

¿Cuándo se pide la intervención del psicólogo en una unidad de cuidados paliativos?

C. ROMERO, M. ÁLVAREZ*, R. BAYÉS**, M. SCHRÖDER***

*Grup de Psicòlegs de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives
CSS Ciutat de Reus. *Hospital Comarcal Mora d'Ebre.*

***Facultat de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona.*

****Unitat de Cures Pal·liatives, Institut Català d'Oncologia. Barcelona*

RESUMEN

Objetivo: Valorar las demandas de intervención psicológica al enfermo o familia, que surgen en las unidades y servicios de cuidados paliativos.

Método: Se analizan 151 demandas de intervención del psicólogo procedentes de 23 centros diseminados por toda Cataluña, en relación con el grado de desesperación que entrañaba, a juicio de tres jueces independientes, cada demanda.

Resultados: Ante la pregunta realizada a los jueces: "La primera demanda de intervención específica que se formula al psicólogo, ¿puede, o no, considerarse como una demanda desesperada?", un 10,34% de las demandas son valoradas por unanimidad como "desesperadas" y un 21,38% son valoradas por dos de los jueces como "desesperadas" y por el tercero como "bastante desesperadas", lo que suma un 31,7% de las demandas analizadas.

Conclusiones: Casi un tercio de los casos en los que en un equipo de cuidados paliativos se requiere la intervención de un psicólogo, se trata de una demanda desesperada. Se propone una reflexión sobre el tema.

Med Pal 2001; Vol. 8, pp. 170-172

PALABRAS CLAVE:

Cuidados Paliativos. Psicólogo. Sedación. Emoción. Intervención.

ABSTRACT

Objective: Psychologist specific intervention petitions for patients and families from palliative care units were assessed.

Method: 151 psychologist specific intervention petitions from 23 different Catalan services were analyzed by three independent judges testing the degree of desperation they meant.

Results: In regard to the question asked to judges: "The first psychologist intervention petition may it considered as a desperate petition?", 10,34% of the petitions were unanimously assessed as "desperate" and 21,38% of the petitions were evaluated by two judges as "desperate" while the third judge answered "sufficiently desperate", which totals a 31,7% of the analyzed petitions.

Conclusions: Almost one third of the cases that requires the first specific psychologist intervention in palliative care, the petition is desperate. A reflection about it is proposed.

KEY WORDS:

Palliative Care. Psychologist. Sedation. Emotion. Intervention.

INTRODUCCIÓN

En la realidad catalana de comienzos del siglo XXI no todos los servicios y unidades de cuidados paliativos cuentan en sus equipos con la participación de un psicólogo. La distribución de estos profesionales en los equipos es irregular y su vinculación a los centros e instituciones ofrece modalidades que van desde el contrato de plena dedicación hasta las becas y la colaboración benévola a tiempo parcial. Se trata, posiblemente, de una etapa transitoria que será necesario superar.

El Grupo de Psicólogos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos se reúne informalmente desde hace

algunos años y, formalmente, se ha presentado como grupo de trabajo en la sesión ordinaria de 12 de diciembre de 2000 celebrada en los locales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y de Baleares. En febrero de 2000 el grupo estaba constituido por 23 psicólogos que trabajaban con enfermos en situación terminal, en centros e instituciones de toda Cataluña.

El presente estudio constituye el fruto parcial de un trabajo más amplio en el que han participado, en la confección del cuestionario y la recogida sistemática de datos, la totalidad de los miembros del grupo. Su objetivo inicial era obtener un conocimiento empírico de las funciones reales que los psicólogos llevaban a cabo en el seno de sus equipos de cuidados paliativos.

Los co-autores del trabajo que se presenta se han limitado, en base al análisis de los datos recogidos, a intentar

Recibido: Junio 2001
Aceptado: Agosto 2001

proporcionar una respuesta tentativa a un único aspecto de una de las tres preguntas inicialmente planteadas: “¿Por qué se pide la intervención del psicólogo?”

METODOLOGÍA

SUJETOS

Los resultados corresponden al análisis de 151 demandas diferentes de intervención del psicólogo procedentes de 23 centros diseminados por toda Cataluña.

MATERIAL

Las demandas se encontraban libremente expresadas, en respuesta a la pregunta del cuestionario: “¿Cuál es la primera demanda de intervención? (¿Por qué se me hace esta demanda? Especificar)” y eran enviadas directamente por el psicólogo que recibía la demanda al primer co-autor, el cual centralizaba la recogida de datos.

PROCEDIMIENTO

Al leer consecutivamente las respuestas textuales a las 151 demandas de intervención formuladas, observamos, en una primera lectura, que un número importante de ellas tenían una característica común: daba la impresión de que se solicitaba la intervención del psicólogo en circunstancias emocionales extremas. Por ello, decidimos cambiar el objetivo de nuestra búsqueda inicial e intentar sólo contestar a la pregunta: “La primera demanda de intervención específica que se formula al psicólogo, ¿puede, o no, considerarse como una demanda desesperada?”

Para poder responder a esta pregunta establecimos que el primer, segundo y cuarto co-autores examinarían, independientemente, cada una de las 151 demandas textuales, tratando de calificar cada una de ellas de acuerdo con el siguiente baremo: a) “totalmente de acuerdo”; b) “bastante de acuerdo”; c) “dudo”; y d) “no puede considerarse así”.

RESULTADOS

De las 151 respuestas hubo que desestimar 6 cuestionarios por tratarse de respuestas no específicas y ser inclasificables desde la óptica que precisábamos. De las 145 restantes:

1. En el 10,34% de ellas hubo una coincidencia total (“totalmente de acuerdo”) entre los tres jueces independientes, de que se trataba de una demanda desesperada.

2. En el 21,38% hubo coincidencia en dos de los jueces (“totalmente de acuerdo”) mientras que el tercero indicaba “bastante de acuerdo”.

Algunos ejemplos textuales de demandas de intervención al psicólogo, consideradas unánimemente como “desesperadas” son los siguientes: “angustia de muy difícil control”, “muy desbordada, no para de llorar”, “familiares muy angustiados por constantes demandas de soporte y compañía por parte del enfermo que, por otra parte, ya le dan constantemente”, “enfermo de 50 años con 6 hijos, con exigencias constantes de soporte y compañía de los familia-

res a los sanitarios, los cuales ya se los están proporcionando”, “está sufriendo mucho, cada vez está más triste. Es horroroso ver como está esperando la muerte”, “está desesperada”, “no para de llorar y es incapaz de mantener una conversación”, “se le ve muy impactado, sobresaltado e inquieto. Se desborda por casi cualquier cosa”, “antes había presentado un cuadro de depresión, no acepta su enfermedad, está angustiada y no puede hablar con serenidad”, “no quiere comer, no colabora, todo el día permanece en cama”, “no se entiende con el equipo. Presenta conductas agresivas y exigentes. Es hipercrítica”, etc.

Con las limitaciones propias de un estudio como el que presentamos, podríamos señalar, por tanto, de forma provisional, que, en la actualidad y en los equipos de cuidados paliativos de Cataluña, *casi en un tercio de los casos (31,7%) en los que se requiere la intervención del psicólogo por primera vez, se trata de una demanda formulada en circunstancias emocionales extremas.*

DISCUSIÓN

En un trabajo reciente sobre sedación terminal (1) en el que se enviaron cuestionarios a todos los equipos de cuidados paliativos de Cataluña y Baleares, de los cuales constaban datos en el directorio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y en los que se obtuvieron datos de 184 profesionales de 50 de los 52 equipos conocidos (96%), el 55,4% de los profesionales confirmaron el uso de la sedación terminal, el 21,7% manifestaban no haberse practicado y un 22,8% no consideraron la pregunta pertinente. Un 62,5 % admitieron que se había administrado sedación terminal ante una angustia profunda. De hecho, en un estudio complementario posterior (2) se observa que el 23% de los pacientes fallecieron sedados y que este porcentaje se elevaba al 27% en las unidades de cuidados paliativos. De los pacientes sedados se adujo angustia o razones psicológicas como única causa para la sedación en el 26,8% de pacientes y en combinación con síntomas físicos intratables en otro 28,6%. Los autores del trabajo señalan la gran relevancia de los aspectos emocionales en la práctica de la sedación terminal, considerándose la ansiedad del enfermo y la de los familiares que no ha podido mejorar con la intervención terapéutica, como un síntoma de difícil control (3).

Chater y cols. (4), por su parte, seleccionaron a 61 expertos en cuidados paliativos y les pidieron que estimaran la frecuencia y razón para usar la sedación al final de la vida. Algunas de las causas de sedación aportadas, relevantes para el trabajo que presentamos, fueron: angustia (14%), miedo/pánico/ansiedad/terror (10%), malestar emocional/psicológico/espiritual (10%). En otra investigación, Stone y cols. (5) señalan la angustia como causa de sedación en el 26% de los casos.

Si comparamos los resultados sobre sedación terminal que muestran estos trabajos con los datos sobre demandas de intervención del psicólogo que presentamos, a la vez que encontramos coincidencias cuantitativas entre ellos, no podemos dejar de preguntarnos: ¿Por qué si del equipo de cuidados paliativos forma parte un psicólogo, no se intenta formular la demanda de intervención con mayor antelación para tratar de prevenir, antes de que aparezcan, estados emocionales intratables que pueden, al menos en algunos casos, dejar la sedación como única salida?

Como señalan Barbero y Camell (6), en la práctica de la sedación definitiva es fundamental, por razones éticas, conocer hasta qué punto hemos agotado realmente nuestro arsenal terapéutico alternativo. "¿Hemos intentado todo lo que está realmente al alcance de nuestras posibilidades?", se preguntan estos autores. ¿No es posible que, por lo menos en algunas ocasiones, la denominada angustia vital no sea sino la respuesta de evitación de una persona que se siente impotente para hacer frente a una situación intensamente amenazadora? En la evaluación que efectúa el equipo de cuidados paliativos, al ingresar el paciente en la unidad, ¿se analizan siempre, de forma sistemática, los miedos y preocupaciones del enfermo, su estado de ánimo y sus recursos psicológicos? (7).

En nuestra opinión, tomando como indicador –hasta cierto punto insatisfactorio pero objetivo– la práctica actual de la sedación y el hecho de que, aparentemente, casi un tercio de

las primeras demandas de intervención específica del psicólogo se realizan como demandas desesperadas, consideramos que sería necesario investigar los posibles beneficios que podrían obtenerse de una terapéutica psicológica preventiva que se aplicara en respuesta a aquellas situaciones que hicieran prever la proximidad de aparición de malestar emocional, en los enfermos o en sus familiares, en lugar de esperar a que dicho malestar se encuentre ya fuera de control.

CORRESPONDENCIA:

Ramón Bayés
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Barcelona
08193 Bellaterra (Barcelona)
Fax: 93 581 33 29

Bibliografía

1. Porta J, Guinovart C, Ylla-Català E, Estibaliz A, Grimau I, Lafuerza A, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: un estudio multicéntrico catalano-balear. *Med Pal (Madrid)* 1999; 6 (3): 108-115.
2. Porta Sales J, Ylla-Català Boré E, Estibalez Gil A, Grimau Malet I, Lafuerza Torres A, Nabal Vicuña M, et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en cuidados paliativos. *Med Pal (Madrid)* 1999; 6 (4): 153-158.
3. Lafuerza A, Sirgo A, Borrás J. Atencions pal.liatives. Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Llibre de Ponències, 28-31 Octubre 2000, Barcelona, 363-370.
4. Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in dying - a survey of experts. *Palliat Med* 1998; 12: 255-269.
5. Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight, C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997; 11: 140-144.
6. Barbero J, Camell H. Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida. *Med Paliat (Madrid)* 1997; 4 (4): 170-178.
7. Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Med Pal (Madrid)* 1996; 3: 114-121.