

LOS PSICÓLOGOS EN LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PLAN INTEGRAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

PSYCHOLOGIST IN THE PLAN FOR PALLIATIVE CARE OF MADRID REGION

María Antonia Lacasta

Unidad de Cuidados Paliativos Asociación Española Contra el Cáncer / Servicio Madrileño de Salud. Hospital Universitario La Paz.

La elaboración y la implantación del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008 ha representado un importante avance para nuestra comunidad pues establece las pautas de actuación para ese cada vez mayor, número de personas afectadas por una enfermedad en situación terminal cuyas consecuencias afectan a todo el núcleo familiar. En él se definen los Cuidados Paliativos (CP) como “la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es proporcionar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia, el objetivo es el enfermo y no la enfermedad. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de la Unidad familiar, y, si fuera necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo (Subcomité Europeo de CP de la CEE, 5 de mayo de 1991)”. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, redefine el concepto de CP al describir este tipo de atención como: “un enfoque, con el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes

y las familias enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”⁽¹⁾.

Se parte de unas definiciones precisas con las que se remarca claramente la filosofía de los CP y de los elementos por los que están constituidos. Es decir, se establece:

- Un objetivo final, que consiste en proporcionar calidad de vida y alivio del sufrimiento
- Una asistencia total e integral al enfermo y familiares
- La cobertura de las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales
- El equipo multiprofesional (médico, enfermera, auxiliares psicólogo y trabajador social)

Estos elementos “básicos” y “necesarios” de los CP van dirigidos especialmente a afrontar situaciones difíciles o complejas, en las que personas que reciben atención ya sean niños, adolescen-

Correspondencia:

María Antonia Lacasta
Equipo de CP en domicilio-AECC-SERMAS
Hospital Universitario La Paz.
Pº de la Castellana, 261, 28046-Madrid
E-mail: mariantlacasta@yahoo.es

Agradecimientos:

A L.A. Flores por facilitarnos los datos de los directorios de CP SECPAL; A Magdalena Sánchez Sobrino por sus valiosas sugerencias; a los psicólogos y a los Equipos de CP de España y a la A.E.C.C. por su gran colaboración en la aportación de los datos; A la AMCP y a SECPAL por su apoyo. Así como a Juan A. Cruzado por facilitarnos la publicación de todo ello y su disponibilidad siempre. Muchas gracias a todos, sin esta labor conjunta es difícil avanzar.

tes, jóvenes o adultos de cualquier edad (como enfermos o familiares), tienen que hacer frente a un pronóstico de incurabilidad, al proceso de la enfermedad con la sintomatología asociada, al deterioro, a la muerte no deseada y a la falta de preparación para afrontarla. Por todo ello, el sufrimiento generado es de tal intensidad que emerge un intenso flujo de emociones y sentimientos, que por su dificultad en el manejo pueden dar lugar a una desestructuración emocional no sólo en el enfermo sino también en la familia. La complejidad o dificultad de muchas de estas situaciones es la que pone de manifiesto la necesidad del psicólogo en los equipos de CP de forma continua y en coordinación con el equipo^(2,3).

Esta puede ser la razón por la que los datos de los Directorios SECPAL 1998-2004⁽⁴⁻⁶⁾, muestran un aumento significativo como indica la figura 1 (44,91%) de los psicólogos en las diferentes unidades de CP de España.

Para poder comparar el aumento de recursos, se presentan a continuación (tabla 1) los recursos existentes de la Comunidad de Madrid de acuerdo con el Directorio SECPAL, 2004⁽⁵⁾. Y el incremento de recursos (tabla 2) propuesto en el Plan de la Comunidad de Madrid 2005-2008⁽¹⁾.

Ante un plan con claros objetivos definidos de CP, en la que se le da un gran peso a los aspectos emocionales y psicológicos surgen importantes cuestiones o interrogantes, las más importantes de las cuales son las siguientes:

¿Cómo se cubren las necesidades psicológicas si no se aborda la atención específica y especializada de las mismas al no contemplar apenas, la presencia de psicólogos en los equipos? Llama la atención que en los Equipos Domiciliarios del plan de la Comunidad de Madrid, no se contemple la incorporación del psicólogo como otro profesional necesario (tabla 2), más cuando un estudio de las Unidades de CP realizado en España muestra que la mayoría de psicólogos que trabajan actualmente en CP desarrollan su actividad en equipos domiciliarios⁽⁷⁻⁹⁾.

¿Quién va a desarrollar el trabajo continuo del psicólogo en el equipo para atender las necesidades psicológicas, de la unidad familiar y del propio equipo? Y ¿Quién va a realizar la intervención psicológica con técnicas psicológicas? Estas preguntas podrían tener diversas alternativas y diferentes consecuencias, que plantean otras cuestiones:

1. ¿Lo pueden asumir los otros profesionales del equipo? ¿Cuáles

Figura 1. **Cuidados paliativos. Psicólogos directorios SECPAL, 1998-2004**

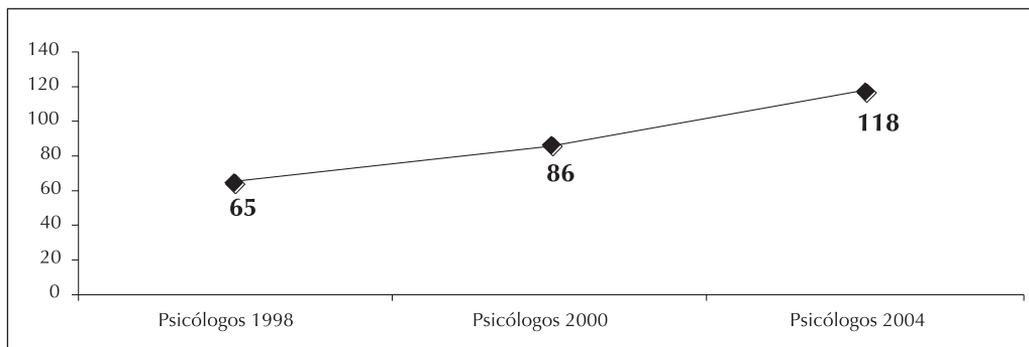


Tabla 1. **Recursos existentes en la Comunidad de Madrid (SECPAL, 2004).**

RECURSOS		PSICÓLOGOS	
6 Equipos Soporte Atención Domiciliaria (ESAD): 12 médicos - 12 enfermeras - 6 auxiliares administrativas		0	
7 Unidades de CP Domiciliarias de la Asociación Española Contra el Cáncer (UCPD-AECC): 7 médicos-7 enfermeras-6 psicólogas-3 trabajadores sociales		6	
Unidad de CP Domiciliarias del Centro la Laguna		1	
Unidad de CP de Agudos (UCPA) del Gregorio Marañón.		1	
Unidad de CP (UCPLME):		1	
Públicas	- La Fuenfría		
	- Virgen de la Poveda		1
	- Guadarrama		0
Privadas / Concertadas	- Fundación San José	1	
	- Hospital San Rafael	1	
	- San Camilo	1	

Tabla 2. **Plan de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Incremento de Recursos⁽¹⁾.**

RECURSOS	PSICÓLOGOS
<u>Equipos Soporte Atención Domiciliaria</u> - <u>Creación 5 ESAD.</u> Áreas 3, 6, 8, 9, 10. 10 médicos 10 enfermeras 5 auxiliares enfermería 5 auxiliares administrativo	0
- <u>Incremento de la dotación de los ESAD.</u> Áreas 1, 4, 7, 11. 4 médicos 4 enfermeras	0
- <u>Creación de 5 Equipos de Soporte Hospitalario (ESH).</u>	0
<u>Pendiente de incrementar:</u> - <u>Creación de 2 Unidades de CP de agudos (UCPA).</u> - <u>Creación de 6 Equipos de Soporte</u>	<u>Pendiente de incrementar</u> 2 0

podrían ser las consecuencias para estos profesionales? Frustración, sufrimiento y aumento de los niveles de burnout, lo que puede un mayor coste para el sistema Sanitario.

2. ¿Las necesidades psicológicas se pueden quedar sin atender? Si así fuera, podría suponer:
 - a) Mayor sufrimiento para el enfermo y sus familiares, así como para los propios profesionales.
 - b) Dificultar el control de otros síntomas.
 - c) No cumplirse el objetivo final de aliviar el sufrimiento, del máximo bienestar, de morir en paz.
 - d) Un detrimento de la calidad asistencial al no realizarse la atención integral que requieren los enfermos y que es el fundamento de los CP.
3. ¿Derivar a un profesional externo al equipo? ¿Qué podría suponer?
 - Una mayor tardanza en valorar e intervenir, cuando sabemos que en estas ocasiones hay que actuar con la mayor rapidez posible porque el tiempo de vida es corto. Durkin, Kearney y O'Siorain⁽¹⁰⁾ explican las consecuencias negativas de no atender en el momento preciso.
 - Una mayor dificultad en la coordinación continua entre los diferentes profesionales para la consecución del objetivo común diario ya que la situación es cambiante.
 - Líneas de actuación distintas

Otros interrogantes que se pueden plantear son: *¿Quién va a realizar la atención al equipo, docencia específica, investigación, y otros objetivos psicológicos descritos en el plan? ¿Se está dejando un vacío en la asistencia?*

Por otra parte, en el Plan de CP de la Comunidad de Madrid, en el apartado 7.2 que corresponde a "Adecuar la dotación de recursos específicos de CP a las necesidades de este tipo de atención" en el subapartado b. "Líneas de actuación", se plantea que "para lograr el objetivo establecido...se propone incrementar los recursos de CP..." (ver tabla 2), incluyéndose también en este apartado la "incorporación de un psicólogo clínico a un ESAD para desarrollar una experiencia piloto"⁽¹¹⁾. En este caso *Si la justificación para este estudio piloto es la necesidad de datos, cabe preguntar ¿Por qué no se utilizan los resultados ya existentes en la bibliografía Nacional e Internacional?*

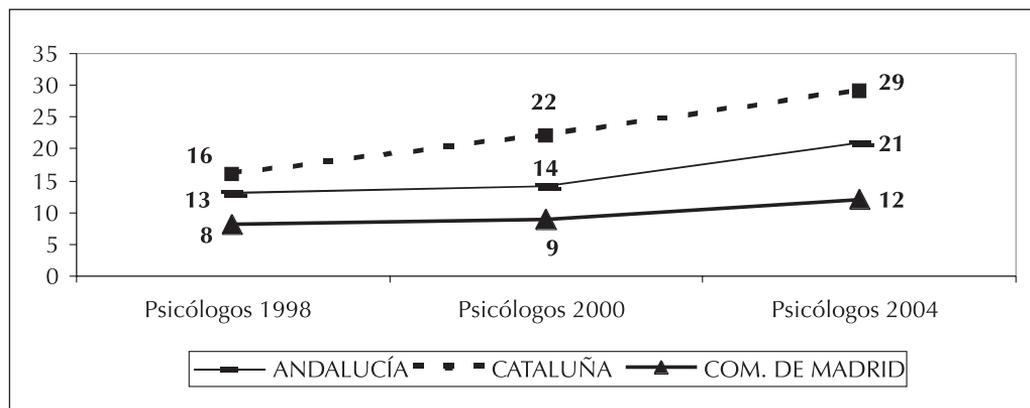
En España, los datos del Directorio SECPAL, 1998-2004⁽⁴⁻⁶⁾, indican no sólo un aumento significativo (44,91%) de los psicólogos en las diferentes unidades de CP (figura 1), sino también en las diferentes comunidades (Figura 2).

Además hay estudios de las Unidades de CP en España⁽⁷⁻⁹⁾ que reflejan la necesidad y por lo tanto el aumento de este profesional en los equipos de CP desde el año 2001 al 2005. Los datos significativos en estos estudios muestran:

1. La disponibilidad de los psicólogos en los equipos

- El 51% de los equipos de CP de España disponen de psicólogo⁽⁸⁾
- El 37% de los psicólogos desarrollan su actividad en equipos domiciliarios⁽⁸⁾.
- El 46% de estos profesionales dedica su jornada laboral completa a programas de CP⁽⁸⁾. Cuando en el año 2001 los datos reflejaban sólo un 9%. Este aumento significativo indica que cada vez se precisa más de este profesional en los equipos de CP.

Figura 2. N° de psicólogos en las unidades de cuidados paliativos.
Directorio SECPAL, 1998-2004



2. Las funciones del psicólogo

- La intervención psicológica con el enfermo y la familia. El 100% de los psicólogos realiza esta función⁽⁸⁾. Esta es la función primordial del psicólogo.
- El asesorar al equipo en temas emocionales con respecto al Enfermo y la familia (80%)⁽⁸⁾. En el año 2001 solamente el 64% de los psicólogos realizaba esta función. Cada vez se da más importancia a estos aspectos que no enseñan en todas las Universidades.
- El apoyo psicológico al equipo y la prevención del burnout (45%)⁽⁸⁾. En el año 2001 sólo desempeñaban esta función el 36% de los psicólogos.
- La coordinación con el equipo (78%) y otros profesionales sanitarios de atención primaria y especializada⁽⁸⁾.
- La docencia (62%)⁽⁸⁾. En el año 2001 el 45% de psicólogos realizaba esta función.
- Investigación (37%) y publicaciones (24%)⁽⁸⁾. En el año 2001 el 30% de los psicólogos realizaba investigación. Y sólo el 18% publicaban.

3. Derivaciones

- El equipo deriva al psicólogo el 51,44% de los casos que atiende anualmente.

¿No muestran los datos la necesidad de este profesional en el equipo de CP?

Además, hay muchos autores y estudios que continúan insistiendo en la necesidad de atender las alteraciones emocionales^(11,12) ya que generan sufrimiento y malestar adicional tanto en el propio paciente como en la familia y dificultan el control de otros síntomas^(13,14). Sin embargo, a pesar de la alta incidencia de alteraciones emocionales⁽¹⁵⁻²¹⁾ un porcentaje elevado de estos pacientes no son valorados por un psicólogo, o no son derivados con el tiempo suficiente para que pueda procederse a una intervención terapéutica eficaz y por tanto no reciben el tratamiento adecuado, aspecto que incide negativamente en el bienestar, la calidad de vida y el sufrimiento del enfermo y de la familia⁽¹⁰⁾.

Nos preguntamos si no sería más eficaz considerar al psicólogo como un

profesional más del equipo, de acuerdo con la filosofía de CP, como se sigue haciendo en las diferentes comunidades, para:

- Disminuir el sufrimiento del enfermo y la familia,
- Aumentar la calidad de vida y el bienestar,
- Facilitar una muerte digna,
- Prevenir el *burnout* de los profesionales,
- Realizar una atención integral con criterios de calidad y
- Desarrollar los programas implantados con eficacia y eficiencia, lo que supondría un ahorro al sistema sanitario y aumentaría la satisfacción percibida por la unidad familiar.

No obstante, tenemos la esperanza, de que la revisión prevista de este Plan de CP⁽¹⁾ y la implantación de recursos adaptándolos a todas las necesidades, especialmente las psicológicas, subsanen las deficiencias actuales y “mejoren la atención de enfermos y familiares al final de la vida” ya que no hay que olvidar que este es el objetivo principal de los CP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008.
2. Lacasta MA. El papel del psicólogo en CP. Infocop. Madrid 1997: 36-7.
3. Lacasta MA. La necesidad del psicólogo en los equipos de Cuidados Paliativos. Sesenta y más, 2006; 247:13.
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Directorio SECPAL 1998. Madrid 1999.
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Directorio SECPAL 2000. Madrid 2001.
6. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Directorio SECPAL 2004. Madrid 2005.
7. Lacasta MA. Análisis de la situación actual de los psicólogos de cuidados paliativos en España. Med Paliat 2001; 8 (4): 199-202.
8. Lacasta MA. Cartera de servicios de cada profesional en el proceso de la enfermedad terminal. Psicología. Med Paliat 2005; 12: 52.
9. Lacasta MA, Rocafort J, Blanco L, Limonero J, Gómez Batiste X. Intervención psicológica en cuidados paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. Med Paliat 2008; 15(1): 39-44.
10. Durkin I, Kearney M, O'Siorain L. Psychiatric disorder in palliative care unit. Palliat Med 2003; 17: 212-8.
11. Puccetti R. La depresión y su incidencia en casos de eutanasia. Diario Médico, 26 septiembre, 2007.
12. Lacasta MA Sánchez M, Nuñez Olarte JM, Gandara del Castillo A, Gómez Batiste X. El psicólogo en los equipos de cuidados paliativos. Med Paliat 2006;13 (1):4.
13. MacReady N. Dying patients need not have depression. Lancet 2002; 355:554.
14. Bayés R. Medicina Paliativa: Psicología y cuidados paliativos. Med Paliat 2005; 12(3): 137.
15. Comas M, Calafell B, Limonero JT, Bayés R. Elaboración de una escala observacional para la evaluación de la depresión en CP. Estudio preliminar. Med Paliat 2004; 11(2):96-101.
16. Vilches Y, Ferré F, Campos L. Utilización del metilfenidato en cuidados paliativos. Med Paliat 2004; 11(2): 107-21.
17. Lloyd-Williams M. Is it appropriate to screen palliative care patients for depression? Am J Hosp Palliat Care 2002; 19(2):112-4.
18. Hopwood P, Stephens R. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality of life data. J Clin Oncol 2000; 18 : 893-903.

19. Payne DK, Massie MJ. Anxiety in palliative care. In: Chochinov H, Breitbart W, editors. Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York: Oxford University press, 2000. p. 63-74.
20. Driver LC, Bruera E. Depression and anxiety. In: Driver LC, Bruera E. The M.D.Anderson Palliative Care Handbook. Houston, Texas: The University of Texas Health Science Center at Houston, 2000. p. 87-93.
21. Wilson K, Chochinov H, de Faye B. Diagnosis and management of depression in palliative care. In: Chochinov H, Breitbart W, editors. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. New York: Oxford University press, 2000. p. 25-49.

