

Procesos migratorios y final de vida. Reflexiones desde una mirada paliativa

Por Camila Baigorria, Mercedes Cerra, Ailén Azul Pérez, Natalia Balderrama, María Dolores Irisarri y Julieta Sánchez

Camila Baigorria. Licenciada en Terapia Ocupacional. Residencia de Terapia Ocupacional, Hospital Tornú. Instructora Residencia de Terapia Ocupacional, Hospital Rocca. Residencia Posbásica Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos en Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú, gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Mercedes Cerra. Lic en Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residencia de Psicología Clínica en Hospital General de Agudos Blas, L. Dubarry, Mercedes, provincia de Buenos Aires. Residencia Posbásica Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos en Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú, gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Ailén Azul Pérez. Licenciada en Nutrición. Residencia de Nutrición Hospital Argerich. Residencia Posbásica Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos en Hospital Gral de Agudos Dr Enrique Tornú. Ex jefa residencia Posbásica Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos en Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú, gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Natalia Balderrama. Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residencia de Hospital y Comunidad Ramón Carrillo (ex Montes de Oca). Jefatura de Residentes de Hospital y Comunidad Ramón Carrillo (ex Montes de Oca). Residente de Posbásica Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos en Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú, gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

María Dolores Irisarri. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Residencia en Trabajo Social, HIGA P. V. de Cordero (San Fernando, provincia de Buenos Aires). Jefatura residencia HIGA P. V. de Cordero (San Fernando). Residente de Posbásica Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos en Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú, gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Julieta Sánchez. Médica. Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residencia en medicina general y/o familiar en PRIn Hurlingham (Programa de residencia de formación interdisciplinaria, Hurlingham, provincia de Buenos Aires). Jefatura médica PRIn Hurlingham. Residente Posbásica Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos en Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornú, gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Los cuidados paliativos (CP) constituyen una modalidad de asistencia activa, integral y holística dirigida a personas con sufrimiento severo relacionado a su salud. Focaliza en la calidad de vida y alivio del sufrimiento (Radruch et al., 2020; IAHP, s/f); acompañamiento al paciente y su entorno socio afectivo, considerando a ambos como parte de la Unidad de Tratamiento (UT). Se entiende que dicha unidad manifiesta necesidades particulares que ameritan un abordaje interdisciplinario.

La atención brindada por nuestro equipo de cuidados paliativos se desarrolla en un hospital general de agudos del sistema público dependiente del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el que se atiende frecuentemente a personas migrantes, tanto a quienes se establecieron en el país previo a la enfermedad como a quienes llegan con la intención de buscar atención sanitaria.

En este contexto se entiende a la migración como el proceso mediante el cual una persona abandona su lugar de origen para asentarse en otro, con el propósito de encontrar nuevos espacios

donde poder desarrollar sus planes de vida (Rubio, 2016; citado en Baigorria, Grondona y Vazquez, 2022). En Argentina, la población migrante nacida en el extranjero supera los 3 millones de personas, y más del 87% de ellas provienen de países de América del Sur (Dirección Nacional de Población, 2022).

Dada la gran prevalencia de población migrante atendida por el sistema de salud público, consideramos fundamental comprender el proceso migratorio como fenómeno histórico y dinámico que imprime características singulares en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

En suma, resulta imprescindible historizar las trayectorias de vida, considerando que los “valores del cuidado cultural y las creencias están enraizadas en las dimensiones religiosa, familiar, social, política, cultural, económica e histórica de la estructura social, del lenguaje y del contexto del medio ambiente” (García-Orellán, 2003, p.307). En este sentido, entendemos que las trayectorias pueden verse atravesadas no sólo por valores culturales diferentes sino también por desarraigos, nuevas condiciones de vida, itinerarios laborales y, muchas veces, dificultades de acceso que se pondrán de manifiesto ante la irrupción de una enfermedad y la proximidad a la muerte (Varela y Lema, 2019). Es así que como equipo de salud, el trabajo con pacientes cuya trayectoria vital ha estado atravesada por procesos migratorios nos ha llevado a reflexionar sobre nuestras prácticas desde una perspectiva de interculturalidad.

Procesos migratorios en contexto de Cuidados Paliativos

En muchas ocasiones, la enfermedad amenazante para la vida y los procesos de morir conectan a la persona con su historia, necesidades espirituales, redes afectivas, valores y creencias, las cuales están profundamente arraigadas en la cultura y país de origen. En este contexto es frecuente que las personas migrantes expresen deseos de retornar a sus países en busca de reencontrarse con sus raíces identitarias, conectar con sus antepasados, descansar en sus hogares o ser enterrados junto a sus seres queridos. En este sentido, el retorno se convierte en una forma significativa de cerrar el ciclo vital con dignidad en el lugar que se reconoce como propio y donde la identidad fue construida. La atención de personas migrantes nos ha llevado a reflexionar en torno a la transformación y reorganización estructural que la migración demanda, confrontando con las complejidades de acompañar procesos atravesados por el desarraigo, las diferencias idiomáticas y la diversidad de saberes.

A modo de articulación, se presentarán viñetas vinculadas a tres ejes temáticos: desafíos en la comunicación, red de apoyo y repatriación y planificación anticipada.

Migración y Cuidados Paliativos

La comunicación es un proceso dinámico influenciado por múltiples factores, tales como la intencionalidad, las emociones, la dimensión social y cultural. En la atención a personas migrantes, dicho proceso puede presentar desafíos particulares. Aunque el idioma suele ser compartido, el dialecto, las frases idiomáticas, los valores y creencias expresadas a través del lenguaje pueden tener distintos significados. Consideramos necesario reconocer y atender a estas diferencias para que no constituyan una barrera y así posibilitar una comunicación efectiva y respetuosa.

Paola es una mujer oriunda de Paraguay que reside en Argentina hace más de 10 años, es atendida por el equipo de cuidados paliativos a causa de un cáncer de útero con múltiples

complicaciones que dificultan el inicio del tratamiento onco-específico. Durante el proceso de acompañamiento se advirtió que las herramientas habituales para la comunicación, evaluación y control de síntomas, como las escalas numéricas, no resultaban útiles para que la paciente pudiera expresar sus necesidades.

Si bien entendemos que la negación puede influir en el proceso de adaptación, impresionaban las dificultades en la comprensión de la información diagnóstica y pronóstica, y si bien el equipo transmitía con claridad y de manera progresiva dicha información, había algo de ella que quedaba en el camino. Aunque Paola se comunicaba en español, su lengua materna era el guaraní, lo que nos llevaba a preguntarnos qué de su universo simbólico no se reflejaba, qué se nos escapaba y cómo podíamos acompañarla.

Estas particularidades plantearon un desafío para el equipo, llamándonos a salir del marco biomédico tradicional para abrirnos a otras formas de conocimiento y buscar herramientas comunicativas que brindasen una atención adecuada. Comenzamos a adaptar las estrategias usuales que permitieran una mejor comunicación, implementando por ejemplo escalas cualitativas y visuales, cuadro de registro diario de síntomas, de indicaciones y de lo conversado en las consultas, grabación de audios y videos con las indicaciones y recomendaciones. Apuntamos también a fortalecer la participación compartida de cuidados con su red de apoyo, fomentando bajo recomendaciones concretas la división de tareas de cuidado, por ejemplo.

En este sentido, Varela y Lema (2019) señalan que las distancias culturales suelen expresarse en las diferencias idiomáticas, y que pueden causar equívocos en la comunicación. Teniendo presente la vulnerabilidad de esta población, producto tanto de la discriminación como del desarraigo, la comunicación y la construcción de un vínculo de confianza resultan fundamentales para que las personas se sientan comprendidas y alojadas.

Sofía era una paciente joven de Venezuela diagnosticada con enfermedad neurológica degenerativa y derivada a CP para brindar acompañamiento y facilitar toma de decisiones. La paciente se encontraba traqueostomizada, con imposibilidad para la expresión verbal y severas dificultades para la movilidad, por lo que permanecía en cama. Era acompañada por su madre, quien viajó en contexto de progresión de la enfermedad para prestar cuidados a su hija.

El equipo enfrentó el desafío de una red socio afectiva escasa, ya que los vínculos familiares cercanos se encontraban en Venezuela, sin posibilidad económica de trasladarse. Dicha situación dificultaba tanto el cuidado práctico como el apoyo psicoemocional a la unidad de tratamiento.

En las familias migrantes no solo se presenta la necesidad de una reorganización, ajuste de horarios, vivienda o postergación de proyectos personales, sino también un profundo proceso emocional y sufrimiento ante la pérdida próxima en un contexto de desarraigo. En este entramado, el equipo no solo ofrece cuidados prácticos sino que forma parte de la red de apoyo con la intención de acercar aspectos culturales a través de la historización, los relatos, el compartir recuerdos u objetos significativos. Asimismo, trabaja en fortalecer redes extrahospitalarias a través

del trabajo intersectorial con instituciones públicas y privadas, ONGs y organizaciones comunitarias, con el fin de ampliar esta red de apoyo y promover una integración social.

Dada la complejidad clínica de Sofía y la situación sociopolítica del país, el retorno a Venezuela no era una opción viable, lo que prolongó su estadía en Argentina, acentuando el sentimiento de desarraigo. En este escenario, el deseo de Sofía y de su madre por volver a su país de origen pudo retomarse luego de su fallecimiento. En este punto queremos señalar la importancia de acompañar a las familias en la planificación de los rituales posteriores al fallecimiento, incluidos los deseos de repatriación. La repatriación, entendida como el retorno a su patria, ya sea en vida o luego del fallecimiento, implica un trabajo intersectorial complejo a la vez que necesario. Estos rituales de despedida constituyen espacios de cohesión cultural, donde las familias expresan sus valores y creencias.

La organización social y comunitaria es clave, ya que la repatriación suele ser compleja, burocrática y lenta. Tal como señalan Varela y Lema (2019), la repatriación suele ser un aspecto frecuente en familias migrantes, ya que permite sostener los vínculos con el origen y facilitar el duelo para quienes se encuentran lejos. En este caso, la repatriación, si bien implicó múltiples gestiones administrativas y un esfuerzo por parte de la unidad de tratamiento, tanto en términos logísticos como emocionales, también representó una forma simbólica de restituir el deseo de retorno de Sofía.

Luciano, oriundo de Paraguay y residente en Argentina desde hace 50 años, es acompañado por el equipo de CP debido a un diagnóstico de cáncer de colon.

Desde el inicio de la intervención se brinda apoyo en el proceso de comunicación del pronóstico y en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento.

La enfermedad de Luciano avanza, incluso intra-tratamiento, y su situación de salud se agrava notablemente, haciendo que la continuidad del tratamiento oncológico ya no sea beneficiosa. A partir de la suspensión del tratamiento oncológico por progresión de enfermedad, se comienza a trabajar con él expectativas y preferencias en relación a los cuidados futuros. En este contexto, manifiesta deseos de volver a su país para estar más cerca de su familia, y expresa también deseos de consultar allí medicina tradicional¹, lo cual forma parte de sus referencias culturales y su historia personal de salud. El paciente comprende la gravedad de su enfermedad y reconoce que es esta conciencia la que lo impulsa a volver a su país en búsqueda de otras alternativas terapéuticas que, según refiere, le dan esperanza de poder modificar su situación de enfermedad. Luciano refiere: *“ustedes no me van a creer, pero hay gente que se ha curado”*, expresando con claridad el valor simbólico que estas prácticas tienen para él, más allá de la validación biomédica. A partir de este relato se profundiza sobre sus creencias culturales y el modo en que estas configuran su forma de transitar la enfermedad y se explora su vínculo con estos saberes que lo han acompañado desde su infancia.

1 Por medicina tradicional se entiende los sistemas codificados o no codificados para la atención de la salud y el bienestar, que comprenden prácticas, competencias, conocimientos y filosofías cuyo origen se halla en contextos históricos y culturales diferentes, que son distintos de la biomedicina y anteriores a esta, y que, con un origen que se basa en la experiencia, evolucionan con la ciencia para utilizarlos en la actualidad. La medicina tradicional hace hincapié en remedios basados en la naturaleza y en enfoques holísticos y personalizados para restablecer el equilibrio de la mente, el cuerpo y el entorno. (OMS, 2025)

En este contexto se realiza un trabajo de articulación con la red afectiva del paciente y se logra el retorno del mismo a Paraguay.

Este caso da cuenta de cómo en el marco de una enfermedad avanzada emergen los valores culturales, los vínculos afectivos y los saberes tradicionales como dimensiones del cuidado y la importancia de incluir las preferencias del paciente, aun cuando estas se sitúan por fuera del modelo médico hegemónico.

Conclusiones

Las personas migrantes que son atendidas por el equipo de CP presentan características particulares que incrementan el sufrimiento, como el desarraigo, la disminución en la red de cuidados, las distancias que incrementan la sensación de soledad produciendo anhelo de cercanía. Es relevante destacar que para la persona el desarraigo implica una sensación de extrañamiento, de pérdida de identidad, de pertenencia, de lo conocido, de añoranza de su lugar en el mundo (Goldstein, 2013).

Por esto, es fundamental que los equipos consideren la dimensión cultural. De igual forma, se resalta la importancia de un enfoque interdisciplinario que permita articular los aspectos médicos, psicosociales y espirituales para garantizar un abordaje integral de las necesidades de los pacientes y su entorno afectivo.

Si bien entendemos que la migración puede complejizar la vivencia de una enfermedad amenazante para la vida, también es relevante destacar que el capital simbólico y cultural puede actuar como recurso afrontativo (Varela y Lema, 2019), ya que implica ciertas creencias, concepciones y rituales que acompañan los procesos de enfermar, cuidar y morir.

Por ello es esencial trabajar anticipadamente los deseos relacionados con el retorno al país de origen, ya sea para fallecer allí o para la repatriación posterior, con el fin de cumplir lo anhelado y deseado por la persona y su familia. Los rituales de despedida son espacios de encuentro cultural que expresan formas particulares de despedirse, valores y creencias que deben ser respetadas y acompañadas.

Bibliografía

- Baigorria, C., Grondona, L. y Vazquez, A. (2022) *Desarraigo en los procesos migratorios: el lugar de la salud pública*. XII Congreso de TO, Argentina.
- Dirección Nacional de Población República Argentina (2022). *Caracterización de la migración internacional en Argentina a partir de los registros administrativos del RENAPER*. <https://n9.cl/5m6tz>
- Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, Blanchard C, Bruera E, Buitrago R, Burla C, Callaway M, Munyoro EC, Centeno C, Cleary J, Connor S, Davaasuren O, Downing J, Foley K, Goh C, Gomez-Garcia W, Harding R, Khan QT, Larkin P, Leng M, Luyirika E, Marston J, Moine S, Osman H, Pettus K, Puchalski C, Rajagopal MR, Spence D, Spruijt O, Venkateswaran C, Wee B, Woodruff R, Yong J, Pastrana T. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. Oct;60(4):754-764. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027

- Varela, C. & Lema, D. (2019). Fin de vida en el contexto migratorio. Abordaje del Trabajo Social desde un equipo de cuidados paliativos. *Voces desde el Trabajo Social*, 7(1), 158-177. <https://doi.org/10.31919/voces.v7i1.79>
- Goldestein, R. M. (2013). *Migración y desarraigo*. Letra Urbana (12 de noviembre). <http://letraurbana.com/articulos/migracion-y-desarraigo/>
- García-Orellán, R. (2003). *Antropología de la muerte: entre lo intercultural y lo universal*. En Astudillo, W., Orbegozo, A., Latiegi, A. y Urdaneta, E. *Cuidados paliativos en enfermería*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, España.
- International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) (s/f). *Palliative Care Definition*. <https://iahpc.org>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025). *Medicina tradicional*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>