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus, 1993). Cumple dos funciones: regular el malestar emocional y superar la situación que lo provoca. Las intervenciones psicoeducativas buscan proporcionar al paciente diferentes maneras de afrontar su enfermedad y los tratamientos que conlleva, dónde obtener ayuda y de qué tipo, mediante el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento que sirven para cambiar comportamientos, pensamientos y para reducir el estrés. (Montalván, 2015)
- Promoción de estrategias de manejo del estrés y la ansiedad.
- Promoción de la adherencia terapéutica.

No sólo es el paciente y su entorno familiar quienes sufren el impacto de estas enfermedades, también los equipos de salud experimentan angustia y frustración. Dentro de los objetivos de las intervenciones de psicología médica se encuentran mejorar el bienestar de los equipos así como disminuir la fatiga de compasión (Delgado, et al, 2025). Cada encuentro personal de la salud - paciente es una

experiencia profundamente humana, en la que resulta imprescindible que los equipos se caractericen por:

- Aceptación: recibir al otro sin preconceptos ni prejuicios
- Empatía: habilidad de comprender al otro y compartir sus sentimientos
- Conceptualización: Poder integrar los aspectos somáticos y psicosociales de la enfermedad
- Competencia: conocimiento, eficiencia y profesionalismo

La importancia de la mirada integral y de las intervenciones que se realizan desde la Psicología Médica con pacientes con patologías hemato-oncológicas, se sustenta en la alta carga emocional de las trayectorias de enfermedad. Una adecuada relación equipo asistencial-paciente, basada en la compasión y en un abordaje integral, contribuyen a disminuir el malestar y a mejorar la comunicación. Estos elementos permiten ofrecer una atención más humana y también proteger a quienes brindan el cuidado.

## **2. El modelo de intervención en Enfermedad Renal Crónica**

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye actualmente uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante más de tres meses con implicancias para la salud (Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO], 2024; Fondo Nacional de Recursos, 2020).

Se estima que aproximadamente el 10 % de la población mundial presenta algún grado de ERC, posicionándola entre las enfermedades crónicas de mayor impacto en los sistemas de salud. (KDIGO, 2024). Actualmente afecta a cerca de 788 millones de personas en el mundo, con una prevalencia en adultos del 14,2% y constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad y discapacidad a nivel global. En el año 2023 se posicionó como la novena causa de muerte a nivel mundial (Mark et al., 2025).

Desde una perspectiva clínica, la ERC implica profundas transformaciones en la vida cotidiana de quienes la padecen, afectando dimensiones físicas, emocionales, familiares y sociales (Huertas 2014, Rodríguez 2020). El diagnóstico representa un punto de inflexión en la vida de las personas, ya que implica tratamientos prolongados,

cambios en los hábitos de vida y un contacto frecuente con el sistema de salud ((Pisano González & González Pisano, 2014;Huang et al., 2024 ).

Se propone a continuación analizar el papel de la Psicología Médica en el abordaje de dicha enfermedad, particularmente en los momentos críticos del proceso de enfermar, los principales problemas psicosociales asociados y las intervenciones psicológicas centradas en el paciente y su familia.

### **Impacto psicosocial**

Desde una perspectiva asistencial, se destacan particularmente dos grandes momentos:

1. El diagnóstico de la ERC.
2. La indicación de terapia de sustitución renal (TSR).

Desde la clínica asistencial se ha identificado que en el momento del diagnóstico, suelen generarse reacciones emocionales intensas que pueden incluir ansiedad, miedo, incertidumbre y sentimientos de pérdida. Durante el proceso de enfermedad, las personas experimentan cambios significativos en su vida cotidiana, que pueden afectar diversas dimensiones, incluyendo el ámbito laboral, académico, la dinámica familiar, las relaciones sociales, la percepción del propio cuerpo y el proyecto de vida.

El impacto inicial puede ser particularmente significativo cuando el diagnóstico aparece de forma inesperada o cuando el paciente presenta escasa información, o no ha presentado síntomas claros que pongan en evidencia un compromiso en su salud general.

La ERC suele ser silenciosa, dicha condición no solo dificulta su detección precoz, sino que también condiciona el proceso de adaptación a la enfermedad. La ausencia de síntomas en fases iniciales puede generar una baja percepción de riesgo, retrasando la autoeficacia, la puesta en marcha de conductas de autocuidado y afectando la adhesión a los tratamientos. [KDIGO], 2024).

Otro momento de gran relevancia psicológica es la indicación de terapias de sustitución renal, como la diálisis (hemodiálisis HD y diálisis peritoneal DP) o el trasplante renal.

La diálisis implica modificaciones significativas también en la vida cotidiana, incluyendo cambios en la organización del tiempo, la movilidad, la dieta y las actividades diarias,

con frecuentes restricciones higiénico-dietéticas. Asimismo, pueden presentarse alteraciones en la imagen corporal. En este sentido, un estudio en pacientes en hemodiálisis evidenció que más de la mitad (n=49) reportaba una percepción corporal alterada, asociada a cambios físicos como debilidad, edemas y dolor, con impacto en el bienestar (Malfasari et al., 2023).

Algunos relatos de los pacientes pueden evidenciar aspectos de la vivencia subjetiva en la etapa de terapia de sustitución renal:

“Al principio me costó. Después me pude adaptar”- “No tolero la diálisis, siempre me siento mal”- “Me saca libertad para trabajar” – En Diálisis Peritoneal: “No tolero los cambios en el tratamiento. Me había adaptado a 3 recambios y ahora me tengo que hacer otro”- “No puedo más, entiendo que la necesito para vivir, pero no puedo más”- “Venir a diálisis para mi es un trabajo, tengo que venir 3 veces por semana y quedarme por 4 horas, luego me voy a trabajar”. A continuación se muestra una nube de palabras que destaca el “temor” como emoción central, acompañado de incertidumbre, inseguridad y cambios, reflejando el impacto emocional del proceso de enfermedad y la terapia de sustitución renal. (Figura 1).



Figura 1. Elaboración propia. Extraída de la experiencia clínica, “vivencia subjetiva de los/las pacientes”

Estudios recientes han evidenciado que los pacientes en hemodiálisis presentan niveles significativamente de estrés, ansiedad y depresión en comparación con población sana. (Neagu & Vieriu, 2026).

A nivel nacional un estudio observacional que incluyó 493 pacientes en diálisis crónica provenientes de 11 centros de diálisis de Montevideo y del interior del país, se evidenció una elevada carga sintomática que incluye manifestaciones psicológicas como síntomas de ansiedad (24 %) y depresión (24 %), junto con alteraciones del sueño y fatiga, lo que evidencia el impacto multidimensional de la enfermedad en el bienestar emocional y la adaptación del paciente (Galain et al., 2019).

Otro estudio en Uruguay, observacional y transversal, orientado a describir factores psicosociales, con una metodología de diseño documental de revisión de historias clínicas en pacientes con ERC avanzada, de una muestra de 36 pacientes, se identificó que el 27,8% de las personas reportó antecedentes de depresión y el 19,5% de ansiedad (Durán et al., 2025).

La adherencia al tratamiento también constituye uno de los principales desafíos en el manejo de las enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud define la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud. Es un constructo multidimensional que resulta de la interacción entre factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento, el sistema de salud y el contexto socioeconómico (OMS, 2004).

Numerosos estudios (Huertas 2014; Rodríguez 2020; Melilli et al, 2025) han demostrado que la adherencia al tratamiento está influida por diversos factores psicosociales. Identificaron que variables como el apoyo social, el estado emocional, las creencias sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento pueden influir significativamente en la adherencia terapéutica en pacientes en diálisis.

Estos hallazgos resaltan la relevancia del abordaje psicológico en la promoción de la adherencia terapéutica.

### **Intervenciones desde la Psicología Médica**

En el abordaje de la enfermedad renal crónica (ERC), la Psicología Médica ocupa un lugar central al integrar dimensiones psicológicas, sociales y biomédicas, favoreciendo

los procesos de adaptación a la enfermedad y al tratamiento, así como el análisis de los factores psicosociales que influyen en la adherencia terapéutica (Dapueto, 2016).

Su rol no se limita únicamente al tratamiento de síntomas emocionales y conductuales, incluye también intervenciones que favorezcan la comprensión de la enfermedad, la toma de decisiones compartidas y el desarrollo de estrategias adaptativas como el apoyo social, la reevaluación positiva y la planificación.

La complejidad de la ERC ha impulsado la transición hacia modelos interdisciplinarios de atención, en los que distintos profesionales trabajan de manera integrada (Thistlethwaite, 2022). En el caso de la enfermedad renal crónica, los equipos suelen incluir nefrólogos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y nutricionistas, entre otros profesionales. Este enfoque permite una atención más integral, mejora la participación del paciente, reduce la incertidumbre y fortalece las redes de apoyo, contribuyendo a mejores resultados en salud (Reeves et al., 2017).

En este marco, resulta fundamental avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona, que contemplen la complejidad de la experiencia de enfermedad e incluyan también a su entorno familiar como parte del proceso de cuidado.

Esta enfermedad no afecta únicamente al paciente, sino también a su entorno familiar. Las intervenciones psicológicas pueden incluir el trabajo con familiares y cuidadores para favorecer la comprensión de la enfermedad y fortalecer las redes de apoyo.

Por todo lo expuesto, la enfermedad renal crónica representa un desafío significativo para los sistemas de salud, no solo por su alta prevalencia, sino también por los complejos procesos de adaptación psicológica que atraviesan los pacientes a lo largo de su trayectoria.

En este marco, la psicología médica y el trabajo interdisciplinario resultan fundamentales para abordar los factores psicosociales, favorecer la adherencia al tratamiento y promover una atención integral centrada en la persona.

### **III. El modelo de intervención en Dolor Crónico**

El dolor crónico (definido como aquel con una duración superior a tres meses) constituye un problema de salud pública global de considerable magnitud debido a su complejidad e impacto significativo en la calidad de vida de las personas,

manifestándose en limitaciones funcionales, discapacidad, trastornos de ansiedad, depresión e insomnio, conllevando importantes secuelas socioeconómicas.

Ante la necesidad de implementar abordajes multidisciplinarios, la Unidad Interdisciplinaria para el Tratamiento del Dolor del Hospital de Clínicas, que originalmente operó entre 2004 y 2016, fue reabierta en 2019 tras un proceso de reorganización. El objetivo primordial de esta unidad es optimizar el enfoque integral dirigido a pacientes que padecen dolor crónico de etiología no oncológica. Esta iniciativa nace de la coordinación estratégica entre la Clínica Médica B y la Cátedra de Anestesiología.

### **Impacto psicosocial**

Para avanzar en la implementación de un tratamiento efectivo e integral del dolor, es imperativo partir de una base conceptual sólida que trascienda la visión puramente biomédica. En este contexto, la Unidad adopta como pilar fundamental la definición más reciente y exhaustiva proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), actualizada en 2024, que establece:

«Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño». (Raja, 2020)

La definición es fundamental y altamente influyente por varias razones interconectadas que reorientan el abordaje clínico:

- **Reconocimiento de la Dimensión Emocional:** Al incluir explícitamente el término “emocional”, la IASP valida la perspectiva del dolor como una experiencia biopsicosocial compleja, y no simplemente como una señal nociceptiva unidireccional. Esto implica que el estado de ánimo, las creencias, el contexto social y los antecedentes psicológicos del paciente son tan relevantes para la experiencia del dolor como la propia lesión física.
- **Inclusión de lo “Potencial”:** La mención del daño tisular “potencial” abre la puerta a la comprensión de fenómenos como el dolor neuropático, el dolor crónico primario y los síndromes de sensibilización central, donde la alarma del sistema nervioso persiste o se dispara incluso en ausencia de una amenaza tisular inmediata o evidente. Esta inclusión subraya que la percepción de amenaza es un motor clave del dolor.

- La inclusión de la frase “o descrita en términos de dicho daño” transforma la comprensión del dolor al validar la experiencia subjetiva del paciente. Este reconocimiento otorga autoridad a su narrativa, facilitando un enfoque que no se limita únicamente a los hallazgos objetivos (estudios de imagenología, resultados de laboratorio). Fundamentalmente, el dolor se considera una realidad innegable según la afirmación del paciente, con independencia de los resultados de una resonancia magnética.
- Implicaciones Clínicas: Este marco conceptual permite a la Unidad centrar el foco de la evaluación y el tratamiento en la vivencia integral del sujeto, alejándose de un modelo reduccionista que sólo buscaría erradicar la causa física. Facilita la implementación de terapias multimodales que incluyen estrategias farmacológicas, intervenciones físicas y de manera indispensable, abordajes psicológicos y educativos para modificar la percepción de amenaza y la respuesta emocional al dolor.

En resumen, la adopción de esta definición de la IASP es la piedra angular que sustenta el compromiso de la Unidad con un enfoque de tratamiento del dolor que es profundamente humanista, centrado en el paciente y verdaderamente multidisciplinario.

### **Intervenciones desde la Psicología Médica**

La Unidad se orienta no sólo a la supresión sintomatológica, sino también a la rehabilitación integral del individuo. Con dicho propósito, se han definido objetivos estratégicos en las dimensiones clínicas y funcionales, de educación médica y promoción de autonomía del paciente, el abordaje interdisciplinario y la proyección de referencia nacional.

En cuanto a los objetivos clínicos y funcionales se busca la reducción sintomática, estableciendo como meta lograr una disminución de la frecuencia e intensidad del dolor de un 30% o más respecto al valor inicial de consulta. En cuanto al estado de ánimo se promueve implementar intervenciones que permitan mejorar el bienestar emocional del paciente, mitigando síntomas ansiosos o depresivos. Para la reinserción integral se apunta a mejorar el estado funcional del individuo, facilitando su retorno a la actividad laboral, social y familiar.

Para los objetivos de promoción de educación médica y mayor autonomía del paciente se promueven hábitos saludables con los cuales mantener o mejorar conductas de vida

que favorezcan la salud general. Asimismo estimular la participación activa, asegurando que el paciente aprenda sobre su condición y desarrolle autonomía en la gestión de su dolor. Para el uso de medicamentos se propone garantizar que el tratamiento farmacológico se realice de forma segura y correcta.

Por último, en lo que refiere al abordaje interdisciplinario la Unidad se proyecta como un centro de referencia nacional. Esto implica poder brindar un abordaje terapéutico que combine medidas farmacológicas con intervenciones no farmacológicas y funcionar como un centro donde colegas de instituciones públicas y privadas de todo el país (Montevideo e interior) puedan referenciar a sus pacientes. Del mismo modo asegurar un sistema de contrarreferencia, redirigiendo al paciente a su médico tratante con un plan terapéutico especializado y detallado.

La evaluación en la Unidad se apoya en herramientas psicométricas y clínicas visuales que permiten una comprensión profunda de la condición del paciente.

- Inventario Breve de Dolor (Cleeland, et al., 1994): (BPI, por sus siglas en inglés, Brief Pain Inventory) es una herramienta clínica estandarizada y multidimensional diseñada para evaluar la intensidad del dolor y el impacto que este tiene en el funcionamiento diario del paciente. Dentro del modelo de evaluación de la Unidad Interdisciplinaria de la Facultad de Medicina, este instrumento permite capturar la naturaleza subjetiva del dolor crónico a través de los siguientes componentes: Mapeo Somático, Escalas de Intensidad, Evaluación de Interferencia.
- Evaluación de la Salud Mental (Zigmond, 1983): Dada la estrecha relación entre dolor y psiquismo, se emplea la Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) o Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria que es una herramienta de evaluación psicológica diseñada para detectar y cuantificar niveles de ansiedad y depresión en pacientes que asisten a servicios médicos no psiquiátricos. Esta herramienta se utiliza para identificar el impacto emocional del dolor crónico a través de dos dimensiones principales: subescala de Ansiedad y subescala de Depresión.
- Escala de Catastrofización del Dolor (Sullivan, et al. 1995): La Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) es un instrumento psicométrico que cuantifica los pensamientos y sentimientos del paciente respecto a su dolor. La catastrofización influye en la discapacidad y la angustia, siendo un predictor clave de cronicidad y riesgo de adicción a opioides (especialmente cuando la

medicación mitiga la angustia emocional). La PCS analiza tres componentes de la respuesta psicológica: Rumiación: Incapacidad de dejar de pensar en el dolor. Magnificación: Temor a que el dolor empeore o tenga consecuencias graves. Indefensión: Percepción de falta de control e invencibilidad del dolor.

En la Unidad se realiza farmacovigilancia para detectar riesgos psicológicos vinculados a la administración de medicamentos de alta potencia.

La prescripción de opioides para el tratamiento del dolor crónico no oncológico requiere un rigor estricto y la adherencia a Guías Clínicas específicas. Esto es fundamental para reducir el riesgo de dependencia si el paciente intenta automedicarse con ellos (Kaye, et al, 2017). Asimismo la coexistencia de dolor crónico con trastornos de salud mental, especialmente si se suma un trastorno por uso de sustancias, aumenta significativamente la vulnerabilidad a la conducta suicida en estos individuos.

El dolor crónico se vincula estrechamente con las emociones. Un enfoque interdisciplinario debe ofrecer un espacio seguro para que los pacientes expresen frustración, tristeza o miedo, emociones que pueden intensificar el dolor. Validar estas emociones, reconociendo su legitimidad, es vital para romper el aislamiento y fomentar la aceptación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Es fundamental educar sobre la relación bidireccional entre emociones y dolor crónico: las emociones intensas aumentan la percepción del dolor, y el dolor crónico intensifica las emociones negativas, creando un círculo vicioso.

El manejo del dolor crónico requiere abordar el duelo por las pérdidas asociadas, similar al duelo por un ser querido, pero enfocado en la propia vida. La vivencia de un dolor crónico conlleva una serie de pérdidas significativas que van más allá del síntoma físico. Estas incluyen el deterioro físico y funcional, que es la pérdida de la salud previa y de la capacidad física, generando un duelo por el cuerpo que se tenía. También se produce una restricción de la calidad de vida, limitando la participación en actividades placenteras y alterando las rutinas habituales. El impacto socioeconómico es relevante, manifestándose en la pérdida de roles sociales y laborales, afectando la independencia económica y redefiniendo las dinámicas familiares. Se suma el quiebre de expectativas, que es la frustración de proyectos de vida y expectativas futuras debido a la condición. Finalmente, el dolor crónico genera dependencia, disminuyendo la autonomía e

independencia y requiriendo asistencia o tratamientos continuos. El enfoque interdisciplinario para el dolor crónico debe buscar una reconstrucción profunda, no centrándose únicamente en el síntoma, sino en una reconstrucción psicológica y social integral. Esto se logra a través de la resignificación del dolor, promoviendo una comprensión del mismo como un fenómeno biopsicosocial y neuroplástico que puede ser gestionado, en lugar de percibirlo como un castigo o el centro de la identidad del paciente. Es crucial la restauración del autoconcepto, trabajando en la identidad afectada por las limitaciones funcionales y validando otras esferas de la vida del paciente para favorecer la resiliencia. Además, se debe fomentar la autoestima, impulsando la autoeficacia, validando las emociones experimentadas y reconociendo los logros. La capacidad de manejar el dolor y retomar actividades contribuye directamente a la confianza y la valía personal.

La reorganización del “self” busca cambiar el foco de las limitaciones percibidas a las capacidades y fortalezas. Este proceso prioriza el potencial de crecimiento e incluye cuatro pasos clave: 1) Desafiar Creencias Limitantes, 2) Redefinir la Identidad basándose en valores y potencial, 3) Activar Recursos Internos subestimados, y 4) Desarrollar una Perspectiva de Crecimiento. Es un reenfoque psicológico y emocional esencial para empoderar al individuo y propulsar su desarrollo personal.

La Identidad Ampliada en el contexto del dolor crónico persigue la redefinición del self del paciente, trascendiendo la mera etiqueta de “paciente con dolor”. Los cuatro pilares esenciales son: la descentralización de la Identidad y el dolor, que implica modificar la perspectiva de una identificación total con el dolor (“soy mi dolor”) a la de reconocerse como “una persona que convive con el dolor”. En segundo lugar, la recuperación de roles y propósitos significativos, que consiste en restablecer el vínculo con actividades y metas que aporten sentido a la vida, a pesar de las limitaciones existentes. En tercer lugar, la coherencia e integración narrativa de la experiencia, que se refiere a incorporar la vivencia del dolor como un elemento dentro de una trayectoria vital más amplia y completa, que abarca tanto las limitaciones como las capacidades personales. Y cuarto, la promoción de la autonomía y la capacidad de acción, que busca fomentar la sensación de control y la facultad de tomar decisiones propias, incluso mientras el dolor está presente.

El abordaje interdisciplinario del dolor crónico busca más que solo reducir la intensidad; su meta fundamental es restaurar la multidimensionalidad del individuo. Esto implica ir más allá de lo biológico para tratar las esferas psicológica, emocional, social y funcional afectadas.

Se trata de devolver a la persona su capacidad resolutive, participación y disfrute de la vida, recuperando una identidad no definida por el dolor.

#### **IV. El modelo de intervención en neuro-paliativos - Enfermedad Lateral Amiotrófica**

Los cuidados paliativos (CP) se definen desde la Organización Mundial de la Salud, como un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias que cursan enfermedades avanzadas, progresivas e incurables. El modelo de los CP incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación adecuada y el tratamiento del dolor, así como de otros problemas de naturaleza psicosocial y espiritual (OMS, 2022).

Históricamente los CP estuvieron orientados a pacientes con patologías oncológicas. Sin embargo, en 1996 el Comité de Ética y Humanidades de la Academia Americana de Neurología señaló la necesidad de que los neurólogos adoptaran los principios de la medicina paliativa en el manejo de pacientes con enfermedades neurológicas progresivas, degenerativas o avanzadas, cuyas necesidades exceden el control sintomático y abarcan dimensiones funcionales, relacionales, emocionales y éticas (American Academy of Neurology, 1996). Este posicionamiento marcó un punto de inflexión al reconocer que las enfermedades neurológicas progresivas generan sufrimiento complejo y requieren estrategias asistenciales integrales (García- Pérez et al 2023).

Posteriormente, en Estados Unidos y Europa surgieron diversos consensos que enfatizaron los beneficios del trabajo conjunto entre neurología y CP, así como la importancia de formar a los neurólogos en el abordaje de pacientes con requerimientos paliativos de baja complejidad ([Oliver et al., 2016](#)). Estas iniciativas contribuyeron a consolidar el campo de los cuidados neuro-paliativos como un área específica de atención clínica y de investigación.

En Uruguay, la incorporación formal de los CP para patologías no oncológicas se benefició por el Plan Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional Integrado de Salud, publicado en 2013. Esta guía reconoció los aportes de este enfoque en las enfermedades avanzadas no oncológicas, entre ellas la enfermedad de Parkinson y la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), ampliando así el acceso y la legitimidad de estos cuidados en el sistema sanitario nacional (Ministerio de Salud Pública, 2013).

## **Impacto psicosocial**

La ELA es una enfermedad caracterizada por la pérdida progresiva de las funciones de las neuronas motoras, con repercusiones profundas a nivel multisistémico en la autonomía, la comunicación, la alimentación, la movilidad y la respiración.

El desarrollo de los cuidados neuro-paliativos ha permitido ampliar la comprensión y el abordaje de enfermedades como la ELA, integrando dimensiones clínicas, funcionales, emocionales y éticas en un modelo de atención centrado en la persona. La complejidad de esta enfermedad exige dispositivos asistenciales multidisciplinares capaces de articular intervenciones que acompañen el curso progresivo de la enfermedad desde etapas tempranas.

En este marco, la Planificación Compartida de la Atención (PCA) y la evaluación sistemática de las funciones cognitivas y conductuales se constituyen como herramientas fundamentales para favorecer procesos de toma de decisiones informadas, coherentes con los valores del paciente y ajustados a su situación clínica. Estas prácticas no solo optimizan la calidad de la atención, sino que también promueven la adaptación a la enfermedad, el sentido de control y el alivio de la carga familiar.

## **Intervenciones de la Psicología Médica**

En Uruguay este modelo de atención multidisciplinaria, se afianza con la creación del Centro de Esclerosis Lateral Amiotrófica del Uruguay (CELAU) en el año 2014, en el Hospital de Clínicas, hospital universitario de referencia nacional. Consiste en un dispositivo especializado con abordaje multidisciplinario, integrado por profesionales de Neurología, Psicología Médica, Fisiatría, Cuidados Paliativos, Neumología, Nutrición, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Enfermería. Brinda atención asistencial especializada a personas con ELA, promueve el desarrollo de la investigación, y se ha consolidado como un centro de referencia nacional para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Este dispositivo permite articular la atención clínica con la evaluación integral del paciente, favoreciendo una asistencia centrada en la persona y en su contexto familiar. Este tipo de abordaje resulta especialmente valioso en una enfermedad como la ELA, en la que las decisiones clínicas suelen involucrar procedimientos complejos como la gastrostomía, la ventilación no invasiva y otras intervenciones que requieren acompañamiento profesional, información adecuada y toma de decisiones compartida.

En este sentido, la Planificación Compartida de la Atención (PCA) constituye un instrumento clínico de particular relevancia. Se trata de un procedimiento que permite a los pacientes definir objetivos y preferencias respecto a futuros tratamientos y cuidados, discutirlos con sus familiares y con el equipo asistencial, y registrar y revisar dichas preferencias cuando resulte apropiado.

“La Planificación Compartida de la Atención es un proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención, como aquellos momentos en los que la persona no sea competente para decidir” (Saralegui Reta et al., 2018).

En enfermedades crónicas avanzadas, este instrumento presenta múltiples beneficios. Por un lado, la PCA favorece la adaptación del paciente a la enfermedad, al ofrecer un espacio de elaboración y anticipación frente a escenarios posibles. Por otra parte, mejora la sensación de control, ya que habilita a la persona a participar activamente en la toma de decisiones que afectan su proceso de atención. También reduce la carga del cuidador en la toma de decisiones, particularmente ante situaciones complejas que se presentan durante el transcurso de la enfermedad. Del mismo modo, favorece la comprensión y comunicación entre los familiares y los pacientes respecto a las expectativas y preferencias; optimiza la utilización de los recursos asistenciales y facilita conversaciones acerca de las necesidades de cuidado y del final de vida ([Amblàs-Novellas et al., 2015](#)).

Otro elemento que es necesario incluir en el abordaje integral en personas con ELA, es la evaluación de las funciones cognitivas y conductuales. Su implementación desde etapas tempranas permite caracterizar el perfil neuropsicológico de los pacientes, identificar necesidades específicas y orientar la toma de decisiones clínicas.

Tradicionalmente, a partir de las observaciones de Jean-Martin Charcot, se consideraba que la ELA afectaba exclusivamente al sistema motor, preservando las funciones mentales. Sin embargo, ya desde hace más de un siglo se han descrito alteraciones cognitivas y conductuales asociadas a esta enfermedad ([Zago et al., 2022](#)). En las últimas décadas, esta evidencia ha consolidado un cambio de paradigma: la ELA ha dejado de entenderse como una enfermedad puramente motora para concebirse como una patología neurodegenerativa multisistémica ([Abrahams, 2023](#)).

En la actualidad, se reconoce que un número significativo de pacientes presenta alteraciones cognitivas, particularmente en las funciones ejecutivas, la cognición social, el lenguaje y la memoria episódica, así como cambios conductuales como apatía, desinhibición, pérdida de empatía, conductas perseverativas y modificaciones en la conducta alimentaria ([Abrahams, 2023](#)). En los casos más severos, estas manifestaciones se integran en un continuo clínico que incluye la demencia frontotemporal, configurando el espectro ELA–frontotemporal.

Esta reconceptualización ha sido impulsada tanto por la identificación del compromiso neuropsicológico como un componente central del fenotipo clínico, como por la evidencia de superposición genética y neuropatológica entre la ELA y la demencia frontotemporal ([Abrahams, 2023](#)). En este sentido, el reconocimiento de estos déficits ha tenido implicancias directas en la práctica clínica, destacando la necesidad de una evaluación sistemática de las funciones cognitivas y conductuales en esta población.

En este contexto, la Prueba de Evaluación Cognitiva y Conductual de la ELA de Edimburgo (Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen, ECAS) se ha consolidado como una herramienta clave. Se trata de un instrumento breve y multidimensional, diseñado específicamente para detectar cambios cognitivos y conductuales en personas con ELA, que puede ser administrado de forma rápida en entornos clínicos o domiciliarios ([Abrahams et al., 2014](#)). Su uso facilita la detección temprana de alteraciones, reforzando su relevancia tanto en la práctica clínica como en la investigación. En el CELAU, el equipo de Psicología Médica y Cuidados Paliativos valora en la entrevista inicial las funciones cognitivas de la población de pacientes que asisten al centro.

El rol del psicólogo en los cuidados neuro- paliativos resulta central y transversal a todo el proceso asistencial. Su intervención no se limita al abordaje de síntomas emocionales, sino que implica facilitar espacios de elaboración frente a la incertidumbre, acompañar la construcción de sentido en torno a la enfermedad y mediar en los procesos de comunicación y toma de decisiones complejas. Asimismo el psicólogo contribuye a la evaluación de aspectos cognitivos y conductuales, aportando elementos clave para valorar la capacidad de decisión y para adecuar las intervenciones clínicas a las particularidades de cada paciente.

De este modo, la Psicología Médica se posiciona como un pilar indispensable dentro del equipo multidisciplinario, favoreciendo un abordaje integral del sufrimiento y promoviendo una atención verdaderamente centrada en la persona, su historia, sus

vínculos y sus valores, incluso en contextos de alta vulnerabilidad y progresión de la enfermedad.

## Reflexiones finales

La Psicología Médica surge de la intersección entre la Psicología y la Medicina, con las múltiples y diversas especificidades de cada una, conformando un campo disciplinar que se nutre de una variedad de enfoques dentro de la salud. A nivel asistencial, pretende contribuir a dar respuesta al desafío particular que implican los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Desde una mirada integral y desde el enfoque biopsicosocial, las afecciones orgánicas son experimentadas por personas con una vivencia subjetiva particular, para quienes la enfermedad puede constituir un punto de inflexión en la vida, una amenaza a la integridad física y/o psíquica. Encontramos de esta forma pacientes con necesidad de tratamientos prolongados, contacto frecuente con el sistema de salud, restricciones alimentarias, cambios en estilos de vida, procedimientos invasivos, secuelas, alteraciones de su imagen corporal. A su vez, las personas pertenecen a redes familiares, laborales, sociales, y la enfermedad puede modificar esta participación, afectando los roles familiares, los proyectos de vida, la identidad en su dimensión relacional.

Se observa que para cada persona la vivencia será particular y singular, dependiendo de múltiples factores como los estilos de afrontamiento, estrategias defensivas, características de la personalidad, momento evolutivo, situaciones vitales estresantes, vulnerabilidad psicosocial, entre muchos otros. Se vuelve por lo tanto imprescindible comprender a los pacientes en sus múltiples dimensiones, para lo cual el modelo multiaxial se vuelve un instrumento valioso.

A partir del diagnóstico multiaxial, se determinan estrategias de intervención focales centradas en el paciente y su familia, que incluyen el favorecer la comprensión de la enfermedad y el desarrollo de estrategias adaptativas, facilitar la expresión de emociones y la elaboración frente a la incertidumbre, abordar el duelo por las pérdidas, contribuir en la construcción de sentido y en la recuperación de un identidad más allá de la enfermedad. A su vez, se realizan intervenciones con el equipo para adecuar las intervenciones y las condiciones de atención a las características y necesidades de los pacientes, se habilita y favorece el ejercicio de la interdisciplina como instrumento esencial para el enfoque integral, se acompaña profesionalmente

tanto al paciente como a los equipos en los procesos de comunicación y toma de decisiones complejas, especialmente en los momentos críticos de la trayectoria de la enfermedad.

El modelo general de abordaje de la Psicología Médica y el enfoque específico que adopta en cada área de especialidad, constituye un importante recurso dentro de los equipos de salud que adoptan una perspectiva integral.

## Referencias bibliográficas

[Abrahams, S. \(2023\). Neuropsychological impairment in amyotrophic lateral sclerosis–frontotemporal spectrum disorder. \*Nature Reviews Neurology\*, 19\(11\), 655–667. <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00878-z>](https://doi.org/10.1038/s41582-023-00878-z)

[Abrahams, S., Newton, J., Niven, E., Foley, J., & Bak, T. H. \(2014\). Screening for cognition and behaviour changes in ALS. \*Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration\*, 15\(1–2\), 9–14. <https://doi.org/10.3109/21678421.2013.805784>](https://doi.org/10.3109/21678421.2013.805784)

[Amblàs-Novellas, J., Espauella, J., Rexach, L., Fontecha, B., Inzitari, M., Blay, C., & Gómez-Batiste, X. \(2015\). Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. \*European Geriatric Medicine\*, 6\(2\), 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>](https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002)

American Academy of Neurology Ethics and Humanities Subcommittee. (1996). Palliative care in neurology. *Neurology*, 46(4), 870–872. <https://doi.org/10.1212/WNL.46.4.870>

American Academy of Pain Medicine. (2023). *Pain Medicine Journal*, 24(8)

Carrascosa França, B; Bandeira de Magalhães, S. (2025). Atravessando uma internação de longa permanência: os cuidados a pacientes onco-hematológicos e seus familiares, *Caderno Pedagógico*, 22(9), 1-13

Cheatle, Martin D; Giordano, Nicholas A; Themelis, Kristy; Tang, Nicole KY. (2023) Suicidal thoughts and behaviors in patients with chronic pain, with and

- without concomitant opioid use disorder, *Pain Medicine*, 24(8), 941–948, <https://doi.org/10.1093/pm/pnad043>
- Cleeland, C. S.; Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129-138.
- Dapueto, Juan José. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), 197-204. Recuperado en 09 de marzo de 2026, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000300009&lng=es&tng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300009&lng=es&tng=es).
- Dapueto, J. y Varela, B. (sf) Modelos y praxis psicológica en la medicina: la Psicología Médica. Recuperado 1 de junio de 2016, disponible en <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/modelos-y-praxis.pdf>
- Gutiérrez Delgado, A; Gómez Martín, C.J.; Martín-Arriscado Arroba, C; González Monterrubio, G. Pérez García, S.; Jariego Gómez, A. Humanización y calidad de vida profesional en el cuidado oncohematológico y radioterápico: un estudio descriptivo en un hospital universitario. *Journal of Healthcare Quality Research*, 40(3). <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.12.007>
- Durán, C., Canavero, A., Seija, M., Astesiano, R., & Lemos, M. (2025). Abordaje interdisciplinario de pacientes en etapa de ingreso a lista de trasplante renal. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 45(3), 161–167.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fiorini, H. (1973). Psicoterapia dinámica breve: aportes para una teoría de la técnica. En *Teoría y técnica de psicoterapias*. (Edición Ampliada, pp. 21-46). Nueva Visión.
- Fondo Nacional de Recursos. (2020). Guía práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. <https://www.fnr.gub.uy/>
- Galain, A. I., Dupueto, J. J., Álvarez, R., & Gadola, L. (2019). Prevalencia de síntomas en pacientes en diálisis y su impacto en la calidad de vida. *Revista Médica del Uruguay*, 35(2), 120–132.

García Pérez, A., Añón, X., Blanco, V., Braga, P., & Boero, A. (2023). Cuidados paliativos: La visión del neurólogo en Uruguay. *Revista Médica Del Uruguay*, 39(1), e301. <https://doi.org/10.29193/10.29193/RMU.39.1.5>

Huertas, M. P., Pérez, R., Albalade, M., de Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., Corchete, E., & Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en diálisis crónica. *Nefrología*, 34(6).

Huang, Y., Li, S., Lu, X., Chen, W., & Zhang, Y. (2024). The Effect of Self-Management on Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 12, Issue 21). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/healthcare12212151>

International Association for the Study of Pain (IASP). (2024). Definición de Dolor

Kaye, A. D., Jones, M. R., Kaye, A. M., Ripoll, J. G., Galan, V., Beakley, B. D., Manchikanti, L. (2017). Prescription Opioid Abuse in Chronic Pain: An Updated Review of Opioid Abuse Predictors and Strategies to Curb Opioid Abuse: Part 1. *Pain Physician*, 20, S93-S109.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234–247.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lorenzo Sellarés, V., & Luis Rodríguez, D. (s. f.). Enfermedad renal crónica. *Nefrología al Día*. <https://www.nefrologiaaldia.org/>

Malfasari, E. ., Febtrina, R. ., Devita, Y. ., Herniyanti, R. ., Saputra, C. ., Azhar, B. ., ... Adelia, G. (2023). Body Images of Chronic Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis. *KnE Medicine*, 3(1), 134–139. <https://doi.org/10.18502/kme.v3i1.12707>

Mark, P. B., Stafford, L. K., Grams, M. E., Aalruz, H., Abd ElHafeez, S., Abdelgalil, A. A., Abdulkader, R. S., Abeywickrama, H. M., Abiodun, O. O., Abramov, D., Abrar, M. M., Abreu, L. G., Abubakar, B., Aburuz, S., Addo, I. Y., Adegboye, O. A.,

- Adegoke, N. A., Adeyeoluwa, T. E., Adnani, Q. E. S., ... Coresh, J. (2025). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 406(10518), 2461–2482. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01853-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01853-7)
- Melilli, E., Díaz, M. I., Gomis-Pastor, M., González, E., Gutierrez-Dalmau, A., Nuño, E. I., Pérez, A. M., Plasencia, I., Sangrador, A., Lázaro, E., Montero, N., & Soria, C. (2025). Predictors of Treatment Adherence in Kidney Transplant Patients: A Systematic Review of the Literature. In *Journal of Clinical Medicine* 14(5). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/jcm14051622>
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay). (2013). Plan Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional Integrado de Salud [Documento de política nacional]. Gobierno de Uruguay. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SE TIEMBRE%2023\\_0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SE TIEMBRE%2023_0.pdf)
- Montalván, G. (2015). Plan de intervención psicológico cognitivo-conductual dirigido a padres/madres de niños/as que padecen leucemia en el área de oncopediatria del hospital oncológico Vicente Rodriguez Witt Solca-Loja. Loja: Universidad Nacional de Loja. Recuperado el 12 de abril de 2026, de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/14175>
- Neagu, S. N., & Vieriu, A. M. (2026). Psychological Distress, Stress, and Personality Traits in Patients Undergoing Chronic Hemodialysis: A Comparative Psychometric Study. *Behavioral Sciences*, 16(3), 423. <https://doi.org/10.3390/bs16030423>
- [Oliver, D. J., Borasio, G. D., Caraceni, A., de Visser, M., Grisold, W., Lorenzl, S., Veronese, S., & Voltz, R. \(2016\). A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. \*European Journal of Neurology\*, 23\(1\), 30–38. <https://doi.org/10.1111/ene.12889>](#)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/9fb02040-ddc3-4793-83f7-7044280f41f2/content>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Cuidados paliativos.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Pisano González, M. M., & González Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>

Raja, S. N., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6 (6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

[Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D. J. A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., Korfage, I. J., & European Association for Palliative Care. \(2017\). Definition and recommendations for advance care planning: An international consensus supported by the European Association for Palliative Care. \*The Lancet. Oncology\*, 18\(9\), e543–e551. \[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\\(17\\)30582-X\]\(https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X\)](#)

Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 677-684.

Rodríguez, L. M. (2020). PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE THERAPEUTIC ADHERENCE OF THE HEMODIALYSIS PATIENT. *Horizonte de Enfermería*, 31(1), 107–115. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.31.1.107-115](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.1.107-115)

Salabat, D; Toutounchian, S; Salabat, D; Babaei, A; Malekshahi M.; Barkhordar, M; Salehi, Z. (2025). The impact of anxiety and depression on hematologic malignancy outcomes: a systematic review and meta-analysis, *BMC Cancer*, 25(1881). <https://doi.org/10.1186/s12885-025-15161-1>

Saralegui Reta, I., Lasmarías Martínez, C., Júdez Gutiérrez, F. J., Pérez de Lucas, N., Fernández, J., Velasco-Sanz, T. R., García Llana, H., Granero Moya, N., & Carrero Planes, V. (2018). Claves en la Planificación Compartida de la Atención.

Del diálogo al documento. En *Cronicidad avanzada* (pp. 87-89). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.

Thistlethwaite, J. (2023). Integrated care and interprofessional education. *The Clinical Teacher*, 20(1), e13552. <https://doi.org/10.1111/tct.13552>

[Zago, S., Lorusso, L., Aiello, E. N., Ugolini, M., Poletti, B., Ticozzi, N., & Silani, V. \(2022\). Cognitive and behavioral involvement in ALS has been known for more than a century. \*Neurological Sciences\*, 43\(12\), 6741–6760. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06340-0>](#)

Zigmond, A. S.; Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.