

Necesidad de intervención psicosocial en un menor no acompañado diagnosticado de linfoma: a propósito de un caso

Julia Duran García¹, Tamara Redondo Elvira^{2*}

Recibido : 1 de febrero de 2023 / Aceptado 22 de febrero de 2023

Resumen. Objetivo: Caso de un menor no acompañado que tras su llegada a España, le es diagnosticado un linfoma y como es necesaria una intervención a nivel psicosocial, para garantizar primero la cobertura de necesidades básicas para después abordar toda la sintomatología psicológica propia de su situación. Método: Una intervención por parte del área de Trabajo Social y Psicooncología para el manejo de toda la problemática asociada a la situación de migrante y adaptación al proceso oncológico. Resultado: Se inicia la cobertura de necesidades básicas (alojamiento y alimentación) y garantizar el acceso a los servicios sociosanitarios, para luego proceder a intervenir a nivel psicológico. Se consigue la reducción de la sintomatología ansiosa, gestionando la ideación suicida y la reducción de pensamientos negativos y depresivos, mejorando la gestión emocional y potenciando el autocontrol, así como una mejor adaptación a la situación de enfermedad. Conclusión: El abordaje psicosocial se convierte en una herramienta indispensable para la intervención en personas que se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad social, que son diagnosticadas de enfermedad oncológica.

Palabras clave: Cáncer, migrante, trabajo social, psicooncología, intervención psicosocial.

[en] Need for psychosocial intervention in an unaccompanied minor diagnosed with lymphoma: A case report

Abstract. Objective: Case of an unaccompanied minor who, after his arrival in Spain, is diagnosed with lymphoma and how an intervention at a psychosocial level is necessary, to first ensure the coverage of basic needs and then address all the psychological symptoms of his situation. Method: An intervention by the area of Social Work and Psycho-Oncology for the management of all the problems associated with the migrant situation and adaptation to the oncological process. Results: At the beginning basic needs (accommodation and food) were covered and it was ensured access to social and health services, and then psychological intervention started. There is a reduction of anxious symptomatology, managing suicidal ideation and the reduction of negative and depressive thoughts, improving emotional management and enhancing self-control, as well as a better adaptation to the disease situation. Conclusion: The psychosocial approach becomes an indispensable tool for the intervention in people who are in a situation of extreme social vulnerability, who are diagnosed with oncological disease.

Keywords: Cancer, migrant, Social Work, Psycho-Oncology, psychosocial intervention

1 Julia Duran García. Asociación Española Contra el Cáncer, Junta Provincial de Guadalajara. Guadalajara. España
E-mail: julia.duran@contraelcancer.es

2 Tamara Redondo Elvira. Asociación Española Contra el Cáncer, Junta Provincial de Guadalajara. Guadalajara. España
Guadalajara. ORCID: 0000-0001-5663-6663
E-mail: tamara.redondo@contraelcancer.es

* Dirección de correspondencia: Dra. Tamara Redondo Elvira. Avda. Santa María Micaela 106, 19002 Guadalajara. E-mail: tamara.redondo@contraelcancer.es

Sumario: 1. Introducción 2. Identificación del paciente y motivo de consulta 3. Evaluación 4. Objetivos terapéuticos, plan de intervención y tratamiento 5. Resultados 6. Discusión y conclusiones 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Duran García J, Redondo Elvira Tamara. Necesidad de intervención psicosocial en un menor no acompañado diagnosticado de linfoma: a propósito de un caso. *Psicooncología* 2023; 20: 175-183. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.87577>

1. Introducción

En el caso de adolescentes o adultos jóvenes, el diagnóstico de una enfermedad oncológica supone un punto de inflexión, ya que la autonomía que ha tratado de potenciar durante esta fase se ve mermada, y no sólo tiene que afrontar todo lo relativo a la enfermedad, sino a una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social asociados, lo que generará nuevas necesidades que necesitan ser cubiertas para mejorar su calidad de vida⁽¹⁻³⁾.

Si a todo lo descrito anteriormente añadimos la casuística propia de los menores no acompañados que desarrollan la enfermedad a la llegada a España, encontramos que se hayan una situación de doble vulnerabilidad, donde la atención psicosocial se vuelve fundamental y es necesario un abordaje coordinado entre el área de trabajo social y psicooncología⁽⁴⁻⁶⁾.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

DO, en la actualidad 20 años, derivado desde la Unidad de Salud Mental de Guadalajara a la Unidad de Atención al Paciente de Asociación Española contra el Cáncer para abordaje en la consulta de psicooncología de la adaptación a la enfermedad y colostomía, el manejo de sintomatología ansiosa y depresiva con ideación suicida y autolesiones, y en la consulta de Atención Social para la movilización de recursos que garanticen la cobertura de necesidades básicas (alojamiento y alimentación), puesto que se encuentra residiendo transitoriamente en una pensión tras haber sido expulsado de centro residencial. Tiene prescrito tratamiento psicofarmacológico por la aparición de alucinaciones auditivas, autolesiones e ideación suicida: Abilify 10 mg (1-0-0) y Rivotril 2mg (1/2/2), sin adherencia al tratamiento.

DO es natural de Marruecos, vino a España de manera irregular en 2020 como menor no acompañado, y tras estancia en Centro de Menores, es trasladado al cumplir la mayoría de edad a un recurso residencial en Guadalajara, del que fue expulsado en diciembre de 2021 por mal comportamiento, tras una disputa con otro compañero. A partir de ese momento, se le facilita recurso de alojamiento transitorio en una pensión, sufragada desde los Servicios Sociales municipales.

Su familia sigue residiendo en el país de origen, con relación escasa, limitándose a llamadas telefónicas esporádicas. Refiere estar sólo en España sin apoyo por parte de familiares que residen aquí, y contar con escasas amistades que provienen del centro residencial en el que estuvo.

En 2020 fue diagnosticado de Linfoma Difuso de Células B con Masa Bulky abdominal, siendo tratado con Quimioterapia e Inmunoterapia. En el momento de ser

trasladado a Guadalajara, el tratamiento de Quimioterapia se vio interrumpido, y sin derivación informada para su continuidad en el Hospital Universitario de dicha ciudad. Lleva una colostomía fruto de una obstrucción colónica, y en la actualidad está en seguimiento por Hematología, refiriendo cansancio, debilidad y pérdida de peso.

3. Evaluación

Desde el área de Psicooncología, se realizó una entrevista semiestructurada, que se completó con una valoración psicométrica a través del Cuestionario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAI E-R)⁽⁷⁾; el Inventario de Depresión de BECK (BDI-II)⁽⁸⁾ y Termómetro de distrés⁽⁹⁾ (tabla 1).

Tabla 1. Resultados de las pruebas diagnosticas

TEST	PUNTUACIONES PRE (septiembre 2021)	PUNTUACIONES POST (junio 2022)
Termómetro de distrés	9	6
BDI-II	43	32
STAI		
Ansiedad Rasgo	41	34
Ansiedad Estado	48	38

Tabla 2. Análisis funcional de la conducta problema

Antecedentes	Conducta problema	Consecuentes
Diagnóstico y tratamiento de linfoma	<i>Nivel cognitivo</i>	Percepción de incontrolabilidad
	Alucinaciones auditivas	
	Indefensión	
	Alucinaciones auditivas	
	Pensamientos intrusivos y anticipatorios	
Colostomía	Ideación autolítica	Miedo a la cirugía de reversión Falta de adherencia al tratamiento Miedo a la recaída
	<i>Nivel emocional</i>	
Migración	Angustia	
	Tristeza	
Falta de recursos	Frustración	
	Culpa	
	Incertidumbre	
Ausencia de apoyo social	<i>Nivel físico</i>	Autolesiones
	Inquietud motora	Aislamiento social
	Insomnio	Episodios de descontrol
	<i>Nivel motor</i>	
	Disminución de actividades gratificantes	
	Aumento del consumo de tabaco	
	Anhedonia	

Tabla 3. Evaluación social

Área	Problemáticas detectadas
Económico-Laboral	<ul style="list-style-type: none"> -Situación de pobreza objetiva, determinada principalmente por factores estructurales (insuficiente protección social). -Falta de recursos para la subsistencia: inexistencia de ingresos económicos para la cobertura de las necesidades básicas primarias y para gastos extraordinarios ineludibles derivados de la enfermedad. -La presencia de la enfermedad dificulta hacer frente al sostenimiento económico. -Situación de exclusión laboral debido principalmente a la presencia de la enfermedad, así como a la situación documental irregular que dificulta el acceso al mundo laboral.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> -Impacto físico de la enfermedad: colostomía -El bajo nivel de competencia lingüística del idioma español dificulta la interrelación comunicativa necesaria con los especialistas médicos, para tener una adecuada información sobre la enfermedad, tratamientos, pruebas médicas, diagnóstico y pronóstico. - Inexistencia de coordinación institucional y de derivación informada hacia los recursos sanitarios y de salud mental desde la comunidad autónoma de origen hacia la de destino, lo que conlleva suspensión del tratamiento oncológico y psiquiátrico. -Ausencia de diagnóstico psiquiátrico definitivo, que facilite la puesta en marcha de los recursos acordes. -Alto grado de estrés: La situación económica precaria y la falta de alojamiento definitivo supone un fuerte componente estresor que agrava la situación anímica de Oussama. -Falta de hábitos saludables: no realiza actividad física, es fumador, mala alimentación, mala higiene del sueño. -Problemas de salud mental intensificados por factores ambientales de naturaleza económico-residencial, bajo nivel de apoyo social y familiar.
Socio familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de apoyo afectivo e instrumental por parte de la red familiar de origen. -La red de apoyo social no garantiza la cobertura de las necesidades afectivas, instrumentales y materiales. -Falta de arraigo motivado por el constante traslado de centro residencial y de ciudad de residencia, que ha traído consigo la pérdida de amistades debido al alejamiento. -Falta de redes de apoyo comunitario: ausencia de recursos a nivel institucional que den respuesta a las necesidades actuales y urgentes de Oussama.
Residencial	<ul style="list-style-type: none"> -Situación de exclusión residencial, con riesgo de pérdida del alojamiento transitorio por situación económica precaria, que está generando dependencia de la red de apoyo institucional. -La situación económica, laboral, de salud y documental dificulta el acceso a los recursos de alojamiento.
Documental	<ul style="list-style-type: none"> -Inmigrante en situación irregular.

DO presenta un estado físico acorde a su edad y estado, orientado en las tres esferas. Con lenguaje fluido, espontáneo con tono bajo, con discurso coherente manteniendo el hilo conversacional en todo momento. Pensamiento organizado con capacidad de análisis y capacidad de juicio y abstracción conservadas, con ánimo decaído y ansiedad ante estresores vitales.

El diagnóstico del linfoma con el posterior tratamiento y la necesidad de colostomía tras llegar a España siendo menor no acompañado, con la ausencia de apoyo familiar y social, desencadena la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva que ha derivado en la aparición de alucinaciones auditivas, “voces que me insultan y me piden que haga daño a otros o a mí mismo”, autolesiones con cicatrices importantes en brazos y costados, dos intentos autolíticos previos con ingesta medicamentosa. Presenta sintomatología ansiosa reactiva a la frustración, con insomnio con episodios de descontrol de impulsos. Además de dificultades para la adaptación a la colostomía y miedo a la recaída (tabla 2).

Aunque D.O. acudió con demanda explícita de ayuda económica para la satisfacción de necesidades básicas (alimentación y alojamiento), desde el Área de Atención Social se llevó a cabo una valoración global de la situación socioeconómica, a través de entrevistas semiestructuradas en despacho, detectándose otras áreas de necesidad que se exponen a continuación (Tabla 3).

4. Objetivos terapéuticos, plan de intervención y tratamiento

Los objetivos perseguidos con la intervención psicosocial serían principalmente (tabla 4):

a. Cobertura de las necesidades básicas durante el proceso oncológico

Tratando de asegurar una solución habitacional y asegurar una alimentación saludable, tan importante en su situación de enfermedad, y poniendo el foco en la coordinación interprofesional e interinstitucional y en la intervención del trabajo en red para proporcionar conjuntamente los recursos y las prestaciones económicas, sanitarias y sociales necesarias, según las necesidades asociadas a la evolución de la enfermedad.

b. Garantizar el acceso a los recursos sociosanitarios

La necesidad de movilizar recursos, así como trabajar de manera coordinada entre las distintas instituciones, vertebraría la actuación para la consecución de dicho objetivo.

c. Regularizar su situación documental

d. Fomentar autonomía e independencia personal

Favoreciendo la participación en actividades de ocio y fomentando la independencia económica a través de la formación, para una posterior incorporación al mundo laboral.

e. Reducción de sintomatología ansiosa

Poniendo el foco en la sintomatología reactiva a la frustración que desencadena las autolesiones y la pérdida de control y despierta las alucinaciones auditivas que le ordenan hacer daño a otros o a sí mismo.

f. Reducción de sintomatología depresiva

Ejerciendo el control sobre los pensamientos negativos recurrentes, ampliando las actividades gratificantes y trabajando la ideación autolítica.

g. Adaptación a la enfermedad

Centrando la intervención en el miedo a la recaída y la adaptación a la colostomía

Tabla 4. Objetivos de intervención, técnicas empleadas y resultados.

Objetivos	Intervención/Técnicas	Resultado
Reducir sintomatología ansiosa: • Reducir pensamientos negativos anticipatorios	- Modelo ABC de Ellis -Reestructuración cognitiva -Autoinstrucciones + actividades distractoras	-Reducción pensamientos negativos
• Controlar ideación suicida	-Adherencia al tratamiento -Contrato de suicidio -Técnicas de relajación -Reestructuración cognitiva	-Mejor adherencia al tratamiento farmacológico
• Mejorar calidad del sueño	-Higiene del sueño	-Aumento horas de sueño
• Prevención de autolesiones	-Técnicas de relajación -Entrenamiento en autocontrol	-Aumenta sensación de control
Reducir sintomatología depresiva: • Aumentar actividades que proporcionen refuerzo positivo	-Activación conductual: Programación de actividades placenteras	-Participación en actividades de ocio
• Mejorar la expresión y gestión emocional	-Psicoeducación emocional -Identificación emocional -Escáner corporal -Expresión emocional: canalización de ira y tristeza	-Expresión y canalización emocional en relación a enfermedad
• Incrementar autoestima	-Listado de fortalezas y como potenciarlas -Árbol de logros	-No conseguido
Adaptación a la enfermedad: • Manejo del miedo a la recaída	-Anclaje aquí y ahora -Reestructuración cognitiva -Técnicas de relajación	-Uso continuado de técnicas de relajación
• Adaptación a la colostomía	-Entrenamiento en autocuidados -Fomento de hábitos saludables -Elaboración del duelo -Reevaluación positiva	-Mejora del autocuidado
Asegurar cobertura de necesidades básicas • Garantizar solución habitacional • Asegurar alimentación saludable • Informar y orientar sobre prestaciones económicas, sanitarias y sociales	- Búsqueda de recursos - Coordinación institucional - Tramitación de Ayuda Económica para la cobertura de necesidades básicas y de necesidades derivadas de la enfermedad. - Orientación - Derivación informada - Trabajo en red con entidades para personas inmigrantes, Servicios Sociales municipales y entidades de Salud Mental.	-Acceso a vivienda (habitación alquilada) -Acceso a bonos de alimentos - Acceso a comedor social - Cobertura de gastos derivados de la enfermedad

<p>Garantizar el acceso a los recursos sociosanitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer intervenciones integrales en el abordaje de la enfermedad 	<p>-Ecomapa -Trabajo en red -Defensa de caso -Coordinación interdisciplinar (hematóloga, Trabajador social, psicólogo y psiquiatra) -Derivación informada -Acompañamiento</p>	<p>-Reanudación de tratamiento oncológico y psiquiátrico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Regularizar la situación documental 	<p>-Asesoramiento legal para la regularización documental. -Coordinación con entidades de inmigración</p>	<p>-En trámite</p>
<p>Fomentar la autonomía y la independencia personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la empleabilidad • Promover la inserción laboral desempeñando una actividad remunerada. • Mejorar la red social de apoyo 	<p>-Orientación formativo-laboral -Coordinación con recursos formativos y de búsqueda e intermediación laboral. -Coordinación con recursos de ocio y participación -Orientación sobre actividades, programas y servicios de ocio, deporte y tiempo libre.</p>	<p>-Cursando acción formativa -Participación en grupo de natación</p>

5. Resultados

Entre los resultados obtenidos a nivel social cabe destacar la cobertura de las principales demandas expuestas por DO, al vivir en una habitación alquilada y tener acceso a alimentación, además de cubrir los gastos derivados de la enfermedad. Se retoma el tratamiento oncológico y psiquiátrico que se había visto interrumpido por el traslado a Guadalajara. Se inician los trámites para regularizar su situación. Y por último, a nivel sociolaboral, se inicia una acción formativa y se favorecen las actividades de ocio grupales.

En cuanto a los resultados a nivel psicológico, DO mejora a nivel de sintomatología ansiosa, consiguiendo reducir los pensamientos negativos y por ende, la ideación suicida, acompañado de una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y mejora la calidad del sueño, aumentando las horas de sueño, aumenta la sensación de control, con lo que no se consiguen erradicar las autolesiones, pero sí reducir la frecuencia. En cuanto a la sintomatología depresiva, aumenta la participación en actividades gratificantes. Se observa una mejor adaptación a la colostomía, con un mayor autocuidado y una adecuada expresión y canalización de emociones al respecto. La práctica con mayor frecuencia de técnicas de relajación le permite gestionar adecuadamente el miedo a la recaída.

6. Discusión y conclusiones

El caso de DO pone de manifiesto la necesidad de una intervención coordinada entre el equipo de psicooncología y trabajo social para conseguir los objetivos encuadrados en la intervención, ya que a las dificultades propias de la complejidad

de la enfermedad se unen las que provienen del proceso de adaptación al hecho migratorio, lo que suele dificultar aún más la situación⁽¹⁰⁾.

El trabajo en equipo se convierte en un elemento capital para obtener la excelencia en los cuidados. Este método de trabajo ha de basarse en una comunicación fluida entre los profesionales, que comparten la información que van recogiendo del paciente para ir reformulando los objetivos conjuntos, a medida que van surgiendo nuevas necesidades en una situación tan compleja y cambiante como es la situación de enfermedad dentro de un contexto migratorio^(11,12).

En este proceso, la intervención inicial del Trabajo Social es primera instancia para asegurar la cobertura de necesidades básicas, lo que permite al resto de profesionales intervenir en las áreas afectadas y culminar la consecución de objetivos.

Además, su labor como intermediario entre las distintas instituciones (Servicios sociales, Salud mental, hematología, entidades inmigrantes...) permite movilizar recursos que impactan de manera directa sobre la calidad de vida del paciente⁽¹³⁻¹⁵⁾ sobre todo, en un caso como éste, donde el traslado de ciudad ha impedido que el tratamiento a todos los niveles se viera continuado y la situación de exclusión social se ha visto agudizada.

A partir de ese momento, la atención psicooncológica avanza de manera notable, ya que las necesidades fundamentales planteadas por el paciente se han visto cubiertas y se puede empezar a trabajar a nivel psicológico para mitigar el malestar emocional.

7. Referencias bibliográficas

1. Celma A. Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología* 2009; 6:285-290.
2. Pérez AB, Martínez HV. Adolescencia y cáncer. *Psicooncología* 2015;12:141-56. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48909
3. Pérez-Campdepadrós M, Castellano-Tejedor C, Blasco T. Aspectos psicosociales de la calidad de vida en supervivientes pediátricos de tumores en el sistema nervioso central. *Psicooncología* 2018; 15: 217-36. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61432>.
4. Hernández, M, Lorenzo R, Nacif L. Impacto emocional: Cáncer infantil-inmigración. *Psicooncología* 2009, 6: 445-457.
5. Lockett T, Goldstein D, Butow PN, Gebiski V, Aldridge LJ, McGrane J, Ng W, King MT. Psychological morbidity and quality of life of ethnic minority patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2011;12:1240-8. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70212-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70212-1)
6. Catá E, Hernández M, Pérez A, Ramírez M, Madero L. La pérdida en un contexto transcultural: el niño inmigrante con cáncer en fase terminal. *Med Paliat*. 2007;14:236-42.
7. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Madrid. TEA, 2002.
8. Beck AT, Steer RA., Brown G K. Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson, 2011
9. Priede A, Ruiz M, Hoyuela F, Herrán A, González-Blanch C. El termómetro del estrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnósticos. *Psicooncología* 2014;11:31-43. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44915

10. Barbero J, Vázquez N, Coca C, Díaz L, García H, García P. Enfermedad onco-hematológica e inmigración: ¿itinerarios para la exclusión? *Psicooncología* 2007; 4: 165-77.
11. Ibañez C, Ávila R, Gómez MD, Díaz R. El equipo interdisciplinar como instrumento básico en cuidados paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología*, 2008; 5 (2-3): 439-457.
12. Bernabeu J, Fournier C, García-Cuenca E, Moran M, Plasencia M, Prades O, et al. Atención interdisciplinar a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. *Psicooncología* 2009; 6: 381-411.
13. Jones BL. Pediatric palliative and end-of-life care: the role of social work in pediatric oncology. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2005;1:35-61. https://doi.org/10.1300/j457v01n04_04.
14. Merighi JR. Handbook of oncology social work: Psychosocial care for people with cancer. *Soc Work Health Care* 2016; 55:481-4. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1162260>.
15. Borrás JM. Modelo de Trabajo Social en la Atención Oncológica [internet]. Barcelona: Institut Català d'Oncologia; 2004.[Acceso 1 de febrero de 2023] Disponible en: https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at_oncologica.pdf