



Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

“Especialización en Psico-Oncología”

Estudio de Caso

“Impacto de la migración en pacientes oncológicos en la búsqueda de tratamientos”

“Caso Ana”

¿Cómo impacta la migración en los pacientes oncológicos cuando se trasladan por la búsqueda de tratamientos médicos para su enfermedad?

Lic. Diego Viola

Tutor de Contenidos: Lic. Daniela Berdinelli
Orientación Metodológica: Lic. Esp. Carina Ponce.

Directora: Dra. María Bosnic.

31 de Mayo de 2012
Buenos Aires-Argentina

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I	
MARCO TEORÍCO	
1.1. Aspectos generales sobre cáncer y linfoma de hodking	9
1.1.a. Cáncer: definición	9
1.1.b. Linfoma de hodgkin	11
1.2. Cáncer y cultura:	
1.2.a. Factores que influyen en la salud	14
1.2.b. Influencia de la cultura en el cáncer	14
1.3. Cáncer y familia:	
1.3.a. La experiencia del cáncer en el paciente y su familia	18
1.3.b. Reacciones en la familia	19
1.4. Cáncer y migración:	
1.4.a. La vulnerabilidad del paciente que migra	20
1.4.b. Consecuencias de la migración	23
1.5. Cáncer y afrontamiento	
1.5.a. El paciente y el afrontamiento al estrés.	24
1.5.b. Estrategias de afrontamiento	27
1.5.c. Instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer	29
1.6. Intervención psicológica en el enfermo con cáncer	
1.6.a. Enfoque cognitivo-conductual.	31
1.6.b. Tratamiento psicológico adyuvante: "TPA"	32
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1 Problema	36

CAPITULO III	
OBJETIVOS	
3.1 Objetivo general	37
3.2 Objetivos específicos	37
CAPITULO IV	
PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO	
4.1 Descripción del caso	38
4.2 Genograma	39
4.3 Historia de la enfermedad	40
CAPITULO V	
ASPECTOS METODOLÓGICOS	
5.1 Criterio de selección del caso	42
5.2 Métodos de recolección de datos	42
5.3 Instrumento de evaluación	43
CAPITULO VI	
DESCRIPCIÓN DEL CASO	
6.1 Contexto del acompañamiento psicooncológico	45
6.2 Selección de entrevistas psicoterapéuticas	45
CAPITULO VII	
ANÁLISIS DEL CASO	
7.1 Análisis del caso Ana	50
7.2 Resultados y análisis del cuestionario CAEPO	53
CONCLUSIONES GENERALES	55
ANEXO	59
Referencias bibliográficas	63

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se redacta como requisito para la acreditación de la Especialización en Psico-Oncología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales "UCES".

Se trata del análisis de un caso clínico a partir del material obtenido en la exploración bibliográfica relacionada con *el impacto que se produce en el paciente oncológico al tener que migrar por la búsqueda de tratamientos médicos adecuados a su enfermedad.*

Cada vez es más común ver pacientes que se trasladan a otros países o ciudades alejándose del lugar de residencia familiar para recibir tratamiento médico a su enfermedad. Generalmente van acompañados de algún miembro familiar que asume la responsabilidad de ayudarlo y cuidarlo durante su tratamiento. Los mismos tienen que recorrer grandes distancias y su economía familiar se ve gravemente afectada por los gastos del viaje.

Además de viajar para recibir un tratamiento doloroso, son alejados de su hogar y de su entorno, causándoles un enorme desarraigo, tanto físico como emocional.

En la mayoría de los casos la migración se debe a la ausencia de recursos médicos disponibles, falta de preparación de los profesionales de la salud, carencia de instrumentos, medicamentos o insumos adecuados para el tratamiento de pacientes oncológicos.

Por otra parte, como lo formulan Camacho, Lage, Cabanas, Pena, Rodríguez, Rozas, Trigo y Valdez (2004), es posible que el ingreso hospitalario produzca en los pacientes, una serie de desajustes sociales, familiares, emocionales y educativos. Particularmente, en el caso de los pacientes oncológicos, la eventualidad de una hospitalización prolongada, puede llegar a provocar una ruptura con su entorno social, con la familia extensa, con sus amigos cercanos, compañeros, etc.

En definitiva, se quiebra de forma temporal lo que constituye su ritmo de vida cotidiano a consecuencia de la migración. Siguiendo la misma línea, los autores afirman que el solo hecho de permanecer en el hospital exige un proceso de adaptación a un medio extraño. Se ven obligados a interactuar en un espacio diferente al que están acostumbrados, donde cambian las normas, los horarios, las personas y se convive en forma permanente con instrumentos médicos.

González (2004), menciona que ante todo cambio la persona presenta estrés, el mismo irrumpe de manera negativa en la vida del afectado. Y estos cambios repentinos y drásticos, tales como los daños en la imagen corporal, los dolores, las consecuencias del tratamiento, la hospitalización, etc., que se producen en la vida del enfermo oncológico y su familia, son los causantes.

Todo esto, junto con los largos espacios de tiempo vacío y el afrontamiento de pruebas diagnósticas y tratamientos, hacen de esa estancia hospitalaria un período de riesgo psicosocial tanto para el paciente, como para su familia, pudiéndose convertir en un período de crisis a consecuencia del estrés.

Pero son los factores culturales que influyen en la valoración que la persona le dé a la enfermedad, además del tipo de personalidad de cada uno y los recursos que utiliza para hacerle frente a la situación difícil que atraviesa, y a esos recursos se los conoce como las estrategias de afrontamiento que cada uno utiliza para conseguir una adaptación a la enfermedad y su tratamiento.

Asimismo, Serradas Fonseca (2004), afirma que la enfermedad afecta de forma inmediata a la persona que la padece, pero también a las personas que con el enfermo convive.

Por otra parte, resulta importante destacar antecedentes que se relacionan con el impacto de la migración en pacientes que tienen cáncer y que no cuentan con los medios sanitarios para ser tratados en su lugar de origen, son escasas.

Al respecto se cuenta con una investigación realizada por Die Trill (2003), la cual fue utilizada como referencia bibliográfica de base para la elaboración de este trabajo. La misma, señala la influencia de la cultura en el cáncer y describe algunos aspectos importantes como las atribuciones causales al cáncer, el rol de la familia en el cuidado del paciente, el proceso de transmisión de información médica, las actitudes ante el dolor, las actitudes ante la muerte y los rituales de duelo.

Estos aspectos son importantes en relación a las diferencias culturales, debido a que cada uno tiene una manera específica para desenvolverse ante la enfermedad y se diferencian unos con otros cuando en el hospital o lugar de tratamiento se juntan pacientes provenientes de distintos lugares o países.

Además, su investigación pretende concienciar al personal sanitario de la necesidad de comprender al enfermo oncológico culturalmente distinto ya que vivimos en una época en la que la creciente tasa de migración obliga a algunos a tratar su enfermedad en entornos culturales diferentes a aquellos de los que proceden.

Existe también una investigación sobre migración y salud, de Arbeláez Rudas (2006), la cual hace referencia a la diversidad cultural. El autor menciona algunos aspectos importantes que influyen en el enfermo, como la dificultad en el lugar de acogida, el error en la comunicación por las diferencias lingüísticas, las concepciones acerca de la enfermedad y la salud, etc.

Estos resultados demuestran que las diferencias culturales que se observan en los pacientes que migran de otro lugar para conseguir tratamiento médico a la enfermedad, de alguna u otra manera impactan en su salud física y emocional, además de los problemas ocasionados por el desarraigo.

Hernández, Lorenzo y Loris Nacif (2009), han publicado una investigación sobre el impacto emocional: cáncer infantil-inmigración, demostrando que en el medio hospitalario cada vez existe más cantidad de pacientes extranjeros, con peculiaridades culturales y características sociales que son asistidas dentro del ámbito de salud tanto en atención primaria, como especializada.

A la vulnerabilidad propia del paciente oncológico que migra, se le suma en muchas ocasiones, las dificultades económicas, psicológicas y familiares que van ligadas a una enfermedad tan dura como el cáncer. Los mismos autores en su investigación, han señalado a la migración como un factor de riesgo para la salud debido a la situación de alta vulnerabilidad bio-psico-social en que se encuentra cuando se migra y vuelve frágiles a estas personas.

Otros investigadores se han preocupado por la forma en que este tipo de personas, a pesar de la dificultad que les toca vivir, hacen frente a la enfermedad. Cruzado (2010), plantea las estrategias de afrontamiento al estrés que produce la migración y señala cuáles son las más comunes que utilizan los pacientes oncológicos desde el momento del diagnóstico hasta la fase final.

En el presente estudio de caso, se presentará un caso clínico característico con la temática del trabajo. Se trata de "Ana", de 18 años de edad, paraguaya, de escasos recursos económicos, proveniente de una ciudad lejana a la capital de ese mismo país, de donde tuvo que migrar para comenzar el tratamiento médico al linfoma de Hodgkin que padece.

Para el análisis del caso se tomarán fragmentos de entrevistas con Ana y se las articulará con la teoría que se presentará en el marco teórico. Además se darán a conocer los resultados del cuestionario aplicado, "CAEPO"¹, que se encarga de indagar a cerca de las estrategias de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

El objetivo general del presente trabajo, será, caracterizar lo que produce, en el paciente oncológico, el traslado a otro lugar geográfico en la búsqueda de tratamientos médicos.

Para su elaboración se realizó una investigación bibliográfica a partir de libros, artículos, revistas, enciclopedias y páginas web referidas al tema planteado.

Este trabajo está compuesto por siete capítulos, en el primero se expondrá el marco teórico. Allí se desarrollará la teoría expuesta de manera explícita haciendo referencia a la migración del paciente oncológico y se presentará la información que los autores han escrito al respecto.

En los subcapítulos que conforman el marco teórico estarán incluidos temas principales como: el cáncer, su caracterización y el linfoma de hodgkin ya que el mismo es el tipo de cáncer hematológico que afecta a la paciente del caso clínico elegido para este trabajo.

Otro tema planteado es la manera en que la diversidad cultural influye en varias áreas de la enfermedad y en su relación con la misma y con las personas que forman parte del proceso como el personal sanitario y la familia. Además se mencionarán aspectos de la migración en los pacientes que tienen cáncer y que no cuentan con los medios para tratar a la enfermedad en su lugar de residencia, donde se ven obligados a la búsqueda de nuevos lugares para llevar a cabo el tratamiento.

Por medio del sondeo de estos temas, en los siguientes, se dará a conocer como el estrés irrumpe en los pacientes con cáncer y su familia, por los cambios que generan la misma enfermedad y más aun si la migración se interpone de manera obligatoria por la falta de recursos disponibles.

Además, se desarrollará la forma en que estos pacientes hacen frente a su enfermedad y al proceso de migración, por medio de la utilización de las estrategias de afrontamiento.

¹ CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos. González (2004).

Y por último una revisión sobre la intervención psicológica en los pacientes oncológicos, al cual se le dará un enfoque cognitivo-conductual, ya que existen distintas formas de tratamientos psicológicos, pero este método, ha demostrado efectos positivos consistentes para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico en el paciente oncológico.

En el segundo capítulo se expondrá el planteamiento del problema con la interrogante que engloba al trabajo. Y en el tercer capítulo se expondrán el objetivo general y los objetivos específicos.

El cuarto capítulo, presentará el caso clínico, dando a conocer como está compuesto el círculo familiar de la paciente, además se expondrá la historia de la enfermedad.

El quinto capítulo estará compuesto por los aspectos metodológicos e incluirá el criterio de selección del caso, la manera en que se recolectaron los datos y los resultados del instrumento de evaluación.

En el sexto, se hará una transcripción textual, poniendo en detalle el motivo de consulta, la historia personal, fragmentos de las entrevistas y el abordaje psicoterapéutico realizado con el paciente.

El séptimo y último capítulo estará compuesto por el análisis del caso clínico, poniendo énfasis en demostrar la relación que hay entre el caso elegido y la teoría que sustenta a este trabajo.

En el apartado final, se presentarán las conclusiones generales del trabajo donde se expondrá el alcance de los objetivos y la interrelación del caso clínico con el marco teórico. Finalmente se presentará la bibliografía utilizada y el formato del cuestionario CAEPO en el anexo del trabajo.

Por lo tanto, esta investigación pretende informar de que manera impacta el traslado a otro lugar en la persona afectada por el cáncer y cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan para hacerle frente a la enfermedad.

Poner a disposición de los profesionales y/o instituciones, que trabajan con personas afectadas por el cáncer sería ideal para que puedan tener conocimiento de la dificultad y brindar apoyo y asistencia psicosocial con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos.

Debido a la cantidad de personas que deben migrar por padecer cáncer, resulta importante indagar sobre cuáles son las estrategias utilizadas para afrontar día a día el impacto de la migración.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. Aspectos generales sobre cáncer y linfoma de hodgkin

1.1.a. Cáncer: definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define al cáncer como un conjunto de enfermedades en la cual el organismo produce un exceso de células malignas. Esta enfermedad puede afectar a personas de todas las edades, causando un gran deterioro físico, psicológico y social. Además es responsable de un importante número de muertes por año a nivel mundial.

Cruzado (2010), manifiesta que el cáncer se caracteriza por la proliferación anormal de células que tienen la capacidad de diseminarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y por metástasis.

- La invasión se refiere a la migración y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido.
- La metástasis se produce cuando las células cancerosas circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo.

El mismo autor señala los tipos de cáncer más comunes y menciona que los mismos difieren en función del género y de la edad. En los hombres el más frecuente es el de próstata y en las mujeres el de mama. El cáncer de pulmón y el colorrectal son el segundo y el tercero respectivamente para ambos sexos.

Además, los diferentes tipos de cáncer se pueden comportar de maneras muy distintas. Por ejemplo, el cáncer de pulmón y el de seno son dos enfermedades muy diferentes, crecen a velocidades distintas y responden a distintos tratamientos. Por esta razón, las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico a la clase particular del cáncer que les afecta.

Cruzado (2010) señala que son numerosos tipos de cáncer, pero los más comunes son los siguientes:

- Carcinomas: muy común, proviene de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo. Los más frecuentes son el cáncer de pulmón, de mama y colon.
- Sarcomas: provienen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo como el hueso, el cartílago, el tejido conectivo, el músculo y la grasa.
- Leucemias: son cánceres de células inmaduras de la sangre producidas en la médula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo.
- Linfomas: se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico. A continuación se desglosa en profundidad ya que este tipo de cáncer es el que padece la paciente del caso clínico del trabajo.

Son numerosos los síntomas físicos asociados al cáncer y sus tratamientos, el mismo autor, confirma que los mismos afectan a la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y sus familiares. Los más comunes son: dolor, astenia, problemas respiratorios, linfedema, problemas cognitivos, dificultades de comunicación, infertilidad, olores, náuseas y vómitos, deficiencias nutricionales, síntomas orales, incontinencia, problemas de funcionalidad, etc.

Por otra parte, los factores de riesgo son diferentes para cada tipo de cáncer, tales como el tabaco, dieta, alcohol, drogas, exposición a sustancias tóxicas y al sol, infecciones, alteraciones genéticas, etc., y los mismos podrían evitarse si las personas adoptasen hábitos de comportamientos saludables.

Cruzado (2010), menciona los métodos de diagnóstico que habitualmente se solicitan para poder diagnosticar un cáncer:

- Radiografía
- Tomografía axial computada (TAC)
- Resonancia nuclear magnética (RM)
- Ecografía
- Gammagrafía ósea o rastreo óseo
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Endoscopias
- Análisis de laboratorio

Con estas pruebas, se obtendrá el análisis anatomopatológico, por lo cual será posible realizar el diagnóstico completo y clasificar la enfermedad según la etapa de evolución en que se encuentra y, en consecuencia, planificar el tratamiento.

Y los tratamientos principales del cáncer según Cruzado (2010) son:

- Cirugía: consiste en la extirpación del tumor y/o tejido de la zona afectada.
- Quimioterapia: es el empleo de fármacos para destruir las células neoplásicas. Se puede utilizar un solo fármaco o combinando varios tipos.
- Radioterapia: consiste en la utilización de radiaciones para destruir las células tumorales.
- Hormonoterapia: se utiliza principalmente en aquellos tumores que dependen de hormonas para su crecimiento ya que este tratamiento impide que las células cancerosas utilicen la hormona que necesitan para crecer.
- Inmunoterapia: consiste en la estimulación del sistema inmune para que desencadene una respuesta y aumente las defensas ante el tumor.

Si bien el cáncer puede afectar a cualquier persona, el riesgo de ser diagnosticado con cáncer aumenta con la edad, debido a que la mayoría de los cánceres requiere muchos años para desarrollarse.

Farberman (2010), menciona que con el avance de los estudios científicos y la creación de protocolos de tratamiento que utilizan quimioterapia, radioterapia, cirugías y estrategias preventivas de recidivas, ha aumentado la tasa de supervivencia de personas que padecen cáncer.

Arranz, Ulla y Coca (2003), comentan que en los años sesenta las personas diagnosticadas con cáncer hemato-oncológico tales como las leucemias y linfomas, fallecían a los seis meses luego de ser diagnosticados. Hoy en día gracias a los avances en los tratamientos, se logró una mayor supervivencia.

Los mismos autores mencionan que a pesar de los avances realizados, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hemato-oncológicas continúan caracterizándose, en gran medida, por la imprevisibilidad de su evolución y por la incertidumbre de su desenlace, situación que genera una fuerte implicación psicológica del paciente, su familia y en el personal sanitario involucrado.

1.1.b. Linfoma de hodgkin

La Sociedad Americana del Cáncer (2012), describe al linfoma de hodgkin como una enfermedad hemato-oncológica, que se origina en los glóbulos blancos, llamados linfocitos. Los linfocitos son parte del sistema inmunológico del organismo.

El linfoma de hodgkin puede originarse en cualquier parte del cuerpo, con más frecuencia en la parte superior como el tórax, el cuello o debajo de los brazos, es así que este cáncer del tejido linfático se encuentra principalmente en los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado, la médula ósea, el timo, el tracto digestivo y otros sitios.

El linfoma de hodgkin se clasifica según su apariencia en el microscopio, ya que puede crecer y propagarse de manera diferente. Los tipos en que se clasifica son:

- Linfoma de hodgkin clásico: representa alrededor del 95% de todos los casos de linfoma de hodgkin. Tiene cuatro sub-tipos, los cuales todos tienen la apariencia clásica de células Reed-Sternburg. 1- Con esclerosis nodular, 2- Con celularidad mixta, 3- Con predominio linfocitario, y 4- Con depleción linfocitaria.
- Linfoma de hodgkin con predominio linfocitario nodular: representa alrededor del 5% del linfoma de hodgkin. Puede presentarse a cualquier edad, y es más común en los hombres que en las mujeres. Este tipo afecta usualmente a los ganglios linfáticos en el cuello y debajo del brazo. Contiene células grandes, llamadas a menudo células popcorn (ya que lucen como palomitas de maíz), las cuales son variantes de las células Reed-Sternberg. Bajo el microscopio, se observa un patrón de hojas de linfocitos agrupadas en ganglios.

Los mismos señalan que este tipo de cáncer ocurre tanto en los niños como en los adultos, pero afecta muy poco a niños menores de 5 años ya que solo se diagnostica del 10% al 15% en niños y adolescentes.

Se presenta con más frecuencia en la adultez temprana desde los 15 a los 40 años, especialmente en las personas de 20 a 29 años de edad. El subtipo esclerosis nodular es el que se presenta principalmente en esta población, y en la adultez tardía, después de los 55 años, el subtipo de celularidad mixta es el más común.

Todos los tipos de linfoma de hodgkin son malignos (cancerosos) porque, a medida que crecen, pueden invadir y destruir el tejido normal, e incluso propagarse a otros tejidos.

Existen además ciertos factores de riesgo que pueden hacer que una persona sea más propensa a padecer linfoma de hodgkin, tales como:

- Infección con virus de Epstein-Barr (mononucleosis): el riesgo en las personas que han padecido mononucleosis infecciosa, es mayor que en las personas que no han padecido esta enfermedad.
- Edad: es más común en la adultez.

- Sexo: ocurre con mayor frecuencia en hombres.
- Geografía: no es muy común en asiáticos.
- Antecedentes familiares: los hermanos de personas jóvenes con esta enfermedad tienen un mayor riesgo. por ejemplo el riesgo es muy alto en un gemelo idéntico de una persona con linfoma de hodgkin. No obstante, el vínculo familiar sigue siendo poco común, y sólo se observa en alrededor del 5% de todos los casos.
- Infección con VIH: el riesgo aumenta en personas infectadas con VIH/sida

El primer signo del linfoma de hodgkin a menudo es la inflamación de un ganglio linfático que aparece sin una causa conocida. La enfermedad se puede diseminar a los ganglios linfáticos adyacentes y posteriormente se puede propagar al bazo, al hígado, a la médula ósea u otros órganos. Se desconoce la causa.

Los síntomas más comunes son: fatiga, fiebre y escalofríos intermitentes, prurito inexplicable en todo el cuerpo, inapetencia, sudores fríos con empapamiento, inflamación indolora de los ganglios linfáticos del cuello, las axilas o la ingle (ganglios linfáticos inflamados), pérdida de peso inexplicable.

En cuanto al tratamiento del linfoma de hodgkin, los dos métodos principales para tratar la enfermedad son la quimioterapia y la radioterapia. Dependiendo de la situación, el mejor método puede incluir el uso de uno o ambos de estos tratamientos. Además según cada caso se utiliza como parte del tratamiento, la cirugía, el trasplante de médula ósea y anticuerpos monoclonales en caso de necesidad.

Debido a los avances de los tratamientos, las tasas de supervivencia han mejorado en las últimas décadas en esta patología. Actualmente, la tasa supervivencia relativa a un año para todos los pacientes diagnosticados con Linfoma de Hodgkin es alrededor de 92%; las tasas de supervivencia a 5 años y 10 años son alrededor de 85% y 81%, respectivamente. Ciertos factores de riesgo, tales como la etapa o estadio de la enfermedad y la edad de la persona afectan a estas tasas.

Arranz, Ulla y Coca (2003), señalan que el diagnóstico y tratamiento de un linfoma de hodgkin, desestructura la vida del paciente y de su entorno, encontrándose sometido bruscamente a importantes cambios amenazadores, en los que se encuentran la situación de dependencia, los efectos secundarios de los tratamientos, los cambios en la imagen corporal, la pérdida del trabajo o de ciertas capacidades funcionales, e incluso el afrontamiento a la propia muerte.

1.2. Cáncer y cultura

1.2.a. Factores que influyen en la salud

Siegel, Cokkinides, Jemal y Ward (2011), señalan que los factores económicos, sociales y culturales influyen en la incidencia y supervivencia del cáncer.

La situación socioeconómica, determinada por los ingresos y el nivel educativo de la persona, es un factor importante ya que afecta tanto la salud como la longevidad. El nivel socioeconómico de la persona afectada por el cáncer influye en la enfermedad, debido a que por medio de este factor se consigue el acceso al seguro médico, a la atención preventiva, a la detección temprana y al tratamiento.

También influye el deficiente acceso geográfico a los servicios sanitarios y la falta de transporte para desplazarse a las citas médicas.

Los factores culturales tales como, el idioma, las creencias, valores y tradiciones influyen de manera directa en los factores de riesgo, conductas relacionadas con la salud, creencias relativas a enfermedades y enfoques de la atención médica.

Otros factores, como el medio ambiente, los factores genéticos, el estado de salud y los factores psicológicos también influyen considerablemente en la carga que el cáncer impone en la población.

1.2.b. Influencia de la cultura en el cáncer.

Die Trill (2003), define a la cultura como un conjunto de normas aprendidas de comportamientos, creencias y valores que son compartidos por un grupo social. Justamente, son ellos los que proporcionarán una identidad y un marco de referencia, desde el cual sus integrantes podrán interpretar la realidad.

La misma autora menciona que la cultura influye en los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad de maneras que operan fuera de nuestra conciencia. Moldea las reacciones a la enfermedad, al tratamiento y la adhesión a este. Influye además en la relación que mantienen médico y paciente, en el significado que se le atribuye a los síntomas físicos, etc.

Por lo tanto, el papel de la cultura es fundamental en el proceso salud-enfermedad, más aun en el caso del cáncer, ya que el mismo es temido en prácticamente todas las sociedades. Pero son las actitudes y los comportamientos que se exponen en esta enfermedad las que varían realmente entre los individuos, traspasando las barreras geográficas y culturales.

Según Martínez y Leal (2003), cada contexto sociocultural tienen distintos conceptos de enfermedad, y distintas maneras de enfrentarlas. Es así que, la forma en que los seres humanos perciben su entorno físico, social, los estilos de vida y su relación con él, están determinados por la cultura.

En este mismo sentido, Vidal y Benito (2010), destaca que las personas tienen concepciones y creencias relacionadas al estar sano y al estar enfermo que dependen en gran parte de la cultura en la que están inmersos, ya que cada individuo diagnosticado se enfrenta al cáncer y a su tratamiento de un modo diferente según el grupo cultural al que pertenezca.

Las características transculturales que Balbo (2004), plantea dentro del ámbito de la salud son las siguientes:

- Expectativas que los pacientes y sus familias tienen respecto a la consulta, pronóstico y tratamiento.
- Patrones de comunicación culturales y religiosos, tabúes, distancia física, ritos funerarios religiosos o de otro tipo.
- Potencial de malas interpretaciones por ambas partes y en especial respecto a: racismo, estereotipos, preguntas directas, contacto físico, contacto visual, barreras lingüísticas.
- Valoración ajustada al contexto cultural del paciente y su familia.
- Valoración crítica de las limitaciones.

Cuando el paciente ingresa en una institución o es internado, pasa a cumplir un papel pasivo, donde el hospital o sanatorio se establecen como una cultura extraña para el paciente. En definitiva cuando una persona es trasladada de una cultura a otra sufre un inevitable proceso de aculturación².

² Aculturación: es el proceso mediante el cual una cultura receptora asimila e incorpora elementos procedentes de otra cultura o de otro grupo con los que ha estado en contacto directo y continuo durante cierto tiempo. (Cohen, B.J. 1998).

En cuanto a la salud, la cultura se encarga de determinar las creencias acerca de la enfermedad y la salud, la experiencia y la respuesta al dolor, la identificación y la selección de cuidados médicos, el valor que la persona atribuye a las diferentes partes del cuerpo cuando se alteran, las fuentes de apoyo que recibe una persona enferma, el uso de tratamientos alternativos y la actitud hacia la muerte, entre otros.

Como señalan Torrico Linares y cols. (2002), la diversidad cultural plantea que las evaluaciones y los actos profesionales de la salud pueden ser válidos para un contexto y no para otro. Por ejemplo para distintas etnias o religiones existen diferencias en el suministro de hemoderivados o en el hecho de aceptar o rechazar la donación y/o recepción de órganos. También respecto al encarnizamiento terapéutico, la eutanasia activa o pasiva y el aborto entre muchos otros aspectos.

Die Trill (2003), ejemplifica que algunos individuos encuentran que el sufrimiento que produce un diagnóstico oncológico puede conducirles a algún tipo de salvación de tipo espiritual y que produce un cambio positivo en sus vidas. Y sin embargo, otros viven el cáncer como una experiencia intensamente negativa que no produce más que sufrimiento y amargura, incapacidad y deterioro.

Ambas actitudes ante una misma enfermedad producen respuestas muy diferentes y tienen implicaciones diversas tanto para el individuo enfermo como para su entorno, estando influidas por la cultura en la que se desenvuelven.

Esta autora además, manifiesta las principales variables que influyen en la adaptación del paciente oncológico:

- La transmisión de la información al paciente y su familia sobre el diagnóstico y tratamiento.
- El rol de la familia en el cuidado del paciente.
- Las creencias acerca de las causas del cáncer.
- Las actitudes ante el dolor físico.
- Y las actitudes ante la muerte.

Otro aspecto muy importante que menciona Die Trill (2003), al referirse a la influencia de la cultura en las creencias acerca de las causas del cáncer, por más que la medicina proporciona modelos teóricos que explican cómo se producen las enfermedades, cuáles son sus tratamientos, por qué afectan a unos y no a otros, y como se pueden controlar y prevenir. Pero aquellas personas que padecen cáncer, tienden a plantearse preguntas para las cuales no siempre existe una respuesta científica. Es reacción natural del ser humano intentar entender aquellas cosas que le

sucedan, con el fin de reducir los niveles de ansiedad que genera la incertidumbre, y con frecuencia toman sus propias respuestas personales allí donde se encuentran lagunas que deja la ciencia.

Por ejemplo, se responden a la pregunta de qué es lo que ha causado su enfermedad. Tales atribuciones causales están influidas por factores culturales, son resistentes al razonamiento médico, y el paciente tiende a no compartirlas, generalmente por vergüenza.

Pueden incluir creencias tanto científicamente válidas como creencias irracionales, ilógicas e incluso delirantes acerca de las causas del cáncer. Así, en algunas culturas se dan explicaciones sobrenaturales o “mágicas” a las enfermedades como por ejemplo, un humor determinado, una personalidad mala, o un mal espíritu, como factores o entidades que pueden causarlas. A las que se da mayor importancia que a las explicaciones naturales como por ejemplo los agentes patógenos, o simplemente la explicación científica que otorga la medicina.

Por otra parte, Siegel, Cokkinides, Jemal y Ward (2011), refieren a las competencias culturales como el conjunto de actitudes, destrezas, comportamientos y normas que permiten que las organizaciones y el personal trabajen eficazmente en situaciones interculturales. También reflejan las habilidades para adquirir y usar el conocimiento de creencias, actitudes, prácticas y patrones de comunicación relacionados con la salud de los pacientes y de su familia con el fin de mejorar los servicios, fortalecer los programas, aumentar la participación de la comunidad y eliminar las diferencias en el estado de salud existentes en los diversos grupos de población.

Mucci (2007), menciona que la experiencia que cada paciente tiene sobre su enfermedad depende en gran parte del lugar donde se encuentra, la relación médico-paciente, los discursos, las prácticas e intercambios y su situación en el universo cultural y contextual de la enfermedad, y además, los factores personales y contextuales que están involucrados en todas las fases de la enfermedad.

Por lo tanto, Arranz, Ulla y Coca (2003), confirman que el diagnóstico de una enfermedad oncológica en general, y hemato-oncológica en particular, como es el caso del Linfoma de Hodking, se halla unido a un cierto estigma social debido a la incurabilidad de las mismas hasta hace pocos años.

La falta de información en las diversas culturas, hace que muchas personas desconozcan las posibilidades de tratamientos actuales y ello incrementa el temor y la desesperanza en la mayoría de las culturas. Por ejemplo, existen diferencias entre las percepciones que tienen las personas acerca de las enfermedades, entre ellas, el Linfoma de Hodking, que genera confusión en el paciente y su familia.

1.3. Cáncer y familia:

1.3.a. La experiencia del cáncer en el paciente y su familia

Cuando una persona enfrenta el cáncer o el proceso de muerte no es común que lo haga en un completo aislamiento social. Generalmente, acompañan la familia, los amigos y el equipo de salud. Por más que viaje a un lugar lejano, casi siempre va acompañado de alguien que se responsabiliza en ayudarlo.

Baider, (2003), plantea que el impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos sociales y culturales de la familia, afectando profundamente su identidad. Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad. Así mismo cada miembro de la familia se verá afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta, en los planes para el futuro, en el significado sobre el sí mismo, sobre los demás e incluso en el sentido de la vida.

Die Trill (2003) señala que las culturas definen de modo diferente el concepto de familia. Mientras que en algunas culturas se considera familia al núcleo formado por padres e hijos, en otras culturas la familia se refiere a todos aquellos miembros unidos por lazos de sangre (tíos, abuelos, primos), con los que se mantiene una estrecha relación.

El grupo cultural al que pertenece un paciente oncológico determinará en parte, quién será su cuidador principal, quién es el miembro de la familia que tomará decisiones médicas, qué rol va a adoptar cada uno de los miembros familiares ante la enfermedad y cómo se va a implicar cada uno de ellos, cómo se va a transmitir la información médica, el grado de cohesión entre sus miembros, y cómo va a reaccionar la familia como grupo, a la nueva condición médica.

Es así que el diagnóstico del cáncer es siempre una experiencia inesperada y traumática, incluso, tiene la particularidad de envolver a todo el sistema familiar, más aun cuando la naturaleza de la misma es de un grado avanzado, con un severo pronóstico de vida o cuando el cáncer afecta a los más pequeños del grupo familiar. Convivir con la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad y las consecuencias de un tratamiento agresivo y doloroso, originan sentimientos de angustia y negación. Las rutinas cambian y la vida cotidiana se modifica.

1.3.b. Reacciones en la familia

Grassi, Biondi y Costantini (2003), señalan que el momento del diagnóstico, resulta ser un evento estresante y traumático para la familia a la par del paciente. Son muy comunes las reacciones de tipo emocional ya que generalmente comienzan con un estado de shock, con sentimientos de negación, angustia, rabia, desesperación, dolor y rechazo.

Las reacciones psicosociales más comunes en la familia afectada, son los sentimientos de pérdida, de abandono, ansiedad, angustia por separación, culpa y cambios de roles. También las familias pueden sufrir un impacto sobre la salud física y pueden manifestar: fatiga, agotamiento físico, alteraciones del sueño y el apetito, etc.

Baider (2003), comenta que durante la prolongada trayectoria de la enfermedad, las familias pasan por ciclos repetidos de ira, desesperanza, esperanza, frustración, ambigüedad, adaptación y reajuste.

Además el estrés producido desde el momento del diagnóstico, genera demandas y limitaciones sobre el individuo, obligándolo a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento que se van adquiriendo e implementando, dentro del sistema familiar.

El mismo autor menciona que algunas familias son más vulnerables que otras a la crisis recurrente de la enfermedad, desarrollando una sensación general de desesperanza, ambigüedad y falta de control, tal como se manifiesta en la interacción conflictiva y disfuncional entre sus miembros.

Muñoz, Cobos. F. y cols. (2002), afirman que la enfermedad produce una crisis que somete a reajustes a los miembros cercanos al paciente, produciendo la especialización de cada uno en la provisión de algún tipo de apoyo. La familia cercana es la más capacitada para brindar generalmente el apoyo afectivo y emocional, y el equipo tratante asume su rol profesional.

Además, Die Trill (2003), señala que las familias cuentan con distintas formas de reaccionar ante el diagnóstico de la enfermedad. Generalmente están influidas por la personalidad de sus miembros, la experiencia familiar con el cáncer y otras enfermedades, los sistemas de apoyo con que cuentan, sus creencias religiosas, y el curso de la enfermedad y de su tratamiento.

Por esta razón, Bosnic (1999), refiere que tanta presión sobre el grupo familiar o sobre una persona sola, puede generar sentimientos contradictorios y compulsiones, sobre todo cuando el caso se cronifica, o no se resuelve en el tiempo esperado.

Hernández, Lorenzo y Loris Nacif (2009), plantearon que lo más frecuente en los pacientes oncológicos es que las pérdidas de contacto con la familia y del contexto ambiental, provoquen diversos estados de afección emocional, como una ligera tristeza, depresión y un proceso de duelo constante.

Es así que Cruzado (2010), menciona al apoyo social percibido como un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen escasos apoyos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, un nivel más avanzado de enfermedad, muestran menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante.

Por lo tanto, considera que el apoyo familiar y de la pareja mejora la adaptación al cáncer. También señala que dentro del grupo familiar la mayor parte de los cuidadores son mujeres. En general ellas presentan una mejor adaptación al cáncer, tanto como pacientes como cuidadoras. Las mujeres comprenden mejor las experiencias de su pareja, y tanto hombre como mujeres prefieren ser cuidados por ellas.

Por otra parte, muchos de los pacientes y sus familiares suelen llegar con expectativas extremas de bienestar y con posterioridad deben adaptarse a una realidad más dura. Además, las aspiraciones no cumplidas y la dificultad de adaptación, pueden provocar sentimientos de desconfianza y frustración.

Finalmente es importante destacar, que la angustia a la enfermedad, la sensación de desarraigo y la falta de apoyo de los suyos, en este tipo de familias generan alteraciones importantes a lo largo de la enfermedad.

1.4. Cáncer y migración:

1.4.a. La vulnerabilidad del paciente que migra

Gutierrez López (2010), manifiesta que la migración es un cambio geográfico producido en las personas que van a otros lugares. Es decir, un migrante es aquella persona que decide salir de su lugar de origen para trasladarse a otro, ya sea una comunidad, un estado, o un país por un tiempo determinado.

Señala también que el proceso de migración puede tener consecuencias negativas para la salud debido al estrés físico y psicosocial que experimenta la persona que migra. Por lo tanto, se considera a la migración como un factor de riesgo, más aún si la persona que migra no está sana, padece alguna discapacidad o el medio de acogida le es hostil.

Hernández, Lorenzo, y Loris Nacif (2009), también afirman que la migración por salud puede ser un factor de riesgo debido a la alta vulnerabilidad bio-psico-social en que se encuentra un paciente cuando migra. En el caso de que el mismo sea extranjero, independientemente del país de procedencia, puede presentar una serie de dificultades como diferencias de idioma, de cultura, económicos y sociales.

En los principales hospitales de países desarrollados cada vez hay más pacientes extranjeros o provenientes de pueblos pequeños y lejanos. Esto se debe a que en su lugar de origen no cuentan con instituciones sanitarias preparadas para tratar a pacientes con enfermedades complejas como el cáncer. Es así que resulta fácil observar marcadas diferencias culturales y sociales.

Camacho Soto, Lage Villar, Cabanas, y cols. (2004), señalan:

El ingreso en un hospital ocasiona en la persona un proceso traumático y/o crítico que le lleva a sentirse desvinculado de su actividad diaria. Si esta situación es difícil de asumir en un adulto, el problema se agrava cuando el paciente es un niño o una niña. El niño o niña hospitalizado, en el momento de quedar ingresado en un centro hospitalario tiene que relacionarse con otras personas que no conoce, en detrimento de su vínculo con sus seres queridos, y por eso es necesario apoyarle para que afronte esta nueva situación de la forma más rápida posible. (p. 17).

Vidal y Benito (2002), menciona que cuando un paciente ingresa a una institución hospitalaria, todo el contexto es extraño: los espacios, las reglas, los nuevos profesionales. Y más aún, si la cultura es nueva, producirán en él una situación de incertidumbre, ya que se enfrentará a un universo desconocido con temores producidos por los problemas que ocasionaron la internación.

Tanto el paciente como su familia, se angustian al pensar que tendrán que irse lejos de su país o ciudad para disponer de tratamientos médicos para su enfermedad. Más aun, cuando conocen que esto sucede porque el Estado es el responsable de satisfacer las necesidades básicas de la población, y resulta deficiente en este aspecto.

En este sentido, Bosnic (1999), plantea lo siguiente, "El Estado es el que presenta básicamente la falta de previsión, la escasa asignación de recursos para un adecuado presupuesto, la ubicación de personas ineptas en cargos jerárquicos y la defectuosa planificación en prevención." (p. 48).

Esta situación afecta a la salud física y emocional de las personas, ante todo en aquellos que padecen diagnósticos complejos, como resulta ser el cáncer. Es así que al habitar en un lugar que no dispone de políticas dirigidas al tratamiento de esta enfermedad, el paciente debe trasladarse a otros lugares.

Si bien existen Instituciones o Fundaciones que aportan ayuda a personas que atraviesan este tipo de situaciones, hay casos en que deben manejarse solos. En definitiva, sólo con el conocimiento o la sospecha del diagnóstico, migran a un lugar nuevo, con la ilusión de encontrar una solución a su situación y con la desesperación del desarraigo. Por cierto, esto no es tarea fácil, ni para el enfermo ni para su familia.

Por otra parte, también es posible que el paciente que se traslada dentro de un mismo país, en donde hablan el mismo idioma, presente problemas en la comunicación. Esto se debe a que generalmente se manejan códigos o dialectos del lenguaje que no son los mismos en todas las localidades. Más aun cuando se trasladan a otros países y el idioma no es el mismo, la dificultad en la comunicación afecta la relación médico-paciente, la cual puede verse muy complicada.

Es así que Arbeláez Rudas (2007), afirma que el paciente al migrar por salud y no poseer el mismo lenguaje, podría no conocer y entender el proceso sanitario en el cual está inmerso. Una vez dentro del circuito del sistema de salud es posible que tenga serias dificultades para comunicarse con el personal sanitario y hacerle entender sus padecimientos, en la misma medida en que no suele comprender las indicaciones para el cuidado de sus dolencias.

Un reto especial para los profesionales de la salud en Paraguay es el idioma, ya que el mismo es un país bilingüe. En la capital del país el idioma más común y utilizado es el español, en cambio en el interior el guaraní se utiliza con mayor regularidad. Al trasladarse las personas a la capital, en donde se centran la totalidad de las instituciones sanitarias y hospitalarias de alta complejidad, existe un marcado contraste del lenguaje.

Como plantea Vidal y Benito (2010) la información en la relación médico paciente, se intercambia mediante un proceso interactivo que se denomina comunicación. Además, lo que trasmite el médico debe ser significativo para que el paciente pueda comprender y valorar la información recibida.

Por otra parte para que el médico pueda elaborar un diagnóstico fidedigno, debe contar, además de los resultados de los diferentes estudios diagnósticos, con la información detallada provista por el paciente. Es por esto que además debe saber escuchar atentamente, comprendiendo minuciosamente lo que éste manifiesta y verificar que el enfermo ha comprendido lo que el profesional le ha informado. Por consiguiente, la buena comunicación es fundamental para que el médico pueda llevar a cabo su labor.

Como se viene desarrollando, si existe una diferencia del lenguaje o idioma, la comunicación se verá afectada produciendo en el paciente, aumento de la ansiedad, de la incertidumbre e insatisfacción con el cuidado médico recibido. A propósito de esto, Vidal y Benito (2010) señala que la comunicación inefectiva se relaciona con el incremento de la poca tolerancia al tratamiento, debido a los efectos adversos; también con la eventual insatisfacción laboral de los trabajadores de la salud, y finalmente con el estrés y el burn out de los mismos.

1.4.b. Consecuencias de la migración

Arbeláez Rudas, (2007), hace referencia a los trastornos psicológicos y emocionales que genera el proceso migratorio y su periodo de adaptación. La migración genera en muchas ocasiones desajustes emocionales, a los que denomina duelo migratorio.

El mismo autor lo clasifica en siete componentes que se relacionan principalmente con: la depresión que genera el desarraigo, la separación de la familia y la dificultad de adaptación. Los componentes del duelo migratorio son: el duelo por la separación de los familiares y amigos, por la lengua materna, por la pérdida de la tierra, por la pérdida del status social, por la pérdida del contacto con el grupo étnico de origen, y por la pérdida de la seguridad física.

Estos desajustes emocionales varían de acuerdo con la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el desajuste social, étnico y cultural, en relación con el lugar de acogida, pudiendo ocasionar además en el paciente que migra y su familiar que lo acompaña, ansiedad, depresión, reacciones somáticas y estrés.

Cruzado (2010), menciona que las fuentes potenciales del estrés a las que ha de hacer frente el paciente con cáncer y sus familiares están presentes en todas las fases del proceso sanitario por el que atraviesan, desde el momento de sospecha y diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento y la vuelta a la vida normal, así como también en la recidiva y fase final de la vida en caso de que el cáncer sea recurrente.

Monsalve, Soriano, Carbajo y Santolaya (2009), describen cuatro reacciones emocionales al cáncer:

- Ansiedad
- Ira
- Culpa
- Depresión

Estas emociones se manifiestan en función de la percepción que el paciente haga de la enfermedad, es decir, cada una de ellas irá asociada a una forma concreta de valorar o interpretar la situación tumoral y lo amenazante que le resulte. Así pues, cuando una persona experimenta ansiedad ante el diagnóstico de un cáncer, lo primero que percibirá es peligro y vulnerabilidad ya que en alguna medida se siente incapaz de enfrentarse a la amenaza. La posibilidad de que haya deterioro físico, alteración en la imagen corporal o sentimientos de inutilidad pueden ser una gran fuente de estrés, más aún si el paciente debe trasladarse a otro lugar para su recuperación.

Por otra parte, una de las consecuencias importantes que cabe destacar se encuentra en la relación médico-paciente, ya que el aumento de la migración de pacientes oncológicos obliga a los profesionales sanitarios a entender comportamientos y actitudes de personas culturalmente diferentes que influyen en la adaptación psicológica a una enfermedad grave como lo es el cáncer.

Esto mismo plantea Vidal y Benito (2010), al referirse a los posibles problemas que pueden generarse cuando existen diferencias marcadas en la comunicación entre el médico y el paciente, ya que la barrera del idioma, los problemas de comunicación, las concepciones acerca de la salud y enfermedad, condicionan la relación del paciente con el servicio de salud.

Otro aspecto no menos importante que menciona Bosnic (1999), y que cabe destacar, al referirse a la atención y acompañamiento psicológico del paciente oncológico, es el siguiente: "En las instituciones que reciben pacientes del interior y del exterior, estos solo concurrirán a psicoterapia cuando deban hacer algún tratamiento de quimio o radioterapia, o bien cuando vuelvan a los controles". (p. 50).

Es así que esto podría aumentar la vulnerabilidad de los pacientes migrantes ya que se encuentran menos contenidos por el trabajo que realiza un equipo interdisciplinar con el fin de lograr una atención integral a la persona afectada, e incluso dificulta la adherencia al tratamiento y existe el riesgo del abandono del mismo.

1.5. Cáncer y afrontamiento

1.5.a. El paciente y el afrontamiento al estrés.

Se lo considera a Hans Selye (1954) como el fundador del concepto biológico de estrés denominándolo como "Síndrome General de Adaptación" (SGA), al conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo incluyendo las amenazas psicológicas.

González (2004), refiere al estrés como el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a la que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades, por otro.

El mismo autor menciona al estrés y señala que Lazarus y Folkman (1986), han demostrado que el estrés es una relación particular entre la persona y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar.

Por lo tanto, se define al estrés como un proceso psicológico que se inicia ante alguna exigencia del organismo, donde el mismo no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia que consiste en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda.

Sierra (2005), comenta que todos los seres humanos hemos estado expuestos en algún momento o circunstancia de nuestra vida a situaciones específicas que pueden determinar la aparición del estrés. Son innumerables los estímulos o situaciones ambientales y personales que producen la aparición de las respuestas de estrés en un individuo. Existen situaciones en el día a día que afectan la resistencia del individuo, convirtiéndose en factores estresantes que provocan estados de desequilibrio físico y mental, donde el más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo.

Vidal y Benito (2010), comenta las posturas de varios autores y señala que es una idea muy extendida en las distintas culturas que el estrés puede llegar a producir graves problemas de salud en las personas. Con esta visión se asume una concepción negativa del estrés, como una experiencia nociva que se debe eliminar.

Sin embargo esto no siempre es así, el estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye en buena medida, a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida. Lo que resulta negativo y llega a ser nocivo es cuando esa experiencia es excesiva e incontrolable.

Para constatar esta doble valoración del estrés se mencionan dos tipos de estrés:

- El eustrés, hace referencia a situaciones y experiencias en que el estrés tiene resultados y consecuencias predominantemente positivas porque produce estimulación y activación adecuadas que permite a las personas lograr resultados satisfactorios en sus actividades.

- Por otra parte el diestrés se refiere a situaciones y experiencias personales desagradables, molestas y con probables consecuencia negativas para la salud y el bienestar psicológico del individuo. Este aspecto es el que habitualmente se conoce con el término genérico de estrés.

Por otra parte, González (2004), señala que los síntomas más frecuentes del estrés son:

- Emociones: ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación.
- Pensamientos: excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos, excesivo temor al fracaso.
- Conductas: tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas; aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; mayor predisposición a accidentes; aumento o disminución del apetito.
- Cambios físicos: músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores, boca seca.

Marsellach (2007), propone desde la psicología cognitivo-conductual, numerosos tipos de tratamiento al estrés. Señala que las técnicas de intervención cognitiva del estrés son muchas y dependiendo de cuáles son los síntomas que padece la persona afectada deberá escoger una u otra.

Los mayores beneficios de la intervención cognitiva del estrés sólo pueden obtenerse después de una práctica regular durante algún tiempo. Cuando la persona aprenda la técnica, deberá buscar un lugar tranquilo donde no ser distraído. Asimismo, es conveniente la práctica a diario, ya que ayudará a desarrollar nuevos patrones de pensamiento y conducta que gradualmente se convertirán en automáticos.

Algunas de las técnicas que el mismo autor propone para el tratamiento del estrés son:

- Combatir los pensamientos deformados: es efectiva para reducir la frecuencia e intensidad de la ansiedad interpersonal y general, la depresión, desesperación, ineficacia, baja autoestima, la cólera crónica y el perfeccionismo compulsivo.
- La aserción encubierta: es una técnica que ayuda a reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de dos habilidades separadas, la interrupción del pensamiento y la sustitución del pensamiento.

- Con la técnica de desensibilización sistemática: una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadoras. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van provocando mayor ansiedad.
- La inoculación del estrés: enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva, de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión.
- La sensibilización encubierta: se utiliza para tratar los hábitos destructivos. Se denomina encubierta porque el tratamiento básico se realiza en la mente.

González (2004), indica que las respuestas que dará un sujeto frente a los estímulos y, en definitiva, la aparición o no del estrés dependerá de las características o naturaleza de la relación entre el entorno y el sujeto, en donde se dan dos procesos cognitivos fundamentales: la valoración que hace el sujeto de los estímulos, quien se encarga de determinar si son o no amenazantes, y la valoración de la propia vulnerabilidad y los recursos de afrontamiento frente a esas condiciones ambientales.

Por lo tanto, las respuestas asociadas al estrés no son únicamente respuestas emocionales. Así, se han descrito también respuestas cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés, y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional de estrés.

1.5.b. Estrategias de afrontamiento

Recibir un diagnóstico de cáncer, y transitar por un tratamiento para el mismo, supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las personas que lo padecen y a su familia.

González (2004), considera que todos los acontecimientos que viven los sujetos con cáncer (enfermedad, tratamientos, internación, etc.), son estresantes y capaces de provocar problemas de ajuste y adaptación en el sujeto, especialmente si carece de estrategias para afrontar la situación. Por lo tanto, si el paciente que vive la difícil situación de padecer cáncer, cuenta con estrategias de afrontamiento ante el estrés influye no solo en la adaptación psicológica del paciente, sino en la evolución y proceso de la enfermedad.

Cruzado (2010), afirma que las fuentes potenciales de estrés a las que ha de hacer frente el paciente con cáncer y sus familiares están presentes en todas las fases de la enfermedad.

Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman, Vidal y Benito (2010), manifiesta que el paciente valorará su circunstancia, que en este caso es su enfermedad, como una amenaza, un daño, una pérdida, o como un desafío, y pondrá en marcha diversas conductas que constituyen verdaderas estrategias de afrontamiento de la situación en un intento por elaborarla y resolverla.

Por lo tanto se define al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales.

González (2004), se refiere a las dos funciones principales del afrontamiento y las clasifica como:

- Afrontamiento centrado en el problema: cuando la conducta se orienta a resolver la situación problemática.
- Afrontamiento centrado en la emoción: cuando se trata de disminuir la intensidad de los efectos negativos desencadenados por el problema.

Las dos formas de afrontamiento suelen estar presentes en una misma situación interactiva sujeto-ambiente y ambas formas pueden facilitarse o interferirse entre sí. Es así que las respuestas de afrontamiento que ponga en práctica un sujeto, en su relación con la situación, dependerán de la evaluación cognitiva y de las variables personales (valores, creencias, habilidades sociales, etc.) y ambientales (presión social, apoyo social disponible, etc.) que emplee.

Las formas habituales de afrontar las situaciones de estrés son las siguientes:

- Confrontación: actuaciones y esfuerzos directos y agresivos para modificar la agresión.
- Distanciamiento: esfuerzos para alejarse del problema, tratar de olvidarlo, no querer hablar de él o actuar ignorándolo.
- Autocontrol: esfuerzos para autorregular los propios sentimientos y acciones.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar apoyo y comprensión, buscar consejo e información.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento por parte del sujeto del problema e intentos para solucionarlos.
- Huida-avoidancia: esfuerzos y conductas dirigidos a evadirse de la situación (dormir, comer, beber, etc.)

- Planificación: esfuerzos dirigidos a cambiar la situación, acercándose de forma analítica a la solución de problema.
- Revaluación positiva: esfuerzos para buscar un significado positivo a la situación, centrándose en el desarrollo personal.

Cruzado (2010), menciona que se han realizado varios estudios sobre el afrontamiento, que han llevado a conceptualizar tipos y dimensiones de la personalidad denominándolos estilos y estrategias. Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por su parte, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Es así que las personas pueden emplear estrategias activas, que implican buscar información, los mejores tratamientos, ayudas instrumentales, etc. O bien, estrategias evitativas o pasivas tales como, tratar de distraerse, evitar informaciones que produzcan ansiedad, delegar las decisiones en otro, etc.

Las estrategias activas suelen producir resultados más positivos a medio y largo plazo y las evitativas suelen ser eficaces a corto plazo, pero muchas veces impiden resolver problemas, llegar a la aceptación de la enfermedad y dificultan su adaptación.

Cruzado (2010), afirma que generalmente, el afrontamiento activo con respecto al cáncer comienza en primer lugar en la comunicación con el equipo interdisciplinar, ya que los mismos son el principal soporte para superar la enfermedad cuando proporcionan de manera adecuada, información, asesoramiento y apoyo emocional.

Cada persona aporta características que son únicas para enfrentarse a la enfermedad, según la personalidad particular, el modo de hacer frente a los problemas, el conjunto de creencias y valores, y el determinado modo de ver el mundo.

1.5.c. Instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer

Cruzado (2010) menciona que para una buena evaluación psicológica en pacientes con cáncer es imprescindible tener en cuenta las variables sociodemográficas, medicas, estado mental, la información y comunicación

médica, los factores de vulnerabilidades (personalidad, recursos personales, sociales y trastornos psicopatológicos) actuales y pasadas; así como los problemas asociados al cáncer (proceso de enfermedad, síntomas físicos, psicológicos, sociales y necesidades especiales).

Ante la importancia de indagar acerca de las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer, surgen varios instrumentos de calidad que facilitan al profesional obtener datos precisos sobre como hace el paciente frente a la difícil situación que le toca vivir al estar afectado por el cáncer.

González (2004), plantea asimismo, que estos instrumentos no solo permiten el conocimiento y la evaluación de las estrategias de afrontamiento, sino que también permiten establecer la existencia de una relación estrecha entre las estrategias de afrontamiento y la supervivencia, al considerar que el estrés influye en el proceso y evolución de la propia enfermedad a través del sistema inmunológico.

Como es sabido, el cáncer produce una cantidad importante de padecimientos y muertes en seres humanos. Para ello se han creado instrumentos que permiten la valoración cuantitativa de la frecuencia y el número de eventos estresantes y sus estrategias de afrontamiento que preceden y hacen frente a una enfermedad. Algunos de los instrumentos son los siguientes:

- CAEPO: Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos, mide siete dimensiones o estrategias de afrontamiento, escala de enfrentamiento y lucha activa, escala de autocontrol y de control emocional, escala de búsqueda de apoyo social, escala de ansiedad y preocupación ansiosa, escala de pasividad y resignación pasiva, escala de huida y distanciamiento y escala de negación.
- Escala de Ajuste Mental al Cáncer: mide cinco dimensiones, el espíritu de lucha, la indefensión, la preocupación ansiosa, el fatalismo y la evitación.
- COPE: Cuestionario que mide quince estrategias de afrontamiento en el paciente oncológico, afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, supresión de actividades distractoras, religión, reinterpretación positiva, refrenar el afrontamiento, aceptación, desahogarse, negación, desconexión mental, desconexión conductual, consumo de drogas y humor.
- MBSS: Cuestionario para medir estilos de afrontamiento. Escala de estilos conductuales de Miller. A través de cuatro situaciones hipotéticas y potencialmente estresantes que se plantean al sujeto, el mismo debe responder como actuaría en cada una. Se evalúan estilos de afrontamiento aproximativo y evitativo.

1.6. Intervención psicológica en el enfermo con cáncer

1.6.a. Enfoque cognitivo-conductual.

Existen diferentes enfoques de intervenciones psicológicas, pero para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico en el paciente oncológico, se considera al modelo cognitivo-conductual como un enfoque que tiene una buena relación con la forma en que el cáncer impacta en el paciente y su familia.

Grassi, Biondi y Costantini (2003), señalan que las distintas etapas que puede presentar la enfermedad son significativas para el paciente oncológico y su familia, ya que cada fase aporta determinadas características psicológicas. Desde el momento del diagnóstico ocurre una gran confusión para la persona, además de ansiedad, ira, dificultad para atender y concentrarse, junto con una marcada búsqueda de significado.

En la fase de tratamiento médico a la enfermedad, surgen diversas reacciones emocionales y características psicológicas significativas en el enfermo, ya que la adaptación a los efectos secundarios y a las secuelas del tratamiento afectan de manera directa a la salud mental y emocional.

Si se produce la curación en el paciente, esta fase se caracteriza por la vuelta a casa y a las responsabilidades donde la duda y la incertidumbre hacia el futuro se apoderan del paciente generando angustia y afectándolo de manera negativa. Peor aún, si se revela cualquier tipo de dolor o molestia, ya que se desencadena un sentimiento de pánico al pensar que el cáncer está volviendo o aparece de nuevo.

Cuando se da la recidiva, la confusión emocional es similar a la primera fase del momento del diagnóstico, pero con ira, ansiedad y depresión más intensa. En esta fase además, suele aparecer el temor al abandono del médico o de la familia.

Por su parte, Vidal y Benito (2010), manifiesta que las intervenciones cognitivo-conductuales han sido de mucha utilidad en el desarrollo de modelos específicos para diferentes problemas de salud, dando lugar a muchas líneas de investigación con aplicaciones clínicas relevantes.

Este enfoque, es utilizado para el tratamiento de diferentes trastornos mentales y han tenido una gran expansión surgida del éxito inicial en el tratamiento de la depresión y posteriormente en los trastornos de ansiedad. Esta modalidad psicoterapéutica se ha extendido al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, los de

personalidad, problemas de pareja, e incluso a los trastornos psiquiátricos mayores como los trastornos bipolares y la esquizofrenia.

Por supuesto esta corriente de la psicología, se involucro además en el área de la psicología de la salud, donde el modelo de intervención ha tenido un espíritu integrador, sumando aspectos interpersonales a los cognitivos-conductuales, logrando producir novedosos e interesantes enfoques clínicos individuales, vinculares, familiares y grupales.

La misma autora refiere que los factores psicosociales en los pacientes oncológicos tales como los aspectos cognitivos y conductuales, están relacionados con las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, ya que por un lado, la ansiedad característica en los cuadros fóbicos, que pueden manifestar algunos pacientes oncológicos ante estímulos asociados con el diagnóstico o el tratamiento médico, afectan por ejemplo a la conducta del paciente.

Y en cuanto a los aspectos cognitivos, se consideran a todos los procesos psicológicos relevantes para la interpretación del mundo, el sí mismo y el futuro que realiza el paciente desde el momento del diagnóstico. Una serie de procesos que permiten el ingreso, la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información relevante. Si se produce una distorsión en alguno de estos procesos, es decir, cuando tienen lugar errores lógicos y sistemáticos en el procesamiento de la información, surgen pensamientos y creencias disfuncionales que luego son mantenidos.

Estas cogniciones se las consideran disfuncionales en la medida en que favorecen un afrontamiento pobre o asociado a un riesgo mayor de sufrir malestar significativo o deterioro en áreas de funcionamiento del paciente.

Por último, Vidal y Benito (2010), señala los aspectos interpersonales que se integran con los aspectos cognitivo-conductuales. El apoyo social es uno de ellos y juega un rol importante a la hora de afrontar una enfermedad grave, esto puede amortiguar los efectos del estresor permitiendo que la relación amenaza-recursos sea más favorable en el proceso de adaptación a la enfermedad del paciente.

1.6.b. Tratamiento psicológico adyuvante: “TPA”

Como ya fue mencionado anteriormente, existen distintas formas de tratamientos psicológicos en pacientes oncológicos pero los métodos cognitivos-conductuales han demostrado efectos positivos consistentes.

Vidal y Benito (2010), comenta que dentro de este enfoque, el TPA de Moorey y Greer, ha demostrado una forma general de experimentar las emociones ante el cáncer y un modo habitual de enfrentarse a las amenazas que supone el mismo.

Este tratamiento, está basado en la terapia cognitiva de Beck y a través de la utilización de algunas técnicas como la expresión de sentimientos, la reestructuración cognitiva, la relajación, el entrenamiento en comunicación y otros métodos de aprendizaje conductual, han permitido desarrollar el espíritu de lucha de los pacientes ante la enfermedad y han disminuido la preocupación ansiosa, la desesperanza, y el fatalismo.

Monsalve, Soriano, Carbajo y Santolaya (2009), demuestran que el TPA, está orientada al problema, que puede ser emocional, interpersonal o relacionado con la localización del cáncer. Para utilizar con pacientes oncológicos, es fundamental conocer cuáles son sus principales reacciones emocionales y las estrategias de afrontamiento. Además se debe valorar el estadio de la enfermedad y sus recursos interpersonales o estructuras de apoyo social.

Por medio de la puesta en práctica del TPA, se logra enseñar a los enfermos, el modelo cognitivo y como sus pensamientos contribuyen al malestar emocional. Además se logra tomar contacto con el tipo de afrontamiento que utilizan ante la enfermedad. Los mismos autores manifiestan que el tratamiento tiene como objetivo:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer reduciendo la ansiedad, la depresión y cualquier otro síntoma de estrés psicológico.
- Mejorar el ajuste mental al cáncer induciendo un "espíritu de lucha" positivo.
- Promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus propias vidas, incluyendo la participación activa en el tratamiento de su enfermedad.
- Enseñar al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para tratar con los problemas relacionados con el cáncer y con cualquier otro tipo de problemas.
- Facilitar la comunicación entre el paciente y su pareja.

Vidal y Benito (2010), comenta que el TPA consiste en un abordaje breve de 6-12 sesiones, de espíritu educativo, estructurado y orientado en el problema. La empatía es fundamental ya que el vínculo entre el paciente y terapeuta deber ser basado en la colaboración, ya que ambos trabajan como científicos colegas en la búsqueda de evidencia que cuestionan las cogniciones y creencias disfuncionales.

Cada sesión se estructura mediante una agenda en la que se irán abordando cada uno de los problemas que se plantean. Se asigna tarea para la casa, para que el paciente pueda desafiar sus pensamientos automáticos y sus principales distorsiones cognitivas y desarrolle, así, nuevas estrategias de afrontamiento.

En las primeras sesiones (2-4 sesiones), se explican los modelos cognitivos y se alienta a la expresión de las emociones de manera equilibrada. Con esto se pretende aliviar los síntomas, enfocándose en que el paciente puede tener una vida lo menos padeciente posible.

En la etapa intermedia (3-6 sesiones), se utiliza un registro de pensamientos disfuncionales y se continúa el proceso de resolución de problemas. En esta fase se aplican las técnicas cognitivas a las conductuales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del enfermo.

Y en la fase final del TPA se pretende reforzar para prevenir futuras recaídas, planificar el futuro, identificar creencias y supuestos adyacentes.

Las técnicas que se utilizan en el TPA según Vidal y Benito (2010), son:

- **Técnicas Conductuales:** el trabajo terapéutico se inicia con las técnicas conductuales. Estas técnicas son explicadas y practicadas en la sesión para luego ser realizadas como tareas entre las sesiones. Algunas de las técnicas son, el “Entrenamiento en relajación”, con el fin de disminuir los síntomas ansiosos y conseguir el control sobre tales síntomas por medio de la relajación muscular progresiva y ejercicios de respiración.

Otra técnica conductual es la “Programación de actividades”, que pretende combatir las consecuencias del abandono progresivo de actividades que el paciente hace por estar enfermo de cáncer. Tiene como objetivo lograr la evitación positiva e incrementar la motivación general, promoviendo un mayor interés por actividades cotidianas con el fin de mantenerlos ocupados y lograr un efecto antidepresivo.

La tercera técnica utilizada es la “Asignación gradual de tareas”, el ir realizando actividades placenteras de manera organizada permite que el paciente vaya progresando gradualmente. Logrando alcanzar objetivos como por ejemplo, recuperar su actividad física luego de una internación.

La cuarta técnica se denomina “Planificación del futuro” y consiste en fortalecer en aquellos pacientes un estilo de adaptación desesperanzado dado que la visión del futuro es desalentadora.

Y por último los “Experimentos conductuales”, que permiten probar una cantidad enorme de pensamientos automáticos negativos o creencias disfuncionales.

- Técnicas Cognitivas: se incluyen todas las técnicas cognitivas utilizadas en la terapia cognitiva de Beck. Algunas de estas técnicas son, “Registro de pensamientos automáticos”, “Detección de creencias disfuncionales”, “Planes de acción”, “Puntos de vista alternativos”, “Técnicas de retribución y decatastrofización”, “Evaluación de las ventajas”, etc.
- Técnicas de Expresión Emocional: el diagnóstico de cáncer obliga a la persona a reconstruir toda su visión del mundo, lo cual requiere un proceso cognitivo y emocional que consiste en la “Nueva información” debe incorporarse en viejos esquemas y este proceso de acomodación y asimilación, es a veces interrumpido por el aspecto emocional que lo promueve. “La evitación cognitiva”, disminuye el malestar al bloquear el procesamiento emocional, dando lugar a síntomas ansiosos y disociativos. Es fundamental que el terapeuta facilite las emociones y ayude al enfermo a regularlas. Además se trabaja con la negación y se utilizan métodos para calmar la ira.
- Trabajo con la Pareja: se considera fundamental el trabajo con la pareja del paciente oncológico. Se controla la comunicación entre ambos y se pretende alentar una expresión abierta de todas las emociones asociadas al cáncer, incluyendo la ira, el temor, la tristeza, siempre teniendo en cuenta el contexto interaccional y comunicacional.

Monsalve, Soriano, Carbajo y Santolaya (2009), consideran que los pacientes no precisamente padecen una enfermedad psiquiátrica, son individuos normales psicológicamente, aunque vulnerables, que se han visto sobrepasados por el impacto del cáncer. El TPA es una terapia estructurada, breve y se focaliza sobre problemas específicos definidos conjuntamente entre paciente y terapeuta. La misma se realiza individualmente o en grupo, además, si se considera apropiado se puede incluir a la pareja en las sesiones.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Problema

La calidad disruptiva y amenazante del cáncer tiene un efecto devastador sobre los individuos y la sociedad en general, afectando así a una cantidad importante de personas por año a nivel mundial.

Las personas afectadas se convierten en un grupo vulnerable debido a que la enfermedad misma produce diversas fuentes de estrés, como los problemas vinculados al diagnóstico, los dolores, el miedo a la muerte, los cambios físicos y emocionales, las relaciones sociales, entre otros.

Peor aun si la persona deja su lugar de origen y se traslada a un lugar desconocido para conseguir un tratamiento adecuado a la enfermedad que padece. En esta fase por la que atraviesa la persona afectada requiere que la misma cuente con adecuadas estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales para lograr una adaptación y transición efectiva.

Ante la necesidad de contribuir con datos referenciales en relación al tema planteado, se presenta el interrogante que orienta la investigación:

¿Cómo impacta la migración en los pacientes oncológicos cuando se trasladan por la búsqueda de tratamientos médicos para su enfermedad?

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

En base al cuestionamiento anterior, la presente investigación tiene como objetivo general:

Caracterizar el impacto de la migración en el paciente oncológico que busca tratamientos médicos para su enfermedad.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar y describir la forma de afrontamiento ante la enfermedad.
2. Describir los recursos de enfrentamiento y lucha que tiene el paciente ante la enfermedad.
3. Determinar la búsqueda de apoyo social.
4. Mencionar los niveles de ansiedad.
5. Enunciar la valoración del paciente respecto a su enfermedad.
6. Demostrar los mecanismos de evitación y negación de la enfermedad y la realidad.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

4.1 Descripción del caso

Para dar a conocer el caso clínico se debe preservar la identidad de la paciente, por lo tanto el nombre real se encuentra modificado, por lo cual en este relato la paciente se llamará "Ana". Ana sufre una enfermedad hemato-oncológica, precisamente un Linfoma de Hodking Estadio I.

Se trata de una mujer de 18 años, paraguaya, de estado civil comprometida, vive con su pareja, habla el español, pertenece a la religión católica y respecto a su nivel socioeconómico es de escasos recursos.

La paciente proviene de Ciudad del Este, una ciudad lejana a la capital de Paraguay, donde la educación es precaria, aspecto importante a tener en cuenta porque el nivel cultural de una persona que estudia y se forma en la capital del Paraguay, es diferente a la de una persona que migra del interior del país. Esto se debe a que las últimas tienen acceso limitado a la información. Ana acudió a la escuela hasta terminar el sexto grado de la escolaridad básica, luego abandonó y finalmente trabajó hasta que se enfermó.

No tiene hijos, vive con su pareja, Juan de 22 años, desde hace 4 años. Ambos trabajan con una familia en donde tienen una pieza como vivienda. Allí, Ella trabaja en servicios domésticos y el cómo panadero en la empresa de la misma familia.

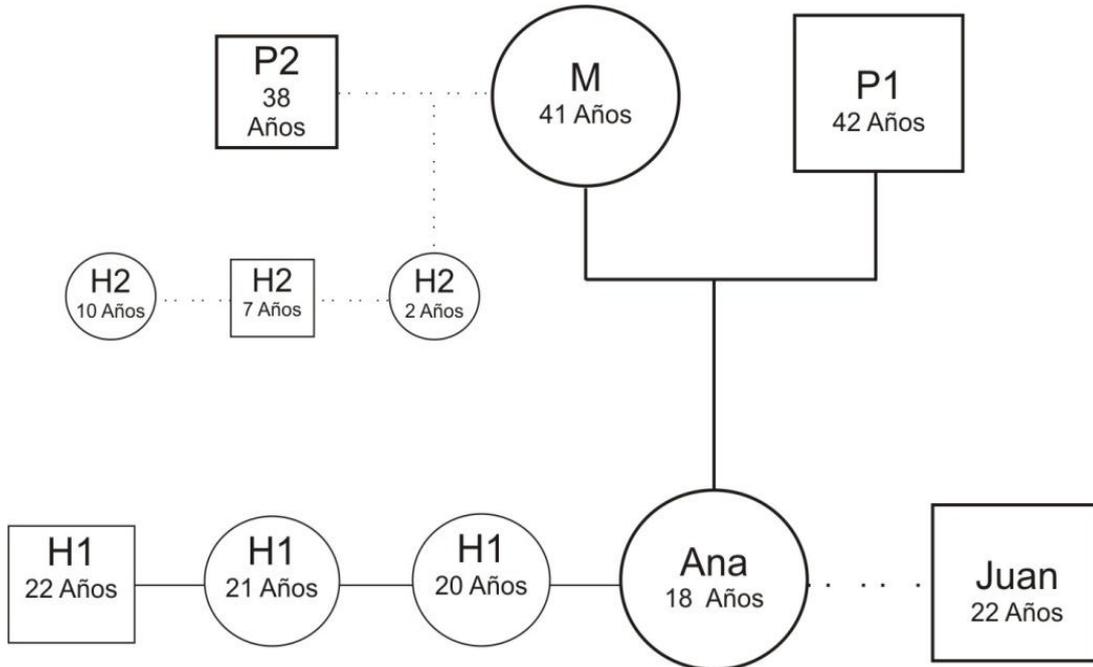
Antes de realizar el cambio de ciudad, a consecuencia de la enfermedad, Ana desarrollaba una vida normal, con su pareja y en su trabajo, y los fines de semana se trasladaban a una pequeña casita que estaban construyendo con sus ahorros.

Actualmente, ella se encuentra sola en la capital para realizar tratamiento, ya que no cuenta con ningún familiar o encargado/a disponible que la acompañe. Habita en un albergue para personas con cáncer en la capital. Dicho albergue está ubicado a pocos kilómetros del hospital donde fue diagnosticada y donde además realiza el tratamiento.

Cabe destacar que en el albergue se trabaja directamente con Ana, ya que allí, Ana realiza varias actividades, no sólo aquellas relacionadas con la atención médica a su enfermedad sino también otras relacionadas con su escolaridad, trabajo en la huerta, arte y recreación.

4.2 Genograma

En la siguiente imagen se refleja como está compuesta la familia de Ana.



Sexo Femenino: ●

Sexo Masculino: ■

Ana: Paciente

Juan: Pareja

M: Madre

P1: Padre

P2: Padrastro

H1: Hermanos de parte de madre y padre

H2: Hermanos de parte de la madre

4.3 Historia de la enfermedad

Ana, según su historia de vida, señala que ha tenido pocas enfermedades. Algunas de ellas comenta que fueron las enfermedades básicas por las que atraviesa una persona durante su crecimiento. Por ejemplo, Fue operada de apendicitis, sin complicaciones.

El inicio de la enfermedad oncológica se ubica a mediados del año 2010, en la que un tumor predominante se instaló en la zona izquierda del cuello de Ana, afectándola de manera progresiva ya que el mismo iba creciendo y causando todo tipo de molestias. Entre los síntomas principales que experimentó describe: dolor agudo en el cuello y en los miembros superiores, fiebre, cansancio, pérdida de peso, fatiga y deterioro en la imagen corporal.

En un comienzo Ana realizó varias consultas en el hospital y centro de salud de su ciudad. En una oportunidad, es intervenida quirúrgicamente por un médico cirujano, con el fin de realizar una biopsia. En los resultados no aparecen nada alarmante y ella continua a la deriva.

Consecuencia de la cirugía quedó una herida que no cicatrizaba, de la cual expelía un líquido desagradable que molestaba todo el tiempo, pero Ana se las arreglaba higienizándolas y tapándola con gasas.

Los médicos, no encontraban nada en los estudios ni en los análisis de laboratorio, por lo tanto la medicaban con antibióticos y anti-inflamatorios, los cuales por supuesto no calmaban la sintomatología del tumor ni hacían disminuir su tamaño.

Además de la ayuda espiritual con bases en la religión católica y bajo la recomendación de su familia, comenzó a consultar a médicos naturistas de la zona. De esta manera es que realizó un tratamiento a base de hojas, frutas y hierbas típicas de ese tipo de terapia alternativa. Trascurrió el tiempo y las consultas con los profesionales de su ciudad, continuaron en el mismo estado por un año y medio aproximadamente.

Posteriormente, sin éxito de los tratamientos realizados, empeora de salud y es trasladada de urgencia hasta la capital del país. Ingresó en un hospital de referencia para patologías oncológicas. En compañía de su padre, queda internada en el hospital para la realización de estudios y pruebas de laboratorio, donde finalmente le diagnostican Linfoma de Hodking y da inicio al tratamiento.

En ese momento es que el equipo de médicos y asistencia social recomiendan a Ana que se instale en un albergue para pacientes oncológicos cercano al hospital, ya que por un tiempo no iba a poder regresar a su ciudad. Su padre quien la acompañó durante la primera internación, regresa a su ciudad por motivos laborales y Ana queda sola en el albergue.

CAPITULO V

ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Criterio de selección del caso

El criterio que se ha tenido en cuenta para seleccionar específicamente a Ana como caso clínico para el presente trabajo de integración final, fue el motivo por el cual ella misma llega al consultorio de psicología.

El equipo de asistencia social del hospital donde Ana realiza su tratamiento se encuentra dirigido por una profesional, quien se encarga de realizar el nexo entre el servicio de psicooncología y los pacientes. Ella recomienda a Ana que consulte con el terapeuta debido a la marcada angustia que presentaba, aparentemente por motivo del viaje que ha tenido que realizar, a consecuencia de la enfermedad y además por encontrarse sola sin ningún familiar, situación que le dificulta aún más la adaptación en el albergue donde vive, y en el hospital donde pasa gran parte de su tiempo.

Es así que Ana acude al servicio de atención psicológica y se lleva a cabo la primera entrevista, para dar inicio al acompañamiento psicooncológico.

5.2 Métodos de recolección de datos

El trabajo es un estudio de caso único, de alcance descriptivo e incluye el estudio cualitativo del caso clínico que fue elegido de manera intencional por su relación específica con el tema principal del trabajo. Por esta razón, las conclusiones no podrán generalizarse a otras poblaciones.

Para su análisis se redactan y analizan viñetas de fragmentos de entrevistas con Ana, con la intención de identificar y analizar el impacto de la migración como consecuencia del traslado a la capital en la búsqueda de tratamiento médico para su patología. Además de las entrevistas realizadas se le administrará a Ana el cuestionario CAEPO, cuyos resultados serán expuestos para dar a conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas frente a la enfermedad.

5.3 Instrumento de evaluación

Teniendo en cuenta el interés y la importancia de trabajar en psicooncología y contar con un instrumento que permita obtener datos específicos sobre el modo en que los pacientes oncológicos afrontan su situación de enfermedad, se utilizó el siguiente instrumento de evaluación psicológica:

- Nombre: cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO).
- Autora: María Teresa González Martínez.
- Procedencia: TEA Ediciones, S.A. (2004).
- Aplicación: individual.
- Ámbito de aplicación: personas que padezcan cáncer u otra enfermedad orgánica con diferentes grados de gravedad o cronicidad.
- Duración: variable, aproximadamente 25 minutos.
- Baremación: muestra de sujetos adultos con diversos tipos de cáncer.
- Material: manual y ejemplar autocorregible.

Este cuestionario es un instrumento que recoge información sobre las estrategias de afrontamiento (conductas y cogniciones) que utiliza un sujeto cuando se encuentra ante una situación de estrés, producida por el diagnóstico de su enfermedad, así como los tratamientos y otras situaciones sociales (migración) y familiares que giran en torno a la enfermedad.

Además, este instrumento tiene la capacidad de brindar información relevante acerca de la función que una u otras estrategias de afrontamiento tienen en el proceso de adaptación-inadaptación de un paciente oncológico ante las demandas específicas, tanto internas como procedentes del entorno.

Está configurado por 40 ítems distribuidos en siete escalas, cada una de las cuales corresponden a una determinada dimensión o estrategia de afrontamiento y se encuentran mezcladas para evitar la contaminación en las respuestas.

Las escalas son:

- Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): Indican que el sujeto valora la situación como grave y difícil pero, ve en ella un reto al que quiere responder con todos los recursos con los que cuenta.

- Escala de Autocontrol y de Control Emocional (ACE): Indica que el sujeto dirige su comportamiento a hacer desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros que le produce la enfermedad y lo que ésta conlleva.
- Escala de Búsqueda de Apoyo Social (BAS): Indica que el sujeto considera importante para lograr un resultado positivo en torno a su recuperación, el apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a él.
- Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA): Indica que el sujeto valora la situación como grave y muy amenazante, con incertidumbres respecto a la evolución y futuro de su enfermedad.
- Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP): Indica que el sujeto considera que tiene muy pocas posibilidades para superar la situación grave, tiene una visión pesimista, y fatalista, respecto a su futuro, a la evolución y pronóstico de su enfermedad.
- Escala de Huida y Distanciamiento (HD): Indican que el sujeto valora la situación como inadecuada, intentando escapar o eludir la realidad de la situación, hay un pesimismo extremo respecto a su pronóstico.
- Escala de Negación (N): Indican que el sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad.

Confiabilidad: el estudio normativo se ha realizado con 160 sujetos que fueron diagnosticados de algún tipo de cáncer de cara y cuello. La confiabilidad se estableció mediante los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach), obteniéndose en todas las escalas índices superiores a 0,80, excepto en la escala N donde la escala se acerca a ese valor.

Validez: la validez de constructo se realizó mediante análisis factoriales exploratorios (componentes principales con rotación varimax y criterio de Kaiser) se determinaron 7 factores o dimensiones en el CAEPO. Los valores de las saturaciones factoriales se sitúan entre 0,64 y 0,87, por lo que son muy satisfactorios y permiten afirmar la estructura factorial del cuestionario CAEPO y la validez de las escalas.

CAPITULO VI

DESCRIPCIÓN DEL CASO

6.1 Contexto del acompañamiento psicooncológico

El consultorio en donde se lleva a cabo el encuentro/entrevista psicooncológico, se encuentra en el predio de un albergue donde habitan pacientes oncológicos. Dicho albergue está ubicado a pocos kilómetros del hospital y tiene la capacidad de albergar a pacientes con cáncer y un familiar, quienes migran desde distintos puntos del país y se instalan en la capital hasta culminar el tratamiento a la enfermedad.

El albergue además de la vivienda, incluye una escuela, una capilla, un consultorio de psicología y otro de nutrición. Los profesionales que se encargan del albergue tienen un trabajo independiente sin estar en contacto directo con el hospital.

6.2 Selección de entrevistas psicoterapéuticas

- A: Ana
- T: Terapeuta

Ana acude al servicio refiriendo que la asistente social del hospital fue quien ha tomado la iniciativa y le ha marcado una cita en el consultorio de atención psicológica que se encuentra ubicado en el predio del albergue donde ella habita.

Le han recomendado un acompañamiento psicológico con el terapeuta porque generalmente se la ve triste, temerosa y se encuentra sola, sin ningún familiar que la acompañe.

Ingresa al consultorio cohibida, con vergüenza y además su semblante refleja tristeza, angustia y desesperación.

Primera entrevista con Ana: (10/10/11)

A: Buenas tardes, permiso, vengo porque la asistente social dijo que usted me puede ayudar.

El terapeuta la recibe y se realiza una entrevista semiestructurada con el fin de obtener la mayor cantidad de datos sociodemográficos posible y conocer además su historia de vida y de la enfermedad.

A: Tengo Linfoma de Hodking, estuve muy mal pero ahora mejore bastante, me lo diagnosticaron el 11 de septiembre de este año, luego de convivir con un tumor en el cuello durante un año y medio. Hice de todo pero los médicos me decían que no salía nada malo en los análisis y en los estudios. Hasta que fui empeorando y vine a la capital, e ingresé al hospital donde me han derivado los médicos que me atendían en mi ciudad.

Fue todo junto, la enfermedad, venir a la capital, entrar al hospital y que me digan que tengo cáncer fue muy duro. Tuve que dejar mi trabajo, a mi pareja, a mi familia y a mis jefes que son también como mi familia. Les extraño a todos, aquí me siento muy sola, porque nadie puede acompañarme, todos trabajan y tienen su vida en mi ciudad que queda muy lejos y ni siquiera pueden venir de visita.

El 16 de septiembre comencé el tratamiento y me realizaron la primera quimioterapia, casi ni me explicaron lo que me iban a hacer, pero estaba muy asustada, no quería ni preguntar. Pocos días después me dieron de alta y me instalé en el albergue. Tenía muchas ganas de ir a mi casa ya que ni siquiera tenía mis ropas, y no me había despedido de nadie porque vine tan mal ese día que me trajeron en ambulancia.

En principio Ana se fue presentando libremente a pedido del terapeuta. Fue narrando detalladamente su enfermedad, desde el inicio de los síntomas hasta la fase actual, el proceso de la migración a la capital en la búsqueda del tratamiento médico para su enfermedad, y además informa como está compuesta su familia, y los rasgos más importantes de cada uno de sus miembros. Refiere con mayor énfasis sobre su vida en pareja, mencionando a Juan de 22 años, con quien lleva aproximadamente 6 años de relación sentimental.

A: Con Juan planeamos casarnos pero con esta enfermedad no pudimos, desde que me salió el tumor, esta enfermedad me genera muchos gastos y yo ya no trabajo hace mucho tiempo, solo trabaja él y no nos alcanza el dinero. Tampoco tuvimos hijos porque desde que vivo con este tumor, hace ya casi dos años que no me siento bien teniendo relaciones sexuales.

T: ¿Que implica sentirte bien?

A: Me molesta el tumor porque es algo feo que tengo en mi cuerpo, encima desde la primera vez que me operé y me lo abrieron para hacer la biopsia nunca cicatrizó, como constantemente salía un líquido muy desagradable y tenía olor, además de las molestias y los dolores, no estaba dispuesta a tener relaciones con Juan, me alejé, estaba muy preocupada porque estaba viviendo con el tumor, y él tampoco me presionaba, porque también estaba preocupado.

Posteriormente estos temas, de la sexualidad con su pareja, de casarse y tener hijos, se han ido trabajando con un enfoque psicoterapéutico con la paciente, ya que resulta ser un aspecto importante dentro de su rol como mujer, el cual le aporta seguridad y equilibrio para su vida personal.

Segunda entrevista: (24/10/11)

A: Hace más de un mes que estoy viviendo en el hospital, ahora se acerca fin de año y yo continúo enferma. Casi ni tengo medios de comunicación con mi familia, ni con Juan ya no hablo porque estoy sin teléfono celular. No tengo dinero y no se aun si me dan de alta para ir a mi casa a pasar por lo menos la Navidad como me lo había prometido el doctor.

De verdad, aquí pude conocer buenas personas, en el albergue y en el hospital siempre me ayudan porque estoy sola. Es difícil, me pone muy triste no tener a nadie de mi familia a mi lado, también tengo miedo, si me pasa algo no tengo a nadie que me ayude.

T: ¿Hay manera de conseguir que alguien venga a hacerte compañía?, ya que esta fase del tratamiento es más agresiva y posiblemente te haría falta alguna persona que te ayude.

A: No, me di cuenta que nadie se interesa, solo Juan pero ya perdió un trabajo por mi culpa y es el único que me ayuda enviando dinero. Si no trabaja yo tendré problemas económicos aquí. Mis hermanos no le dan importancia a mi enfermedad, si a algunos de mis hermanos le sucediera algo parecido yo hubiera hecho mucho por ayudarlos.

El salir de mi ciudad me alejé realmente de todos, de mi familia y de los pocos amigos que tenía. Esta enfermedad es como una maldición, o mucha mala suerte. Además me hizo descubrir que estoy sola, que nadie se preocupa por mí realmente, y eso es triste.

La intervención realizada por parte del terapeuta durante la entrevista, consistió en disminuir la angustia que presentaba y se trato de acompañar, escuchándola y guiando sus ideas con técnicas de relajación y respiración para que vaya sintiéndose mejor.

Tercera entrevista: (10/11/11)

A: Estoy un poco mejor, en el hospital me regalaron un teléfono celular y puedo hablar de nuevo con Juan y con mi familia. Estoy más comunicada y eso me hizo sentir bien, siempre fui la que se ocupo de todo y ahora me siento impotente al no hacer nada por los demás. Hablando con ellos supe que están bien, ahora es tiempo de que me ocupe de mi salud y ponga mayor fuerza de voluntad para hacer todo lo que me digan los médicos.

T: Eso está muy bien Ana.

A: Si, desde que tuve que dejar mi ciudad y venir aquí, pasó bastante tiempo y fui conociendo un poquito más todo. A los médicos ya no les tengo miedo, las enfermeras se ocupan de mí porque saben que estoy sola, siempre me traen las comidas y me llevan en silla de ruedas a realizar los estudios en el hospital. Incluso aquí en el albergue pude adaptarme mejor con las otras familias y paso más tiempo con ellos.

T: En nuestro siguiente encuentro, me gustaría realizar una tarea contigo. Consiste en responder preguntas de un cuestionario para que luego las respuestas demuestren como estas conviviendo con todo esto relacionado a la enfermedad.

En el siguiente encuentro se llevó a cabo la aplicación del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos "CAEPO". Sin problemas Ana pudo dar respuesta a todas las consignas del cuestionario.

Entrevistas posteriores:

A partir de los encuentros posteriores, y hasta la actualidad, se realiza un acompañamiento psicológico continuo y constante. Las intervenciones más frecuentes son de tipo psicoeducativas, ya que las mismas son esenciales en el trabajo de la psicooncología para mitigar las fantasías asociadas a la enfermedad, disminuir los efectos secundarios de los tratamientos, y conseguir mayor adherencia al mismo.

Por medio de la educación para la salud, manejo del estrés, habilidades de afrontamiento y apoyo psicológico, se va logrando con Ana fomentar los métodos de afrontamiento a la difícil situación y mejorar el malestar psicológico.

Además el asesoramiento y/o acompañamiento utilizando distintas técnicas y procedimientos terapéuticos, como expresión de las emociones, reestructuración cognitiva, relajación y respiración, entrenamiento en la comunicación y otros métodos de aprendizaje conductual, permiten desarrollar el espíritu de lucha ante la enfermedad, y disminuir la preocupación ansiosa, la desesperanza y el fatalismo.

Ana, demuestra mejor adaptación y aceptación de la realidad a pesar de encontrarse sola en el proceso de su enfermedad. Pudo ir de vacaciones a su ciudad y eso la lleno de energía. Por más que no cuente con ningún familiar que se responsabilice en ayudarla, ella pudo establecer buena empatía con su ambiente social, y ha establecido relaciones consistentes, las cuales en los momentos de dificultad les sirven como soporte.

Se trabaja de manera directa con el equipo de asistencia social con el fin de satisfacer las necesidades básicas de Ana, asistiéndola y controlando que cuente con las herramientas necesarias para su supervivencia.

CAPITULO VII

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

7.1 Análisis del Caso Ana:

La enfermedad de Ana, tuvo la capacidad de irrumpir en su vida normal. Como plantean, Siegel, Cokkinides, Jemal y Ward (2011), existen factores de tipo económicos, sociales y culturales que influyen en la incidencia y en la supervivencia de la persona con cáncer.

Ana, es una persona de escasos recursos, que habita en una ciudad lejana, la cual posee un deficiente acceso geográfico a los servicios sanitarios adecuados que ofrecen tratamientos al tipo de enfermedad que sufre.

Posee un bajo nivel sociocultural, ya que pertenece a una zona de poca productividad laboral, con escasos ingresos económicos, donde la vida es monótona y más tranquila. Factor que se podría pensar, dificulta aún más su situación.

En este sentido, dichos autores mencionan que el nivel socioeconómico de la persona afectada por el cáncer influye en el proceso de la enfermedad, debido a que por medio de estos recursos, se consigue el acceso al seguro médico, a la atención preventiva, a la detección temprana y al tratamiento.

En este caso, Ana convivió con un molesto tumor durante un año y medio, sin contar con los medios necesarios para conseguir un diagnóstico fidedigno y comenzar un tratamiento adecuado lo antes posible.

También por su lejanía a una ciudad que concentra centros sanitarios de referencia, tuvo que migrar de manera obligada a otra ciudad, para conseguir un tratamiento médico lo cual influyó de manera negativa en su vida.

Siguiendo esta misma línea, Die Trill (2003), refiere que la cultura influye en la evolución enfermedad, ya que la persona que migra a otro lugar no posee los mismos factores culturales tales como, el idioma, las creencias, valores y tradiciones.

En la vida de Ana, el cambio de cultura fue un proceso difícil, ya que la migración ha influenciado de manera directa en sus factores de riesgo, conductas relacionadas con su salud, creencias relativas a la enfermedad, y los enfoques de la atención médica.

La misma autora señala que el papel de la cultura es fundamental en el proceso salud-enfermedad más aun en el caso del cáncer, ya que el mismo es temido en todas las sociedades.

Según Martínez y Leal (2003), cada contexto sociocultural tiene distintos conceptos de enfermedad, y distintas maneras de enfrentarla. Cuando el paciente ingresa en una institución o es internado, pasa a cumplir un papel pasivo, donde el hospital o sanatorio se establecen como una cultura extraña para él. Este es el caso de Ana, que de otra ciudad vino a instalarse en un hospital en donde todo era nuevo para ella.

Además, Mucci (2007), menciona que la experiencia que cada paciente tiene sobre su enfermedad depende en gran parte del lugar donde se encuentra, la relación médico-paciente, los discursos, las prácticas e intercambios y su situación en el universo cultural y contextual de la enfermedad y los factores personales que están involucrados en todas las fases de la enfermedad.

Por otra parte, también es posible que el paciente que se traslada dentro de un mismo país, en donde hablan el mismo idioma, presente problemas en la comunicación. Esto se debe a que generalmente se manejan códigos o dialectos del lenguaje que no son los mismos en todas las localidades. Más aun cuando se trasladan a otros países y el idioma no es el mismo, la dificultad en la comunicación afecta la relación médico-paciente, la cual puede verse muy complicada.

Al principio la adaptación resultó difícil para Ana. Luego su capacidad para hacerle frente a la enfermedad fue mejorando así como también la adaptación al tratamiento y su estadía en el albergue y el hospital.

Ana se encuentra sola ante tan difícil situación que le tocó atravesar. Varios autores refieren que cuando una persona enfrenta el cáncer, no es común que lo haga en un completo aislamiento social. Generalmente, acompañan la familia, los amigos y el equipo de salud. Por más que viaje a un lugar lejano, casi siempre va acompañado de alguien que se responsabiliza en ayudarlo.

Este no es su caso, ya que no cuenta con ningún familiar disponible que se responsabilice en acompañarla. A propósito, Baider, (2003), plantea que el impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos sociales y culturales de la familia, afectando profundamente su identidad, razón por la cual miembros

familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad.

Así mismo cada miembro de la familia se verá afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta, en los planes para el futuro, en el significado sobre el sí mismo, sobre los demás, e incluso en el sentido de la vida.

Sin embargo, Ana tuvo que aprender a superar las dificultades y valerse por si misma, fortalecer sus estrategias de afrontamiento a la enfermedad y convivir con la nueva cultura impuesta en tan difícil momento.

Por más que manifiesta tener buena relación familiar, no cuenta con la disponibilidad de ninguno de sus miembros que puedan ayudarla en este momento. Ana comenta que su familia esta angustiada y con mucho temor. Grassi, Biondi y Costantini (2003), señalan que el momento del diagnóstico ya resulta ser un evento estresante y traumático para la familia a la par del paciente. Por esto, Son muy comunes las reacciones de tipo emocional, generalmente comienzan con un estado de shock con sentimientos de negación, angustia, rabia, desesperación, dolor y rechazo.

Además, el mismo autor menciona que algunas familias son más vulnerables que otras a la crisis recurrente de la enfermedad, desarrollando una sensación general de desesperanza, ambigüedad y falta de control, tal como se manifiesta en la interacción conflictiva y disfuncional entre sus miembros.

Por su parte Die Trill (2003), señala que las familias cuentan con distintas formas de reaccionar ante el diagnóstico de la enfermedad. Generalmente están influidas por la personalidad de sus miembros, la experiencia familiar con el cáncer y otras enfermedades, los sistemas de apoyo con que cuentan, sus creencias religiosas, y el curso de la enfermedad y de su tratamiento.

La familia de Ana, no fue desestructurada por el diagnóstico de cáncer, ya que ninguno de sus miembros acompañó a Ana durante su enfermedad. Pero esta situación en ella, impactó de manera negativa, causando mucho estrés, angustia y melancolía.

Como dicen Hernández, Lorenzo y Loris Nacif (2009), lo más frecuente en los pacientes oncológicos es que las pérdidas de contacto con la familia y del contexto ambiental, provoquen diversos estados de afección emocional, como una ligera tristeza, depresión y un proceso de duelo constante.

Es así que Cruzado (2010), menciona al apoyo social percibido como un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen escasos apoyos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, un nivel más avanzado de enfermedad, muestran menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante. Por lo tanto, considera que el apoyo familiar y de la pareja mejora la adaptación al cáncer.

Aun así, Ana se encuentra bien, a pesar de sus dificultades, a pesar que, como menciona González (2004), todos los acontecimientos que viven los sujetos con cáncer (enfermedad, migración, tratamientos, internación, etc.), son estresantes y capaces de provocar problemas de ajuste y adaptación en el sujeto, especialmente si carece de estrategias para afrontar la situación.

Por lo tanto, si el paciente que vive la difícil situación de padecer cáncer, cuenta con suficientes estrategias de afrontamiento ante el estrés, esto influye no solo en la adaptación psicológica del paciente, sino en la evolución y proceso de la enfermedad.

Cruzado (2010), afirma que las fuentes potenciales de estrés a las que ha de hacer frente el paciente con cáncer y sus familiares están presentes en todas las fases de la enfermedad.

Cómo se expresó anteriormente, las estrategias de afrontamiento al estrés, resultan ser aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales.

En el caso particular de Ana, con su estilo positivo de afrontar a la enfermedad, pudo lidiar día a día con las dificultades que se le presentaban y ante la soledad en la que se encontraba.

7.2 Resultados y análisis del cuestionario CAEPO.

En correspondencia a los objetivos específicos del trabajo y con los resultados obtenidos del cuestionario CAEPO, se puede constatar que la paciente Ana, del caso clínico, posee una manera "positiva de afrontamiento", ya que la misma obtuvo puntuaciones elevadas.

En rasgos generales, González (2004), menciona que la persona que presenta una manera positiva de afrontamiento, posee modos adaptativos que favorecen el ajuste, es capaz de enfrentarse y buscar alguna solución para mejorar su situación o el desequilibrio emocional que genera la propia enfermedad. A pesar de que valora la situación como difícil y grave, tiene una visión optimista respecto a sus posibilidades de lucha y al pronóstico, trata de manejar su estado emocional negativo y se muestra colaboradora y dispuesta a recibir el apoyo necesario para afrontar su situación.

En base al segundo objetivo específico, los recursos de afrontamiento y lucha que presenta Ana ante su enfermedad, están determinados por su nivel conductual y cognitivo, ya que la misma adopta un papel activo y colaborador en todo lo referente a su enfermedad. Por más que valora la situación como grave, al mismo tiempo ve en ella un reto al que quiere responder con todos los recursos que dispone.

Para dar respuesta al tercer objetivo específico, y relacionar al apoyo social con la situación de Ana, se ha comprobado que la misma no cuenta con ningún familiar ni encargado/a que se comprometa a asistirle durante su tratamiento, como es común que suceda en el paciente oncológico ante esta difícil situación que le toca vivir.

En el caso de Ana ella se encuentra sola y aun así, considera importante para sentirse mejor contar con apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a ella. Pero de igual manera pudo hacerle frente a este aspecto y se involucro con su medio social actual, buscando información como un apoyo o medio que le ayudara a conocer mejor su enfermedad, sus síntomas, su proceso y así poder controlar todo mejor.

En cuanto a la ansiedad y la valoración del sujeto hacia la enfermedad, el cuarto y quinto objetivo específico, proponen reconocer los niveles de ansiedad y saber cómo valora su situación. Según el cuestionario, Ana puntuó bajo. Esto significa que posee estrategias de afrontamiento y que puede valorar como grave y amenazante la situación, pero no se manifiesta ansiosa ni poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación, respecto al pronóstico y al resultado final.

Y el quinto y último objetivo específico, refiere a la utilización de mecanismos de evitación y negación. Según los resultados, Ana no evita ni niega la realidad, acepta su enfermedad y el proceso de tratamiento con normalidad y de manera positiva. Se considera una persona resiliente³ y capaz de hacerle frente a su situación, gracias a las estrategias de afrontamiento que posee.

³ El termino resiliente se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. González (2004).

CONCLUSIONES

Conclusiones generales

Las personas con enfermedades graves, con mucha frecuencia migran de su ciudad, pueblo o país, motivados por la esperanza de encontrar mejores oportunidades y niveles de vida, o simplemente por no contar con los recursos necesarios para los distintos tipos de tratamiento.

Estas personas, generalmente se mueven del campo a la ciudad, o se mudan a otros países con la esperanza de conseguir un tratamiento médico a la enfermedad que padecen.

Muchos pacientes y sus familias, ante la imposibilidad de recibir atención en los hospitales o centros de salud de su zona de residencia, concurren a los principales centros de atención especializada, en alguna ciudad de referencia, debiendo atravesar por las dificultades económicas, emocionales, además del estrés y el desarraigo que esta situación acarrea.

Frecuentemente, estas personas lo hacen sin derivación, y por problemas que podrían ser resueltos con facilidad si se contara con el acceso a las condiciones y tecnología adecuadas para la atención.

Pero como el cáncer requiere de una infraestructura hospitalaria de mayor complejidad, equipo profesional multidisciplinar y tratamientos de alta complejidad, los centros de referencia para enfermedades oncológicas, generalmente se centra en las capitales o ciudades más importantes del país.

En algunos lugares, el tratamiento médico es gratuito, en otros medianamente gratuitos, y también existen los lugares donde el tratamiento es privado y costoso.

El tratamiento médico que realiza un paciente oncológico en centros hospitalarios especializados, implica el ingreso durante periodos de duración variable, o visitas frecuentes al hospital, todo lo cual hace que su vida habitual se vea alterada a causa de la enfermedad y de los efectos secundarios que tienen los tratamientos sobre el sistema inmunológico.

La internación misma para el enfermo representa una experiencia de pérdida y separación del bienestar, del ambiente familiar y de amigos, de sus espacios habituales, sus actividades cotidianas, etc.

Esto se intensifica si la persona debe abandonar su lugar de residencia y trasladarse a uno nuevo. Como no es fácil contar en todas las localidades con centros sanitarios especializados para tratar a pacientes oncológicos, es común este tipo de situación, ya que el paciente debe, generalmente de manera impuesta, dejar a un lado todo aquello que realizaba, interrumpir la normalidad de su vida y trasladarse a otro lugar.

Se traslada a un lugar nuevo y en su totalidad desconocido, donde los factores culturales tales como, el idioma, las creencias, valores y tradiciones influyen de manera directa en el paciente y su familiar, afectando sus conductas relacionadas con la salud. Interfieren las creencias relativas a las enfermedades y los enfoques de la atención médica, entre otros.

Al mismo tiempo, la migración es un cambio vital y este cambio produce estrés lo cual afecta a la persona de manera negativa, con manifestación sintomática, física y emocional.

La migración, generalmente tiene consecuencias negativas para la salud, ya que produce una enorme carga de estrés a nivel físico y psicosocial. Por esto se lo considera como un factor de riesgo, para la persona que migra, más aún si no está sano, padece alguna discapacidad o el medio de acogida le es hostil.

La migración en sí, afecta muchas áreas de las personas e interfiere principalmente en la comunicación, ya que en la relación médico paciente, es muy importante mantener un nivel fluido de comunicación. Lo que trasmite el médico debe ser significativo y claro, para que el paciente pueda comprender y valorar toda la información recibida, así como también para que el médico pueda elaborar un diagnóstico seguro, es indispensable que el paciente comente su estado de salud. Además, afecta en las costumbres, creencias, ideas y en los aspectos culturales y psicosociales de los que migran.

Generalmente el impacto del cáncer alcanza abismos y afecta a toda la familia del paciente oncológico. Los miembros más cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda, se responsabilizan en la larga trayectoria de la enfermedad con el fin de ayudarlo y asistirlo para satisfacer sus necesidades.

Por lo tanto, cada miembro de la familia se verá afectado emocional, cognitiva y conductualmente, en realización de planes para el futuro, en el significado sobre el sí mismo, de los demás, e incluso en el sentido de la vida.

Pero según el nivel cultural al que pertenece el paciente oncológico se irán determinando las posibilidades y responsabilidades para establecer un cuidador principal. El mismo será el encargado de tomar decisiones médicas, organizar que rol va a adoptar cada uno de los miembros familiares ante la enfermedad, y cómo se va a implicar cada uno de ellos, cómo se va a transmitir la información médica, el grado de cohesión entre sus miembros, y cómo va a funcionar la familia como grupo.

Las reacciones más comunes que se pueden manifestar en las familias afectadas, son los sentimientos de pérdida, de abandono, ansiedad, angustia por separación, culpa y cambios de roles. Además el estrés que se produce desde el pre diagnóstico y durante todas las fases de la enfermedad, ya que genera demandas y limitaciones sobre el individuo, y los obliga a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento dentro del sistema familiar para hacer frente a la situación.

También, la situación les puede afectar la salud física de sus miembros y se pueden manifestar fatiga, agotamiento físico, alteraciones del sueño y el apetito, etc.

Pero no todas las familias son iguales y cada una cuenta con distintas formas de reaccionar ante el cáncer. Generalmente están influidas por la personalidad de sus miembros, la experiencia familiar con el cáncer, los sistemas de apoyo, sus creencias religiosas, y el pronóstico de la enfermedad y de su tratamiento.

La institución sanitaria y los profesionales de la salud deberían tener en cuenta la dificultad que presentan estas personas al dejar el hogar, el trabajo o estudio, la familia y los seres queridos que forman parte de su vida, sin obviar el trauma cultural al que son expuestos tanto el paciente como su acompañante.

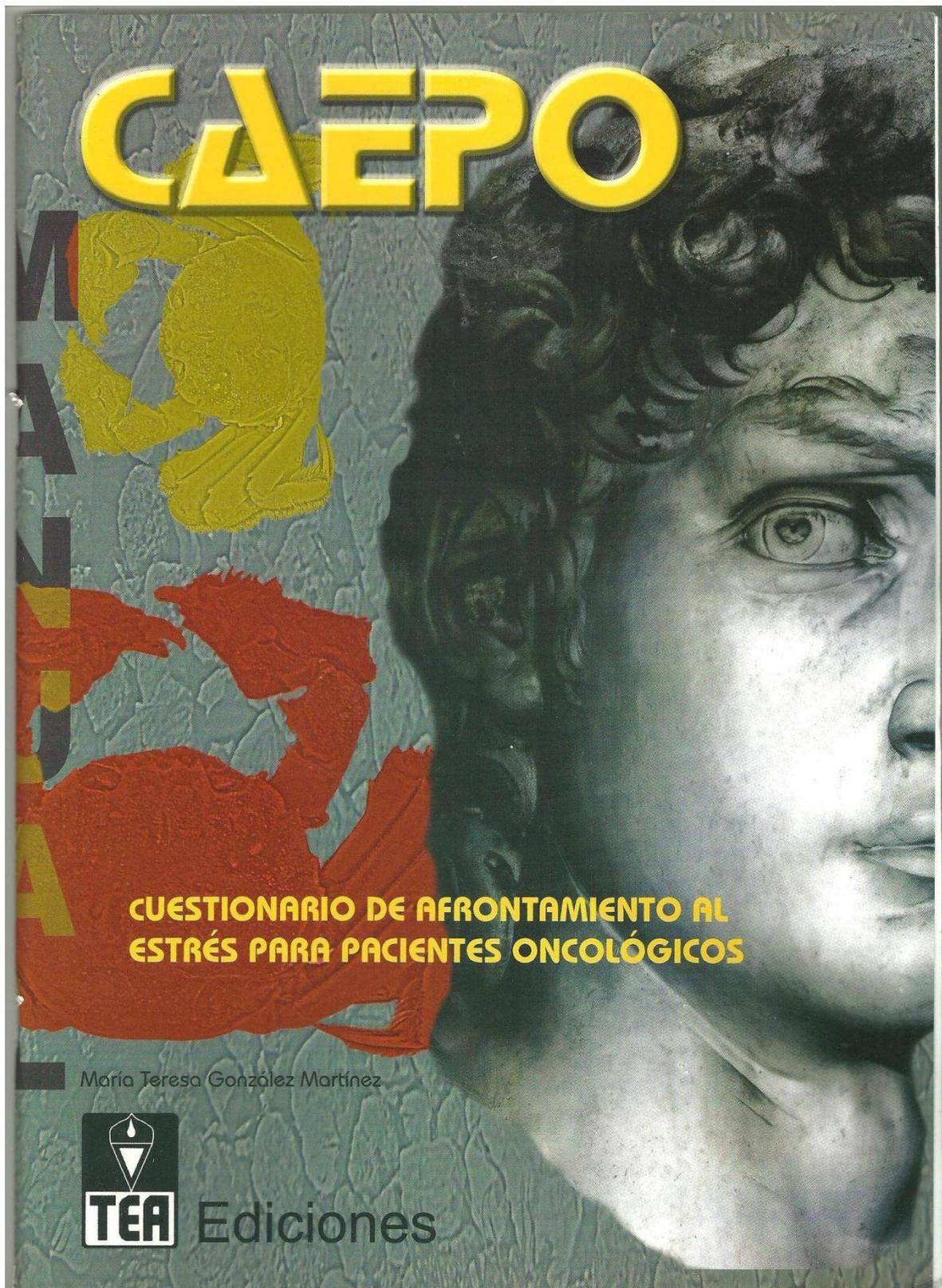
El hospital o sanatorio se transforma en un punto de apoyo, pero también en un estresor, ya que el aislamiento, la falta de autonomía, los actos médicos, la inseguridad e incertidumbre, hacen que el paciente y su familiar se vean afectados ante esta situación. Además, como ya se sabe, las pruebas y los análisis médicos, la confirmación del diagnóstico y los tratamientos, suponen una fuente elevada de estrés para todo el grupo familiar.

En consecuencia, cuando un caso presenta estas características, es fundamental que todo el personal de salud y la institución sanitaria, reconozcan las diferencias culturales que aparecen en el encuentro interpersonal, y en la manera que tenga la familia afectada de afrontar la enfermedad. Actuar con prudencia e informarse sobre ciertos aspectos del paciente, podrían crear una buena relación médico-paciente logrando así un ambiente positivo con el fin de mejorar la calidad de vida de todos.

Finalmente y para concluir es fundamental destacar la importancia de prestar atención al uso del lenguaje y el idioma, el grado de identificación con la nueva cultura, y como cada persona mantiene su cultura de origen, la capacidad de percibir y describir su enfermedad, la conducta de estar enfermo y cumplir el rol de paciente, el papel que cumple la familia, sus creencias religiosas y como elaboran los procesos de duelo. En definitiva es muy posible, que atender a todas estas circunstancias, mejoraría las relaciones y facilitaría además el trabajo en equipo.

ANEXO

En el siguiente apartado se expone el cuestionario utilizado para explorar las estrategias de afrontamiento ante el estrés para pacientes oncológicos.



GAPEPO

A continuación aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, rodeando con un círculo, con cuál de dichas formas se identifica más su manera de **COMPORTARSE EN ESTA SITUACIÓN**. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considere más conveniente. Procure contestar con la mayor **sinceridad**.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

- | | | |
|---|---|---------------|
| 0 | Si no coincide absolutamente en nada | Nunca |
| 1 | Si la coincidencia se da en alguna medida | Algunas veces |
| 2 | Si coincide bastante | Muchas veces |
| 3 | Si coincide en gran medida | Casi siempre |



Autora: M^a T. González Martínez.
Copyright © 2004 by TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

Nombre y apellidos: _____ Fecha: _____

Centro: _____

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Muchas veces 3 Casi siempre

1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3



21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

Referencias bibliográficas

- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures (2012). Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- Arbeláez Rudas, M. (2006). Inmigración y salud: la protección de la salud frente a la diversidad cultural. *Revista de Bioética y Derecho*, (7), 1-9. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/RevistaBioeticaDerecho/article/viewFile/124433/172427>
- Arranz Carrillo, P., Ulla Díaz, S. y Coca Pereira, C. (2003). *Leucemias, Linfomas y Mielomas. Psico-Oncología*. Madrid, España: Ades.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3 (1), 505-520. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf
- Balbo E. (2004). Salud mental e inmigración magrebí. Grupo Aula Médica. Salud Global. *Salud Mental Atención Primaria. Madrid*. 4 (4), 2-8. Recuperado de <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL4-2004.pdf>
- Bosnic, M. (1999). Humanización de la Salud. *Quirón*. 30 (2), 36-57
- Camacho Soto, P., Lage Villar, C., Cabanas, M., Pena Monelos, P., Rodríguez Díez, M., Rozas Hombre, M., Trigo Recarey, A., y Valdez Porto, J. (2004). *Animación Hospitalaria. Guía de orientación y recursos*. España: Cruz Roja Española.
- Cohen, B. J. (1998). *Introducción a la Sociología*. México: Mc. Graw Hill
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid, España: Síntesis.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid, España: Ades
- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico*. Buenos Aires: Paidós.
- González, M.T. (2004). *CAEPO. Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*. Madrid, España: Tea
- Grassi, L., Biondi, M., Costantini, A. (2003). *Manual práctico de Psico-oncología*. Roma, Italia: Il Pensiero Scientifico
- Grau Rubio, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Revista de educación, desarrollo y diversidad*, 5 (2), 67-87. Recuperado de <http://peremarques.pangea.org/dioe/impacto%20familia.pdf>
- Gutierrez López, M. (2010). Psiquiatría transcultural. A propósito de un caso. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (108), 639-644. Recuperado de: http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2010/Revista-108/108.639-Psiquiatria_transcultural_a_proposito_de_un_caso.pdf
- Hainbuch, F. (2006). *Relajación muscular de Jacobson*. Madrid: Edimat.
- Hernández, M., Lorenzo, R. y Loris Nacif. (2009). Impacto emocional: cáncer infantil-inmigración. *Psicooncología*. 6 (2-3), 445-457. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0909220445A.PDF>
- Marsellach, U., G. (2007). *Técnicas Cognitivas para el tratamiento del Estrés*. Gran Canaria, España: AENA-Galeon.

Martínez, S. C. y Leal, F. G. (2003). Sobre la calidad clínica de la atención: el problema de la relación médico paciente. *Anales Médicos*, 48, 242-254. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-abc/e-bc2003/e-bc03-4/em-bc034j.htm>

Mucci, M. (2007). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante?. *Psicodibate: Psicología, cultura y sociedad*. 8, 61-78. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2005.pdf>

Monsalve Dolz, V., Soriano Pastor, J., Carbajo Alvarez, E., Santolaya Ochando, F. (2009). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalar*. Valencia, España: Colegi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.

Muñoz, Cobos, F., Espinoza, Almendro, JM., Portillo Stempel, J., y Rodríguez González de Molina, G. (2002). La familia en la enfermedad terminal. *Medicina de familia*. 3 (4), 262-268. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/07.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2009). Cáncer. Nota descriptiva 297, recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/print.html>

Serradas Fonseca, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*, 24 (71), 447-468. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-97922003000300005&script=sci_arttext

Siegel, R., Cokkinides, V., Jemal, A., Ward, E. (2011). *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2009-2011*. Atlanta, Georgia: Sociedad Americana del Cáncer.

Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I., Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27130102#>

Torrío Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S. y López López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18, 45-59. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf

Vidal y Benito, M. C. (2002). *A cerca de la buena comunicación en medicina*. Buenos Aires: CEMIC.

Vidal y Benito, M. C. (2010). *La relación médico paciente*. Buenos Aires: Lugar Editorial.