



Tabla de contenidos disponible en [P3-USAL](https://p3.usal.edu.ar)

Revista de Psicología y Psicopedagogía

Página web: <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/issue/archive>



Rol del psicólogo en el acompañamiento espiritual dentro de un equipo de cuidados paliativos *The psychologist role in the spiritual accompaniment inside a palliative care*

Senabre, Nadia Celeste^{1*}

¹ Psicóloga de planta en Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Gral. de Agudos "Dr. José María Ramos Mejía". CABA, Buenos Aires, Argentina.

INFORMACION

Palabras clave:

Rol del psicólogo

Cuidados paliativos

Acompañamiento espiritual

Acompañamiento integral

Enfermedad amenazante o limitante

Keywords:

Role of the psychologist

Palliative care

Spiritual accompaniment Integral

accompaniment Threatening or

limiting disease

*Dirección de e-mail del autor

senabrenadia@gmail.com

RESUMEN

En el siguiente artículo se intentará repensar la especificidad el rol del psicólogo dentro de un equipo de Cuidados Paliativos (CP), en el contexto del acompañamiento integral de pacientes que padecen enfermedades amenazantes y/o limitantes para la vida. Se focalizará en la dimensión espiritual y su abordaje terapéutico.

ABSTRACT

In the following article it is intended to rethink a detailed examination of the psychologist role inside a Palliative Care team (PC), in the context of a comprehensive accompaniment of the patient who suffer from a life-threatening and / or a life-limiting illness. It is focused in the spiritual dimension and its therapeutic approach..

Introducción

Dimensiones del ser humano

Los CP se definen como un modelo de atención que intenta mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida. Este modelo enfatiza la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Dimensión espiritual

Como cualquier otra dimensión de la vida, el costado espiritual suele asomarse en los encuentros con pacientes de CP. Sin embargo, suelo encontrar mucha cautela por parte de mis colegas psicólogos a la hora de profundizar sobre dicha dimensión. La sensación general es que estas temáticas no competen del todo al acompañamiento psicológico, debido a la posibilidad de adentrarse en un mundo plagado de cuestiones religiosas, pensamiento mágico o esoterismo. Sin embargo, lejos de enseñarme con estas ideas simplistas, los pacientes me han enseñado que afrontar una enfermedad de estas características suele implicar un quiebre en la propia existencia. Como recuerdan Redondo et al. (2017): "La espiritualidad no está únicamente relacionada con la experiencia religiosa, sino que está en sintonía con la vertiente más existencial del ser humano".

Benito, Barbero y Dones (2014) consideran que la espiritualidad se constituye bajo tres ejes fundamentales: la dimensión intrapersonal (buscando el sentido de la propia existencia; así como de la armonía entre lo que se anhela, se piensa, se siente, se

dice y se hace), la dimensión interpersonal (buscando amar y ser amado, como también la necesidad de perdón y reconciliación cuando se produce la falta de armonía con personas significativas) y la dimensión transpersonal (buscando la trascendencia más allá de uno mismo; desarrollando la capacidad de apertura a lo sublime o a lo sagrado y no necesariamente con un contenido específicamente religioso).

Por lo tanto, para el acompañamiento integral al que aspira la atención paliativa se debería incluir la dimensión espiritual como un factor relevante dentro del proceso asistencial. Incluirlo permitiría abordar un aspecto esencial del ser humano: el sentido de su existencia. Galindo Ocaña y Hernández Quiles (2012) plantean:

La última parte de la vida de un ser humano constituye sin duda una etapa personal especial y cargada de significado, que se evidencia de manera clara en el caso de las personas que se encuentran en situación terminal. En ellas, al conjunto de síntomas físico-psicológicos, propios de la patología irreversible, se suman vivencias de una gran intensidad emocional y espiritual. Ante estas situaciones, los Cuidados Paliativos (CP) resultan cruciales en el alivio del dolor y del sufrimiento, así como en la atención a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales del enfermo y sus allegados; suponen sin duda un apoyo fundamental para el paciente, en tanto le permiten llevar una vida digna hasta el final.

Durante el proceso adaptativo que implica enfrentarse con una enfermedad limitante para la vida, el ser humano tendería a atravesar un proceso de revisión constante de su propia existencia. Lo antedicho implica poner en cuestión (y en práctica) aquellos sistemas de creencias, vínculos, modalidades de afrontamiento y recursos que se han construido a lo largo de la vida. Muchas veces, estos pueden

funcionar como factores protectores (por ejemplo, favoreciendo la adaptación del paciente a los cambios que implica la enfermedad, al deterioro físico, a la pérdida de independencia, de su nuevo rol social y familiar, etc.); mientras que otras veces se consolidan como factores de riesgo (por ejemplo, cuando dichas creencias entran en conflicto y desencadenan sufrimiento en el paciente). Lo antedicho es sumamente subjetivo, puesto que una persona que se considera religiosa puede utilizar estas creencias como un factor protector, por ejemplo: sosteniendo que la enfermedad tiene un sentido superior (como podría ser un aprendizaje para su alma o un designio divino). Por otra parte, puede funcionar como factor de riesgo, por ejemplo: la persona puede asegurar fervientemente que, pase lo que pase, Dios lo va a curar de la enfermedad.

Por otra parte, el contacto menos velado con la muerte enfrentaría al ser humano con una crisis vital que pondría en marcha una serie de preguntas espirituales y existenciales: ¿Por qué me tocó a mí esta enfermedad en particular?; ¿por qué en este momento de mi vida?; ¿qué decisiones debo tomar (sobre el trabajo, cuestiones médicas, decisiones familiares, entre otras)?; ¿cuál es el sentido de la vida y de la muerte?; ¿qué debo aprender de esta situación?; ¿qué quiero y puedo dejarles a mis seres queridos?; ¿cómo me gustaría ser recordado?; entre otras. En los encuentros terapéuticos, muchos pacientes traerán consigo estas preguntas e intentarán responderlas con su bagaje de creencias y experiencias previas.

Duelo sobre duelo

Según mi experiencia profesional, la proximidad a la muerte desafiaría al ser humano a enfrentar la mayor cantidad de duelos superpuestos en un lapso corto de tiempo. Si uno lo piensa con detenimiento, el proceso de enfrentar una enfermedad terminal implicaría aprender a soltar absolutamente todo lo que se conoce: los roles sociales, los vínculos que se han construido, los objetos materiales que se han acumulado, los proyectos a futuro, el propio cuerpo, la independencia, la identidad, etc.

También es importante recordar que un nuevo duelo recordará los duelos anteriores; y es por eso que esta etapa supone revivir y repensar las pérdidas pasadas y la manera en que se han atravesado dichas experiencias. No siempre el balance final es percibido por el paciente como positivo (es decir, no todas las personas han podido realizar procesos adaptativos de sus pérdidas anteriores). Por eso mismo, esta última crisis vital podría devenir un momento para profundizar dichas vivencias y crecer espiritualmente.

¿Quién puede acompañar la dimensión espiritual?

Algunos especialistas en CP plantean que el rol del psicólogo es “fundamental a la hora de guiar a la persona en la búsqueda de satisfactores de necesidades espirituales que aparezcan en esta situación” (Breitbart, 2002). Otros expertos, como Centeno Cortés et al. (2009), plantean que Algunas personas piensan que el apoyo espiritual es tarea de capellanes y sacerdotes o, en su caso, de profesionales comprometidos con la religión. Es un error. El apoyo espiritual es tarea de todos los que cuidan, tengan o no convicciones religiosas; sientan o no una espiritualidad viva. Los cuidados paliativos incluyen atender profesionalmente al sufrimiento espiritual tengamos o no capellanes a mano.

Personalmente no coincido totalmente con la idea de que la posición del psicólogo sea la de “guiar” al paciente, sino que considero que su función estaría más próxima a la de facilitar que estas preguntas existenciales y espirituales puedan tener lugar y encuentren la posibilidad de ser expresadas y profundizadas.

En términos generales, creo que cualquier persona que esté dispuesta a escuchar con respeto y humildad estaría en posición de acompañar a otra en esta dimensión. Dicho acompañamiento debería

sostenerse en el respeto por las creencias de la persona (ya sean religiosas, esotéricas, existenciales, etc.), debido a que siempre estarán atravesadas por una vulnerabilidad humana que nos equipara y asemeja con el paciente enfermo.

Sin embargo, aquella persona que asuma esa función deberá estar advertida que dicho acompañamiento suele ser una tarea compleja, porque confronta con la propia finitud. Galindo Ocaña y Hernández Quiles (2012) plantean que trabajar en CP nos invita a reflexionar sobre nuestras propias creencias, actitudes y miedos ante la muerte. Consideran que, sin este proceso previo, difícilmente se puede abordar con profesionalidad una relación empática con el paciente con una enfermedad en fase terminal y su familia. Con humildad, extendiendo lo antedicho a cualquier persona que ocupe ese lugar (sea profesional, familiar, voluntario, etc.).

Escucha compasiva

A partir de mi recorrido formativo y profesional, he descubierto que una actitud y escucha compasivas suelen favorecer el vínculo terapéutico. Muchas veces se asocia el término “compasión” con sentir pena o lástima por otra persona. Sin embargo, no es la definición con la que abordo este artículo ni tampoco los acompañamientos terapéuticos. Retomo una frase de Stephen Levine que resume mi pensamiento: “Cuando tu miedo toca el dolor del otro, se convierte en lástima; cuando tu amor toca el dolor del otro, se convierte en compasión”.

En el presente artículo, se entiende el concepto de compasión a partir de una lectura budista del término. El monje Sogyal Rimpoche plantea:

[la compasión] No es solo una sensación de lástima o interés por la persona que sufre, ni es sólo un afecto sincero hacia la persona que tienes delante, ni un claro reconocimiento de sus necesidades y su dolor; es la determinación sostenida y práctica de hacer todo lo que sea posible y necesario para contribuir a aliviar su sufrimiento. (2014).

Por lo tanto, la posición compasiva implicaría un sentimiento que sigue a una acción. Es decir, sería el eco emocional del sufrimiento y la respuesta ética/profesional que intentaría aliviarlo. En definitiva, conllevaría “alinear el corazón, la mente y el actuar profesional” (Centeno Cortés, 2017). (Se define como empatía en acción).

Especificidad del psicólogo ¿qué podría aportar una mirada “psi”?

Se podrían considerar algunas diferencias del rol del psicólogo respecto a otros profesionales, familiares, voluntarios y/o acompañantes religiosos en la escucha de un paciente que atraviesa este momento vital. En primer lugar, el psicólogo suele contar con cierto entrenamiento respecto a una escucha activa, y posiblemente habrá desarrollado la capacidad de alojar el sufrimiento humano (la cual se encontrará sostenida por la teoría que la sustente: teorías de estructuración subjetiva, teorías de la mente, etc.). Suele también acompañar la búsqueda de un significado personal (de la vida y la muerte) y no atemorizarse tan fácilmente frente a la falta de respuestas y/o contradicciones que se presenten. Es posible que profesionales con esta formación intenten facilitar y sostener la apertura de un espacio de incertidumbre ante la falta de respuestas certeras respecto a que lo vendrá en el transcurso de la enfermedad y luego de la muerte. Sin embargo, lo más importante es que buscará, en la medida de lo posible, sostener un fino equilibrio entre no “desarmar” del todo a la persona (ni las creencias que ayudan a atravesar esta etapa) y

habilitar cierto margen de apertura para la búsqueda de algún significado más profundo.

Por otra parte, tendrá también un mayor entendimiento de los procesos psíquicos particulares de aquellos pacientes con diagnósticos y antecedentes por salud mental que puedan enlazarse con esta etapa vital (por ejemplo, probablemente no será lo mismo el acompañamiento de una persona con un diagnóstico de trastorno por pánico o consumo problemático de sustancias que atraviesa una amenaza real de su propia existencia). Por último, tendrá mayor capacidad para detectar y acompañar procesos de duelos complicados en los familiares y allegados de los pacientes.

Al fin y al cabo, quizás, en nuestro rol como psicólogos deberíamos intentar acompañar y facilitar los procesos de adaptación a la enfermedad, revisando junto al paciente aquello que le permita repensar su propia historia y dar un sentido final a su existencia.

Referencias bibliográficas

Taylor, A. (1989) *Acqua in ted with the Nigth: A Year in the Frontiers of Death*. Fontana.

Benito, E., Barbero, J. & Dones, M. (2014). *Espiritualidad en Clínica Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. SECPAL.

Breitbart, W. (2002). *Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cáncer*. *Support Care Cancer*, 272208. 10.1007/s005200100289 Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s005200100289>

Centeno Cortés, C. (2017). *Compasión. Corazón del ejercicio de la medicina*”. *Anales Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, (54), 289-294.

Centeno Cortés, C., Gómez Sancho, M., Nabal Vicuña, M. & Pascual López, A. (2009). *Manual de medicina paliativa*. Editorial EUNSA.

Galindo Ocaña, F. & Hernández Quiles, C. (2012). *Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos*. Editorial Grunenthal.

Redondo Elvira, T.; Ibañez del Prado, C. & Barbas Abad, S. (2017). *Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos*. *Clínica y Salud*, 28(3), 117-121. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>

Sogyal Rimpoché (2014). *El libro tibetano de la vida y la muerte*. Ediciones Urano.