



Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica; María Die Trill, psico-oncóloga del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid; Miquel Mora, responsable de acompañamiento espiritual del Hospital General de Sant Boi, y Josep Maria Via, presidente del Consejo Asesor de Mémora y del Parque de Salud Mar de Barcelona.

Abordaje psicosocial al final de la vida: mejor en equipo

El médico tiene un papel preponderante pero requiere el apoyo de otros profesionales para atender de manera integral y adecuada al enfermo terminal

VALENCIA
ENRIQUE MEZQUITA
diariomedico@diariomedico.com

El sistema sanitario ha estado históricamente muy orientado a la patología aguda y, por ello, la atención al final de la vida es un asunto que ha permanecido arrinconado. Ello también ha provocado que los recursos y la formación destinados a esa atención hayan sido escasos y, por extensión, aún menores en tiempos de crisis o en contextos de recorte.

Pero la realidad es que la intervención psicosocial en la atención al final de la vida aporta beneficios a los pacientes y sus familiares y también a los propios profesionales y a las instituciones sanitarias, según coinciden los especialistas participantes en el tercero de los debates organizados por DIARIO MÉDICO y el Grupo Mémora sobre los Retos de la atención sanitaria ante el final de la vida (ver DM

del 3-III-2014 y del 21-IV-2014). En esta ocasión han participado Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica; María Die Trill, coordinadora de la Unidad de Psico-Oncología del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid; Miquel Mora, responsable de Acompañamiento Espiritual del Hospital General de Sant Boi, de la Orden de San Juan de Dios, y Josep Maria Via, presidente del Consejo Asesor de Mémora y del Consejo Rector del Parque de Salud Mar de Barcelona.

En muchas ocasiones, el mejor psicólogo disponible para un enfermo en fase terminal es el propio médico, "ya que es quien mantiene una relación más cercana y cargada afectivamente con el paciente", según Die Trill. Pero no es una labor de un único colectivo, siendo necesaria la implicación de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios y de

la propia familia del paciente para, desde esa perspectiva multidisciplinar, tener en cuenta las esferas psicobiológica y espiritual de la persona.

Via enfatiza que "como la resolución no está en el kit básico de herramientas de los profesionales sanitarios, en muchas ocasiones es una cuestión a resolver por quien mejor entienda sobre el tema". En este contexto, Martínez Cuervo apunta que "el equipo multidisciplinar tiene que ser sensible a este tema y, si no lo puede resolver, no hay que limitarse y debe ser capaz de derivarlo al mejor gestor".

Por todo ello, y en cualquier caso, "todos necesitamos herramientas básicas para poder identificar y detectar como mínimo la necesidad de intervenir y, como consecuencia, derivar", apostilla Mora.

Estos expertos, que tienen formación y experiencias profesionales diferen-

ciadas, coinciden en señalar la efectividad y utilidad de la intervención psicosocial, sobre todo por la mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes, pero también de sus familiares y de los propios profesionales.

MUERTE MENOS TRÁGICA
"Al paciente se le ayuda a sentirse mejor consigo mismo y con los demás y a que la muerte sea menos trágica física y psicológicamente. Para el centro, supone demostrar la capacidad de ofrecer una atención y cuidado integral a sus pacientes", señala Die Trill. Martínez Cuervo añade que "esta intervención debe de ser un parámetro más en la valoración de nuestros mayores y, de hecho, en los centros y residencias se aprecia mejor adaptación, participación y desarrollo autónomo de los usuarios. En definitiva, se gana claramente en bienestar". En este esce-

nario, se ha alertado sobre la superespecialización en el ámbito sanitario, "que tiende a olvidar que la persona tiene dimensiones psicosocial y espiritual", expone Via. Por ello, Mora comenta que esta intervención "debe estar integrada dentro de la estructura del centro hospitalario".

A modo de ejemplo, Martínez Cuervo recuerda que en las residencias de mayores existen guías de buenas prácticas y entre las recomendaciones "se incluyen las necesidades psicosociales y espirituales".

Una vez puesto de manifiesto el impacto de esta intervención, se plantea otra cuestión de gran calado, sobre todo en un contexto de crisis económica y recortes: ¿invertir en ella es coste-efectivo? Para Via, este enfoque presenta un problema de base: "Como este tema no está incorporado en la formación de los profesionales y depende de la variabilidad de cada uno de ellos, en la práctica no está previsto formalmente. Se puede considerar que aún estamos en una fase previa de los estudios sobre este tema". En este sentido, aprovecha para reclamar que esa formación quede reglada en las carreras sanitarias.

A partir de esta visión, matiza Die Trill, se puede buscar un análisis en paralelo o por comparación, centrado en estudios documentados sobre el impacto de los problemas psicológicos en los pacientes. "Por ejemplo, en un trabajo sobre personas que iban a cirugías importantes deprimidas o no, se apreciaron menos complicaciones posquirúrgicas en las segundas. Y en las consultas de Atención

Primaria se está viendo a muchos pacientes deprimidos que acuden por síntomas físicos y se les trata farmacológicamente el segundo problema, pero así persiste el psicológico", expone Die Trill.

En esta misma línea, Martínez Cuervo se muestra rotundo al afirmar que "ayudar en el proceso del final de la vida siempre es y será coste-efectivo".

EL PAPEL DE LA FAMILIA
Dentro de los diferentes actores implicados en este proceso, los especialistas valoran de forma muy positiva que los familiares jueguen un papel preponderante. A ello contribuye que las enfermedades crónicas y que requieren paliativos, como el cáncer, son familiares. "De hecho, según mi experiencia, la mayoría de consultas sobre paliativos son de familiares", expone Die Trill. Por ello, es necesario implicar a esos familiares en este abordaje y "los centros debemos ser facilitadores a la hora de trabajar en conjunto las emociones. Ello permite un enfrentamiento diferente y más positivo ante la realidad", aporta Martínez Cuervo.

Con esta perspectiva, se consigue "situar lo que está ocurriendo a un nivel de cotidianidad y de normalidad, lo cual supone siempre un beneficio", confirma Mora, que además recuerda que hay que estar muy pendientes del tema del duelo, "ofreciendo un servicio adecuado durante los dos o tres años siguientes al fallecimiento", y sin que ese periodo se pueda considerar como duelo patológico.

Otro de los aspectos destacados de este tema se centra en la necesidad de acla-

Tres conceptos básicos

Por atención psicosocial se entiende aquella que se encarga de cubrir las necesidades psicológicas y sociales que puede presentar un paciente. Dando un paso más allá, la atención espiritual se centra en intentar responder a cómo las personas buscan y expresan el significado y propósito de su vida y la forma en que viven esa conexión con ellos y con los demás. Y, por último, la atención religiosa se encarga de cubrir las necesidades en materia de las creencias de cada uno, que actúan como una forma de vehiculizar esa necesidad espiritual, según se desprende de las palabras de los expertos interdisciplinarios participantes en el debate.

rar que atención espiritual y religiosa no son sinónimos. Según Mora, "la religión es una forma de vehicular la espiritualidad", pero no debe considerarse que es la única. En este sentido señala que "la insistencia histórica del nacionalcatolicismo de confundir religión con espiritualidad es lo que ha provocado rechazo ante estas ideas". De hecho, precisa que en países como Alemania existen licencias de acompañamiento espiritual, mientras que en España, por el momento, sólo se pueden cursar cursos de posgrado en unas pocas universidades. Para ejemplificar esta situación, Mora ha recordado las últimas novedades sobre el tema en la provincia de Aragón - San Rafael de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. "La orden decidió en su último capítulo, celebrado en abril, potenciar el servicio de acompañamiento espiritual de sus centros. Y para ello se ha optado por que dichos servicios sean coordinados por laicos especialistas en acompañamiento espiritual". Mora señala que, con esta medida, se pretende acabar con "el rol difuso que tenían ante las familias los capellanes que aún coordinaban algunos servicios" y, aunque reconoce que desde los sectores más ortodoxos de la Iglesia se ve mal este cambio, se trata de un período de transición que acabará el día en que "un no católico ocupe el puesto que ostento yo".

CUESTIÓN DE CREENCIAS

Una vez separados los conceptos, los especialistas coinciden en que las creencias religiosas influyen positivamente en el estado anímico de los pacientes que se enfrentan al final de la vida. Según Die Trill, "vemos en el día a día que los pacientes con un sistema de creencias tienen un apoyo fundamental en su proceso, presentando una adaptación psicológica y aceptación de enfermedad y muerte muy superior al resto"; aunque Mora matiza que también puede perjudicar una mala formación religiosa, sobre todo "si hace reaccionar pensando que la enfermedad es fruto de que Dios nos ha castigado o

JOSE MARIA VIA

“ En el proceso final de la vida son fundamentales la calidad de vida y el apoyo psicosocial, psicológico y espiritual. Por ello, hay que tener cuidado con la superespecialización en el ámbito sanitario, que tiende a olvidar que la persona incluye las dimensiones psicosocial y espiritual”



MARIA DIE TRILL

“ El mejor psicólogo es, en muchos casos, el médico, ya que es quien mantiene una relación más cargada afectivamente con el paciente. Por ello, son necesarios unos conocimientos mínimos, que no son patrimonio de los psicólogos, aunque estos ayudan a descargar labor de otros profesionales”



MIQUEL MORA

“ El abordaje multidisciplinar de esa intervención psicosocial es clave y debe estar integrado dentro de la estructura del centro hospitalario. Aunque también hay que tener en cuenta que, en ocasiones, el mejor amigo del enfermo puede ser ya el mejor acompañante espiritual”



FERNANDO MARTÍNEZ

“ El equipo multidisciplinar (de atención al enfermo en el proceso final de la vida) tiene que ser sensible a este tema y el que mejor pueda abordarlo, debe hacerlo. Y si no se puede resolver en equipo, éste tiene que ser capaz de derivarlo al mejor gestor”



abandonado". Por su parte, Martínez Cuervo considera que "la espiritualidad ayuda al margen de la religiosidad de cada uno", además de apuntar que "independientemente de la formación de los profesionales sobre este ámbito, estamos obligados a dar respuesta a ese nivel y del propio centro".

Die Trill reconoce que "por desconocimiento, en muchas ocasiones los profesionales no saben cómo actuar ante reacciones de pacientes o familiares de diferentes confesiones religiosas". Pero existen opciones o mecanismos para minimizar ese impacto. A modo de ejemplo, Via explica que "en el Hospital del Mar, de Barcelona, se incluyeron mediadores culturales por el tema de la inmigración... y al final han resultado un valor añadido en la atención de estos pacientes".

HOSPITAL 'ESPIRITUAL'

Dado que lo psicosocial y lo espiritual están íntimamente ligados, sería lógico pensar en la posibilidad de enlazarlo también con la clínica para alcanzar un auténtico *hospital espiritual*. Para Mora, ello pasa por tener "cierta sensibilidad por la vida y aplicar a la clínica lo que sentimos, de la mejor y más esperanzada forma posible". Desde un punto de vista práctico, se trataría de hacer centros "más humanos", donde sentirse "querido, amado y bien acompañado hasta el final". Para ello, son necesarios "espacios amables" y la existencia de todos los símbolos de las diferentes confesiones, fundamentales para realizar las distintas ceremonias religiosas. Asimismo, "supone normalizar la presencia del representante de cualquier confesión: por ejemplo, que un imán esté igual de bien visto que un capellán en un hospital". Además, reitera que el acompañante espiritual debe ser "cercano" y actuar como puente entre todos los actores, incluyendo a los profesionales sanitarios.

Martínez Cuervo señala, para acabar, que se trataría de seguir en España la filosofía de los *hospice* británicos, que fomentan la unidad y espiritualidad de pacientes y profesionales.

CONCLUSIONES

BENEFICIO COMÚN

La intervención psicosocial al final de la vida reporta una mejor calidad de vida a pacientes, familiares y profesionales. Y a los centros, capacidad de atención integral.

INTERDISCIPLINARIEDAD

La intervención al final de la vida tiene que ser siempre multidisciplinar, implicar a profesionales sanitarios y no sanitarios y tener en cuenta las diferentes esferas de las personas: psicosocial, psicológica y espiritual.

EL MÉDICO

Juega un papel muy importante porque mantiene una relación estrecha e intensa con el paciente. Debe ser sensible a las necesidades del mismo a todos los niveles.

LA FAMILIA

Debe participar en el proceso para contribuir a trabajar en conjunto las emociones y a normalizar al máximo la situación.

ESPIRITUALIDAD

La religión es una forma de vehicular la espiritualidad, pero no la única. Por tanto, no debe considerarse que atención espiritual y religiosa son sinónimos.