

173



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL CANCER DE MAMA Y SU EFECTO EN LA DINAMICA
FAMILIAR, UNA PROPUESTA DE INTERVENCION
PSICOTERAPEUTICA.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
SALAZAR GONZALEZ RAMSES**

DIRECTOR DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.



MEXICO, D. F.



2000

**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.**

S. J. 1/16



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO.**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

**EL CÁNCER DE MAMA Y SU EFECTO EN LA DINÁMICA
FAMILIAR, UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
PSICOTERAPEUTICA.**

T E S I S.
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
SALAZAR GONZÁLEZ RAMSÉS.

DIRECTOR DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG.
REVISOR: DR. BENJAMÍN DOMINGUEZ TREJO.
ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. FABÍAN MARTÍNEZ.
SINODALES: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO.
MTRO. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.

MÉXICO, D.F. 2000.

AGRADECIMIENTOS.

- ψ A la Universidad Nacional Autónoma de México: gracias por la posibilidad de vivir un sueño, soñado desde la infancia, por el orgullo de ser universitario.
- ψ A la Mtra. Martha Pérez Silva: gracias por el gran amor que sembraste en mí hacia el estudio, por tu paciencia, comprensión y cariño, por ser ayer, hoy y siempre mi primera maestra. Gracias por tus enseñanzas que abarcan mucho más de lo que hay en los libros.
- ψ A todos mis profesores de la Facultad de Psicología de la U. N. A. M., a los malos por enseñarme lo que no se debe hacer y como no ser y a los buenos por todas sus enseñanzas, consejos, amistad y por ser un ejemplo a seguir. Especialmente a: Germán Álvarez, Arturo Allende, Enrique Buzo, Miriam Camacho, Mario Cicero, Rosa María Córdova, Claudet Doudet, Eva María Esparza, Blanca Girón, Martina Jurado, Rocío Maldonado, Jorge Martínez Stack, Lourdes Maya, Berenice Mejía, Dolores Mercado, Alfredo Muñoz, Guadalupe Santaella y Mirna Valle.

A los asesores de esta tesis:

- ψ Dr. Benjamín Domínguez: muchas gracias por los conocimientos compartidos, por la atención y sus valiosas aportaciones, por el interés puesto en esta tesis.
- ψ Mtro. Samuel Jurado: gracias Sam por rescatarme del oscurantismo, por tu valiosísima ayuda para terminar esta tesis, por estar siempre dispuesto, por tu dedicación, por todo lo que me has compartido, por tu amistad.
- ψ Lic. Fabián Martínez: gracias por tu valiosa colaboración en el trabajo estadístico de esta tesis, por tus consejos, por tu tiempo.
- ψ Mtro. Sotero Moreno: gracias por tu apoyo desinteresado durante todos estos años, por sembrar en mí el amor por esta maravillosa profesión, por tu confianza, por ser desde hace mucho mi ejemplo a seguir como profesionista, por todo lo que has hecho, por la profunda huella que has dejado en mí.
- ψ Al Programa para Optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico, especialmente a la Dra. Bertha Blum Grynberg y a la Mtra. Eva María Esparza por brindarme la valiosa oportunidad de pertenecer a él, de iniciarme como profesionista, por todo lo que en él aprendí, por su invaluable apoyo para la realización de esta tesis, por la enorme confianza con que me han favorecido y por traspasar las fronteras de profesor-alumno para crear una bella amistad. Gracias Boni.
- ψ Al Dr. Gustavo Gordillo: Gracias por el tiempo dedicado a la revisión de los apartados médicos y por sus valiosos comentarios.
- ψ A mi bellamente recordado grupo de supervisión clínica por todo el aprendizaje y las agradables tardes de compartir y autoconocerme, gracias Dra. Huber, Claudia y Diana por estos intensos y bellos momentos.
- ψ Fundación UNAM y PROBETEL: gracias por las becas otorgadas, que en mucho han hecho posible mi formación como profesionista.
- ψ Licha Xicoténcatl: por tu inapreciable ayuda, por tu siempre estar, por tu cotidiana sonrisa que hacía menos frías las tardes de trabajo, por tu amistad y disposición gracias.
- ψ Mtro. Carlos Guardado: por el primer empujón, por la gran confianza y el creer en mí, por la posibilidad de empezar.
- ψ Al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de ISSSTE por abrirme sus puertas y dar tanto, tanto a mi aprendizaje como psicólogo y como persona durante los casi tres años que estuve ahí.

- ψ Dr. Ricardo Ortega Médico Adscrito al Servicio de Psiquiatría, Paidopsiquiatría y Psicología del C. M. N. "20 de Noviembre" del ISSSTE por la gran oportunidad, todo el apoyo, por siempre estar, por comprender, exigir, intentar, por todas tus enseñanzas y el algo más que me diste. Gracias.
- ψ Dr. Javier Valencia, Jefe del Servicio de Psiquiatría, Paidopsiquiatría y Psicología del C. M. N. "20 de Noviembre" del ISSSTE: gracias por abrirme las puertas de su servicio para la realización de prácticas profesionales, servicio social, y finalmente, tesis.
- ψ Dra. Guadalupe Cervantes, Jefe del Servicio de Oncología del C. M. N. "20 de Noviembre": gracias por la apertura y la posibilidad de aprender y laborar en su servicio.
- ψ A los oncólogos Dra. Alicia Acosta, Dra. Patricia Cortés, Dr. Efraín Flores, Dr. Dino Murillo, Dr. Friedman Zepeda: gracias por el respeto, por aceptarme e incluirme como un miembro más de su equipo de trabajo, por la apertura a enseñar y aprender, por permitirme conocer lo que significa el real trabajo multidisciplinario, por el apoyo recibido, por la camaradería.
- ψ Dr. Hugo Martínez Lemus Médico Adscrito al Servicio de Psiquiatría, Paidopsiquiatría y Psicología del C. M. N. "20 de Noviembre" del ISSSTE: por los mediodías literarios, las charlas agradables y por prestar su nombre como responsable de esta investigación.
- ψ A Arturo: por su disposición, paciencia y su música.
- ψ A la Dra. Emma Espejel Acco: por confiar la aplicación de su Escala de Evaluación Familiar a esta tesis, por su ayuda en la calificación e interpretación de los instrumentos.
- ψ Al grupo APSIDE: especialmente a la Lic. Ana María Zellhuber por tu amistad, y el valioso apoyo y comentarios al marco teórico de esta investigación; y a las Psic. Julia y Cintya gracias por su amistad y cariño.
- ψ A todos mis pacientes, los del C. M. N. "20 de Noviembre", vivos y muertos, y a los de mi consulta privada, por su confianza, su maravillosa presencia, por la grandísima oportunidad de aprender de su dolor, acercarme más a la vida y a Dios, a todos, por siempre gracias.
- ψ Muy especialmente a las Dras. Bertha Blum y Patricia Huber, por aparecer en mi vida, por su gran ayuda en mi nacimiento profesional, por ayudarme a dar mis primeros pasos en este camino que comienza, por su invaluable apoyo y enseñanzas, por enseñarme el lado humano de nuestra profesión, por su amistad y entrega. Por la huella imborrable que ambas han dejado en mi vida y esperando algún día ser como ustedes. Las llevaré siempre en mi mente y en mi corazón al realizar mi trabajo y al vivir mi vida. Gracias.
- ψ Papá: gracias por darme la vida, por quererme desde antes de conocerme, por tus consejos, tus enseñanzas que forman parte de lo que hoy soy, por siempre significar en mi vida tanto, por enseñarme con acciones lo que es un gran ser humano y un gran hombre. Este triunfo es también tuyo. Gracias.
- ψ Mom: gracias por darme la vida, por tu gran fuerza, tu entrega y amor que me han hecho un hombre feliz, gracias por entenderme y respetarme como soy. Por tu grandísimo apoyo siempre. Mom gracias por estar ahí cuando a veces me sentí solo. Lo logramos juntos. Gracias.
- ψ A mis queridos hermanos Irlanda y Ramón, por estar, por vivir, por significar tanto en mi vida, porque sin ustedes indudablemente no sería quien hoy soy, por compartir tantos años de vida juntos, por enseñarme tantas y tantas cosas, pero lo más importante de todo es saber que somos hermanos y que nos tenemos unos a otros. Los quiero mucho y siempre llevaré una parte de ustedes en mí. Gracias.

ψ A mi familia: Minerva, Homero, Bárbara, Angélica, Alfonso, Monse, Judith, Aztlán, Jade, Itzel, Carlos, Alan, Carlos, Lulú, Karla, Carlos, Pascual, por lo importantes que son, por enseñarme con el transcurso de los años la importancia, el valor que tiene la familia, por todo lo que me ha dado cada uno con su presencia, por respetarme tal como soy, porque cada uno de ustedes forma parte importante de mí. Gracias por ser mi familia. Los quiero.

Muchísimas gracias por todo hermana. Por tu siempre estar.

ψ Abuelo Tomás: gracias por enseñarme a disfrutar y gozar las pequeñas cosas de la vida. Gracias por tus risas y los bellos recuerdos.

ψ Abuela Carlota: gracias por darme uno de los mejores regalos de vida.

ψ Abuela Teresa: gracias por las historias y el amor sin rostro que han acompañado muchos de los bellos momentos de mi vida. Gracias por hacerlos felices.

ψ Abuelo Carlos: gracias por las historias, los momentos, las enseñanzas y los silencios, por hacerme sentir especial, porque ahí donde estas brincando y me estas viendo desde la estrella que escogiste. Gracias gran hombre por darme la oportunidad de conocerte, pues aún no te olvidó y en mí siempre seguirás viviendo, pues el que se sienta con derecho a domingo...

ψ A aquellos amigos ausentes en el tiempo o en la vida que compartieron el momento y la amistad, porque es más fácil olvidarte de aquel con el que reíste pero nunca, nunca de aquel con el que lloraste y menos de aquel por el cual lloraste. Gracias por su amistad.

ψ A mis compañeros y compañeras a lo largo de mi formación profesional, muy especialmente a mis amigas Adriana, Verónica Bran, Cecilia y Verónica Castro, por todos los momentos compartidos, su compañía, su apoyo, su amor, por ser tan especiales, por ser ustedes, por aguantar y por la historia que estamos escribiendo juntos. Las quiero mis muy queridas amigas. Gracias.

ψ A tí donde quiera que estés, gracias por compartir tanto, que seas muy feliz.

ψ A la familia Villaseñor Martínez por darme lo más importante y maravilloso que me ha sucedido.

ψ A todos aquellos que en algún momento compartieron momentos de sus vidas, gracias por aquello que me han dejado, pues forma parte de lo que hoy puedo llamar "yo soy".

ψ A la vida, gracias por permitirme descubrirte poco a poco, paladearte, disfrutarte, sufrírte, por el pleno gozo de vivir.

ψ A ti mi compañera de vida, gracias por llegar a ella, por nuestro pasado, presente y futuro construido juntos, por ser mi impulso y coherencia, por tu amor, tu presencia, por ser quien eres y ser para mí, por el invaluable tesoro que me das cada día. Mi amor lo hemos logrado, así siempre, acompáñame hasta donde pueda llegar. Gracias por demostrarme que existen los ángeles, gracias por vivir.

ψ A Dios, quien seas, como seas, porque existes y te me manifiestas, aunque no te viva como me fuiste enseñado. Ayúdame a tener la fuerza y la sabiduría necesarias para realizar la difícil tarea que he escogido. Gracias por tu amor.

ψ A todos gracias.

**DEBE EXISTIR ALGO SAGRADO EN LA SAL.
ESTÁ EN NUESTRAS LÁGRIMAS Y EN EL MAR.**

**¿EN VERDAD FUI YO QUIEN HABLÓ?
¿NO FUI YO TAMBIÉN ALGUIEN QUE ESCUCHABA?.**

RECORDARSE ES UNA FORMA DE ENCONTRARSE.

GIBRAN JALIL GIBRAN. ARENA Y ESPUMA, EL PROFETA.

**QUIZÁ UN FUNERAL ENTRE LOS HOMBRES,
RESULTE SER UNA CELEBRACIÓN DE BODAS ENTRE LOS ÁNGELES.**

**DIJE A LA VIDA: ME AGRADARÍA ESCUCHAR A LA MUERTE,
LA VIDA LEVANTÓ EL TONO DE SU VOZ Y EXPRESÓ:
LA ESTAS ESCUCHANDO AHORA MISMO.**

GIBRAN JALIL GIGRAN. ARENA Y ESPUMA,

**EN TANTO EL HOMBRE SUFRE,
PUEDE CONTINUAR SU CAMINO POR EL MUNDO.**

SIGMUND FREUD.

INDICE.

RESUMEN	
INTRODUCCION.	4
CAPITULO I ANTECEDENTES.	5
MARCO TEORICO.	
CAPITULO II FAMILIA.	9
CICLO VITAL.	10
DINAMICA FAMILIAR.	13
LA FAMILIA COMO SISTEMA.	15
ESTRUCTURA FAMILIAR.	16
TIPOS DE FAMILIAS.	21
TERAPIA FAMILIAR.	22
LA FAMILIA MEXICANA.	24
CAPITULO III CANCER.	27
HISTORIA NATURAL DEL CANCER HUMANO.	28
INCIDENCIA.	29
CAUSAS.	31
SINTOMAS.	32
DIAGNOSTICO.	34
TRATAMIENTO.	35
PRONOSTICO.	37
CANCER DE MAMA.	38
SINTOMAS.	41
DIAGNOSTICO.	41
TRATAMIENTO.	42
PRONOSTICO.	44
CAPITULO IV LO HUMANO DEL CANCER.	46
EL PACIENTE Y EL CANCER.	48
LA FAMILIA ANTE EL CANCER.	58
EL MEDICO ANTE EL CANCER.	67
FACTORES PSICOLOGICOS EN LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL CANCER.	70
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL IMPACTO PSICOLOGICO DEL CANCER.	74
TERAPEUTICA PSICOLOGICA DEL CANCER.	75
REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON CANCER.	78
METODOLOGIA.	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	80
OBJETIVOS.	80
DEFINICIÓN DE VARIABLES.	80
VARIABLES CONCEPTUALES.	80
VARIABLES OPERACIONALES.	80
HIPOTESIS.	81
ESTUDIO.	81
DISEÑO.	81
MUESTRA.	81
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA POBLACION.	82
CRITERIOS DE EXCLUSION	83

MUESTREO.	83
INSTRUMENTO	84
PROCEDIMIENTO.	86
ANALISIS DE LOS DATOS.	87
RESULTADOS.	88
CONCLUSIONES.	102
DISCUSION.	104
SUGERENCIAS.	
PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.	111
PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCION.	111
BIBLIOGRAFIA.	114
ANEXO UNO. CARTA DE ACEPTACION.	119
ANEXO DOS. INSTRUMENTO.	120

RESUMEN.

Según el Registro Histopatológico de Neoplasias en México (1998), el 64% de los nuevos casos de cáncer se presentan en la mujer, de los cuales el cáncer de mama ocupa el segundo lugar en frecuencia y es una de las principales causas de muerte en mujeres de entre 35 y 54 años. En este rango de edades la mayoría de las mujeres han formado una familia de la que constituyen, por lo general, en nuestra sociedad, el principal soporte emocional. De igual manera, la familia es el soporte psico-emocional principal de los enfermos oncológicos. Tomando en cuenta esta interacción, es de fundamental importancia conocer como afecta el cáncer de mama de la madre la dinámica familiar para así poder brindar una atención psicológica oportuna y eficaz a estos pacientes.

En México existen pocos estudios sobre el tema y son realizados con instrumentos no estandarizados en el país, lo que nos proporciona datos poco confiables para su aplicación. En el presente estudio se utilizó para evaluar la dinámica familiar la Escala de Funcionamiento Familiar (ESCEVFAM), instrumento mexicano.

La muestra con la que se trabajó estuvo constituida por 15 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y sus familias, derechohabientes del C.M.N. 20 de noviembre del I.S.S.S.T.E. con edades de entre 35 y 55 años y con un tiempo máximo de haber sido diagnosticadas de un año y medio. El grupo control fue de población abierta con características semejantes a las del experimental, excepto en el hecho de que la madre no presentaba un diagnóstico de enfermedad crónica alguna.

Esta investigación utilizó los lineamientos del tipo de estudio comparativo, transversal, evaluatorio, aplicado, prospectivo y abierto. Fue no experimental, de campo, postfacto, y de dos cortes.

El análisis estadístico cuantitativo de los datos se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, mientras que en el análisis cualitativo de los mismos se utilizó la estadística no paramétrica, descriptiva, y medidas de tendencia central.

Entre los resultados cuantitativos obtenidos se encontró que mientras que en el grupo control, 10 (66.6%) familias resultaron funcionales y 5 (33.3%) disfuncionales, en el grupo experimental los datos se invierten y 4 (26.6%) familias fueron funcionales mientras que 11 (73.3%) resultaron disfuncionales. No obstante, de las 15 escalas que conforman el instrumento, en tres de ellas; orden-control, afecto, comunicación afectiva, no se encontraron diferencias estadísticas entre ambos grupos.

Entre los resultados cualitativos destacan; existe un déficit en la comunicación y esta no incluye a todos los miembros, hay una pérdida significativa de autoridad en la madre, así poca flexibilidad en el cambio de roles los que son de tipo tradicional, pautas rígidas de crianza, pobre interacción afectiva, poco apoyo del sistema en general hacia la paciente, ausencia del padre y sobrecarga de roles en el hijo varón de mayor edad, distanciamiento de las hijas, incremento en problemas emocionales y adicciones y la centralidad no recae en la paciente. Se concluye así que el cáncer de mama en la madre afecta adversamente la dinámica familiar.

Por último, se sugieren algunos planteamientos psicoterapéuticos que permiten disminuir el deterioro en el funcionamiento familiar de este grupo poblacional.

CAPITULO I.

ANTECEDENTES.

EL CÁNCER DE MAMA Y SU EFECTO EN LA DINÁMICA FAMILIAR, UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades neoplásicas, representan un reflejo de la atención médica de un país, a medida que los procesos infecto-contagiosos se controlan, disminuyen la mortalidad por esos conceptos, las enfermedades crónicas aumentan su frecuencia por el incremento en las tasas de sobrevivencia (Fuentes, R sf) de tal manera es muy importante brindarle a estas personas una calidad de vida cada vez mejor. El cáncer es actualmente la segunda causa de muerte en nuestro país (la primera son las enfermedades coronarias) (Sañudo, 1998). Una de cada tres personas desarrollará cáncer antes de los 75 años (Hossfeld, 1992).

En México, según el Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias publicado por la Secretaría de Salud en 1998, notifica que en el trienio 1993-1996, se reportaron un total de 268 577 casos nuevos de neoplasias malignas con predominio del sexo femenino (64%).

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer a nivel mundial, ya que más de 8 millones de mujeres la padecen; además se agregan aproximadamente 500mil casos nuevos cada año (Crónica de Simposium, 1999) y la segunda neoplasia de mayor frecuencia en México. Una de cada nueve mujeres, o alrededor del 11%, desarrollará cáncer de mama (Philip, 1995) y algunos datos sugieren que este rango se ha incrementado en los dos últimos decenios, aunque esto puede estar en función de una mejor detección (Butler, 1995). Es también la principal causa de muerte por cáncer en la mujer, así como el principal origen de muerte por todas las causas en las mujeres entre 35 y 54 años (Butler, 1995). Las muertes originadas por cáncer de mama se producen a una velocidad de una cada 15 minutos. La causa del cáncer de mama parece ser multifactorial (Griffits, 1990), (Hossfeld, 1992), (Philip, 1995).

La mujer es, en nuestra sociedad, el soporte emocional más importante de la familia, sobre todo si es la madre (Cárdenas, 1987) de tal manera que es de gran utilidad conocer como afecta la enfermedad de la madre la dinámica familiar.

La familia, a su vez, es uno de los apoyos socio-emocionales básicos con los que cuenta el enfermo oncológico (Butts, 1989), siendo así, fundamental brindar apoyo psicológico profesional a esta, para que a su vez, sea de ayuda al enfermo.

El cuidado paliativo (cuya finalidad es disminuir el dolor físico y emocional) no solo debe brindarse al enfermo oncológico, sino también a la familia de este, la cual también sufre, y al funcionar como un sistema, según López (op. cit. Bertalanffy, 1980; Félix 1994; Jiménez 1995; Ábalo 1995) influirá en el estado anímico del paciente, entorpeciendo y dificultando, o favoreciendo su tratamiento y posible mejoría. Si a esto se agrega el hecho mencionado por Aguirre y García (1994) de que entre las características de los pacientes con más probabilidades de tener estancias hospitalarias prolongadas, se encuentra el diagnóstico de tumor maligno, encontrándose además en este estudio que mientras más se prolonga la estancia más aumentan los riesgos del paciente y se agravan los problemas en la calidad de la atención médica, lo que a su vez repercute en la calidad de vida y en la estabilidad emocional de la paciente y de la familia.

La misma población con mayor riesgo de presentar cáncer de mama, son al mismo tiempo mujeres que se encuentran atravesando el climaterio, etapa de la vida en la que es muy probable que la mujer este sola y tenga hijos, es decir haya formado una familia (Brooks 1994; Fernandez, 1998). Este mismo autor señala que la enfermedad y el estado de salud en general de la paciente se ve alterado por factores psicológicos y/o sociales, los cuales incluyen desde los síntomas

menopáusicos, los estereotipos culturales, la presencia de la enfermedad con sus consiguientes medicaciones y tratamientos, entre estos la mastectomía, y su repercusión a nivel de la baja autoestima que esta provoca así como el rechazo real o imaginario de que son motivo por parte de sus parejas, y la nueva forma de verlas por parte de sus familias. Así es de vital importancia brindar apoyo psicológico profesional a la paciente con cáncer y a la familia de ésta.

ANTECEDENTES.

Los temas de *cáncer* y *disfunción familiar* han sido ampliamente abordados desde muchas perspectivas entre las que se encuentran la medicina y la psicología.

Base de tesis del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, años 1983-1998, con un número total de 3807 tesis consultadas.

De la totalidad de las tesis consultadas, 11 tocan el tema de familia y 1 habla acerca de los factores psicológicos del cáncer. De estas 11 investigaciones, 4 están relacionadas con los temas de dinámica familiar y enfermedad, pero ninguna habla sobre la dinámica familiar en el paciente con cáncer

- Cisneros Ramírez Miguel Angel (sf) Alteraciones en la Dinámica Familiar que se presentan en la enfermedad crónica como es la diabetes mellitus y la obesidad. Clínica Marina Nacional.
- Loya García Ignacio (1990) Dinámica Familiar y Alcoholismo en los derechohabientes de la Clínica de Marina Nacional del ISSSTE. Medicina Familiar.
- Ochoa Madrigal Martha Georgina (1989). Dinámica familiar en los pacientes homosexuales con SIDA. Psiquiatría.
- Lomeli Guerrero Laura Elena (1987). Dinámica familiar en pacientes con vitiligo y neurodermatitis diseminada. Medicina General Familiar.

Base de Datos de tesis de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México, años 1950-1999.

Del total de investigaciones registradas 575 hablan acerca de cáncer, 10 sobre cáncer y psicología y 4 sobre cáncer y familia, pero ninguna sobre el efecto que en la dinámica familiar tiene el cáncer de mama padecido por la madre de la familia:

- Reyes Cardoso Juan (1983). Alteraciones en la dinámica familiar en pacientes cancerosos. Fac. Psicología.
- González Mora Armando (1984). Disfunciones en la dinámica familiar en el paciente con cáncer cérvico uterino. Fac. Medicina. Medicina General Familiar.
- Xochitemo Juárez Marino Filadelfo (1985). Disfunción familiar en el paciente con cáncer cérvico uterino. Fac. Medicina. Medicina General Familiar.
- García Calvo Rafael (1997). Propuesta psicoterapéutica de intervención para niños con cáncer terminal y su familia. Fac. Psicología.

Tenemos así, por ejemplo, que el tema de *cáncer de mama* ha sido abordado desde el punto de vista médico en las siguientes investigaciones: "Cáncer de mama y embarazo" (Díaz, 1984), "Cáncer de mama y lactancia" (Aldama, 1986), "Cáncer de mama y oportunidad de diagnóstico" (Ochoa, 1985), "Cáncer de mama y detección oportuna" (Peña, 1985), (Cajero, 1987), (Torres, 1987), (Fernández, 1988), (Chemenceau, 1990), (Pérez, 1991). Desde el punto de vista psicológico, se han reportado entre otras las siguientes investigaciones: "Repercusión del cáncer de mama" (Calderón, 1992), "Propuesta terapéutica" (Bureos, 1995), "Reacción emocional en dos grupos de adolescentes" (Fernández, 1990).

En el tema de *familia* se encontró lo siguiente: Estrella (1987), Téllez (1992), Xochitemo (1995), Gómez (1983), Sáenz (1984), Campos (1995), Alvarado (1994), Mastache (1996), Espejel (1987), entre otras.

PSYCLIT (Base de literatura mundial en el área de la Psicología y disciplinas afines), años 1988-1998. De las 71 investigaciones relacionadas con el tema, 31 están enfocadas a la investigación con pacientes en edad pediátrica, 18 a factores extraños a la dinámica familiar, 28 a factores socioemocionales relacionados con la enfermedad neoplásica de algún miembro de la familia y 1 versa sobre el tema de la investigación que proponemos:

Lewis, Frances-M.; Hammond, Mary-A.; Woods (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an exploratory model. *Journal of Behavioral Medicine*. Aug Vol 16(4) 351-370.

Como *antecedentes directos* de esta investigación, hay reporte de las siguientes:

González, M.A. en 1984, para obtener la especialidad en medicina familiar. Realizó la tesis titulada "Disfunción en la dinámica familiar de pacientes con cáncer cérvico uterino", con una muestra de cien pacientes, 50 como grupo control y 50 como grupo experimental, utiliza una entrevista creada por él como instrumento de medición y como resultados encontró que de las 50 familias estudiadas, sólo cinco presentaban lo que él denominó "disfunción familiar".

Xochitomo, J.M.F. en 1984 hizo el mismo estudio, casi con la misma metodología, salvo por la muestra, que fue un poco más pequeña, y encontró, básicamente, datos parecidos.

Sin embargo investigadores extranjeros reportan que existe grave disfunción familiar como resultado de esta enfermedad: Madan-Swain y cols. (1993) encontraron que la disfunción es muy severa si el enfermo es niño. Horwitz y Kasak (1990), Cohen y Jaworski (1994) y Dahlquist, Czyzewski y Jones (1996) señalaron las consecuencias adversas en hermanos y padres de pacientes oncológicos. Horwitz y Kazak (1990) reportaron que el diagnóstico y tratamiento del cáncer afecta de muy diversas formas la dinámica familiar, sin embargo no especifican cuales.

Huber (1998), realizó el trabajo titulado "Cáncer y terapia familiar." para obtener la Especialidad en Terapia Familiar en el Instituto Superior de Estudios de la Familia, A.C. (ILEF). Este es un trabajo muy enriquecedor pues además de ser una guía muy útil para el trabajo terapéutico con este grupo de familias, en donde se presenta; una introducción al estudio de la familia desde la perspectiva sistémica, los tratamientos médicos más comúnmente usados y una semblanza de los procesos psicológicos relacionados con la enfermedad, testimonios de familias que vivieron un proceso de duelo relacionado con este padecimiento. Sin embargo en esta tesis, a diferencia de la presente, la finalidad no fue el establecer criterios ni modalidades para diferenciar con un instrumento la disfuncionalidad o no de estas familias.

Se encontraron muchos reportes de investigaciones, sin embargo parece que no hay muchos reportes acerca de cómo afecta la enfermedad de la madre la estructura familiar.

Castro y Juárez realizaron una investigación en el INP en 1996, titulada "los padres enseñan, experiencias compartidas en un grupo de apoyo para padres con hijos con cáncer", en donde obtuvieron, con una muestra compuesta por hombres y mujeres, en sesiones grupales de 80 minutos bajo un formato semiestructurado y una vez a la semana, resultados alentadores acerca de la efectividad de trabajar psicológicamente con la familia del paciente. Los errores metodológicos y de exposición de resultados le restaron confiabilidad.

Espejel, E. y cols. (1987), llevaron a cabo una adaptación de la "Guía Conjunta de Evaluación familiar", con una muestra de varias familias, balanceada entre hombres y mujeres pertenecientes a tres poblaciones: abierta, clínica y escolar. Posteriormente confiabilizaron y validaron el nuevo instrumento, obteniendo un índice de confiabilidad del .75 y una consistencia en el contenido.

Con el instrumento que se utilizó se han reportado, entre otros, los siguientes trabajos:

Almagro F. y Mesa M. (1995) realizaron la investigación titulada "Resultados preliminares del diagnóstico dinámico estructural familiar en un consultorio de Medicina General Integral" en La Habana, Cuba, en la cual evaluaron a 17 familias en las que uno de sus miembros hubiese realizado un intento suicida y por ello fuese ingresado en la unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende".

El investigador aplicó el Cuestionario de Evaluación Familiar y un grupo de expertos (formado por expertos en el área de Psiquiatría y Psicología) realizaron una o varias entrevistas con fines diagnósticos. Concluidas las evaluaciones, se tomó el criterio de los Expertos como método diagnóstico de certeza y los resultados del Cuestionario de Evaluación Familiar (CEF) como método diagnóstico a validar. Como resultados se obtuvieron que las áreas halladas como disfuncionales más frecuentes fueron las de afecto, comunicación, alianzas y psicopatología.

La sensibilidad de CEF para las distintas áreas exploradas fue de 52.9%, la especificidad alcanzó valores de 93.4%. El valor predictivo del resultado negativo (VPRN) tuvo valores significativos en todas las áreas, indicando que resulta un parámetro válido para el test. El valor global del test (eficiencia) fue mayor del 75% en todas las áreas. El resultado arrojó cifras que determinaron que el CEF, puede ser un instrumento eficaz en la valoración inicial que se realiza de una familia con un miembro que haya realizado un intento de suicidio. Se recomienda la aplicación clínica de este test para favorecer una rápida intervención en la crisis, tan rápida como sea posible diagnosticarla, a la vez que se encuentran en él cualidades para entrenar al personal en formas novedosas de abordar el intento suicida desde el punto de vista familiar.

Otra investigación sobresaliente fue realizada por Ruiz V., Cortés S. y Poulat M. en 1994 (citados por Espejel, 1997) llamada "Características estructurales y funcionales de las familias con adolescente deprimido", esta investigación fue presentada en el 12vo. Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, el objetivo de esta fue evidenciar si el hecho de que en una familia la existencia de un adolescente deprimido estaba o no asociada a la estructura y funcionalidad de la familia. La información se obtuvo aplicando el Cuestionario de Evaluación Familiar a 50 familias; en 25 de ellas existía dentro de sus miembros un adolescente deprimido, diagnosticado por la escala de Weimberg en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud Mental del D.I.F. Como grupo control se aplicó el instrumento a otras 25 familias con un adolescente no deprimido, que cumplía con los criterios de inclusión y que tenía características sociodemográficas similares. Los resultados de la investigación evidenciaron que hay un patrón específico en la estructura y funcionamiento de las familias que tienen un adolescente deprimido, alternativamente consideran diferencias en la estructura familiar, como factores de riesgo de diferentes patologías.

Trejo, J. en 1997 (op. cit. Von Lichtenberg, 1998), buscó determinar si existía mayor alteración en la estructura y funcionalidad entre dos conjuntos de 15 familias cada uno, donde estuviese incluido un paciente con distimia y comorbilidad psicopatológica en el primero, y un paciente con distimia pero sin comorbilidad en el segundo. Para ello utilizó como instrumento de medición la Escala de Espejel y cols. Realizando un estudio transversal, comparativo y observacional, utilizó los procedimientos de estadística paramétrica chi cuadrada y U. de Mann-Withney, encontrando que en el grupo con psicopatología agregada hubo mayor número de familias disfuncionales. Asimismo, al comparar las medias de las puntuaciones globales tradujo mayor grado de disfuncionalidad, siendo estos datos estadísticos significativos. Las áreas mayormente afectadas fueron: apoyo, conducta disruptiva y control. Estos factores demuestran la deficiencia marcada para establecer límites, brindar un mínimo soporte dentro y fuera del grupo familiar, así como el mayor número de eventos disruptivos dentro del contexto hogareño.

Espejel, E.; Esquivel, A. y Liberman, R. en 1997, realizaron un estudio con 50 familias que en los últimos dos años no presentaron síntomas manifiestos, ni habían sido atendidas psicológica y/o psiquiátricamente, como sistema, individualmente o como pareja, y que vivían en el D.F. o en áreas conurbadas. Contemplando la necesidad de instrumentar una investigación sobre familias sin patología aparente, que fueran consideradas dentro de sus contexto como funcionales, se aplicó el Cuestionario de Espejel y cols. a dichos grupos, con el objeto de obtener una descripción de la estructura y dinámica de la familia mexicana sin patología aparente. Las autoras encontraron que 42 de los sistemas eran funcionales, dos limitrofes y seis disfuncionales, observando también que las áreas más altas de manera consistente, fueron: recursos, apoyo y control, llamándoles la atención que las áreas de comunicación, autoridad y supervisión obtenían puntajes más bajos, aunque se aún se encontraban dentro de la funcionalidad, lo que confirma la preocupación del dominio público al diálogo entre e intrafamilias, así como la supervisión de las conductas de éstas.

Castañeda (1998), en la investigación titulada "Funcionamiento de la Estructura Familiar y la adherencia terapéutica en escolares con anemia aplásica", abordó el factor del funcionamiento de la estructura familiar, y su incidencia en la adherencia terapéutica, la población estuvo formada por pacientes entre los 5 y los 11 años de ambos sexos. Se estudiaron 24 familias de pacientes divididas en tres grupos: dos de enfermedades crónicas con una evolución mínima de dos años (anemia aplásica y hemofilia) y un tercer grupo con enfermedad aguda, que acudieron al Hospital Infantil de México "Federico Gómez". se aplicó la Escala de Funcionamiento de la Estructura de la Dinámica Familiar de Espejel (1985), siendo contestados por la madre o el padre del paciente en consulta externa. El manejo estadístico se llevó a cabo con las pruebas de Pearson a nivel intragrupos y de U. de Mann Whitney a nivel entre los grupos. Las familias fueron diagnosticadas como funcionales, dentro de las áreas con algún grado de disfuncionalidad se mencionan afecto y supervisión.

Von Lichtenberg y Carreón (1998), en la investigación "Las áreas comunes en la estructura y funcionalidad de las familias de niños con diagnóstico de depresión, detectadas mediante la Escala de Funcionamiento Familiar", buscaban determinar la existencia de áreas comunes en la estructura y funcionalidad de un grupo de 38 familias en las que está incluido un niño de edad escolar (6 a 12 años), con diagnóstico de depresión. La población se obtuvo de la Clínica de las Emociones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Se utilizó la Escala de Evaluación Familiar de la Dra. Espejel y cols. (1997), hecha en México, para población mexicana y que tiene una consistencia interna: Alpha de Cronbach de .91, validez de ítems y especificidad del 90%. Las áreas más comúnmente afectadas en las familias de niños deprimidos son: Ausencia de Psicopatología, Manejo del Conflicto, Comunicación Instrumental y Comunicación Afectiva. Concluyen que en las familias de la muestra existe un inadecuado manejo del conflicto, en tanto tienden a actuar abierta o encubiertamente sus impulsos agresivos sin control, lo que imposibilita la comunicación y favorece las conductas adictivas (alto alcoholismo en los padres).

En la investigación oncológica resalta la ausencia de trabajos sobre la incidencia o descripción de los factores psicoafectivos del cáncer de mama, las necesidades psicológicas y afectivas en este tipo de pacientes han estado prácticamente desatendidas (Florez, 1994).

CAPITULO II.

FAMILIA.

MARCO TEÓRICO.

FAMILIA.

Por largo tiempo fuiste un sueño en los sueños
en los sueños de tu madre, luego despertó y
te dio el ser.

El amor que no fluye continuamente, está
muriendo continuamente.

Gibran Jalil Gibran. El profeta

El hombre nace dentro de una estructura social determinada con un contexto y circunstancias específicas las cuales moldean, limitan y a la vez posibilitan el desarrollo de la personalidad. Dicha estructura se encuentra formada por las diferentes agrupaciones sociales en las que se lleva a cabo la básica convivencia humana (Macías, 1981).

Dentro de estas la más importante es la familia, una institución que ha evolucionado conforme se han suscitado los cambios sociales, adaptando sus formas y funciones y logrando así asegurar su permanencia a través del tiempo. Es un sistema abierto donde los miembros interactúan reciprocamente, como con el ambiente, siendo así la liga entre el individuo y la sociedad (De la Fuente, 1994; Bertaglio, 1994).

Los padres como agentes psicológicos de la sociedad cumplen de éste modo con la socialización de todos sus integrantes para lograr el desarrollo de los valores, normas y patrones de conducta que sean aceptables y necesarios para la convivencia dentro de ese grupo particular (Macías, 1981; Gómez, 1999). Es un sistema durable de interrelaciones humanas que opera como una banda de transmisión de la cultura y que presta a la sociedad servicios que le aseguran su supervivencia. De esta dependen en buena parte el desarrollo, realización, fracaso, salud y enfermedad de sus miembros (López op. cit. Ackerman, 1978), constituida por un grupo de personas que mantienen entre sí en forma común relaciones directas personales. Una institución creada por los hombres para la satisfacción de sus necesidades y la socialización de un individuo, encargada de transmitir y sustentar valores sociales, ideológicos y psicológicos determinantes en la vida individual y social de las personas que la integran (Macías, 1981; Gómez, 1999).

Una familia "es un grupo en marcha, sujeto a cambiantes influencias externas, con una historia y un futuro compartidos, con etapas de desarrollo y pautas habituales entre sus miembros" (Von Lichtenberg, op. cit Haley 1989). Para Ackerman (1977), "la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud; es el nombre de una institución tan antigua como la especie humana". "Familia es la unidad básica biopsicosocial de desarrollo y experiencia, de la enfermedad y de la salud, es un sistema que opera a través de repetidas pautas transaccionales, que junto con influencias extrafamiliares, determinan la personalidad y la relación de sus miembros" (Espejel y cols, 1997).

Bertalanffy (1976), define a la familia como "un sistema abierto, una totalidad que se autorregula y se mantiene en constante interacción con su medio, iniciando un circuito que esta retroalimentándose, lo que permite un equilibrio dinámico entre la estabilidad que permite la permanencia del sistema, y el cambio que posibilita los ajustes necesarios para responder a las modificaciones tanto internas como externas".

Retomando estas ideas el grupo de Milán, formula la hipótesis de que las relaciones familiares son circulares y relacionales, es decir, la conducta o la manera de interactuar de un miembro va a afectar a todo el sistema, y determina la conducta de los individuos con el fin de mantener el equilibrio, aunque la conducta sea disfuncional (Umbarger, 1983).

La familia satisface tanto necesidades universales como las que pertenecen a cada cultura, cumpliendo ciertas funciones que según Ackerman (1977) son: *provisión de alimento y abrigo que mantiene la vida, proveer protección ante los peligros externos, funciones que se realizan mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social. Provisión de unión social que es la matriz de los lazos afectivos sociales, oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar, el moldeamiento de roles sexuales lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual, la ejercitación para integrarse en roles y aceptar responsabilidades, el fomento del aprendizaje y el apego a la creatividad y la iniciativa individual.* Así las funciones de la familia se pueden resumir en dos funciones básicas: protección psicosocial de sus miembros y transmisión de la cultura (Morales, 1999).

Velázco y Chávez (1994), mencionan que la familia tipo trata de conservar su integridad, salud física, coherencia y afecto, para lograrlo hace uso de sus recursos intelectuales, morales, económicos, etc., a fin de mantener el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para continuar o generar acciones tendientes a cumplir sus funciones básicas. Cada familia difiere en cuanto al número y calidad de sus elementos homeostáticos, a mayor calidad y número de éstos se incrementa la funcionalidad familiar.

Según Macías (1981) la familia tiene las siguientes metas y funciones específicas para el desarrollo de sus integrantes:

- 1.- El asegurar la subsistencia de los niños, a través de la satisfacción de las necesidades materiales de abrigo, alimento y protección física.
- 2.- Promover los lazos de afecto y de unión social que son la matriz de la capacidad de relación con otros seres humanos.
- 3.- Facilitar el desarrollo de la identidad personal, lo que permite establecer integridad y fuerza física para enfrentar nuevas experiencias y situaciones externas.
- 4.- Satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias así fomentar la libre relación de sus miembros y permitir la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno.
- 5.- Dar la oportunidad para que los miembros se adiestren en las tareas de participación social e integración de los roles sociales.
- 6.- La promoción del desarrollo, el aprendizaje y la realización creativa de los miembros.
- 7.- El mantener la unión y la solidaridad en la familia, con un sentido positivo de libertad.

Estas funciones a la vez se pueden dividir en ejercicios de maternaje que serían las tareas nutricias, las de seguridad afectiva y de aceptación; y de paternaje que son las tareas de orientación, estímulo y el rol de la autoridad racional. Lo óptimo es que la familia cumpla sus funciones, para promover el desarrollo sano de sus integrantes, ya que de no ser así se tiende a desviarlos o a dañar directamente a sus miembros.

CICLO VITAL.

Las funciones antes mencionadas se van modificando a lo largo de la vida, y dependiendo de las tareas que tiene que ir enfrentando a lo largo del **ciclo de vida de la familia**. El grupo familiar también, tiene que cubrir objetivos que se van dando de acuerdo a su desarrollo: Resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo y aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

Los objetivos que tiene cada una de las familias durante su desarrollo por las diferentes etapas, se dividen en cuatro áreas fundamentales y en un ciclo, según Estrada (1995):

1.- AREA DE LA IDENTIDAD: Se refiere a la constante reorientación interpersonal que ofrece el medio familiar mediante la cual se fortalece el desarrollo de la personalidad, en especial aspectos del super-yo.

2.- AREA DE LA SEXUALIDAD: Se busca que la interacción se dirija a la búsqueda de una armonía, para completar las áreas físicas y biológicas. Además debe promover la maduración del ser a través de la reproducción y brindar un apoyo cuando aparezcan los conflictos edípicos frente a los hijos adolescentes. También ayudar a soportar los efectos del declive de las funciones sexuales al llegar el ocaso de la vida.

3.- AREA DE LA ECONOMIA: Es importante que las labores se dividan entre el proveedor y el que cuida el hogar, y que la pareja sea lo suficientemente capaz de adaptarse a los cambios sociales, así como a los de la propia familia.

4.- AREA DEL FORTALECIMIENTO DEL YO: Se requiere la ayuda mutua, para aprender el papel de esposo o esposa, además de la libertad para expresar la propia personalidad y mantener el sentimiento de identidad. Así como saber intercambiar los papeles de padre y madre cuando esto sea necesario, y apoyarse en las horas finales cuando aparezcan los temores de la propia muerte.

Las áreas mencionadas, difieren en peso y contenido de acuerdo a la **fase del ciclo vital** por el que atraviesa la constelación familiar (Estrada, 1995).

La familia crece, madura, decae y muere como tal, su estructura varía en cada una de esas etapas. A medida que se avanza en la vida, cada cual construye dentro de sí una imagen de su propia familia que no está siempre regida por un criterio de realidad, sino por poderosos determinantes psicológicos, internalizando un modelo, que de manera inconsciente se trata de reproducir, al construir la propia (Estrada, 1995).

El ciclo vital se divide en varias etapas. Esta división depende de dos factores:

- a) la edad de los hijos.
- b) los cambios que la familia experimenta cuando los hijos maduran.

Olson (1989) menciona que en la medida en que una familia pasa por cada uno de los estadios del ciclo vital de la familia, se espera que cambie su organización para mantenerse como una totalidad y cumplir con sus funciones.

La familia tiene una historia, una evolución y una etapa de contracción, es decir un ciclo vital, que inicia en el momento de la unión conyugal y finaliza cuando los cónyuges mueren. Las etapas del ciclo vital son: (Espejel, 1987; Estrada, 1995).

Etapa 1: Formación de la pareja.

Cuando los hijos jóvenes abandonan el hogar de origen y empieza con la búsqueda de un compañero fuera de la familia, muchas de las relaciones afectivas significativas se extinguen o cambian siendo éste un proceso doloroso, para todos. Se presentan en ésta etapa dos fuerzas en contienda, por un lado la que va en favor del desprendimiento y de la vida; y por el otro la fuerza que tiende a fijar, detener o regresar el proceso evolutivo a etapas anteriores. Dos personas unidas por lazos afectivos, interdependencia común e intención expresa de constituir una familia, inician el establecimiento de las funciones básicas familiares (Estrada, 1995). La relación matrimonial que se establece, es algo más que la suma de las personalidades que la forman. Esta tiende a influir y cambiar a cada cónyuge constantemente (Ackerman, 1977; Haiey, 1989). La pareja es el corazón

de la familia. Favorece la satisfacción de las necesidades de trascendencia, de crecimiento de la especie humana, satisface las necesidades más profundas del hombre; intimidad, confianza, afecto, amistad y confirmación de la experiencia, esenciales para el ser humano. (Estrada, 1992). Ella puede llegar a convertirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales (Espejel, 1987). Lo primero que sucede en una relación de dos, es que cada uno intente echar a andar los mecanismos ya establecidos, conocidos y aprendidos en sus sistema familiar de origen, los cuales difícilmente funcionarán con su nueva pareja. Durante éste proceso se deben cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proporcionaron seguridad emocional e integrar un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. La estructuración del nuevo sistema esta basado en reglas, es decir en contratos, que se van dando a lo largo de la relación y son fijados por los profundos deseos y necesidades que cada persona espera satisfacer mediante la relación marital (Estrada, 1995).

Etapas 2: Aparición de los hijos.

Una pareja joven, se encuentra con que el nacimiento de un hijo, plantea otras cuestiones y desestabiliza las antiguas, lo que constituye pasar a una nueva etapa (Espejel, 1987; Haley, 1989; Estrada, 1992). La familia debe pasar de una relación diádica interdependiente a una relación triádica dependiente. Es necesario afirmar la importante experiencia de la reproducción, debido a que la vida sexual hasta entonces llevada se modificará por nuevas funciones como el amamantamiento. Se tiene que empezar a conocer los roles de padres, y ambos ayudados algunas veces por el exterior se irán retroalimentando Haley (1989) en ocasiones la presencia de un niño favorece la intimidad de la pareja estimulando la diferenciación y elaboración de diferentes facetas de la personalidad de cada uno (Estrada, 1995). Dentro del área económica empieza a haber dificultades debido a los muchos gastos a solventar, la mujer no puede colaborar económicamente debido a la reciente maternidad. Con el nacimiento de un hijo la pareja queda más distanciada de sus familias y a la vez enredada en el sistema familiar propio, en cuanto se modifica la índole de los viejos vínculos y se forman otros nuevos (Haley, 1989). Muy importante es que el subsistema marital pueda apoyarse y ayudarse en su nueva etapa llegando a intercambiar éstos roles, sin que esto impida que ambos puedan mantener la capacidad de expresar su individualidad y su identidad, protegiéndose, mutuamente de no caer en el problema de utilizar al niño como medio para gratificar las propias fantasías infantiles de paternidad, o como un complemento patológico de la propia identidad (Espejel, 1987).

Etapas 3: Proceso de separación de los hijos.

Inicia cuando los niños ya han crecido, y poco a poco van presentando dificultades mayores debido a que en la adolescencia se pone a prueba la flexibilidad de la familia. Los padres se ven obligados a revivir la propia adolescencia siendo ya maduros. Debido a esto muchas veces los padres tienden a regresar a etapas anteriores del desarrollo, donde aún no recibían todo el impacto de esta problemática, llegando a haber sobreproducción para evitar el crecimiento del hijo adolescente, y la rivalidad de un padre cuando su hijo crece, y lo supera. El pasar estas pruebas es difícil para los padres ya que es más fácil conservar el estado donde su autoridad es incuestionable. Los primeros cambios son emocionales, se dan cuando cambian los hijos, pero también los padres deben cambiar su contrato matrimonial debido al climatérico de los esposos. Es necesaria una gran capacidad para la expresión de los sentimientos de pérdida y de tristeza. Económicamente ya hay una seguridad, siendo posible una reestructuración de las labores con una mejor distribución, ahora se pueden llevar a cabo sueños que se han tenido debido a que cuentan tanto con los medios como con el tiempo, pero la pareja entra en conflicto al no saber que hacer con su recién adquirida libertad. Aquí la función de la familia es permitir y promover el paulatino proceso de separación-individuación de sus miembros. Propone que "el advenimiento de la adolescencia, es tal vez, el proceso que más pone a prueba la flexibilidad del sistema. El proceso de individuación e independencia no se completa hasta que el chico abandona el hogar y establece vínculos fuera de la familia, es así necesario que el adolescente se despegue lo necesario de sus familias originales,

como para poder atravesar las etapas de seleccionar la pareja y construir su propio hogar". En esta etapa, el matrimonio entra en un estado de turbulencia, que debe ceder progresivamente a medida que los hijos se van y los padres elaboran una nueva relación como pareja, logrando gradualmente una transición a la condición de abuelos. En la segunda parte de esta etapa los adolescentes han crecido, han encontrado su pareja y se han ido de casa. Ahora empieza un nuevo ciclo el cual presenta muchas dificultades, en la gran mayoría de los casos debido a que la pareja sólo se ha dedicado a ser padres y la función conyugal ha quedado de lado. Por otra parte hay cambios sociales y familiares de gran importancia como: la necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros en la familia, el nacimiento de los nietos, la muerte de la generación anterior, la jubilación, el conflicto con las nuevas generaciones, el problema económico de los hijos que inician una nueva familia, la necesidad de independizarse de los hijos y de los nietos, entre otras. Esta fase del ciclo vital es de las más importantes complejas y críticas Estrada (1995).

Etapas 4: Vejez y desaparición de la familia nuclear.

A medida que los padres envejecen, los hijos empiezan a cuidar de ellos. Esto obliga a los miembros de la familia a adaptarse a extraordinarios cambios en su relación mutua, a lo largo de los años. Al paso que cambian las relaciones dentro de la familia, el vínculo matrimonial está sometido a una revisión constante (Haley, 1989). La etapa final del desarrollo de la familia incluye la muerte de un cónyuge o pareja y continúa con la muerte de otro, concluyendo así el ciclo vital.

Los puntos de transición de las etapas del ciclo de vida de la familia, se denominan épocas de crisis potenciales, que son seguidas de un estancamiento en el desarrollo y posteriormente, un movimiento a la siguiente etapa.

DINÁMICA FAMILIAR.

Es definida como la colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia y hacen que la misma como unidad funcione bien o mal (Minuchin, 1983). Ante esta situación, los integrantes de un núcleo familiar se ven forzados a utilizar sus recursos biológicos, sociales y psicológicos para mantener una interrelación madura y satisfactoria para continuar con su trayecto natural (Velazco, Chávez, 1994; Navarro, 1997).

Este comportamiento, las actitudes, el respeto mutuo, las demostraciones de afecto y en general la manera de interactuar de los miembros de una familia traerá como consecuencia el desarrollo de cada uno de ellos como individuos y de la familia como unidad, o bien creará individuos dependientes e inseguros. El dinamismo familiar no puede ser calificado como normal o anormal, por lo que es más apropiado definir el grado de funcionalidad familiar. Existen diversas corrientes que proponen diferentes criterios para definir la funcionalidad familiar, entre ellas, los teóricos de Palo Alto creen que los definitorios serían: comunicación, autonomía de sus miembros, toma de decisiones y reacción ante las demandas de cambio. Pichón Riviere y Minuchin califican la funcionalidad a través de evaluar la naturaleza y características de los límites de subsistemas, formación de alianzas y capacidad de modificarse (Velazco; Chávez, 1994).

La dinámica familiar tendrá un clima de seguridad y apoyo o de ansiedad, resentimientos e insatisfacciones, los cuales pueden ser canalizados y hacerse manifiestos en muchas ocasiones a través de un síntoma físico, psicológico y/o social. En la *dinámica familiar* la manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros que cada miembro tiene, producirá acercamiento o alejamiento, en un clima de seguridad o ansiedad y depresión (Navarro. 1997).

Satir (1985, cit. por Gómez 1999), utiliza los siguientes criterios para tratar de determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de una familia: 1) comunicación: en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara (los mensajes pueden entenderse), directa (los mensajes se dirigen a quien se pretende que los reciba), específica (sin generalización inadecuada)

y congruente (los mensajes verbales son compatibles con los no verbales); 2) individualidad: en la familia funcional hay respeto por la autonomía de sus miembros y se estimulan las diferencias individuales, lo cual favorece el crecimiento individual y del grupo familiar; 3) toma de decisiones: en la familia funcional, la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder; 4) reacción ante las demandas del cambio, flexibilidad para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen de manera que se pueda conservar la homeostasis sin que algunos de los miembros desarrollen síntomas; 5) satisfacción: si los miembros de la familia se sienten satisfechos con la manera de funcionar de la misma y si este funcionamiento les permite un desarrollo adecuado en la sociedad.

Ackerman (1977) propone para diagnosticar a la familia tomar varios aspectos en cuenta; su organización interna (la existencia de una relación simbiótica o no entre sus miembros, la presencia o ausencia de una relación afectiva real entre sus miembros, los modos de relacionarse) su adaptación externa (el énfasis desmesurado en la conformidad o en la competitividad, el aislamiento o la sobreinvolucración social), el papel de cada uno de los padres (patriarcado o matriarcado como orientación predominante en la familia), la forma como crían y educan a sus hijos (las formas de disciplina e intimidación puestas en práctica) y la estructura de la familia.

La identidad familiar es lo que define a la familia y que da a sus miembros el sentimiento de pertenencia. En esta juega un papel importante la *complementaridad*, o sea la tendencia a asignar al otro, aspectos del propio yo. (De la Fuente, 1987). Las identificaciones, valores, actitudes familiares y la atmósfera familiar son después reproducidos en la selección de compañero y determinan las respuestas ante los hijos.

La meta principal del funcionamiento familiar es la realización de una variedad de tareas, algunas definidas culturalmente y otras propias de cada familia, determinadas por valores derivados en gran medida de las vivencias que los padres tuvieron en sus familias de origen, también reciben la influencia de la historia compartida dentro de la propia familia y de las condiciones socioculturales prevalentes. Es en la familia donde residen las bases de un desarrollo psicológico normal o desviado (Sauceda, 1995; Andrade, 1998).

Siendo el "cambio" un término que puede usarse para describir cualquier tipo de alteraciones en la organización sistémica de la familia, es aplicable cuando las oscilaciones en la estructura se producen con tal frecuencia o magnitud, que obliga a la familia a una reorganización. Por otro lado en muchas familias las crisis producen cambios que dejan importantes beneficios, por lo que, la capacidad para encarar con éxito la crisis aumenta la cohesión de la familia y su confianza en sí misma, pero desafortunadamente, no todas las familias solucionan la crisis con éxito. En otras familias, el cambio y las constantes alteraciones, llevan a esta a manejarse de forma caótica.

Se considera a la familia "sana" aquella, que ha desarrollado un adecuado equilibrio entre la *morfogénesis* y la *morfostasis*, siendo la clave una adaptación coherente de los mecanismos reguladores en las diferentes etapas y situaciones, por las que la familia atraviesa durante su desarrollo. Otras de sus características serían una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupación por brindar apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia tanto en las demandas internas como en las externas, altos niveles de interacción, adecuada comunicación de los subsistemas. Comparten las responsabilidades y el poder, procuran adaptarse a los problemas, existen múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario, poseen capacidad para solicitar ayuda (Andrade, 1998).

Los conceptos anteriormente mencionados de *morfogénesis* y *morfostasis* en el grupo familiar, hacen referencia a que la familia trata de mantener una estabilidad, pero al mismo

tiempo aparece un motivo o circunstancia, que la hará cambiar. En algunas familias, la *necesidad de estabilidad* se ve mayormente inclinada, por lo que el cambio se produce solo ante presiones importantes, como es el caso de las *crisis familiares*, como las desencadenadas por las enfermedades donde todo cambio intrasistémico o extrasistémico repercutirán en el funcionamiento familiar y requerirá de un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante en las interacciones familiares, capaces de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y consentir el crecimiento de los miembros por otro, como es el caso de una *enfermedad crónica* (Minuchin, 1978; Robles y cols., 1987; Pitman III, 1988; Matthews, 1989).

En el patron de organización de la disfunción familiar severa se encuentra que, tienen un prototipo de comportamiento caótico, negativista y con carencia afectiva, negación de la problemática. Algunas patologías, por su trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras, como el alcoholismo, el síndrome de Down, las neoplasias malignas (Velazco; Chávez, 1994).

Diversos autores (Hoffman, 1981; Pittman, 1988; Minuchin, 1991) mencionan que para poder apoyar a la familia en situaciones de crisis es importante percibir cómo se encuentra la estructura familiar, los subsistemas y los límites dentro de un enfoque sistémico, con el fin de contar con elementos para realizar algún tipo de intervención, donde la comprensión de la estructura, patrones e interacciones de la familia, constituya el punto de partida que permitirá entender las alteraciones que ocurren dentro de una familia.

LA FAMILIA COMO SISTEMA.

Cada familia cuenta con características que lo hacen diferente a cualquier otro, como por ejemplo, número de integrantes, ciclo de vida, funciones, normas, valores característicos y únicos con los que se rige. Minuchin (1980, 1983), menciona que la familia debe ser considerada como un sistema en constante transformación, y como un sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios del desarrollo por los que atraviesa, esto con el fin de asegurar una continuidad y crecimiento psicosocial de los miembros que la componen. El trabajo con un enfoque sistémico permite, no aislar al sujeto de su contexto e interrelación con los demás logrando una visión mucho más amplia y compleja del fenómeno que se pretende investigar, así como identificar con mayor claridad los recursos que pueden utilizarse para lograr una adecuada investigación.

Von Bertalanffy (1976), define sistema como "un conjunto de elementos en interacción". Es así que la conducta de un elemento es diferente dentro del sistema al que pertenece, de cuando lo aislamos de él; ya que no es posible sumar las conductas de la totalidad, por su misma naturaleza un sistema consiste en una interacción y ello significa que debe tener lugar un proceso de acción-reacción, para que podamos descubrir cualquier estado del sistema o cualquier cambio del estado. De igual manera refiere que las características constitutivas de un determinado sistema, dependen de la relación específica dentro del complejo y para entender tales características necesitamos no sólo conocer las partes, sino también las relaciones existentes entre ellas y poder definir cómo funciona un sistema. Todo sistema tiende a ser gobernado por leyes dinámicas. Dentro de éstas leyes dinámicas el tiempo es una de las variables más importantes en el concepto de sistema, ya que "un lapso" está siempre implícito en un sistema.

Existen algunas *propiedades de los sistemas abiertos*: la primera es la propiedad de la *totalidad*, en donde cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal manera con las otras, que una modificación en una de ellas provoca una alteración en todas las demás y en el sistema total. La de la *no sumatividad*, que se refiere a que el análisis de una familia no es la suma de los análisis de los miembros individuales, pues muchas de las cualidades de cada uno, en particular la conducta sintomática, son de hecho inherentes al sistema. La tercera propiedad se refiere a la *retroalimentación y homeostasis*, es decir, el sistema actúa sobre las acciones de los

miembros o del medio y las modifica. Otra parte imperante del sistema es el medio ambiente, el cual constituye el universo de todas las cosas de interés en un contexto dado.

Cualquier sistema puede ser subdividido en sistemas menores, los cuales llaman subsistemas y los objetos pertenecientes a un subsistema se consideran como parte del medio ambiente de otro subsistema.

Las propiedades generales de los sistemas, que describe Von Bertalanffy permiten elaborar una clasificación y análisis de los distintos tipos de sistemas, de acuerdo con la relación que guardan con el medio ambiente. La *estructura* de un sistema se va definiendo a través de los siguientes elementos: *mecanización, centralización, jerarquía, estabilidad, homeostasis, cambio, limitación, equifinalidad, teleología, ultraestabilidad, retracción, información*. Un sistema es un complejo de elementos interactuantes. Existen dos tipos de sistemas: un *sistema cerrado* es aquel cuyos elementos no tienen interacción con elementos del medio circundante y un *sistema abierto* se distingue porque presenta intercambio con el medio circundante, implica importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes, todo organismo viviente es un sistema abierto y para la Teoría Sistémica, *la familia es un ser vivo*.

En el sistema familiar, se consideran las propiedades de los sistemas abiertos en general. Es una totalidad donde el comportamiento de un miembro de la familia es indisoluble del de los otros, lo que le sucede a uno les afecta a todos. No tiene sumatividad, no todo es igual a la suma de sus partes. Presentan equifinalidad, ninguna familia es igual a las otras, existe singularidad en los casos (Bertalanffy 1976).

ESTRUCTURA FAMILIAR.

La relación de la familia no debe ser únicamente entendida en función de la personalidad de sus integrantes, sino que también hay que tomar en cuenta las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Todas estas, están determinadas por la *estructura familiar*, que Minuchin (1980, 1991), define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia", y al repetir éstas pautas interaccionales, se va construyendo una pauta transaccional.

Minuchin (1980, 1991) refiere que la familia opera a través de pautas transaccionales que establecen patrones acerca de qué manera, cuándo y con quien relacionarse, éstas regulan la conducta de los miembros y son mantenidas por dos sistemas:

- a) El genérico: implica reglas universales que gobiernan la organización familiar (jerarquía, autoridad), y la complementariedad de las funciones de la pareja.
- b) El idiosincrásico: Implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. Se dan en negociaciones implícitas y explícitas entre los integrantes del sistema familiar relacionados a los acontecimientos reales.

El establecimiento de estas pautas puede hacerse de forma explícita, es decir, por negociación o simplemente ser resultado de una acomodación mutua. Existen además en el interior del sistema pautas alternativas ya que cuando la familia se enfrenta a circunstancias cambiantes debe ser capaz de transformarse sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros y éste será posible de acuerdo a la disponibilidad de dichas pautas.

El enfoque estructural consiste en observar y determinar la organización familiar para conocer su modelo normativo. La familia se encuentra integrada por todos los adultos y niños que están relacionados biológicamente y viven bajo un mismo techo, pero también puede haber personas con funciones importantes, los cuales se consideran miembros de la familia aunque no haya un parentesco biológico Minuchin (1978)

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, que son un elemento del sistema total y que pueden incluir a una sola persona o a varias unidas por criterios compartidos de pertenencia, generación, sexo, edad, interés, objetivos comunes o función entre otras cosas, y donde cada individuo puede pertenecer a más de una diada o subgrupo en los que aprenden habilidades diferenciadas de acuerdo a su rol y/o jerarquía familiar. Todo subsistema familiar plantea demandas específicas a sus miembros. Los subsistemas son (Espejel, 1987, Minuchin, 1997): *marital o conyugal, con la combinación marido, mujer, *paterno-filial, con la combinación padre-hijo, padre-hija, madre-hijo, madre-hija, *filial o fraterno, es decir, las relaciones entre los hermanos.

SUBSISTEMA: existen en un estado de intercambio dinámico como subsistemas contiguos. Se organizan en torno a la ejecución de funciones que son decisivas para su propio bienestar y el del sistema.

SUBSISTEMA CONYUGAL: La pareja se forma desde la etapa de noviazgo, el cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja. Luis Leñero (1976, op. cit. Chávez y Velazco, 1994) señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de la elección de pareja: residencia en una determinada comunidad, pertenencia a una determinada clase social, involucración en un determinado círculo social. Algunos otros autores identifican otros requisitos: haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social, reconocer creencia afines, disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes, contemplar expectativas económicas semejantes, disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual (Estrada, 1995). Esta conformado por dos adultos de sexo diferente, que se unen con la intención de formar una familia, posee funciones y tareas específicas, y está basado en la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad permiten a ambos ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema necesita un límite que lo proteja de la interferencia de otros subsistemas, los esposos necesitan de un lugar y tiempo para ellos dos, así como evitar que otros subsistemas interfieran. Es la matriz para el contacto con otros sistemas sociales (Minuchin, 1991).

Un aspecto fundamental en el inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder en todo el sentido de la palabra, lucha que esta presente en la pareja desde el inicio de la interacción y tiene mucho que ver con la manera como se han relacionado con sus familias de origen, ya sea en una relación de dependencia o igualdad y que se manifiesta principalmente en la toma de decisiones y en el tipo de actividad hogareña o laboral desarrollada (Chávez; Velazco, 1994). El sistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia, por lo que este funcionamiento conyugal es en realidad estructurante. Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe como manejarlos (Bertoglio, 1994).

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son (Chávez; Velazco, 1994): 1.-*comunicación*: lo más sano es que la sea: clara, directa y congruente, 2.-*función de adjudicación y asunción de roles*: las características a evaluarse son congruencia, satisfacción y flexibilidad, 3.-*función de satisfacción sexual*: es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, se deben evaluar dos rubros: frecuencia de la actividad sexual y satisfacción, 4.-*función de afecto*: se evalúan a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, utilizando indicadores indirectos para evaluarla, como son: manifestaciones físicas, calidad de convivencia, reciprocidad, 5.-*función de toma de decisiones*: es la de participación en las

decisiones trascendentes, los estilos más frecuentes son: toma de decisiones conjunta, toma de decisiones individual.

Los nuevos compañeros, individualmente, traen un conjunto de valores y de expectativas tanto explícitos como inconscientes. Es preciso que estos dos conjuntos de valores se concilien con el paso del tiempo. Cada cónyuge debe perder individualidad, pero ganando pertenencia. En este proceso se forma un sistema nuevo (Bertoglio, 1999).

Las pautas de interacción que poco a poco se elaboran no suelen ser discernidas con conciencia, simplemente están dadas, forman parte de las premisas de la vida, son necesarias, pero no objeto de reflexión. Muchas se han desarrollado con poco esfuerzo o ninguno. Otras pautas de interacción son el resultado de un acuerdo formal. En cualquier caso, las pautas establecidas gobiernan el modo en que cada uno de los cónyuges se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial. Siempre existirán puntos de fricción y el sistema se deberá adaptar para hacer frente a demandas contextuales modificadas. Cada cónyuge aparece como el contexto adulto total del otro. En nuestra sociedad extremadamente móvil, la familia nuclear puede de hecho encontrarse aislada de los demás sistemas de apoyo, lo que trae por consecuencia una sobrecarga del subsistema conyugal. El subsistema de los cónyuges es así un poderoso contexto para la confirmación y la descalificación.

SUBSISTEMA PARENTAL: Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. El subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo y excluyéndolo de las relaciones conyugales. Este subsistema es el encargado de proteger, guiar, al mismo tiempo que imponer una autoridad.

Los padres aprenden de sus propias experiencias en la crianza de los niños, pues tienden a responder en forma diferente ante su primogénito en comparación con el resto de sus hijos.

Tienen el derecho, y el deber, de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y de fijar el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia. Es al que mayor número de tareas se le asignan, pero debe poseer también la autoridad necesaria para llevarlas adelante. Y si bien es preciso que el niño, tenga libertad para investigar y crecer, solo podrá hacerlo si se siente seguro porque su mundo es predecible (Gómez, 1999).

SUBSISTEMA FRATERO: Es el primer lugar donde los niños pueden experimentar las relaciones con sus iguales, apoyándose, aislándose, descargando sus culpas y aprendiendo mutuamente a negociar, cooperar, competir, a lograr amigos así como aliados y reconocimiento por sus habilidades (Espejel, 1998).

Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en el que participa. De su contacto con ello elaborará sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir. Esta cercanía promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema. Los niños sin hermanos, desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo adulto, llegando a mostrar dificultades para el desarrollo de la autonomía, y la capacidad para compartir, cooperar y competir con otros. En las familias amplias, el subsistema fraterno posee otras subdivisiones, ya que los hijos pequeños se mueven en las áreas de seguridad, alimentación y guía en el seno de la familia, mientras que los hijos mayores realizan contactos con el mundo extrafamiliar (Espejel, 1987; Saucedo, 1995).

Cada persona pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder, aprende habilidades diferenciadas y relaciones complementarias al incorporarse a los diversos subsistemas. La organización en un subsistema en una familia proporciona un entrenamiento en el

proceso de mantenimiento diferenciado "Yo soy", al mismo tiempo ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles. Las modificaciones en la estructura familiar provocan cambios en la conducta y en los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema, refiere los siguientes *elementos que conforman la estructura familiar*:

LIMITES. Elemento fundamental para que el funcionamiento familiar sea adecuado, son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra. La función de los límites es proteger la diferenciación del sistema (Espejel, 1997). Deberán ser claros, y definirse con precisión, cada subsistema cuenta con límites, estos están constituidos por reglas que definen quiénes participan y de que manera. La claridad de los límites, constituye un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. De acuerdo con Minuchin (1978), los límites pueden ser de tres tipos:

*límites rígidos: dando como resultado familias amalgamadas, con características de exaltado sentido de pertenencia que requiere el abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la autonomía en la exploración y dominio de los problemas individuales y familiares, dentro y fuera del grupo. Los roles familiares generalmente no se encuentran preestablecidos, hay demasiada proximidad e intensidad entre los miembros, hay poca privacidad e imperan la sobrerreacción e intrusión en los sentimientos y actitudes del otro. Cualquier separación es vivida como una traición. Los límites intergeneracionales ya que estos son poco diferenciados, débiles y fácilmente violados.

*límites claros: son aquellos que se definen con suficiente precisión, como para permitir a los miembros desarrollar sus funciones sin interferencias, permiten el contacto entre los otros miembros del subsistema.

*límites difusos: poseen un desproporcionado sentido de independencia y carecen del sentido de pertenencia, sólo un alto nivel de estrés puede repercutir lo suficiente como para activar los sistemas de apoyo, esta familia se puede denominar desligada. Es cuando la comunicación entre subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven afectadas. Los miembros de este tipo de familias pueden funcionar de forma autónoma, carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia, así como de la capacidad de interdependencia y no solicitan ayuda cuando la necesitan. En una familia que funciona de manera normal, los límites van cambiando según las necesidades y el ciclo vital de la familia (Minuchin, 1980).

TERRITORIO. Hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia, y la identificación que cada uno de los miembros de la familia tiene para los demás miembros. En ocasiones la figura más central es la que ocupa el puesto más alto en la jerarquía, pero no siempre sucede así.

GEOGRAFÍA O MAPA. Se refiere al esquema que representa en forma gráfica y sencilla la organización de una familia, proporciona datos para entender la dinámica familiar. Consiste en la distribución de los miembros de la familia al ir a dormir, al comer, al viajar, etc.

ROLES. Son las expectativas conscientes y/o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrán los demás miembros (Espejel, 1997). Intervienen en estos la adecuada distribución de las funciones, responsabilidades, provisión de recursos, la crianza y sustento de los hijos, la gratificación sexual adulta y el desarrollo de las habilidades de la vida. Se refiere también a la forma en que se distribuyen las tareas dentro del hogar, de acuerdo con el sexo, la edad y la generación de los integrantes. La diferencia del terreno de cada cual es condición para un buen equilibrio psicológico familiar.

JERARQUÍA. Es la dimensión de la autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, accionar o tomar decisiones finales. Esta puede ser llevada por

cualquier miembro de la familia, aunque lo más deseable es que la lleven los padres. Puede ser franca, relativa, compartida o ausente (Minuchin, 1991). Una jerarquía familiar interna clara e inequívoca con distinciones y límites entre una generación y otra, son requisitos previos necesarios para la funcionalidad de una familia, es necesaria una jerarquía en la que los padres y los hijos posean niveles de autoridad diferentes (Minuchin, 1980)

ALIANZAS. Las alianzas o complementariedad es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación, la de los esposos y las de los hermanos (Espejel, 1997). Las alianzas son los lazos afectivos que los miembros de una familia sienten unos con otros. Son cruciales para la vida familiar ya que la estructura de la familia se compone de alianzas y antagonismos entre los miembros, llegando a ser disfuncionales sólo cuando cruzan la línea intergeneracional, o cuando desvía los conflictos designando a un miembro "enfermo", provocando tensión en los hijos, convirtiéndose éstas alianzas en *coaliciones* (el ordenamiento en que por lo común participan varios miembros de la familia con una postura combativa, de exclusión o de chivo emisario, en perjuicio de un tercero), llegando a provocar triangulaciones (situación en que dos progenitores en conflicto manifiesto o encubierto intentan ganar el control del otro, la simpatía o el apoyo del hijo, involucrando a éste en un conflicto de lealtades). Para Olson, Sprenkle y Rusell (1979, op. cit. Von Lichtenberg y Carreón, 1998), la cohesión familiar es definida como los lazos emocionales que tienen los miembros familiares y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. Un alto grado de cohesión produce familias amalgamadas y un bajo grado de cohesión genera distancia, aislamiento y segregación familiar.

COMUNICACIÓN. Toda conducta tiene valor de mensaje y es comunicación, nadie puede dejar de comunicarse, pues la palabra, el silencio, la actividad y la inactividad forzosamente comunican (Espejel, 1987). Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás (Espejel, 1997).

La comunicación se puede dar de diversas maneras en la familia. Puede ser clara y directa, enmascarada, donde la comunicación es oculta o desviada provocando confusión, confirmación, donde el mensaje es repetido y retroalimentación, donde al expresar nuevamente el mensaje, el mismo se aclara y se obtiene una adecuada traducción de éste. No sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz ni cuando se logra un entendimiento mutuo. Toda comunicación define la interacción, puesto que no sólo se trasmite información por medio -de ella, sino que además impone la manera de relacionarse.

Las reglas de comunicación varían según la familia, y se delinean marcando quien puede decir qué, a quién, sobre qué y cuándo. Estas reglas son sutiles, no están codificadas y quizá no resulten evidentes a los miembros de la familia. La comunicación resulta ser el factor más importante en determinar el tipo de relaciones que vaya a tener un miembro con los demás. Se ha encontrado que la comunicación se asocia con una adecuada cohesión familiar, adaptabilidad, adecuado funcionamiento en el ciclo vital de la familia, resolución de problemas y confianza mutua, una comunicación abierta y no problemática entre sus miembros existe en una familia funcional (Masselan et. al, 1990, cit. por. Von Lichtenberg y Carreón, 1998).

EXPRESIÓN AFECTIVA. Son las manifestaciones tanto verbales como no verbales, de bienestar o malestar que son utilizados entre los miembros de la familia. La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, es decir debe ser *flexible*, ya que cuando la familia es incapaz de aceptar e integrar tanto situaciones como elementos nuevos se llama *rigidez*. Cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad tenga la familia, facilitara el desarrollo de sus integrantes, y un adecuado funcionamiento.

MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA. Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo, así como para

luchar contra las situaciones físicas peligrosas (Espejel, 1997). Una *familia disfuncional* será aquella que no pueda responder adecuadamente a las exigencias del medio ni de sus miembros. Una familia patológica utiliza sus problemas como una arma y no como un medio de acercamiento, entre sus grandes problemas, está la incapacidad de los miembros para pedir o dar afecto así como la imposibilidad de demostrar afectos sobre todo si estos son negativos. Una familia funcional responde al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad del núcleo, al mismo tiempo que permite reestructuraciones, si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales. (Umbarger, 1983). Si el sistema familiar no tiene habilidades para generar una nueva estructura que sea armoniosa con los nuevos requerimientos de los miembros y su entorno social, permanecen roles caducos que no corresponden con los nuevos requerimientos, creando una estructura rígida que afectará a toda la familia, no logrando adaptarse a los cambios requeridos por la etapa del ciclo vital de la familia o ante crisis situacionales (Minuchin, 1992). Los medios con los que maneja una familia sus problemas y conflictos varían de acuerdo a su posición social y cultural.

Para Espejel (1987), el término de *disfuncionalidad familiar* se refiere a la incapacidad del sistema familiar para resolver sus problemas de forma efectiva. Entre los indicadores de funcionalidad familiar se encuentran: comunicación clara y directa, roles flexibles, afecto y estima mutuos, habilidad para desarrollarse individualmente, límites permeables y adaptación. Minuchin (1989), ha evaluado funcionalidad familiar a través del análisis de la jerarquía, límites, alianzas y coalición. Epstein (1970; citado por Espejel, 1987), ha definido que los patrones de identificación del problema familiar son el grado de expresión e involucramiento afectivos, comunicación, roles de conducta, autonomía, modos de control de conducta y áreas de psicopatología.

TIPOS DE FAMILIAS.

Minuchin (1992), define a las familias según sus integrantes en:

FAMILIA PRIMARIA NUCLEAR: Esta integrada por padre, madre e hijos, sin que hubiesen uniones previas. Se organiza en función de lazos conyugales con origen biológico (Dulanto, 1975).

FAMILIA PRIMARIA SEMIEXTENSA: Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

FAMILIA PRIMARIA EXTENSA: Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar permaneciendo ahí después de su unión conyugal. La familia extensa es una forma que puede estar bien adaptada a situaciones de estrés y pobreza, ya que las funciones pueden ser compartidas, se presenta frecuentemente el compañerismo y múltiples fuentes de ayuda y apoyo. Una familia extensa puede enfrentar problemas debido a la dificultad para asignar claramente responsabilidades. Asimismo, dada la complejidad de la unidad familiar, pueden existir un cierto número de límites imprecisos, lo que crea confusión y estrés (Minuchin, 1989). Los miembros se unen con base a lazos sanguíneos existentes entre ellos (Dulanto, 1975).

FAMILIA REESTRUCTURADA NUCLEAR: Formada por una pareja en donde uno o ambos han tenido una unión previa con hijos independientemente de los hijos que conciban juntos.

FAMILIA REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA: Es una familia formada por una pareja en donde uno o ambos cónyuges han tenido uniones previas con hijos y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de ella o de él.

FAMILIA REESTRUCTURADA EXTENSA: Es una familia formada por una pareja en donde uno o ambos cónyuges han tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de alguno.

FAMILIA UNIPARENTAL NUCLEAR: Integrada por padre o madre con uno o más hijos.

FAMILIA UNIPARENTAL SEMIEXTENSA: Integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.

FAMILIA UNIPARENTAL EXTENSA: Es una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos, que viven en casa de la familia de origen.

La familia mexicana no constituye una totalidad homogénea. Los conflictos y las presiones sociales tienen en cada familia resonancias distintas (Espejel, 1987).

TERAPIA FAMILIAR.

Los enfoques tradicionales de atención a la salud mental han enfatizado el tratamiento individual de los pacientes sin importarles el contexto donde se desarrolla la enfermedad y el papel que el sistema familiar desempeña (Félix, 1995).

La terapia familiar constituye un método psicoterapéutico y también una forma de entender los problemas humanos en base a las relaciones que el paciente mantiene con quienes le rodean, cuando son disfuncionales se busca modificarlas mediante el empleo de técnicas directivas. La terapia familiar opera con la visión de que el hombre es parte de su medio ambiente y enfatiza la disfunción dentro de la familia como el foco a cambiar. Las técnicas se dirigen a modificar los patrones disfuncionales de interacción que se dan en el grupo primario. Lo importante es pensar en los síntomas en términos de relaciones interpersonales e investigar las funciones que tiene en la dinámica familiar. Se pretende investigar como ha influido el contexto ambiental en la generación de la psicopatología individual y utilizar las relaciones interpersonales en el tratamiento. En las fases iniciales de la terapia es prioritario conocer los factores interaccionales del presente, por ser éstos los que mantienen y perpetúan los síntomas, la función principal es determinar cuál es el problema actual en términos de interacción, qué sucede antes y después de su aparición, que tipos de soluciones se han intentado y si en lugar de corregirlo lo han reforzado (Sauceda, 1993).

Se dice que ocurre un *cambio de primer orden* cuando al lograr cierta modificación (como puede ser la corrección de un síntoma) no se alteran las reglas del funcionamiento del sistema. Por otra parte, sucede un *cambio de segundo orden* al curar el síntoma mediante la modificación de las reglas o parámetros que rigen a ese sistema familiar, es decir, al modificar la dinámica disfuncional que hizo posible la presentación del problema (Sauceda, 1993).

La comunicación es calificada de suma importancia en la relación familiar, y Gregory Bateson (1956, 1976) desarrollaron su Teoría de la Comunicación Humana; Von Bertalanffy (1968) escribió su libro "La Teoría General de los Sistemas", en donde brindó una aproximación a la familia como la propia de cualquier organismo vivo que se rige por las leyes de la naturaleza; Melanie Klein (1932) postuló la Teoría de las Relaciones Objetales, misma que enfatizó la manera como se establece el vínculo emocional en las relaciones humanas significativas. Murray Bowen (1960), a su vez, estudió a las familias que tenían un miembro esquizofrénico y, en 1945, fundó la American Association of Marriage and Family Therapy (AAMFT). Finalmente, en el año de 1967 se puede considerar oficialmente iniciada la Terapia Familiar (Félix, 1995). En México, en 1972, se funda el Instituto de la Familia (IFAC) en la Ciudad de México y en 1981, es fundado el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). En ese mismo año, se crea la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (Méndez, 1992, op. cit. Félix, 1995).

OBJETIVOS Y APLICACIONES DE LA TERAPIA FAMILIAR.

El objetivo de la terapia familiar es la salud de las relaciones humanas en su núcleo más pequeño, la familia, a la que sitúa en su contexto relacional, sociocultural y evolutivo. Es ofrecer a una familia en conflicto, la oportunidad de expresar en forma directa lo que le ocurre a cada uno de sus miembros, lo que piensa y orientarles en la búsqueda de mejores formas de relación; mostrarles alternativas para resolver problemas y como consecuencia contribuir a que sea más saludable la vida familiar (Instituto Mexicano de Psiquiatría). Se pretende ayudar a los miembros a reconocer las formas de relación negativas que son operantes y también a aceptar que los cambios en la familia no son necesariamente adversos y que pueden ser necesarios y aun saludables.

Algunos de los *problemas psico-sociales abordados* por la terapia familiar son, entre otros, los siguientes: alcoholismo, drogadicción, delincuencia, maltrato al menor, violación, enfermedades psicosomáticas, familias con enfermos crónicos o en fase terminal, problemas de conducta de la infancia y la adolescencia, depresión, divorcio, madres solteras, etc.

MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR.

Se reconoce la utilización de cuatro modelos teóricos:

1.- **Modelo psicodinámico.** Esta escuela contiene dos variables muy relacionadas sobre las cuales descansa toda la teoría: a) el nivel de diferenciación individual y b) la cantidad de ansiedad en el campo emocional del individuo. Este modelo de terapia familiar esta a su vez compuesto de ocho conceptos interconectados, que, juntos, explican la patología de los sistemas familiares: *los triángulos, el proceso emocional de la familia, el proceso de prevención en la familia, la diferenciación de sí mismo, el proceso de transmisión multigeneracional, los bloqueos emocionales, la posición de los hermanos dentro del núcleo familiar y el proceso socio-emocional.* Dentro del ambiente terapéutico, generalmente se utilizan tres personas, un triángulo compuesto de dos adultos y el terapeuta. Intencionalmente se omite a los niños, aunque estos puedan ser los pacientes identificados, porque se cree, que el problema familiar es siempre entre esposos, y los problemas del niño son simplemente síntomas del sistema disfuncional de la pareja.

Así mismo, esta escuela tiene como foco al individuo y recurre a recuerdos, motivaciones y sentimientos de cada uno de los miembros de la familia; hace hincapié en el pasado, utiliza la metáfora, la interpretación libre y de sueños y la analogía; el objetivo principal de la misma es producir la comprensión de los problemas y la expresión de las emociones reprimidas (Félix, 1995). Sus principales exponentes son Albuérne, Bowen, Boszormenyi-Nagi.

2.- **Modelo estructural.** En 1938, Ludwig Von Bertalanffy, (1976), inicia sus trabajos con un nuevo enfoque "organísmico", en lugar de "reduccionista", este último hace referencia a modelos explicativos en forma lineal, es decir, de causa-efecto. En cambio el nuevo enfoque propone ver a los organismos como sistemas donde este produce un todo mayor que la suma de cada una de sus partes, además éstas producen algo imposible de predecir a partir del conocimiento de cada una de sus partes componentes. Ve a los sistemas como entidades dinámicas en las cuales existen 2 fuerzas fundamentales, una de ellas llamada morfogenética, que se relaciona al crecimiento, el desarrollo, el cambio, la otra fuerza es llamada morfostática (homeostasis), se refiere a un conjunto de mecanismos reguladores que permitirán mantener una estabilidad, control y orden para el funcionamiento del sistema. A partir de este nuevo enfoque se percibe a la familia como un sistema con las características y peculiaridades de éste. Este modelo centra su atención en el presente y concibe a la familia como la unidad de análisis de acuerdo con su forma de estructurarse, la familia es considerada un sistema organizado en el que cada miembro se comporta y relaciona con los demás a través de múltiples interacciones. Este modelo maneja las jerarquías por lo que la relación de padres e hijos no es entre iguales. Al sistema familiar lo divide en *subsistemas* (Minuchin, 1991): *parental*; puede estar compuesto muy diversamente, *conyugal, fraterno o de los hermanos.*

El objetivo terapéutico de este enfoque es el de cambiar la organización familiar, modificando sus funciones y resolviendo los problemas familiares. Para lograr estas metas, las intervenciones terapéuticas son directas, concretas y orientadas a la acción e intentan confrontar y desafiar a la familia. La terapia estructural es de corto plazo, usualmente, no mayor de seis meses (Félix, 1995).

El terapeuta se asocia con la familia para cambiarla desde dentro facilitando el uso de modalidades alternativas de interacción entre sus miembros. Al modificarse esta pauta, se ofrece una nueva perspectiva frente a su circunstancia. La nueva organización permite un continuo refuerzo de la nueva experiencia, lo cual proporciona una validación del nuevo sentido de sí.

3.- **Modelo comunicacional o interaccional.** Esta escuela surge de los estudios de la comunicación esquizofrénica hechos por Bateson (1956). Retoma los postulados de la Teoría General de los Sistemas y, su base es la comunicación verbal y no verbal. Las intervenciones van encaminadas a transformar las formas de interacción de los miembros de la familia cambiando las pautas comunicacionales. Este modelo tiene dos vertientes: una experiencial donde su principal exponente es Satir y otra de manejo de crisis o llamada "terapia familiar breve" que tiene como representantes a Watzlawick, Fisch, Segal y Bergman.

4.- **Modelo estratégico.** Este modelo maneja un enfoque sistémico y el terapeuta no tiene un único método para resolver los problemas familiares; por lo tanto, diseña estrategias con objetivos claros, imparte directivas, utiliza tareas directas o paradójicas en el tiempo de la sesión o para efectuar en casa, maneja el contexto social del que es parte una secuencia de actos entre varias personas. El síntoma es la forma de la comunicación del paciente identificado (PI) con los demás en su búsqueda de la homeostasis o equilibrio de la familia, o sea que el síntoma es también la solución del desequilibrio.

Además de las diferencias en cada uno de los modelos terapéuticos para abordar a la familia; existen similitudes entre ellas que resultan evidentes; cada uno de ellos ofrece una aproximación a los sistemas donde se aprecia la disfunción de uno de sus miembros en la familia total como la fuente generadora de los problemas, por lo que no hay que buscarla en el disturbo intrapsíquico individual.. Cada una de las teorías ve la necesidad de la intervención terapéutica para interrumpir los círculos viciosos de retroalimentación positiva y perturbar así el *balance homeostático*, con lo que fuerza el cambio en el núcleo familiar. Todas ellas enfatizan el papel de la *comunicación* como un instrumento para modificar las relaciones de la familia. También consideran que el funcionamiento "sano" es una cuestión de balance entre *pertenencia o independencia* y que las familias que alcanzan un *balance en las relaciones* son más saludables que aquellas que están muy fusionadas o demasiado distantes. En todos los modelos teóricos se ve el énfasis que se da a las dimensiones de *involucramiento y flexibilidad*, a los extremos de sobreinvolucramiento y desapego, y a la rigidez y permisividad asociados con los sistemas familiares disfuncionales (Félix, 1995).

LA FAMILIA MEXICANA.

Leñero (1982 op. cit. Espejel, 1987) postula que la sociedad mexicana actual es resultado de hechos violentos y agresivos. Desde la época de la colonia y el mestizaje los sentimientos de superioridad del hombre con respecto a la mujer, necesitados de obtener los servicios incondicionales de ella (en la mayoría de los casos satisfacer las necesidades sexuales), ha matizado muchos de los aspectos estructurales del matrimonio y familia mexicana. La mujer acepta de forma pasiva-agresiva y abnegadamente la conducta de su cónyuge. Considera que su función es servirle y responder a sus necesidades. El hijo producto del mestizaje, fue el depositario del afecto materno, ya que al no realizarse en su relación femenina con su compañero, la mujer buscó una maternidad cuantitativamente intensificada para repararse a través de los hijos. El niño mestizo, cuando adulto, trató a la esposa siguiendo la pauta creada en su relación con su padre. Lo indígena y lo femenino se transformaron en una educación inconsciente. La niña mestiza, al identificarse con su madre, adquirió su mismo rol (Ramírez, 1977).

Para Santiago Ramírez (1977), el mexicano cuenta con características suigeneris, esto debido a una historia producto de represiones, conquistas, invasiones, y economías diversas, sin dejar de lado un pasado prehispánico del cual le es difícil desprenderse hoy en día. Para Santiago Ramírez (1977), existen 3 características básicas de la familia mexicana:

1.- una intensa relación madre-hijo, durante el primer año de vida y generalmente por el resto de la vida, 2.- una escasa relación padre-hijo, 3.- una ruptura traumática de la relación madre-hijo, el nacimiento de un hermano, o de la pareja de aquel.

La familia está integrada por una serie de compromisos y obligaciones implícitos, socialmente establecidos, donde se presenta una cohesión de tipo uterina (simbiótica): esta cohesión es proporcionada por la madre. Al nacer los hijos se establecen relaciones de afecto, total satisfacción, protección y apoyo, mientras que el padre se limita a ser proveedor, no preocupándose de los problemas pedagógicos, del crecimiento y de la crianza de los hijos. Los padres pocas veces muestran una actitud erótica o sexual frente a los hijos, pues la madre se convierte en un ser desexualizado. Otra característica más de la familia mexicana es la presencia de numerosos hermanos, que aprenden a competir desde el hogar, cuidan el honor de las hermanas y antes de la mayoría de edad obedecen las órdenes del padre (Ramírez, 1977).

En uno de sus estudios, Díaz-Guerrero (1967) señala algunos factores fundamentales de la familia mexicana que influye en su dinámica y vida familiar de manera significativa, entre los que se encuentran: 1) la obediencia hacia los miembros de la familia, en especial hacia los padres, 2) el manejo de la virginidad, como símbolo del valor de la mujer, 3) el temor extremo a todo aquello llamado autoridad, 4) el consentimiento del grupo ante una acción de carácter individual, 5) el imperar el respeto antes que el amor, 6) el no perder el "honor familia", y 7) el no desprenderse de una rigidez cultural y tomarla como bandera.

Según Díaz-Guerrero (1983), los mexicanos ponemos menos énfasis en los roles individuales y más en los lazos afectivos, puesto que los ideales de unidad y cohesión en la familia se encuentran por encima del interés individual, mencionando que en la estructura de la familia mexicana se enmarcan dos enunciados primordiales: 1) la supremacía indiscutible del padre y 2) el necesario y absoluto sacrificio de la madre, donde a ésta se le considera abnegada, refiere una total negación de satisfacción. Es la madre a quien se le ve primero como la fuente de amor y comprensión, es quien tiende a percibir el inicio de alguna problemática familiar, mientras que el rol del padre es aquel que trabaja todo el día y es proveedor, involucrándose sólo en ganar dinero y sobrevivir.

Ramírez (1977) opina que en México la cohesión del hogar se estructura alrededor de la madre. La madre asexuada, abandonada y frustrada, encuentra en la procreación el camino reparativo a las limitaciones en su calidad de compañero o pareja de un hombre.

El mexicano tiene una doble moral sexual y características contrastantes de los papeles del hombre y de la mujer, el hombre tiene el privilegio de ser servido por la mujer, así como de detentar el poder y los recursos, siendo por lo tanto el padre temido frecuentemente, tanto por presencia real como emocional. La participación del padre en el hogar es limitada, siendo casi siempre ausente, donde los contactos con la madre son mínimos, de la misma forma que con los hijos y cuando existe un acercamiento por parte del padre, este se realiza por culpa y no por cariño. Se da la presencia de una organización en forma de triángulo, en la que los vértices son los hijos, la madre y el padre, siendo esta una de las características en las familias occidentales. Ante el embarazo de la esposa, la actitud del nuevo padre cambia por completo; el nacimiento de su hijo le hace recordar el remoto nacimiento del hermano menor que lo desplazo de su madre. El abandonará a su hijo así como su padre lo abandonó a él, al sentirse desplazado (Ramírez 1977).

En 1984 Espejel (op. cit. Espejel, 1987), realizó un estudio con 80 familias en la Delegación Coyoacán, con el objeto de investigar la disfunción familiar. Se obtuvieron como resultados: la autoridad recae en el padre, éste es el principal proveedor, y es quien toma las decisiones familiares importantes. En un segundo lugar en jerarquía se encuentra la madre, quien en ausencia del padre, asume las funciones ejecutivas. En el caso de las familias extensas, el que tiene jerarquía en ausencia del padre, es el hijo varón de mayor edad.

Los límites, en la mayoría de estas familias, son difusos respecto a las generaciones; hay violación de éstos tanto en forma ascendente como descendente. Los roles que se observan entre los esposos son de tipo tradicional; hay poca flexibilidad por parte del varón para asumir funciones

tradicionalmente femeninas. La alianza natural que debería existir siempre entre los padres, se da sólo en ocasiones; la madre establece alianzas con los hijos y con personas de la familia extensa. La comunicación no es adecuada, pues sus miembros no son capaces de hablar entre sí, de escucharse y entenderse en cualquier circunstancia. Al tratarse de temas superficiales la comunicación se facilita.

La mayor centralidad la tiene el hijo, en segundo lugar la madre y el padre es un miembro periférico. La mayoría de las familias acostumbran demostrar sus afectos en forma adecuada, es decir, existe la expresión de sentimientos positivos de amor, confianza, cariño, etc.. Sin embargo, también se encuentran con gran frecuencia las demostraciones de ira, resentimiento y culpa, que se refieren a los sentimientos de malestar.

En 1997 Espejel, Liberman y Esquivel, realizaron una investigación preliminar con 50 familias mexicanas que radicaban en el Distrito Federal y áreas conurbadas, y que no presentaban patología aparente definida, que en los dos años previos a la evaluación no presentaron síntomas manifiestos, ni habían sido atendidos psicológica o psiquiátricamente; como familia, en forma individual y tampoco como pareja. Esta investigación tuvo como objeto describir la estructura y dinámica de la familia mexicana "funcional". En dicho estudio, se encontró que el área más alta en estas familias es la de recursos, siendo también importantes las áreas de apoyo, control y afecto. En segundo término, están presentes el manejo del afecto negativo así como de conducta disruptiva y comunicación. Un dato que llamó la atención de las investigadoras, fue que las áreas de autoridad y supervisión se encontraron puntajes más bajos, que aunque representan funcionalidad, pueden explicar el impacto que los cambios culturales en nuestra sociedad tienen tanto en la estructura como en la dinámica familiar.

De acuerdo con Tuirán (1993, op. cit. Saucedo, 1995), en México el 95% de la unidades domésticas están formadas por hogares familiares, el resto corresponde en la mayoría a personas que viven solas. De los hogares familiares 68.4% son del tipo nuclear, 25.1% son extensos y 1.1% son hogares compuestos. De aquí se desprende que los hogares nucleares conyugales y, en menor medida, los hogares extensos del mismo tipo constituyen las modalidades predominantes de la estructura familiar en nuestro país. El indicador del ciclo vital de desarrollo familiar comprende tres grandes fases, de acuerdo con la edad de los hijos que pertenecen al núcleo central: fase de expansión (todos los hijos son menores de 15 años de edad); fase de fisión (los hijos son mayores y menores de 15 años de edad); fase de reemplazo (todos los hijos tienen 15 años o más de edad). En la República Mexicana los hogares nucleares conyugales se concentran en la fase de expansión, y en menor medida, en la de fisión. Otra conclusión importante consiste en que una proporción cada vez menor de los arreglos conyugales se ajusta al arquetipo del hombre como único proveedor y la mujer -esposa como ama de casa. Esto ha conducido a la redefinición de los roles y también a la disminución del tiempo de convivencia de los padres con los hijos. La incorporación de las mujeres en las actividades económicas ha originado que muchas veces el cuidado de los niños quede a cargo de los parientes, de empleadas domésticas y/o de guarderías. Esto sitúa a los menores varias horas al día bajo la influencia de otras personas y hace más complejas las relaciones de la familia. Cuando hay una presencia intrusiva de abuelos, tíos, y demás familiares puede ser difícil el ejercicio adecuado de la autoridad por parte de los padres, lo que propicia el desarrollo de actitudes inadecuadas en los hijos (Saucedo, 1995).

Por lo anterior es de vital importancia poder contar con investigaciones realizadas con la familia mexicana, que tengan como fin contar con una serie de elementos que puedan contribuir al conocimiento de ésta, para una intervención adecuada, ya que las peculiaridades del sistema familiar que prevalece en nuestra sociedad, no difiere cuando en la familia hay un miembro con cáncer. Sin embargo estas pautas de relación se vuelven más complejas y se desencadenan pautas de interacción específicas.

CAPITULO III.

CANCER.

CÁNCER

El cáncer es un tipo de padecimiento compuesto por cerca de doscientas enfermedades diferentes (Hossfeld, 1992), cuyos síntomas se deben al crecimiento celular incontrolado de un órgano o un tejido. Tiene relación con hábitos específicos y agentes ambientales, para estudiar el problema deben tomarse en consideración las condiciones del huésped; edad, sexo, raza, modo de vida, herencia, estado general de salud y exposición a carcinógenos conocidos o sospechados (Griffits, 1990). Higginson y Doll (cit. por Hossfeld, 1992) calcularon que entre el 80 y el 90% de los cánceres resultan de factores ambientales. El ambiente incluye la inducción directa al cáncer por exposición a agentes químicos específicos o virus, así como la modificación de riesgo de cáncer por factores dietéticos, en pocas palabras los factores ambientales comprenden todo lo que interactúa con los seres humanos, incluyendo sustancias ingeridas, bebidas y fumadas, la radiación ionizante natural y la generada por el hombre, exposición en el lugar de trabajo, drogas, aspectos de estilo de vida tales como la conducta sexual, y algunos hábitos sociales y sustancias presentes en el aire, en el agua, y en la tierra, por lo tanto las neoplasias, obedecen a una etiología múltiple.

Para su estudio, los promotores del cáncer se pueden dividir de la siguiente manera: 1.- **factores genéticos** 2.- **factores ambientales**, 3.- **factores internos** (*hormonas, factores inmunológicos, etiología viral*), 4.- **otros factores:** *irritación crónica y traumatismo como factores de carcinogenesis, cocarcinógenos* o sea la combinación de dos carcinógenos, u otras sustancias que por sí mismas no son carcinógenas pero que tienen la propiedad de potenciar la acción de carcinógenos conocidos (Griffits, 1990).

El cáncer la transformación de una célula normal en célula maligna y la proliferación de esta célula que da lugar a una masa, integrada por varios miles de millones de células y que constituyen el cáncer en el sentido clínico del término: es decir algo visible, palpable, (Bonnadonna, 1983). Los carcinomas no son los únicos crecimientos celulares anormales (neoplasias) que aparecen en el organismo. Un carcinoma se diferencia de un tumor benigno (como una verruga o un lipoma) en dos aspectos fundamentales. A medida que crece, se disemina e infiltra los tejidos que le rodean, debido a lo cual obstruye las vías de paso del organismo, destruye los nervios y corroe los huesos (Butts, 1989). Las células cancerosas se pueden diseminar a otras zonas del organismo a través de los vasos sanguíneos y los canales linfáticos, a esto se le llama **metástasis**, éstas forman nuevos tumores satélites que crecen de modo independiente (Moore, 1973).

Las principales teorías del origen del cáncer son:

* *Teoría vírica genética:* los virus, al integrarse al genoma de la célula dan lugar a transformaciones neoplásicas. Estos cánceres corresponden aproximadamente a la cuarta parte de los nuevos casos de cáncer por año en todo el mundo De hecho una de las características de los tumores asociados a los virus humanos es que las células tumorales mantienen el genoma vírico total o parcialmente. Otra característica importante de este tipo de cáncer son los largos períodos de latencia asociados a estos (Hossfeld, 1992).

* *Teoría de los carcinógenos químicos;* se refiere a que diversos productos químicos (productos naturales, compuestos industriales, agentes contaminantes ambientales) son agentes carcinógenos cuando tienen una conversión metabólica o "activación". Los carcinógenos químicos pueden ser endógenos cuando son producidos por el propio organismo y exógenos aquellos que irritan al organismo. La carcinogénesis química se puede dividir en dos fases; iniciación y promoción. La iniciación representa una etapa irreversible, dependiente de una alteración del ADN, relacionada con una mutación, o alteración genética heredable y la promoción, al menos en parte un fenómeno reversible, dependiente de la exposición a uno o varios promotores tumorales (Hossfeld, 1992).

* *Teoría polietiológica*: las enfermedades oncológicas pueden ser provocadas por diversos factores físicos, químicos y biológicos, dependiendo de las condiciones en que se encuentre el organismo (Hossfeld, 1992). No todas las personas expuestas a carcinógenos desarrollan la enfermedad. De hecho, la mayoría de la gente sufre la acción de diversos carcinógenos, y nunca presenta cáncer. Estas diferencias se deben a factores como: 1) **sexo**: ciertos tipos de cáncer son más frecuentes en un sexo que en otro, 2) **edad**. Las personas menores de 30 años son poco susceptibles, pero los individuos mayores de esa edad presentan cada vez mayor susceptibilidad. Como el cáncer puede evolucionar durante tiempo antes de ser detectado, la edad en que se diagnostica siempre es mayor a la edad en que existe máxima susceptibilidad, 3) **diferencias metabólicas o inmunológicas**: sustancias químicas del ambiente pueden sufrir alteraciones metabólicas que neutralicen o aumenten su potencial carcinógeno, 4) **predisposición genética (herencia)**, 5) **raza**, 6) **variaciones geográficas**, 7) **factores sociales**: las costumbres y el modo de vida pueden influir en la incidencia del cáncer. Los hábitos de la sociedad tienen que ver con el cáncer, fumar, beber, la promiscuidad sexual son prácticas que conducen a padecer cáncer (Griffits, 1990).

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER HUMANO.

En la carcinogénesis, desde el inicio hasta el momento en que se produce la muerte del portador, los cánceres se desarrollan en estadios de un proceso que dura muchos años. Este proceso de desarrollo, cuando no es interrumpido por tratamiento, se conoce como "*historia natural*" del cáncer (Hossfeld, 1992) y en este es posible destacar dos características: 1.- Corresponde claramente a un proceso de *múltiples estadios*, algunos de los rasgos de cada uno de estos son únicos, y 2.- transcurre a lo largo de un período de duración variable, que suele ser prolongado; existe una etapa de *latencia* - que a menudo persiste durante *muchos años*- en la que el desarrollo inicial tiene lugar en los niveles celular y microscópico.

Los diversos estadios de la historia natural del cáncer son: *iniciación, promoción y progresión*. Los fenómenos de invasión y metástasis pueden entenderse como parte integral de la progresión, o como estadios propiamente dichos.

La *iniciación* es un fenómeno rápido e irreversible, originado por la exposición a un agente carcinógeno, y la *promoción* es un fenómeno más prolongado, que aparece después de la exposición repetida o ininterrumpida a una sustancia, que puede no ser carcinógena o capaz, por sí sola, de iniciar el proceso. La progresión un tercer estadio, pues la reversibilidad de la promoción no es compartida por la progresión. Por lo general, el estadio de *iniciación* se caracteriza por la *mutación*, mientras que la *promoción* se caracteriza por la alteración de la *expresión genética*.

Cuando una cáncer es visible, ya esta en un momento muy avanzado de su historia natural, habiendo sucedido de 30 a 40 doblamientos de su volumen. El gran número de doblamientos que tienen lugar antes del diagnóstico facilita el desarrollo de clonas (grupo de células derivadas de una sola célula, y genéticamente idénticas) celulares resistentes a los tratamientos.

Se define una metástasis como una o más células neoplásicas que crecen a una distancia finita del tumor primario. Las células cancerosas metastásicas pueden diseminarse por sistemas circulatorios (sanguíneo o linfático), por extensión local y por implantación. Cuando se diseminan por vía sanguínea, las células metastásicas llegan a pequeños capilares, pasan a través del endotelio e invaden el tejido y crecen, el número de ganglios linfáticos afectados por metástasis es una medición clave para el pronóstico y para determinar la probabilidad de desarrollo de otras metástasis. La extensión local del crecimiento tumoral puede ser impedida por la existencia de hueso, cartilago, o de una serosa y a menudo progresa por las vías de menor resistencia, especialmente a lo largo y junto a los trayectos de vasos y nervios.

Con el crecimiento local avanzado, un cáncer primario puede destruir los tejidos circundantes normales, comprometer su función y ocasionar dolor debilitante. La mayoría de los cánceres avanzados ocasionan la muerte por sus metástasis. Otro efecto del cáncer diseminado es de carácter general y consiste en muchos trastornos metabólicos, como son el desequilibrio en la nutrición y cierta depresión del sistema inmune, de modo que el paciente se debilita y se vuelve susceptible a serias infecciones, además los tumores producen hormonas específicas que mimetizan la acción de hormonas normales. La producción de tales hormonas y sus efectos clínicos, constituyen los "síndromes paraneoplásicos", cuyos signos y síntomas clínicos son con frecuencia los más dominantes y manifiestos en el paciente con cáncer avanzado (Hossfeld, 1992).

INCIDENCIA.

El cáncer representa un problema de salud pública importante en el país por el gran número de casos y muertes que ocasiona anualmente, sobre todo en la población adulta. En 1996 ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad, siendo responsable de 11.4% del total de muertes ocurridas durante ese año (49 916) (Registro Histopatológico de Neoplasias en México, 1998).

Las tasas de incidencia aumentan constantemente a lo largo de la vida. La edad representa el efecto acumulativo de la exposición a los carcinógenos durante todo un período de vida (Hossfeld, 1992). Entre los 20 y los 30 años la probabilidad es muy baja, pero esta se dobla entre los 30 y los 40 años y se vuelve a duplicar en la década posterior (Smith, 1992). El riesgo de cáncer varía de forma importante en diferentes zonas geográficas. Además de la edad y del factor geográfico, otra importante causa que determina la variabilidad de la enfermedad es el sexo.

A) SEXO. Según Hossfeld (1992) una de las características del cáncer, es que las tasas de incidencia específicas por edad, así como los índices de mortalidad, en casi todas las localizaciones anatómicas son más elevadas en los varones que en las mujeres. En los varones hay una mayor incidencia de cáncer de baja curabilidad (pulmón, estómago, esófago, próstata), mientras que en las mujeres los tipos más comunes de cáncer tienen un mejor pronóstico (mama, útero). Sin embargo, en México el Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias publicado por la Secretaría de Salud en 1998, notifica que en el trienio 1993-1996, se reportaron un total de 268 577 casos nuevos de neoplasias malignas con predominio del sexo femenino (64%), contra el 36% en el sexo masculino. Según topografía los primeros lugares fueron: cuello del útero 21.1%, mama femenina 10.8%, glándula prostática 5.3%, estómago 3.8%.

B) EDAD. Los más afectados fueron el de 75 años y más (20.5%) y el de 60 a 64 años (9.5%). En cuanto al grupo de edad por sexo, en los hombres se ubicó en primer lugar el grupo de 75 y más años (25.1%), seguido por el de 60 a 64 años (11.3%); mientras que en las mujeres el grupo que predominó fue el de 75 y más años (18.0%), seguido por el grupo de 40 a 44 años (9.6%), y por el grupo de 45 a 49 años (9.5%), que ocupó la tercera posición (RHNH, 1998).

C) ZONA GEOGRÁFICA (ENTIDAD FEDERATIVA). Por entidad federativa para el trienio 1993-1996, el mayor número de casos de neoplasias malignas fue reportado por el Distrito Federal (33.7%), Jalisco (9.2%), Nuevo León (7.2%), Veracruz (4.8%), Sinaloa (3.5%). Los estados con una menor incidencia de enfermedad neoplásica son los siguientes: Colima (0.5%), Querétaro (0.4%), Baja California Sur y Campeche (0.3%), Tlaxcala (0.2%) y Quintana Roo (0.1%).

La distribución de casos de neoplasias malignas por región en el trienio 1993-1996, es la siguiente: Zona Metropolitana de Distrito Federal 36.7%, Zona Norte 28.4%, Zona Centro 18.3% y Zona Sur 16.6%.

Estas diferencias en la frecuencia de la enfermedad pueden deberse, quizás, a el mayor número de habitantes que existe en los estados. El hecho de que las tres ciudades más

importantes del país, siendo además estas las de mayor número de industrias, y por lo tanto las más contaminadas, sean también las tres ciudades con mayor incidencia de cáncer. Los hábitos dietéticos y el estilo de vida existentes en estas ciudades, los cuales pueden no ser los más adecuados, juegan de la misma forma un papel importante.

D) INSTITUCIÓN NOTIFICANTE. En el trienio 1993-1996, el número de registros por institución notificante fue el siguiente: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 33.0%, Secretaría de Salud (SSA) 26.0%, Privado 20.0%, e Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 10.0%

E) INCIDENCIA EN LA ZONA METROPOLITANA. En esta región se concentró el 36.7% (98 476) del total de casos registrados durante el trienio 1993-1996. La distribución por sexo muestra un predominio del femenino (60 287 casos, el 61.0%) respecto al masculino (38 136 casos reportados, el 39.0%), de los 98 476 casos registrados durante este periodo. El mayor porcentaje por grupo de edad correspondió al de 75 y más años (17.9%), seguido por el de 60 a 64 años (9.5%). En el comportamiento observado por edad y sexo, en el caso de los hombres la primera posición la ocupa el grupo de 75 y más años (21.5%), luego el grupo de 60 a 64 años (10.6%) y el de 70 a 74 años (10.1%) que ocupa la tercera posición; en las mujeres predomina el grupo de 75 y más (15.8%), seguido por el de 40 a 44 años y por el de 45 a 49 años con 9.7% para cada uno.

La **tabla número uno**, muestra la distribución de casos de neoplasias malignas por topografía general en México en 1996. La **tabla número dos**, presenta la distribución de casos de neoplasias malignas por las 20 topografías más frecuentes e institución notificante, en la Zona Metropolitana del Distrito Federal, para el trienio 1993-1996, estos datos los proporciona el Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias de México (R.H.N.M 1998).

TABLA NÚMERO UNO.

Topografía	N.º
Cáncer del útero	10 200
Mamaria femenina	10 100
Cáncer del estómago	9 800
Cáncer de pulmón	9 500
Cáncer de hígado	9 200
Cáncer de colon	8 900
Cáncer de próstata	8 600
Cáncer de vejiga	8 300
Cáncer de páncreas	8 000
Cáncer de bazo	7 700
Cáncer de esófago	7 400
Cáncer de tiroides	7 100
Cáncer de ovario	6 800
Cáncer de testículo	6 500

TABLA NÚMERO DOS.

Topografía	SSA	IMSS	ISSSTE	PRIVADO	OTROS
Cáncer del útero	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Mamaria femenina	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Cáncer del estómago	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Cáncer de pulmón	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Cáncer de hígado	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Cáncer de colon	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Cáncer de próstata	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Cáncer de vejiga	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0
Cáncer de páncreas	20.0	18.5	1.0	1.0	1.0

CAUSAS.

El desarrollo del cáncer empieza cuando los oncogenes (genes que controlan el crecimiento y la multiplicación celular) (García, 1981), de una célula o de un grupo de células se transforman por la acción de unos agentes conocidos como carcinógenos, mencionados anteriormente.

Una vez que la célula normal se transforma en una célula formadora de tumor, el cambio en los oncogenes se transmite a todas las células de su estirpe. Por tanto, se establece un pequeño grupo de células anormales que se dividen con más rapidez que las células adyacentes. De ahí que en realidad se comporten como parásitos, pues siguen consumiendo sustancias nutritivas. Pueden pasar años antes de que el crecimiento tumoral sea lo suficientemente importante como para producir síntomas, aunque la velocidad de crecimiento varía según el tejido de origen. Las hipótesis actuales sugieren que algunos carcinomas de pulmón y de mama se empiezan a formar cinco años antes de producir síntomas. Durante esta fase "oculta" se pueden formar metástasis, en estas circunstancias la curación quirúrgica es imposible, ya que el cáncer se ha diseminado más allá de su lugar de origen. Los diferentes factores etiológicos tienen diversas importancias relativas, dependiendo del lugar de su localización, el sexo y el paso del tiempo (García, 1981).

CONSUMO DE TABACO Y FUMADORES PASIVOS. Existe (Hossfeld, 1992) un incremento diez veces mayor de incidencia de cáncer de pulmón en fumadores. Dejar de fumar evita cerca del 80% del riesgo que se hubiera ido acumulando de haberse continuado fumando, se apoya consistentemente un aumento del riesgo de padecer cáncer de pulmón en los no fumadores cuando están expuestos regularmente al humo de tabaco liberado y diluido en el aire ambiental.

RADIACIONES IONIZANTES. Aunque la radiación puede inducir cáncer en prácticamente todos los órganos, es probable que la proporción de todos los cánceres atribuibles a radiación sea baja, del orden del 2 al 3% (Hossfeld, 1992). Las principales fuentes de radiación son naturales: rayos cósmicos, suelo terrestre, la principal fuente artificial es la irradiación de tipo médico.

RADIACIÓN ULTRAVIOLETA. Las personas que realizan gran parte de su vida al aire libre tienen con frecuencia unas tasas mayores de carcinoma de piel.

FACTORES OCUPACIONALES. Los carcinógenos más importantes en la génesis de cánceres ocupacionales son las radiaciones ionizantes y los carcinógenos químicos. Una estimación reciente (Hossfeld, 1992) señala un 4% como la proporción más probable. Un problema habitual en la recogida de datos sobre cánceres ocupacionales es el largo período existente entre el comienzo de la exposición y el inicio de la enfermedad.

DIETA Y CONTAMINANTES ALIMENTARIOS. Hay una importante asociación entre el consumo de grasa y el cáncer de mama, y entre el consumo de grasa y carne y cáncer de colon. Los conservantes de carnes y otros productos como tocinos, embutidos, queso, cerveza, tienen un comprobado poder carcinogénico. Los alimentos salados, ahumados y adobados han mostrado también asociación con el cáncer. La fracción de cáncer humano atribuible a la dieta es sustancial, estimándose en alrededor de 35%.

ASPECTOS GENÉTICOS. El tener familiares de primer grado con cáncer de mama aumenta el riesgo para el desarrollo individual de tumores de 1.5 a 3 veces. La susceptibilidad genética es importante, sobre todo debido a la posible interacción con diferentes agentes ambientales.

FÁRMACOS. Existe una clara evidencia de que varios tipos de quimioterapia contra el cáncer pueden aumentar el riesgo de leucemia en pacientes que sobreviven más de un año después de efectuarse el primer diagnóstico de cáncer (Hossfeld, 1992).

HORMONAS. La terapia estrogénica substitutiva, usada para aliviar los síntomas de la menopausia, reducir el riesgo de enfermedades cardíacas coronarias y prevenir la osteoporosis y las fracturas, aumenta el riesgo de cáncer endometrial. Un tema aún controvertido es si el uso de contraceptivos orales causa cáncer de mama, aunque parece que el riesgo de cáncer de mama está elevado en la mujer joven o en la mujer que usó pronto contraceptivos orales combinados en su vida reproductiva (Hosfeld, 1992).

ALCOHOL. Las bebidas alcohólicas están relacionadas con cánceres de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado. Alcohol y tabaco son hábitos sociales íntimamente correlacionados. El riesgo debido al alto consumo de ambos multiplica el riesgo debido al consumo de uno u otro por separado. Los datos disponibles (Hosfeld, 1992) señalan un aumento del riesgo de cáncer de mama, del orden de 1.5 veces en personas que consumen estos productos, existiendo una relación respecto a la magnitud del consumo.

HÁBITOS SEXUALES Y COMPORTAMIENTOS REPRODUCTIVOS. El hábito sexual y los modelos de reproducción también influyen el riesgo de padecer cáncer. Por "hábito sexual" se entienden las características de comportamiento sexual que aumentan la oportunidad de exposición a carcinógenos transmitidos sexualmente (Hosfeld, 1992). Los modelos reproductivos han sido estudiados en relación con otros cánceres. Muchos de los datos disponibles señalan que las hormonas y los cambios hormonales que tienen lugar durante la menarquia, embarazo y menopausia, desempeñan un papel esencial en el desarrollo de diferentes cánceres en la mujer.

FACTORES GENÉTICOS. Procesos hereditarios en los que el 80-90% de las personas, con o sin alteración genética evidente, desarrollan cáncer. Los "cánceres hereditarios" son transmitidos mendelianamente como formas autosómicas dominantes (Hosfeld, 1992).

INMUNODEFICIENCIA. Las personas con inmunodeficiencia genética (primaria) o adquirida (secundaria) desarrollan cánceres con mayor frecuencia y con menores periodos de latencia. La inmunosupresión inducida por fármacos es la mejor ilustrada en estudios de pacientes que sufren trasplantes de órganos. La inmunosupresión también aumenta el riesgo de infecciones víales, incluyendo infecciones por virus conocidos o sospechosos de ser carcinogénicos en humanos.

SÍNTOMAS.

La gama de síntomas de origen canceroso es muy amplia y depende del lugar de crecimiento, del tejido de origen y de la extensión de dicho crecimiento. Los síntomas pueden ser la consecuencia directa del crecimiento tumoral o se pueden derivar de una obstrucción o una hemorragia de las vías de paso (vías respiratorias, tubo digestivo o vías urinarias) o de una interrupción de la función de un órgano vital o producir con esta obstrucción dolor y trastornos del sistema nervioso (Griffits, 1990; Hosfeld 1992).

Algunos tumores provocan una hiperproducción de hormonas, con efectos y complicaciones muy distantes del lugar original de crecimiento. La pérdida de peso que carece de explicación es característica de muchos tipos de cáncer. Los factores que determinan los síntomas que se presentarán en los pacientes con cáncer son (Sañudo, 1998): diagnóstico primario, evolución de la enfermedad, tratamiento recibido, edad y sexo, enfermedades concomitantes.

Entre los síntomas de esta enfermedad se encuentran: fiebre y otros signos de infección, dolor; es el síntoma más prevalente que se presenta en pacientes con cáncer. La actitud general ante el cáncer y los factores psicológicos y culturales influyen mucho en la percepción del dolor, la ansiedad, y el miedo. Como en otros aspectos de los cuidados de los pacientes con cáncer, el tratamiento del dolor requiere una actuación amplia, comprensiva y meticulosa que debe incluir a la

familia. Síntomas gastrointestinales: náusea y vómito; se presentan en el 50-60% de los pacientes con cáncer avanzado, especialmente en cáncer de estómago y de *mama*, las causas principales son: fármacos, gastritis, ulceraciones, cáncer de estómago, obstrucción gastroduodenal e intestinal, constipación, insuficiencia renal, hipercalcemia, infecciones, vértigo, radioterapia, ansiedad y tos (Sañudo, 1998; Hossfeld, 1992). Caquexia, anorexia; pueden ser resultado de reacciones emocionales, la quimioterapia, la radiación, los tratamientos médicos o las complicaciones relacionadas con la enfermedad, entre las que se encuentran el dolor, infecciones orales, disfagia, aversión a los alimentos: a medida que el cáncer progresa, se producen cambios en el sentido del olfato y del gusto (Griffiths, 1990). Constipación; puede estar causado por el uso de opioides, antidepresivos, deshidratación, reducción en la ingesta de líquidos, inmovilidad, dolor, dieta baja en fibra, problemas anales, diabetes, hipotiroidismo, depresión y obstrucción intestinal, diarrea; la prevalencia de este síntoma es de un 50% (Sañudo, 1998; Hossfeld, 1992).

Síntomas neurológicos: a) la compresión de la médula espinal, como el resultado de metástasis se acompaña con dolor y con déficit motor, b) aumento de presión intracraneana, c) trastornos del estado de conciencia por alteraciones metabólicas, d) delirio, agitación y otros síntomas secundarios. Síntomas bucales a) sequedad de boca, b) estomatitis, c) infecciones. Síntomas pulmonares: a) tos, b) disnea. Síntomas metabólicos, afección esquelética; los efectos directos de las lesiones primarias y metastásicas del hueso comprenden osteoporosis, dolor, deficiencias neurológicas y fracturas patológicas. Efectos hematológicos, anemia, síntomas psiquiátricos: insomnio: lo reporta como problema de sueño en 47% de los pacientes, ansiedad, se presenta en el 23% de los pacientes miedo, el peligro puede ser el dolor, la muerte y los procedimientos médicos, depresión. Las señales de depresión son: 1) afecto deprimido, 2) apatía, 3) pérdida o aumento de peso significativo, 4) cambios de ciclo sueño vigilia, 5) hiper o hipoactividad psicomotora, 6) cansancio, 7) sentimientos de culpabilidad, 8) disminución de la capacidad cognoscitiva, 9) pensamientos de morir o de suicidio. Ansiedad y la depresión son consideradas emergencias en los pacientes con cáncer (Hossfeld, 1992). Lo reporta en el 40% de los pacientes, delirio, agitación, síntomas dermatológicos: a) prurito, b) úlceras, afección endocrina: las concentraciones hormonales son por lo general elevadas y pueden no responder a los mecanismos fisiológicos normales que gobiernan la regulación hormonal (Griffiths, 1990; Austrich, 1998).

El concepto de una rápida implementación, evaluación y manejo de los síntomas debidos al cáncer deberán tomarse en cuenta para elevar la calidad de vida de estos pacientes, inherente a este concepto es revertir lo que es rápidamente reversible. Entre los factores fundamentales a tomar en cuenta para esta implementación están los deseos del paciente y los de su familia

SCREENING Y DETECCIÓN PRECOZ.

Se denomina *detección precoz*, *prevención secundaria* o *screening* al proceso de explorar personas asintomáticas con el fin de encontrar una enfermedad oculta, preclínica. La base del screening es la asunción del hecho de que si el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se producen antes de que la persona desarrolle signos o síntomas, el pronóstico es más favorable en el momento en que el diagnóstico se realiza cuando los signos y síntomas son clínicamente evidentes. El tiempo óptimo es aquel que permite detectar el cáncer antes de que haya producido metástasis (Hossfeld, 1992).

El objetivo fundamental del screening de masas es la reducción de la morbilidad y la mortalidad en una población, mediante la detección precoz y tratamiento en personas asintomáticas. Existen tres cuestiones que deben considerarse: las características del cáncer, las pruebas disponibles y la evaluación de los programas de detección precoz. Entre los cánceres considerados más *susceptibles de screening* se encuentran: *cánceres de mama*, cuello de útero. Una **prueba de screening** debe ser aceptable y "cómoda" para los individuos, puesto que

ciertas molestias serían disuasorias para la repetición del examen. También son factores importantes su conveniencia en relación a efectos secundarios a largo plazo así como su bajo costo.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico precoz de cáncer está directamente relacionado con el nivel educacional de la población (Bayes, 1985; Hossfeld, 1992). Debe prestarse especial atención a: antecedentes heredo familiares, nivel socio económico, estado civil, historia sexual, por ejemplo el número de embarazos y tipo de lactancia tienen alguna influencia en el cáncer de mama. El médico debe plantearse cual es el problema del paciente: ¿Los síntomas son orgánicos o psicógenos?.

Las pruebas de detección selectiva (en los primeros estadios del cáncer de mama, cuello uterino e intestino) han frenado la mortalidad de estos tumores. Sin embargo en la mayoría de los casos el diagnóstico se establece después de la aparición de los síntomas, se basa en la exploración por el médico y se confirma mediante examen microscópico de las células obtenidas por biopsia. Hay *cuatro tipos de pruebas*: pruebas citológicas, técnicas de imagen, pruebas bioquímicas e inspección directa (Smith, 1992).

Entre las **pruebas de diagnóstico y detección selectiva** se pueden mencionar (Hossfeld, 1992): radiografías, tomografías, enema opaco, tránsito gastrointestinal, angiografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, ecografía, técnicas radioisotópicas, radioinmunología, endoscopia, citología, biopsia; el diagnóstico de cáncer debe basarse en la evidencia histológica. La muestra de tejido puede obtenerse por cirugía o por punción citológica. Existen diversas maniobras biópsicas: utilización del bisturí, en lesiones accesibles, con la ayuda de los endoscopios, puede hacerse punción aspirativa, marcadores tumorales.

La mayoría de los tumores tienen un crecimiento lento y ya existían de uno a varios años antes del diagnóstico. Se estima que el promedio de crecimiento de un cáncer de mama hasta el momento del diagnóstico es de 7 años -30 doblamientos a razón de 80-100 días por doblamiento-. Los retrasos prolongados entre el diagnóstico y el tratamiento, pueden ser importantes, ya que la mayoría de los especialistas están de acuerdo que cuanto antes se diagnostique un cáncer, mayores serán las posibilidades de curación. Entre los factores de retraso por parte del paciente se incluyen la falta de conocimientos sobre los signos guía y los factores de riesgo, así como miedo de que los síntomas notados sean causados por un cáncer y miedo a que, si se trata de un cáncer, precisará un tratamiento radical (Bayes, 1985; Hossfeld, 1992; Bustamante, 1998). Una vez que se ha establecido el diagnóstico de cáncer, es esencial realizar una evaluación de la extensión del proceso, el tratamiento podrá variar dependiendo de la extensión de la enfermedad, así la finalidad de realizar un **diagnóstico de extensión** es determinar la mejor terapéutica en cada caso.

TABLA NÚMERO TRES. Diagnóstico de extensión clásico.

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
Carcinoma in situ	Invasivo, limitado al epitelio, sin metastasis a distancia
Metastasis	que puede ser regional o a distancia
El 50% de los casos	
Invasivo	sin metastasis a distancia
Extenso	sin metastasis a distancia
Extenso	con metastasis a distancia
Tumor de alto grado	con metastasis a distancia
Tumor de bajo grado	con metastasis a distancia

Tomado de Hossfeld, 1992.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinario, e incluye:

CIRUGÍA.

Hossfeld (1992), explica que la cirugía es el tratamiento primario en la mayoría de los pacientes con tumores curables (75-80%).

CIRUGÍA CURATIVA. Puede curar sólo aquellos procesos que están localizados. Sólo los tumores localizados son curables y únicamente con una cirugía adecuada.

La intervención quirúrgica oncológica moderna se compone de dos partes: a) resección del tumor primario y órganos o tejidos adyacentes afectados, b) extirpación de los ganglios regionales, cuando esté indicada. La cantidad de tejido normal que debe ser extirpada como margen quirúrgico alrededor del tumor macroscópicamente palpable, y como medida preventiva contra probables metástasis en este tipo de operaciones, es variable, desde unos milímetros, hasta grupos musculares completos.

CIRUGÍA PREVENTIVA. La cirugía es el método de elección para las lesiones in situ y premalignas de todas las superficies epiteliales del cuerpo como la piel, la boca, el cuello uterino, etc., ya que las lesiones in situ no responden bien a la radioterapia.

CIRUGÍA DIAGNÓSTICA. 1.-biopsia incisional o escisional: La primera condición es obtener una cantidad de tejido adecuada para el diagnóstico. A veces es necesario llevar a cabo biopsias repetidas o múltiples para hacer un diagnóstico correcto. 2.-laparotomía exploradora, 3.-laparoscopia, 4.-biopsia por punción, 5.-procedimientos quirúrgicos para el diagnóstico.

CIRUGÍA PALIATIVA. Existen pocas situaciones en las que la cirugía puede curar o prevenir algún síntoma, o prolongar una vida con bienestar: resección de lesiones que causan obstrucción o hemorragias, amputación de miembros con demasiado dolor o sangrantes, extirpación de mamas ulceradas, perfusiones arteriales, urgencias quirúrgicas como descompresión de la médula espinal afectada por el tumor.

CIRUGÍA REDUCTORA. El concepto de extirpar la mayor cantidad de masa tumoral (cirugía reductora) con la esperanza de que la quimioterapia y/o radioterapia puedan detener el crecimiento o curar los pequeños restos tumorales.

Cirugía de las recidivas tumorales. Las *linfadenectomías* se realizan cuando los ganglios están clínicamente afectados después de que el tumor primario se ha sometido a un tratamiento curativo con cirugía o radiaciones.

Las extirpaciones conservadoras de los cánceres de mama cada vez más presentan recidivas, algunas de las cuales son todavía curables por medio de un tratamiento agresivo. Un intervalo libre de enfermedad prolongado (de años, no de meses), nos puede dar casi la seguridad de que no existen otras metástasis (Hossfeld, 1992; Bustamante 1998).

RADIOTERAPIA.

La radioterapia es el tratamiento curativo de elección para algunos tumores. No es un tratamiento sistémico, sino locoregional (Hossfeld, 1992; Daly, 1995). Las mejoras conseguidas en la supervivencia de los pacientes mediante el empleo de este tratamiento han puesto de relieve la limitación que representa la tolerancia de los tejidos normales. Los efectos secundarios en los

tejidos normales pueden ser agudos o tardíos. La irradiación se administra mediante haces de radioterapia externa, sin embargo en ciertos tipos de neoplasias como la de tiroides se aplica internamente.

TERAPIAS SISTÉMICAS.

Varios cánceres, al manifestarse como enfermedades generalizadas, no son susceptibles de cirugía o radioterapia. Otros metastizan antes de que hayan sido diagnosticados y los enfermos muestran signos de diseminación que no permiten la extirpación o la irradiación curativa del tumor primario. Para todos estos tipos de cánceres se utilizan las llamadas terapias sistémicas, que son aquellos tratamientos farmacológicos con agentes citostáticos, citocidas (quimioterapia) u hormonales, o la inmunoterapia con modificadores de la respuesta biológica, que pueden afectar a las células cancerosas en todo el organismo.

QUIMIOTERAPIA.

Su concepto es destruir a las células cancerosas y como consecuencia de ello, "curar" el cáncer. En las dos últimas décadas, la quimioterapia, en combinación con la cirugía y/o la radioterapia, ha aumentado significativamente las probabilidades de curación de muchos tipos de pacientes afectados de cáncer. La "quimioterapia adyuvante" o "terapia neoadyuvante" es aquel tratamiento adicional que se da tras haber extirpado por completo la enfermedad macroscópica locoregional en pacientes sin signo clínico de tumor residual. El objetivo de dicho tratamiento es controlar las micrometástasis residuales, locales o, más a menudo, a distancia que pudieran estar presentes. Este tratamiento suele empezar durante el período preoperatorio y postoperatorio para prevenir la diseminación y el crecimiento de las células cancerosas. Las formas de administración pueden ser diversas, incluidas las vías oral, intravenosa, intracavitaria, intratecal e intraarterial (Hossfeld, 1992). Los fármacos antitumorales bloquean la síntesis del ADN y, en consecuencia, del ARN, con lo que se detiene la división celular, lo que conduce a la destrucción celular.

Los efectos secundarios de la quimioterapia pueden constituir el principal factor limitante de su empleo. Las complicaciones inespecíficas de los fármacos citotóxicos incluyen náuseas, vómitos, alopecia, efectos sobre la médula ósea, estomatitis, diarrea, infecciones, efectos sobre el sistema endocrino, infertilidad, afecciones del sistema nervioso (parestias, neuropatía periférica, sordera, letargia), insuficiencia cardíaca, fibrosis pulmonar, pancreatitis, alteración funcional hepática y renal. *Las secuelas de la quimioterapia pueden también ser psicosociales.* La caída del cabello y la disfunción sexual puede causar trastornos de la propia identidad. Tal vez la complicación más difícil de tratar sea el miedo y la ansiedad que a menudo presenta el paciente (Hossfeld, 1992).

HORMONOTERAPIA.

Ciertas manipulaciones hormonales pueden influir de forma favorable en el crecimiento neoplásico surgido en órganos hormonodependientes. (Hossfeld, 1992). Del mismo modo se ven alterados los procesos de crecimiento de carcinoma de endometrio, de ovario y de tiroides. Las hormonas pueden también ejercer un efecto terapéutico en tumores no originados en órganos hormonodependientes. Estos fármacos también desempeñan un papel importante en el control de síndromes paraneoplásicos. Hay dos formas de producir alteraciones hormonales en el organismo: hormonoterapia ablativa, -castración quirúrgica o radioterápica-, hormonoterapia aditiva (Butler, 1995).

MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA.

Se han definido in vitro proteínas humanas con capacidad de destruir tumores, lo que posibilita la potenciación de la respuesta inmune del paciente con cáncer. Todo el campo de la

inmunología se ha basado en la premisa de que el aumento de la respuesta inmune produciría regresión tumoral (Hossfeld, 1992).

TRATAMIENTOS NO COMPROBADOS PARA EL CÁNCER.

En México como en América Latina, la medicina alternativa es de uso común (más del 50% de los pacientes) y se utiliza además de o, en lugar de, los tratamientos convencionales. Se anuncia como tratamientos efectivos, sin efectos secundarios o tóxicos, comparados con los tratamientos convencionales (De la Garza, 1998). Sólo cerca de la mitad de los médicos saben que sus pacientes usan estos tratamientos.

¿Cuáles son las razones para esta desconfianza tan profundamente perturbadora hacia la medicina convencional?. El principal motivo es el miedo. El cáncer comúnmente se asocia con muerte inminente y dolorosa, la terapia contra el cáncer se relaciona con desfiguración, quemaduras, vómitos, alopecia y destrucción de los mecanismos inmunológicos de defensa, además el paciente con cáncer es una persona deprimida, preocupada y asustada. El miedo del paciente se hace mayor cuando el médico no le puede garantizar la curación. Otro motivo importante es que la terapia convencional deja al margen al propio paciente para luchar contra su enfermedad por sí mismo. A muchos pacientes les gustaría tener un papel más activo. Además estamos viviendo en un período en el que están presentes una falta de creencia en la tecnología y en la química, y en el que el punto de vista de Rousseau del "retorno a la naturaleza" está de moda (Holland, 1989; Hossfeld, 1992; Bustamante, 1998)

Todos estos tratamientos alternativos, aducen características comunes: estar basados en productos naturales, no tener efectos secundarios, activar los mecanismos de defensa del paciente, ser efectivos contra todo tipo de enfermedades malignas y un gran número de afectaciones no relacionadas con estas, su actividad está basada principalmente en testimonios individuales de los pacientes: no hay datos de ensayos clínicos, los resultados se presentan sobre todo en reuniones y en la prensa no científica, de manera que casi todo paciente con cáncer, o sus parientes o amigos, tienen algún conocimiento acerca de ellos. Los fracasos se atribuyen más al paciente que al método alternativo.

Dentro de los métodos más utilizados según la American Cancer Society, se encuentran: las terapias mentalistas, las dietas, los enemas de café, métodos electrónicos. Algunos efectos adversos de los tratamientos no convencionales serían: el uso de ciertas dietas estrictas puede ser dañino por la privación no sólo del tumor, sino también para todo el organismo. Todas las técnicas "mentalistas" dirigidas a activar la voluntad del paciente por superar el cáncer, tienen un trágico reverso: el paciente carga con la culpa, si el tumor no responde. Las recomendaciones para disminuir el uso de la medicina alternativa serían mostrar interés por el paciente, dialogar con él y su familia respecto al tratamiento y hacerlo participe del manejo integral de su enfermedad, mantener la esperanza de vida informando los riesgos-beneficios del tratamiento convencional. La esperanza de vivir ayuda al enfermo más que cualquier tratamiento no convencional, los cuales sólo producen engaños (Holland, 1992; Maza, 1992; De la Garza, 1998).

PRONÓSTICO.

Hoy en día se cura prácticamente la mitad de los cánceres, y las tasas de curación y supervivencia al cabo de varios años de establecido el diagnóstico continúan mejorando, sin embargo las tasas de curación y supervivencia y el índice de recaídas varía notablemente según el órgano o tejido afectado así como de la etapa en la que el cáncer es diagnosticado (Butts, 1989).

CÁNCER DE MAMA.

Este es el segundo cáncer más frecuente y en la población general en México (RHNM, 1998). No obstante a pesar de que el cáncer cervicouterino es el más frecuente, su detección oportuna permite tratamientos en etapas más tempranas, con índices de curación bastante altas, condicionando que el cáncer mamario sea la primera causa de muerte por enfermedad maligna en población femenina (Fuentes, sf). Una mujer de cada catorce desarrollará un cáncer de mama y una de cada veinte fallecen por esta causa. Otras fuentes mencionan datos diferentes, tal es el caso de Seidman, quien en 1969, reporta que cerca del 25% de la población femenina desarrollará una neoplasia maligna en el curso de su vida, una cuarta parte de éstos serán cánceres mamaros. De 1970 a 1981, los casos que se han detectado por año representan un incremento anual del 10% (Fuentes, sf). En los hombres la proporción es inferior al 1%. Es la principal causa de muerte en personas entre los 35 y 54 años en E.U. (Butler, 1995). Las muertes originadas por cáncer de mama se producen en ese mismo país a una velocidad de una cada 15 minutos (Philip, 1995). Histológicamente, se distinguen cuatro tipos.

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.

La causa del cáncer de mama parece ser multifactorial, una constelación de factores de riesgo, más que un factor único; la predisposición genética, la pérdida de los mecanismos de defensa inmunológica del huésped y virus, además de otros carcinógenos, sin embargo la mayor parte de los cánceres aparecen en mujeres cuyos únicos factores de riesgo claros son el sexo (99% en mujeres) y la edad avanzada (85% más de 40 años). El 85% de todos los cánceres de mama se producen en mujeres sin historia familiar significativa de este cáncer (García, 1981; Philip, 1995).

Las teorías actuales con respecto a las causas del cáncer de mama se centran en las *influencias hormonales*, ya sea como agentes carcinógenos primarios o como posibles favorecedores de la carcinogenesis (Philip, 1995). La hipótesis de que las hormonas pueden causar o promover el cáncer está relacionada con la observación de que el estado reproductivo y menstrual de la mujer afecta su riesgo para ciertas neoplasias como las de mama, endometrio y ovario. Los estrógenos se han sugerido como agentes inductores, o promotores de tumor o ambos, debido a su habilidad para estimular la proliferación celular en tejido blanco (Butler, 1995).

La *dieta* es también un factor a tomar en consideración, pues se cree que el cáncer se relaciona con el consumo de grasas (3/1). La *complexión* también juega un papel de importancia; mujeres altas y gruesas (aún cuando no sean gordas u obesas), tienen más cánceres (2/1) que las bajas y delgadas. Es más frecuente también en mujeres con antecedentes de quistes y tumores benignos de mama (2-5/1).

Algunos grupos de investigadores consideran los anticonceptivos orales (AO) como factores de riesgo, mientras otros les otorgan un efecto protector, basándose en los beneficios de la píldora respecto a la disminución de los cánceres de ovario y útero (Smith, 1992) (Hossfeld, 1992). En una revisión de la literatura llevada a cabo en 1991. Un estudio del Allen-Guttmacher Institute comunica que el peligro de desarrollar cáncer (de mama, endometrio, ovario o hígado) en las consumidoras de AO en la actualidad sería inferior al riesgo si nunca hubiesen utilizado AO, además no parece que aumente la contingencia en mujeres con otros factores de riesgo de cáncer de mama (García, 1981; Griffiths, 1990; Philip, 1995).

La *incidencia* del cáncer de mama aumenta en las mujeres cuyos periodos menstruales comienzan a temprana edad, antes de los 12 años (1-3/1) y cuya menopausia aparece tardíamente después de los 55 años (1-5/1) (estos riesgos están relacionados con el mayor tiempo en que pueden estar actuando los estrógenos sobre las mamas); en aquellas que tienen baja paridad o

que *no tienen descendencia* (3/1) o que tienen el primer hijo cerca de los cuarenta años (4/1). Para las mujeres mayores de 35 años en el momento de su primer parto, la incidencia es 50% mayor que en la población en general y para las mujeres nulíparas la incidencia es 30% mayor (Griffiths, 1990). Cuanto mayor es el número de hijos menor es el riesgo de cáncer de mama. (García, 1981). Las mujeres no fértiles tienen un mayor riesgo que las fértiles. Autores consideran como el principal factor de riesgo la historia personal de cáncer de mama (5/1) o la aparición de este proceso en uno o más familiares de primer grado, hace que el riesgo aumente de tres a diez veces más con respecto a la población normal, de esta manera se mencionan como el mayor riesgo. Estas mujeres tienen un riesgo 9 veces mayor que la media o el 50% (Hossfeld, 1992).

El riesgo a padecer cáncer en la otra mama en mujeres que han sido curadas de un primer cáncer es alrededor del 1% al año, durante los primeros años después del diagnóstico de su primer cáncer. Datos recientes indican que el consumo habitual de alcohol incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad (Hossfeld, 1992), así como el estrés psicológico crónico (Madical Mag, 1991; De la Parra, 1992; Philip, 1995). Se encuentra frecuentemente cáncer de mama en los grupos socioeconómicos más elevados, lo que se encuentra relacionado con matrimonios tardíos, menos hijos, lactancias raras, ingesta de alimentos con gran cantidad de grasas no saturadas, y el empleo de estrógenos en multitud de formas y vías de administración (Fuentes, **sf**). Otro factor de riesgo para padecer la enfermedad, es haber tenido alteraciones quísticas, en donde el riesgo es de 2 a 4 veces mayor (Philip, 1995).

El Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México (RHNM), publicado en 1998, por la Secretaría de Salud, proporciona las frecuencias de distribución de casos de neoplasias malignas por topografía (región corporal) en la población general de México en el año de 1996. En este estudio en donde la muestra fue de 84 615 personas (casos aparecidos y reportados durante ese año), la frecuencia del cáncer mamario femenino fue de 9 175 personas (10.8%), ocupando el segundo lugar en frecuencia, sólo superado por el cáncer de cuello del útero, en donde la frecuencia fue de 15 312 casos (18.1%).

El cuadro número tres presenta la distribución de casos de cáncer de mama femenina, por edad, en México en el año de 1996, de acuerdo con los datos proporcionados por el RHNM (1998). En el mismo cuadro se pueden diferenciar tres grupos de edades, catalogadas como de mayor riesgo para padecer esta enfermedad, estos son los de 40- 44 años (18.2%), 45-49 años (15.6%) y 50-54 años (13.4%). El mismo estudio presenta los datos de incidencia de cáncer mamario femenino en México durante los años de 1993-1996, en donde de 268 577 casos nuevos de neoplasias malignas reportados, el 64% (173 193) fue en mujeres, y de estos, 29 084 casos, o sea el 16.8% fueron diagnósticos de cáncer de mama, ocupando este el segundo lugar en frecuencia. El RHNM, proporciona así mismo, la distribución de neoplasias por Zonas del país, durante el trienio 1993-1996, siendo de interés para la presente investigación la Zona Metropolitana, en donde se reportaron el 36.7% (98 476) de los cánceres a nivel nacional, ocupando de esta manera el primer lugar en frecuencia e incidencia de neoplasias malignas. La distribución por sexos de estas fue la siguiente: el 61% de los casos (60 287) fue reportado en mujeres y el 39% (38 136 casos) en hombres. De los 60 287 casos reportados en el sexo femenino, 10 721 (17.8%) corresponden a cáncer mamario, ocupando el segundo lugar en frecuencia, el primero pertenece nuevamente al cáncer de cuello uterino con 14 783 casos (24.5%).

TABLA NÚMERO CUATRO.

GRUPOS DE EDAD	PORCENTAJE
40-44 años	18.2%
45-49 años	15.6%
50-54 años	13.4%
55-59 años	11.2%
60-64 años	9.8%
65-69 años	8.5%
70-74 años	7.3%
75-79 años	6.1%
80-84 años	5.0%
85-89 años	4.0%
90 años y más	3.0%

20-24	50	2.5%
25-29	172	8.6%
30-34	445	22.3%
35-39	808	41.0%
40-44	854	43.2%
45-49	777	39.5%
50-54	746	38.0%
55-59	367	18.7%
60-64	271	13.7%
65-69	174	8.8%
70-74	77	3.9%
75-79	27	1.4%
80-84	11	0.6%
85-89	3	0.2%
90-94	1	0.1%
95-99	1	0.1%
Total	1978	100%

HISTORIA NATURAL.

La historia natural del cáncer de mama es normalmente muy larga (con dos terceras partes de su evolución manifestadas en forma subclínica). Algunos autores como Torrecillas (1998) consideran esta historia natural configurada por cinco fases: 1) diagnóstico ambulatorio hospitalizado, 2) terapia primaria curativa, 3) terapia paliativa ambulatoria, 4) terapia paliativa sedentaria con interacción, 5) terapia paliativa sedentaria sin interacción. Se ha calculado que comenzando por una sola célula maligna, la masa tumoral crece por sucesivos doblamientos, necesitando 7-8 años y 30 doblamientos para alcanzar la esfera de 1 cm de diámetro (Hossfeld, 1992). Para que una lesión tumoral sea palpada es necesario que transcurra un tiempo no menor de 1 o 2 años, de ese momento en adelante al multiplicarse en forma geométrica el volumen tumoral, permitirá que en pocos meses alcance volúmenes considerables, lo que aunado a la escasa sintomatología que provoca esta neoplasia en su desarrollo inicial, explique el por qué casi un 50% de las pacientes señalen una evolución del padecimiento no mayor de 6 meses así como las dimensiones del tumor primario sean mayores de 5 cm. La velocidad de crecimiento de los cánceres mamarios (su cinética celular) es variable, se considera de alrededor de 100 días la duplicación de la mayoría de estas neoplasias, siendo menor en las mujeres menstruantes y mucho mayor en las postmenopáusicas, así pues la presencia de una masa tumoral maligna (tumores de un cm. necesitan un lapso mínimo de 10 años de evolución) representa un estado avanzado de la enfermedad. Este cáncer presenta una diseminación temprana aún en etapas subclínicas, existe la presencia de células circulantes en territorio sanguíneo aún cuando la lesión mamaria no alcance dimensiones de 1cm. (Fuentes, **sf**).

El cáncer de mama se disemina por vía linfática, por vía sanguínea y por extensión directa. De metastatizar hacia la axila, las células tumorales pueden diseminarse a los ganglios de la mama interna, de aquí a todo el cuerpo. La diseminación hematogena, que es frecuente, tiene una preferencia por ciertos órganos: hueso (sobre todo en vértebras y pelvis, pero también a costillas, huesos craneales), pulmón, hígado, piel, cerebro y sistema nervioso central, riñones, tiroides, esófago, estómago e intestino.

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.

Como se ha mencionado párrafos arriba, el cáncer mamario es el segundo en importancia en México, y existen grupos especiales de mujeres con un riesgo añadido de presentar esta enfermedad, y es por tanto grande el interés sobre los beneficios de programas de screening de masas y detección precoz. Las mujeres pertenecientes a estos grupos substancialmente afectados deben ser sometidas a exploraciones de mama cada 3 a 6 meses durante toda su vida.

La sociedad Americana para el Cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos se han puesto de acuerdo en las normas a seguir para la detección precoz del cáncer de mama. Estas normas afirman lo siguiente: "Recomendar a las mujeres la autoexploración mensual de la mama, aconsejar a los médicos realizar exploraciones de la mama a todas las mujeres que se sometan a revisiones periódicas. Entre los 35 y 40 años de edad es aconsejable obtener una mamografía basal. Después se aconseja una mamografía cada uno o dos años en mujeres entre los 40 y los 50 años y anualmente en mujeres de más de 50 años (Philip, 1995). En muchos casos el cáncer alcanza una etapa de incurabilidad antes de que haya cualquier posibilidad de diagnóstico con los actuales métodos de detección precoz. El retraso hasta que haya una masa tumoral palpable no significa necesariamente diseminación a distancia e incurabilidad. Se consideran tres técnicas para la detección precoz del cáncer de mama, estas son: la autoexploración de la mama, el examen clínico y la mamografía (Hossfeld,1992; Martell, 1994).

SÍNTOMAS.

El síntoma inicial es la presencia de una tumoración mamaria (75-80% de los casos), es dolorosa sólo en el 10% de los casos. La localización más frecuente de los tumores malignos es la parte superior y externa de la mama (47% de los casos), el sector areolar (22%), el cuadrante superointerno (14%) (Fuentes, sf). En la mayoría de los casos, el nódulo no se ve, pero se palpa, y suele ser doloroso. *Una secreción oscura en el pezón, la retracción del pezón, la formación de una zona de piel deprimida y arrugada por encima del nódulo, edema cutáneo (piel de naranja o de cochino), y eritema localizado, inflamación presentada en la mayoría de los casos con piel caliente, dolorosa y enrojecida, alteraciones del contorno, ulceraciones, aumento del tamaño de los ganglios axilares, pesantez local en el seno, ganglios palpables en la axila, venas superficiales dilatadas en tumores de rápido crecimiento con una gran demanda vascular, la ulceración se presenta en fases tardías de la enfermedad y se asocia con necrosis tumoral, edema del brazo como resultado de la obstrucción del drenaje linfático de la axila, dolor en el tórax o disnea cuando hay metástasis del pulmón, pérdida inexplicada de peso o caquexia en enfermedad metastásica avanzada.* Estos síntomas son manifestaciones de enfermedad avanzada a nivel local. En el 90% de los casos sólo se afecta una mama (Moore, 1973; Griffiths, 1990; Sañudo, 1998).

Las metástasis óseas producen dolor en las áreas correspondientes, la tos, el derrame pleural, la disnea, son las manifestaciones de las metástasis pulmonares, pleurales y mediastinales. Otros sitios frecuentes de metástasis son el hígado y el cerebro (Moore, 1973). La muerte por cáncer metastásico de la mama ocurre por lo común debido a insuficiencia cardiopulmonar o profunda caquexia cuando la enfermedad se encuentra ampliamente diseminada (Griffiths, 1990).

DIAGNÓSTICO.

El tratamiento dependerá en gran medida del diagnóstico temprano, por lo cual es importante realizar un **autoexamen** mensual (el cual se ha difundido de tal forma que casi el 90% de los casos son descubiertos por la propia paciente) y una **exploración médica** completa a fin de detectar en estadio precoz cualquier nódulo nuevo o modificado o cualquier cambio en los pezones además en las mujeres de alto riesgo que hayan cumplido los 40 años se recomienda la **mamografía**, que se debe repetir cada 3 años o antes, si es necesario (García, 1981). Otros métodos empleados son la **mastografía**, **xeromastografía**, la **termografía**. La biopsia es el único método para diagnosticar el cáncer de mama. Cualquier otro método, ya sea el examen directo o los estudios radiológicos, simplemente sugieren cáncer y se utilizan únicamente como apoyo del diagnóstico y se debe practicar una biopsia para confirmarlo (Griffiths, 1990).

TRATAMIENTO.

La elevada mortalidad que causa el cáncer de mama, se debe a que en la mayoría de estos casos la enfermedad ya se ha diseminado cuando se detecta la malignidad del nódulo. El tratamiento deberá ser planificado de acuerdo con el estadio de la enfermedad y tomando en consideración la historia natural de la enfermedad, la posibilidad de una diseminación temprana, el comportamiento de la neoplasia ante manipulaciones hormonales, su interrelación con el estado menstrual de las pacientes; mayor cantidad de receptores en pacientes postmenopáusicas, menor en pacientes menstruantes. Habitualmente se utilizan combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia (Hossfeld, 1992; Daly, 1995)).

El tratamiento debe buscar incrementar los índices y mejorar las condiciones de sobrevivencia (disminuyendo el impacto psicológico de las mujeres al limitar mutilaciones consideradas como innecesarias), permitiéndole a las pacientes escoger alternativas de tratamiento con iguales o muy semejantes posibilidades de control a largo plazo (Pointevin, 1998; Bustamante, 1998).

La piedra angular para la curación del cáncer de mama operable o en etapas tempranas de desarrollo es la **cirugía**. La selección del procedimiento quirúrgico se basa en la evaluación clínica individual del paciente. La decisión del cirujano se basa en una revisión de la edad del paciente, factores de riesgo, localización del tumor, estado hematológico, predictibilidad, etapa, y una evaluación de la historia clínica *del paciente y de su estado psicológico* (Griffiths, 1990; Bustamante, 1998)). La extirpación quirúrgica del tumor, produce la curación de un estadio inicial (Ojeda, 1995). Diversos estudios han demostrado que las operaciones extensas (mastectomía radical, que implica cortar la mama por completo y parte de la axila) no mejoran la supervivencia y si afectan psicológicamente a profundidad a la paciente, así muchos cirujanos, tomando en cuenta esta situación, recomiendan la *nodulectomía* (extirpación del tumor) o la *cirugía conservadora*, combinadas con radioterapia y quimioterapia o con ambas a la vez, tratamientos que tienen el mismo porcentaje de supervivencia que el tratamiento más agresivo (Philip, 1995). Estudios realizados concluyen que cualquier procedimiento local o locorregional ofrecerá los mismos resultados a largo plazo y que solamente disminuirá o aumentará la presencia de manifestaciones locales con procedimientos menores sin complemento de la radiación ionizante (Bucalossi,P; Veronesi,V; 1971, Calle,R; Phillaron,J, 1978, Fisher,B; Montagne,E, 1977, Calle,R; 1978, Fisher,B; 1977, Fisher,B 1979, Henderson,I; Canellos,G 1981, citados por Fuentes, sf; Hossfeld,1992; Morales, 1998).

Actualmente, la cirugía estándar para el cáncer de mama operable (estadios I y II) es la denominada *mastectomía radical modificada*, consistente en una mastectomía total con una disección axilar ganglionares clínicamente ocultas, eliminando así una fuente secundaria de nuevas metástasis), preservando al menos el músculo pectoral mayor. Este enfoque no mejora la supervivencia ni conserva la función de la mama, pero mejora el resultado estético y la imagen corporal de la paciente (Philip, 1995).

La *cirugía* limitada seguida de radioterapia en la mama residual, (para esterilizar no sólo áreas ganglionares regionales, sino también focos multicéntricos que puedan quedar en esta), también denominada *mastectomía segmentaria*, consiste en la conservación de la mama, la extirpación del tumor primario y del tejido mamario adyacente. Es utilizada sobre todo para tumores pequeños (<2cm.) (Philip,1995).

El control local es el principal objetivo del tratamiento conservador de la mama. Otro objetivo es conseguir el mejor resultado estético que sea compatible con la consecución del control local y regional. Tiene contraindicaciones, por lo que no todas las pacientes son candidatas a esta técnica de cirugía mínima y radioterapia postoperatoria.

Las pruebas que se efectúan en el momento del diagnóstico pueden mostrar la presencia de metástasis en otros órganos. Dichas metástasis pueden aparecer después de un tratamiento aparentemente satisfactorio. En cualquier caso, **la quimioterapia y las hormonas** suelen mejorar los síntomas y prolongar la vida. Estos *tratamientos* denominados **sistémicos** adyuvantes, utilizados tras mastectomía, tienen la finalidad de erradicar las posibles micrometástasis a distancia que pudieran ocasionar la muerte de la paciente, prolongando así la supervivencia libre de enfermedad (Fuentes, **sf** ; Griffiths, 1990; Philip, 1995; Butler, 1995).

Desde que Beatson en 1896 demostró que algunos tipos de cáncer mamario se deben a manipulación hormonal, la ooforectomía, adrenalectomía y restitución con hormonas han desempeñado un papel preponderante en el tratamiento del cáncer mamario avanzado (Disaia, 1994). Es posible retardar el crecimiento de un carcinoma con la introducción de terapéutica hormonal (andrógenos, estrógenos, progestinas y esteroides) o cirugía (Hossfeld, 1992).

Una vez que el *cáncer de mama ha metastizado* (estadios III y IV) no tiene ninguna posibilidad de curación y presentan un mal pronóstico (tasa de supervivencia a los 10 años del 14%). Sin embargo, el cáncer de mama metastásico es uno de los tumores más sensibles a citostáticos. Independientemente de su impacto en la supervivencia, el tratamiento puede ofrecer una *paliación* muy útil y gratificante al enfermo, mejorando de manera sustancial y significativa su calidad de vida (Disaia, 1994).

Es interesante un estudio llevado a cabo por Matthews y cols. sobre el desarrollo del cáncer de mama en mujeres que habían utilizado anticonceptivos orales, incluidas aquellas que los habían tomado, pero que no lo hacían en ese momento, y el hallazgo de una mejoría significativa en la tasa de supervivencia. Los autores llegaron a la conclusión de que no sólo el diagnóstico más precoz y la mejoría del pronóstico se debían a la utilización de la píldora, sino que los esteroides anticonceptivos pueden tener algún efecto biológico beneficioso sobre el huésped (Philip, 1995). Las pacientes que responden al tratamiento hormonal de primera línea pueden responder a un segundo tratamiento hormonal cuando recurren (Disaia, 1994, Butler, 1995).

La **radioterapia** disminuye la recurrencia local, ha sido suplantada en muchos de los casos por quimioterapia adyuvante en pacientes con riesgo de recidiva. Es esencial como complemento a una cirugía limitada para tumores pequeños y localizados, aplicada en dosis altas hace posible la conservación de la mama, asimismo proporciona un control de la enfermedad y un porcentaje mayor de supervivencia libre de esta (Philip, 1995; Moore, 1973). El tratamiento con radiaciones puede presentar complicaciones inmediatas o tempranas las que aparecen entre la segunda y tercera semanas del tratamiento y son; locales: eritema, pigmentación, descamación seca, descamación húmeda, caída del cabello. Digestivas; náuseas, vómito, diarrea. Hematológicas: leucopenia. Manifestaciones orales: anorexia, astenia, pérdida de peso, malestar general. Generalmente son reversibles y de manejo sintomático. Las tardías: locales: atrofia de la piel, fibrosis subcutánea, edema del brazo, necrosis de piel, cartílago y costillas. Pulmonares: neumonitis, fibrosis pulmonar. Cardiovasculares: miocarditis. Neurológicas: lesiones del plexo braquial. Cambios en el intelecto después de radiación craneal a altas dosis. Esterilidad. Otras neoplasias malignas: sarcoma postradiación. Estas alteraciones son irreversibles y con estabilización algunas de ellas hasta los 3 o 6 años y otras hasta los 20 o 30 años (Poitevin, 1998).

Un carcinoma mamario dejado a su evolución natural sin ningún procedimiento terapéutico (a los 5 años), sólo el 20% de los casos se encuentra vivo con actividad tumoral (Fuentes, **sf**).

El tratamiento incluye en casos seleccionados y en pacientes que lo ameriten y deseen, la **psicoterapia** (Gómez, Eguez 1994).

PRONÓSTICO.

Es importante reconocer que el cáncer de mama es una enfermedad crónica, sin embargo cada tipo de tumor y cada tumor en especial evoluciona en cada individuo con características propias y ello es válido para todas las enfermedades humanas (Lichter, 1991; Tubert, 1998).

Existen importantes variables pronosticas, como: tamaño del tumor primario (el cual guarda una importante relación con el riesgo de recidiva), la situación clínica y anatomopatológica de los ganglios linfáticos axilares, el estado de la menopausia, contenido en receptores estrogénicos, grado del tumor y la invasión vascular. La cantidad de receptores presentes en la muestra del cáncer de mama es pronóstico del éxito del tratamiento endocrino, siendo de mejor pronóstico los tumores con receptores positivos.

Si el carcinoma se encuentra en un estadio precoz el pronóstico es optimista; en ese caso se puede esperar una curación completa o muchos años de buena salud y buenos niveles de vida. Aún cuando se crea que la enfermedad esta erradicada por completo, se deben realizar evaluaciones periódicas para detectar cualquier recaída o la aparición de un nuevo carcinoma. En casos donde el riesgo sea alto la exploración y la mamografía deberán ser frecuentes, a razón de una cada 6 meses o cada año. Si se produce una recaída, el carcinoma se puede controlar durante muchos años mediante quimioterapia, radioterapia y, en algunos casos mediante una nueva intervención quirúrgica. Las estadísticas de la Sociedad Americana del Cáncer señalan el 83% de sobrevivida a 5 años (parámetro apropiado del éxito de un tratamiento, connota la probabilidad de una curación, aunque admite la posibilidad de una recidiva más adelante Moore, 1973) en los casos de cáncer localizado y un 52% cuando existía invasión locorregional (Fuentes, **sf**).

La mayoría de las recurrencias que se desarrollan lo hacen en los primeros años después del tratamiento (el 85% dentro de los 5 primeros años). Del 1-2% de las recurrencias aparecen por primera vez después de 10 años de supervivencia libre de enfermedad. El 75% de los pacientes con la enfermedad en estadio I están libres de enfermedad 15 años más tarde. Con metástasis en ganglios linfáticos, la supervivencia a largo plazo es del 40%. Los pacientes en estadio IV tienen sólo un 10% de posibilidad de vivir 10 años. Cuanto mayor es el número de ganglios linfáticos conteniendo tumor (en especial, si son más de 3), el pronóstico es más adverso (Martell, 1994; Philip, 1995).

Ciertas características de los tumores y de los enfermos pueden ayudarnos a predecir una respuesta positiva al tratamiento hormonal: un intervalo libre de enfermedad mayor de 2 años; edad superior a los 60 años; enfermedad limitada a tejidos blandos, tejido óseo o metástasis pulmonares mínimas; grado histológico I; respuesta hormonal previa. El riesgo de que se desarrolle cáncer en la mama contralateral es de 4 a 7 veces mayor que el de contraer la enfermedad original. La posibilidad de desarrollar cáncer aumenta en la proporción de 1% al año (Griffiths, 1990; Martell, 1994).

PRÓTESIS Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.

Ojeda (1995) menciona el hecho de que posterior a una mastectomía (ya sea radical o conservadora), algunas mujeres están muy preocupadas por aspectos psicológicos y psicosexuales, quedan profundamente impactadas debido al cambio tan drástico que sufre su imagen corporal después de este tratamiento. Se ven a sí mismas como desposeídas de aquello que aún les pertenece, de eso que significa para muchas "ser mujer" y gustar al hombre que tienen a su lado, se viven como mutiladas, lisiadas, inhabilitadas para ser y hacer lo que antes eran y hacían, "pierden su valor", el valor dado por una sociedad y una cultura como la nuestra. Ven y viven como su existencia se maltrata, se adultera y necesitan argumentar para con ellas mismas que esto

no es así, necesitan creer las palabras de consuelo que ellas mismas se dicen para levantar su desfalleciente autoestima, esa visión menoscabada de ellas mismas, para no dejar terminar el duelo por aquello que ellas mismas no quieren, no pueden perder, es así que surge en ellas la necesidad de recuperar aquello que todavía no han perdido, buscando así la reconstrucción de la mama.

Desde la antigüedad, las mamas se han considerado como sinónimo de femineidad, atractivo sexual, maternidad y amamantamiento. Por ello, algunos autores identifican a las mamas con el pene (Ojeda, 1995). La mutilación que la mujer siente después de la mastectomía es igual a la que los varones sienten después de una amputación peneana. En el periodo posmastectomía, la mujer sufre depresión, su autoestima disminuye y presenta una imagen corporal negativa. De ahí que tiendan a creer que sus funciones normales van a alterarse, que la ropa que antes les quedaba bien no podrán usarla después de la mastectomía y que deformidades de la pared torácica serán difíciles de ocultar. Esas creencias hacen que algunas mujeres retrasen el diagnóstico y el tratamiento.

El proceso de rehabilitación posterior a la mastectomía inicia en el periodo preoperatorio, con pláticas sobre las opciones reconstructivas, al hacer que las mujeres tomen conciencia de la opción de reconstrucción mamaria, hoy día es el estándar del tratamiento general del cáncer mamario. Al aconsejar a las mujeres con cáncer de mama deben tenerse en mente los efectos físicos y psicológicos de la reconstrucción mamaria, la calidad de vida de estas pacientes mejora con una reconstrucción adecuada (Ojeda, 1995). Existen varias clases de reconstrucción, las cuales pueden dividirse en dos categorías generales: prótesis mamaria implantable (siliconas) y reconstrucción autóloga con el tejido propio de la paciente (piel, grasa y músculo principalmente de la espalda o del abdomen). Aunque no es una copia exacta de la mama original, la reconstruida permite a la mujer empezar a curarse y rehabilitarse emocional y físicamente.

Existen estudios que muestran una corrección de la deformidad física infligida por la mastectomía, disminuye la ansiedad y depresión de la paciente, y los síntomas psicológicos acompañantes (Ojeda, 1995, Morales, 1998).

"La reconstrucción mamaria tiene como fin: 1.-recrear una mama de aspecto natural, incluyendo, si así lo desea la paciente, la areola y el pezón, 2.- eliminar la necesidad de llevar prótesis de relleno, posibilitando llevar prendas de vestir que no serían posibles sin reconstrucción como: trajes de baño, escotes, etc.,3.-rellenar el hueco y la deformidad que queda en el tórax, 4.-restaurar la imagen corporal, mejorar la calidad de vida y proporcionar satisfacción a la paciente, 5.-restaurar la autoestima femenina y el equilibrio psicológico, brinda a la paciente la posibilidad de recuperar la confianza en sí misma, su atractivo sexual, simetría corporal". (Noti-Reto No 37, 1998).

La candidata óptima es aquella a la que se le remueve un tumor maligno, se le extirpa la glándula mamaria y durante la misma cirugía, se inicia el proceso de reconstrucción (Noti Reto, 1998). Antes de la cirugía las pacientes deben conocer la probabilidad de otra intervención y de que es un procedimiento en etapas (Ojeda, 1995).

CAPITULO IV.

LO HUMANO DEL CANCER.

Como un viajero navegante, cada día
descubro una nueva región de mi alma.

Cuando tu alegría o tu tristeza se acrecientan,
el mundo se convierte en pequeño.

No digais: "He encontradola verdad", sino:
"He encontrado una verdad".

No digais: "He encontrado el sendero del alma".
Decid mejor: "He encontrado al alma, caminando
Por mi sendero".

Gigran Jalil Gibran. Arena y espuma, El profeta.

LO HUMANO DEL CANCER.

En 1926 aparece un libro de Elida Evans alumna de Jung, denominado "Estudio Psicológico del Cáncer", en el que se explicaba que el paciente con cáncer ha perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo de la neoplasia. Hoffman en ese mismo año hizo énfasis en la elevada mortalidad por cáncer en los pacientes con trastornos psiconeuróticos. James Erwing uno de los pioneros de la cancerología científica en los E.U. creador de la Clínica de Tumores del Memorial Hospital de Nueva York en su libro "Oncology", (1931), destacó la influencia del estado psíquico en la eclosión de un cáncer, en su evolución y en el resultado de algunas terapéuticas. Foque en ese mismo año planteó una importante cuestión: creía que si bien existían numerosos agentes cancerígenos, la célula debe estar "receptiva" y en esta etapa intervendría en forma trascendental el estado psíquico del individuo. Peller en una serie de estudios realizados entre 1940 y 1952, publicados en su libro "Cancer in men" reportó que las personas que han perdido su cónyuge están más predispuestas a contraer un cáncer. Leshan y Worthington en sus estudios sobre la influencia del estrés psíquico en el desarrollo del cáncer en diferentes grupos sociales, elaboraron la hipótesis de que la frecuencia de la enfermedad varía en relación con la frecuencia con que se produce una alteración en su vida de relación o una pérdida sentimental grave. Los resultados arrojaron que en orden de frecuencia en la presentación de la enfermedad los grupos más significativos son: las viudas, los divorciados, los casados que mantienen forzosamente el vínculo y finalmente los solteros (Schavelzon, 1965).

Tarlan y Smalheiser utilizando el test de Rorschach y dibujos de la figura humana refirieron una implicación sexual en el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. Stephenson y Grace en 1954, estudiaron la influencia de la personalidad y la ubicación del cáncer en los órganos sexuales o fuera de ellos. Leyendo este estudio da la impresión de que si una mujer va a tener un cáncer, casi podría predecirse, a través de un estudio psicológico, si la lesión se ubicará en los órganos genitales o fuera de ellos. Fisher y Cleveland obtiene las mismas conclusiones en 1956. Bacon, Rennecker y Cutler en 1952 obtuvieron historia clínica psiquiátrica de 40 mujeres con cáncer de mama y encontraron ciertas características de conducta similares. De ellas, 35 tenían una estructura masoquista y no disponían de posibilidades para descargar su ira directamente o en forma sublimada y por otro lado presentaban hostilidad y conflictos familiares no resueltos. Miller (1958), encontró que la mayoría de los niños y adultos con leucemia presentaban trastornos de conducta debidos a falta de apoyo en su vida y problemas graves de comunicación. Dumber en su libro publicado en 1954 sobre emociones y modificaciones orgánicas creía que la evolución de la enfermedad estaba profundamente influenciada por el estado emocional de cada uno de los pacientes. West, Cutler y Ellis, a través de la interpretación del test de Rorschach realizado en colaboración con el experto Bruno Klopfer, pronostican la respuesta a la terapéutica en pacientes aparentemente similares. Los casos rápidamente evolutivos pueden ser descritos como de un nivel de ansiedad mayor, con poca capacidad para reducir su tensión; cuanto más neuróticas son sus defensas, hay más probabilidades de que el cáncer evolucione

rápidamente. Para Warren Cole, un trauma emocional es muy posible que disminuya la resistencia, que influyera en el crecimiento del tumor y facilitara que las células neoplásicas circulantes se transformasen en metástasis.

En el estudio de las relaciones recíprocas entre psicología y cáncer se pueden mencionar la hipótesis que habla acerca de la influencia que la estructura psicológica del individuo tiene sobre sus posibilidades de contraer un cáncer, de influir sobre su localización o sobre su evolución, es decir la psicogénesis del cáncer. Por otro lado se encuentra la postura que habla de la influencia que el cáncer tiene sobre la psicología general, ya sea del público o sobre el paciente y su familia. No obstante ambas posiciones son evidentemente muy simplistas, el ser humano, en lo físico y lo psicológico proyectado en su ambiente no puede ser fragmentado sin destruirse como tal (Schavelzon, 1965).

El impacto del cáncer y la agresión física que este provoca, no puede dejar de afectar la emotividad emocional de todo aquel que se interese en considerar a un paciente como una unidad, en el que el componente psíquico es inseparable de una perturbación somática y en donde la influencia de la enfermedad no es sólo sobre la psicología del paciente, sino también afecta a la de la familia como totalidad, al equipo tratante y a la sociedad en su conjunto.

La revisión crítica de LeShan, publicada por el National Cancer Institute llegó hace 35 años a las siguientes conclusiones: 1) existe correlación entre enfermedades neoplásicas y ciertas situaciones psicológicas, 2) el factor psíquico registrado con mayor firmeza ha sido la pérdida de un nexo emocional importante en la época anterior al probable comienzo de la enfermedad, 3) parece haber ciertas relaciones entre la organización de la personalidad y el tipo y localización del tumor. La evidencia de que diferentes personalidades desarrollan diferentes tipos de cáncer es sumamente sugestiva (Schavelzon, 1965).

Llamamos conducta o comportamiento a toda manifestación del ser humano, sea mental, corporal o de acción. El síntoma de cualquier enfermedad es también un comportamiento y responde a todas las propiedades del mismo: motivación, finalidad, significado, objeto y estructura.

Desde el punto de vista psicológico el concepto de enfermedad no constituye en sí misma una entidad sino una forma o estructura del organismo en su totalidad incluida su relación con el mundo y sus semejantes. Pombo (1995), distingue "enfermedad" como un proceso que tiene una causa, una lesión anatomopatológica y un cuadro cínico, de "padecimiento", que es la manera particular en que cada individuo concibe y sufre las alteraciones de su salud de acuerdo con su individualidad biológica, mental, socioeconómica y cultural.

Tal y como lo señalaba Belloch, "la enfermedad es concebida como un ataque a los esquemas de conocimiento relacionados con el modo habitual de funcionamiento del propio cuerpo (esquemas que el individuo ha ido desarrollando a lo largo de su ciclo vital)". Según esta autora, la salud sería un concepto abstracto y no puede ser delimitada por completo en términos particulares, ya que esta íntimamente relacionado con las reglas y normas sociales que imperan en un momento determinado. En una enfermedad como el cáncer cuyo diagnóstico deja al hombre sin un futuro, e inmediatamente le despierta el reflejo de la muerte, este diagnóstico irrumpe en la vida de la persona, forzándola a adoptar rápidamente un papel de persona enferma (Torrico, 1996).

Las enfermedades mentales y enfermedades orgánicas, son también y siempre, al mismo tiempo, enfermedades del organismo; y las enfermedades orgánicas no pueden ser nunca enfermedades exclusivas del cuerpo, biológicamente considerado, sino de la personalidad total.

Es lógico suponer que además de la medicina entendida como el tratamiento de las enfermedades con medios químicos y biológicos, es de vital importancia contar con el apoyo de la psicoterapia, que debe ser un instrumento más del arsenal terapéutico y por sobre todo del arsenal psicoprofiláctico de la higiene mental; la cual tiene como finalidad la administración de recursos (conocimientos y técnicas psicológicas) que preserven la salud y promuevan el desarrollo de mejores condiciones de vida para el paciente y su familia.

EL PACIENTE Y EL CÁNCER.

Vuestro dolor es la fractura de la concha que contiene a vuestro entendimiento. Y así como la dura cubierta del fruto debe romperse, para que su corazón salga a la luz del sol, así también debéis conocer el dolor. Y si pudiérais conservar vuestro corazón maravillado ante los diarios milagros de la vida, vuestro dolor no parecería menos maravilloso que vuestra alegría, y aceptaríais las estaciones de vuestro corazón, tal como siempre habeis aceptado las estaciones que pasan sobre vuestros campos.

Si deberas queréis contemplar el espíritu de la muerte abrid bien vuestro corazón al cuerpo de la vida. Porque la vida y la muerte son una misma cosa, así como el río y el mar son una misma cosa.

Porque ¿qué es morir, sino estar desnudo en el viento y fundirse con el sol?

Gibran Jalil Gibran. El profeta.

No todos los integrantes del mismo pueblo, viven y significan de la misma manera el proceso de la vida y de la muerte. La diferencia en las formas de respuestas, actitudinales y afectivas, que se observan hacia una misma enfermedad por personas que comparten un mismo esquema social y cultural se explica en función de dos factores: 1.- Su experiencia de vida particular y 2.- Su estructura neuropsíquica. En base a estos dos factores se pueden establecer las estrategias de apoyo al paciente (Villalobos, 1998). Torrico (1996) dice que la conducta del sujeto estaría determinada directamente por su experiencia. Pero dicha experiencia estará siempre, a su vez, influida por el contacto que el sujeto mantiene con el medio ambiente en que vive, de tal manera que la forma en que una persona responde a una situación determinada muestra más a menudo lo que ha sido su enseñanza que lo que es su propia personalidad.

Desde mediados del siglo XIX, empieza a ocultársele al enfermo la proximidad de su muerte. Se cree que es mejor que el enfermo permanezca en la ignorancia sobre ella y éste, aunque sospecha que está por morir, prefiere guardar las apariencias para no ser tratado como moribundo. Así, la intención de proteger al otro en nombre del afecto, llega al extremo de privar al enfermo de su muerte, suprime el privilegio de quien moría: su participación en el acto de morir, reconocido socialmente como el último evento de su vida. La creencia religiosa que ayudaba a tolerarla fue sustituida por la creencia en las ciencias que ofrece la ilusión, ya no del paraíso, sino de lograr más de lo posible (Alvarez, 1997).

El cáncer, por el impacto que produce, hace que el paciente cumpla una importante tarea de reconstrucción, tanto de sus hábitos de vida como de sus planteamientos cognitivos ante los sucesos cotidianos de su existencia. Las posturas que se desarrollan ante la enfermedad parecen estar muy relacionadas con las que genera la muerte ya que, enfermar es una *muerte psicosocial* (psicológica desde la perspectiva de la pérdida del yo y todo lo que esto significa y social, la *pérdida del estatus social* y de la pertenencia al grupo por las posibles desfiguraciones que provocan algunos tumores) momentánea o duradera en el tiempo según la gravedad de esta. Además en el proceso de morir, el individuo teme perder las capacidades necesarias para satisfacer las necesidades personales propias, que tendrán que ser cubiertas por los demás. El paciente percibe la enfermedad como un *deterioro de su autonomía e individualidad*, y con esto el miedo a la pérdida de la dignidad (de convertirse en una carga no solo económica y social sino sobre todo

familiar), valores muy estimados en nuestra cultura. Esto hace que la idea de convertirse en un ser débil e indefenso sea más temida que el dolor físico (Torrico, 1996).

Es la imposición de la conciencia de finitud sobre nuestra existencia, la que da una dignidad incomparable a cada uno de nuestros actos: nos singulariza. Conocer mejor la muerte nos permitiría estar menos preocupados por huir de ella y se traduciría en una mejor preparación para la vida. Freud escribe en "De Guerra y Muerte. Temas de actualidad", "quizá este recordatorio de la finitud hace que la vida vuelva a recuperar su sentido pleno". Considera conveniente reconocer el lugar que tiene la muerte, tanto en la realidad como en los pensamientos, nos acerca más a la verdad y esto ayuda a hacer más tolerable la existencia. Maud Mannoni, en "Lo nombrado y lo inominable. La última palabra de la vida" hace conciencia de que el abandono y silencio al que son sometidos los enfermos desahuciados, los excluye de la vida antes de morir (Alvarez, 1997).

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico (Griffits, 1990; Hossfeld, 1992). Está es vista como un presagio no sólo de muerte y un proceso doloroso hacia ella, sino que también significa mutilación, la inherente a la enfermedad y a la posterapéutica. Es pues, el imaginario sobre la incurabilidad del cáncer, así como el miedo a las terapias radicales y a los cambios en la imagen corporal, lo que inspira temor. Esta enfermedad es una de las que provoca el impacto más profundo, ya sea que se hable o no, si el paciente sospecha su existencia en forma consciente o no, ya sea que concurra a la consulta temprana o se demore de manera aparentemente incomprensible.

El impacto psicológico de un diagnóstico de cáncer tiene un profundo efecto sobre la mayoría de las personas, las actitudes del paciente hacia el cáncer varían considerablemente dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y educacionales (Hossfeld, 1992). El grado de respuesta tiende a correlacionarse con los sentimientos de identificación con el área enferma o la cantidad de pérdida de la función impuesta por la enfermedad y sus tratamientos (Griffiths, 1990). Las causas del impacto en el sujeto habrá que buscarlas en el impacto intrasubjetivo, consciente o inconsciente, que la enfermedad tiene en sus distintos protagonistas, o sea, cómo cada quien, de acuerdo con su historia, circunstancias, personalidad previa y coyuntura actual, la incorpora y metaboliza (Blum; Téllez, 1998).

Ante el enfermo de cáncer debemos afrontar el manejo de tres graves problemas psicológicos: la incertidumbre, la negación y la confabulación, problemas que van a existir tanto si el enfermo sabe que tiene un cáncer como si lo sospecha (Senra; López, 1995). El paciente con cáncer debe ser considerado bajo una forma especial y muy grave de estrés. Este estrés puede romper importantes mecanismos de adaptación que el paciente ha desarrollado. Si el cáncer o el tratamiento, en especial la cirugía, altera o extirpa determinado órgano, esos mecanismos se alteran y el paciente debe rehacer sus esquemas cognitivos y anatómicos. Si no se alteran demasiado o se desarrollan otros nuevos, las dificultades psicológicas son sobrellevadas.

La palabra cáncer remite subjetiva y culturalmente a dolor, destrucción, sufrimiento, y en muchas ocasiones censura moral. Carga en sí misma la amenaza de una *muerte* anticipada, lo que hace que la comunicación con el enfermo se estructure desde y con el trasfondo de la muerte, reconocida como una posibilidad cercana. Siendo entonces la muerte un elemento clave que escinde al sujeto y le introduce una diferencia radical en su vida (Florez, 1994; Blum, Téllez, 1998).

La expresión "comido por el cáncer" es incorrecta pero popular y refleja la asociación del cáncer con impulsos orales primitivos destructivos, fuera de control. El paciente con cáncer se siente físicamente fuera de control y se vuelve ansioso acerca de la posibilidad de la potencial pérdida de control del yo. Cáncer es vivido como una amenaza a la propia identidad. La pérdida de salud es un ataque narcisístico y condiciona por lo mismo sentimientos de desesperación, tristeza y

actitudes paranoides. Personas totalmente independientes, de un momento a otro dependerán de otra persona, esta tendrá control sobre sus propias vidas lo que es particularmente difícil de aceptar. La mejor forma de lograr esta aceptación es proporcionar al paciente la mayor cantidad posible de control y decisión de sus tratamientos (Hossfeld, 1992).

En la estructuración del mecanismo de mejoría de un paciente intervienen por lo menos cuatro elementos fundamentales: paciente, médico, medio y tratamiento y/o cada uno de ellos a su vez, actúa solo y por interacción con los demás (Schavelzon, 1965). Hombres y mujeres pueden padecer las mismas enfermedades, pero de una manera diferente, y sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales también lo son, al igual que las particularidades de su desarrollo evolutivo, a lo largo del ciclo vital (Hernández, 1998).

En el caso del *paciente* se puede comentar su actitud en *tres momentos clave*: cuando descubre el síntoma y acude o no a la consulta, cuando debe decidir el tratamiento y tercero en el período postratamiento, especialmente quirúrgico, y también en los estados finales.

Antes del tratamiento: La aparición de un síntoma no es solamente interpretado como una injuria física sino que es tomado por el paciente como un elemento capaz de alterar o deshacer sus estructuras psicofísicas edificadas en el curso de toda su vida, habitualmente con mucho trabajo y sufrimiento. El paciente puede tomar ahora múltiples actitudes pero sólo dos se consideran en la práctica: el que busca la consulta de inmediato, el que se puede llamar "pronto" y el "demorado". Es muy importante tener en cuenta que el paciente es responsable del retraso sólo en el 50% de los casos (Schavelzon, 1965).

Cobb, Clarke y cols. realizaron un estudio acerca de las diversas respuestas dadas por los pacientes ante un diagnóstico de cáncer, su asistencia al médico, su adherencia al tratamiento y los tipos de personalidad de estos. Los *retrasados* o *demorados* constituyen un grupo de gente mayor, que tiende a adoptar un tipo de vida, sin aspiraciones. Los *rápidos* es un grupo compuesto principalmente de jóvenes, alertas que aspiran a subir en la escala social. Ambos grupos recurrieron al médico cuando consideraron que su enfermedad era "seria". La diferencia surge cuando se estudia que es lo que cada uno llama "serio". En los demorados es frecuente el pensamiento mágico "creí que si no le prestaba atención iba a desaparecer". Otra causa de retraso se finca en la falta de fe en la profesión médica, así como un sentimiento de desconfort por mala relación médico paciente en experiencias anteriores (Bayes, 1985). Los demorados, se convierten en inmóviles, negativistas, su miedo es irrazonable y difuso. Muchos médicos enfermos se incluyen en este grupo. Niegan el pensamiento de peligro, a nivel superficial y consciente. Utilizan sus energías para descartar la sensación de peligro.

El paciente pronto o rápido utiliza el miedo (inteligente y controlado) como un agente organizador e instigador de consulta. Existe una variedad de consultante temprano, que busca ayuda porque está inundado de pánico, habla con aparente displicencia de "mi cáncer", de "mi problema" y simula ser un individuo realista y razonable, pero está muy próximo a la desorganización total por su miedo; son personas propensas a ser destruidas por su ansiedad y a escapar del tratamiento (Schavelzon, 1965).

Estudios psicológicos destacan un hecho común en los pacientes con cáncer; reacciones o sentimientos de culpabilidad, los cuales sean verdaderos o no, traumatizan psíquica y orgánicamente al enfermo (Schavelzon, 1965). Los pacientes muestran una necesidad de encontrar una causa a su enfermedad actual, en la mayoría de los casos culpándose a sí mismos y, en ciertos casos, y a través de una compleja fantasía, concluyen en la culpabilidad de los demás incluyendo la familia y el médico. Este fenómeno es la primera manifestación de los sentimientos de culpa. El padecer cáncer suele también expresarse como el sentimiento de un castigo divino y es

evidente aun en aquellos que dicen no ser religiosos (en este caso cambian la palabra Dios por providencia, destino, suerte, etc.). Finesinger en encuestas realizadas encuentro que en mujeres con cáncer ginecológico, este se atribuía a fantasiosas exigencias sexuales maritales, así como suposiciones de enfermedades venéreas en el cónyuge (Flores, 1994).

Stern y Dixon en 1961, en un estudio psicológico de la personalidad de 6 058 mujeres con cáncer determinaron una mayor incidencia de la enfermedad en forma tempranamente invasora en aquellas pacientes con "inestabilidad emocional" y con prolongados problemas familiares, en especial maritales. Peller presento las mismas conclusiones estadísticas (Schavelzon, 1965).

Los sentimientos de culpabilidad influyen en la conducta del paciente: 1) negación de los síntomas que llevan al retraso en el diagnóstico y el tratamiento, 2) estimula actitudes de inferioridad, dependencia y sentimientos de rechazo o repudio y 3) inhibe a los pacientes para reestructurar sus esquemas corporales y sociales, e impide la comunicación y la readaptación social. Cualquier restricción en darle al paciente oportunidad de comentar lo que es más importante para él en este momento, perturba la relación médico-paciente y su angustia se hace mayor a medida que se acerca el tratamiento. El paciente con cáncer, se ve forzado a intentar un ajuste en un momento en que sus energías de adaptación están ocupadas con la enfermedad y debe integrar dentro de su contexto una relación central con un número de extraños.

El cáncer de mama invade las esferas más íntimas de la personalidad femenina. En el ser humano, la mama desempeña un papel esencial en la creación de los vínculos estrechos y prolongados con los padres que caracterizan la infancia. Ese vínculo es el principio de la socialización, de la *humanización*. La mama tiene en la sociedad un valor de primera magnitud como órgano sexual, de ahí que entre otros efectos del cáncer de mama se encuentre el que tiene sobre la sexualidad y su componente afectivo, en el que tiene un papel primordial la representación de la propia imagen ante uno mismo y ante los demás (Flores, 1994).

En un estudio realizado por Daniels, Estapé y cols. (1996), en España con pacientes con cáncer de mama de diferentes edades se observo que las pacientes con más de 65 años se consideraban menos informadas acerca de la enfermedad, son menos ansiosas y más depresivas y presentan un menor grado de satisfacción sexual después del diagnóstico que las del grupo de menos de 65 años, presentan una menor supervivencia en relación con las jóvenes. En cuanto a la calidad de vida las pacientes con más edad consideran mejor sus relaciones familiares y sociales, pero consideran mala su relación médico-paciente. El estadio de diagnóstico es más avanzado en las mujeres mayores. No obstante la mastectomía ya se radical o modificada altera significativamente la vida afectiva, familiar y total de la mujer (Florez, 1994). El tratamiento que más agrade es el quirúrgico. No importa que el equipo tratante minimice lo que debe hacerse, el enfermo tiene sus propias ideas sobre el tema. Las características psicológicas son en este momento muy diversas no sólo dependiendo de su estructura psicofísica sino también en función del órgano afectado (mama, recto, matriz, cara, pene, testículos) (Morales, 1998).

Resulta esencial discutir los sentimientos de la paciente hacia el plan de diagnóstico y tratamiento. A diferencia de muchos otros cánceres, el mamario afecta la imagen corporal, la identidad sexual, y las relaciones personales (con amigos y familiares). Una vez que la paciente es sometida al tratamiento, resulta esencial obtener información respecto a sus sentimientos acerca de cómo ha alterado la enfermedad, la percepción de su imagen corporal, su función sexual, y su identidad; así como sus sentimientos sobre los cambios en sus relaciones personales como esposa, hija, madre y amante. (Griffiths, 1990).

El objetivo terapéutico en el paciente oncológico puede ser curativo ó paliativo. Cuando el objetivo es curativo no se debe escatimar esfuerzos para intentar lograr la curación ofreciendo el

mejor tratamiento e intentando sortear los obstáculos socioeconómicos. Cuando el tratamiento es paliativo, en ocasiones es necesario tomar en cuenta: el costo del tratamiento y la sobrevivencia que garantiza comparado con el entorno psicoafectivo y la situación económica de la familia. Dentro del terreno paliativo existen, factores poco "objetivos" pero que son de suma importancia y que determinan el éxito o fracaso del tratamiento, tales como el estado emocional y el deseo de vivir de la persona (Zinser, 1990).

Los tratamientos médicos tienen impacto sobre la psicología del paciente, tal es el caso de la radioterapia en la paciente con cáncer de mama. Los efectos psicológicos de este tratamiento se refieren, en la mayoría de las ocasiones al miedo, pues a este tratamiento se le etiquetó inicialmente como un tratamiento paliativo y con grandes y graves efectos colaterales. Los efectos psicosociales son disminuidos en gran medida cuando se establece el diálogo entre el médico y el paciente, con la finalidad de disipar temores y esclarecer dudas (Poitevin, 1998).

Además de valorar los sentimientos y el comportamiento de la paciente, es importante identificar los sistemas de apoyo y las potencialidades especiales de la paciente. La familia y los amigos son comúnmente la mayor fuente de apoyo, pero las afiliaciones religiosas, los grupos de interés común y los compañeros de trabajo son también importantes fuentes de apoyo.

La ayuda psicológica no sólo debe prestarse al paciente (Torrico, 1996), sino también al núcleo familiar de este. Tendremos que estar muy atentos para trabajar a cada paciente de forma muy particular, según el momento y las circunstancias de cada caso. Ayudando al enfermo grave psicológicamente, desempeñamos también una función social (Schavelzon, 1965).

Para determinar el tratamiento psicooncológico del paciente se deben tomar en cuenta las características de la enfermedad, estadio de evolución, estado físico, emocional y económico del paciente y de su entorno afectivo y social (familia, amistades y conocidos). En base a los datos obtenidos de estas evaluaciones se podrá determinar la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico. Se debe incluir al paciente en las decisiones sobre su tratamiento (lo que sólo se puede lograr si el paciente conoce su diagnóstico), especialmente si las posibilidades de curación son mínimas y los efectos secundarios van a afectar ampliamente su calidad de vida (Alvarez; Kraus, 1996).

El paciente debe decidir antes que los familiares, pues éstos llegan a guiarse, a veces por su propio interés en que el paciente siga viviendo, sin tomar en cuenta el sufrimiento que causan las medidas para conseguirlo (Alvarez; Kraus, 1996). Muchos pacientes al pensar en el tratamiento, piensan principalmente en los efectos de este no sólo sobre su personalidad, sino en cada parte de su vida; el tratamiento en muchas ocasiones altera totalmente su vida familiar, su actividad profesional y sus actividades sociales. La vida nunca volverá a ser la misma, tendrá que acostumbrarse poco a poco a vivir con la enfermedad, recordando siempre que se padece cáncer, no que se es el cáncer (Sociedad de Leucemia de los E.U.). Los problemas psicosociales del paciente son: la necesidad de soporte emocional, el miedo al dolor, la preocupación de y por la familia. Se debe considerar al paciente y su familia como una unidad.

Posteriormente a una intervención quirúrgica la personalidad sufre profunda desorganización, como primera defensa emerge la negación de una parte del cuerpo que acaba de desaparecer; después se instalan otros mecanismos defensivos según la estructura de personalidad predominante en cada paciente. Las reacciones de cada persona estarán predeterminadas por la forma en que ha enfrentado otras situaciones críticas de la vida (Flores, 1994).

La mama es sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad reproducción y afectividad. Las actitudes de la mujer ante el cáncer de mama derivan tanto de las influencias externas

(conocimiento acerca de la enfermedad) como de las idealizaciones y fantasías que pueden sostener el equilibrio de su psiquismo que repentinamente se puede ver destruido. La actitud ante el cáncer de mama se ve influenciado por factores como: el biotipo de la paciente (las extremadamente delgadas y con pocos senos se ven menos afectadas), la actitud ante la cicatriz postoperatoria, la edad (las jóvenes se afectan más) y el estado civil (es mayor el efecto en las solteras, pues se espera en el caso de las casadas, el apoyo del cónyuge, el cual resulta fundamental) (Florez, 1994).

En el cáncer de mama la imagen corporal se ve profundamente afectada y a partir de ahí, sus relaciones con el entorno. La mama además de estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la integridad corporal, constituye el símbolo de la "femineidad", del propio yo de cada mujer, por esto, cualquier tipo de cirugía, es, un atentado contra la estructura psíquica de la mujer, siendo los efectos psicológicos más frecuentes; ansiedad, depresión y desesperanza, un deterioro en su vida sexual, los que repercuten en su integridad física, en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia.

Las emociones que experimenta una mujer ante la pérdida de una mama pueden compararse a las que se producen ante la pérdida de un ser querido. Se trata de un auténtico duelo por las funciones perdidas (sexual, estética, simbólica y/o reproductora) y por las satisfacciones psíquicas que proporcionaban dichas funciones. La mujer experimenta este trauma como un atentado contra su narcisismo, como una auténtica "castración".

Torrico (1996) menciona que los choques emocionales provocados por esta neoplasia son más intensos que en otras; las consecuencias físicas, son visibles y el deterioro de la imagen corporal es tan importante que la mujer rechaza su nuevo esquema corporal. Es relativamente frecuente que tras una intervención quirúrgica, se origine el "síndrome del amazonismo", es decir, las pacientes se sienten "media mujer" y piensan por ello que han perdido su atractivo sexual, su belleza y su capacidad de seducción. Otro síndrome cuya presencia es frecuente es el de la "mama fantasma", en el cual aparecen sensaciones y secuelas dolorosas durante cierto tiempo ante cualquier contacto o caricia. "...el sentir que se siente, no es pensamiento de sentir...sino experiencia muda y gritos de dolor interior y desesperación de mi yo" (cita de paciente)

En el varón, esposo de la paciente, es relativamente frecuente la impotencia funcional, debida en gran parte a sentimientos de culpa, a temores, a prejuicios y en ocasiones a un rechazo tal vez inconsciente de la nueva estructura corporal de su mujer.

Temoshok y cols. (1987, op. cit. Florez, 1994) propusieron un tipo de personalidad identificado como "tipo C", sensible a la aparición de la enfermedad cancerosa, las características son: dificultad para expresar emociones o sentirlas, baja autoestima, convencionalismo, simpatía, desamparo o desesperanza, perfeccionismo, falta de asertividad, laboriosidad, inhibición, conformismo, ajuste excesivo, fuerte depresión, compulsión, tendencia marcada a la represión y el rechazo de afectos, así como una tendencia acusada hacia la ansiedad. Las características psicológicas de las mujeres con cáncer de mama son: reacciones emocionales pobres, maternidad inhibida, carácter inhibido, agresividad reprimida o rechazada, conformismo, personalidad depresiva y compulsiva, estructura de carácter masoquista, una marcada cantidad de autoaversión, frustración, incapacidad para descargar ira y hostilidad, sexualidad inhibida.

El paciente con cáncer de acuerdo con el modelo psicológico resulta de la manifestación individual de un proceso de interacciones sociales que comienzan básicamente en los núcleos familiares de igual manera son sujetos sometidos a estrés, en los que los fenómenos socioambientales son experimentados como amenaza, sobrecarga, fracaso o bien como elementos provocadores de alguna forma de conflicto psíquico. Así el énfasis se da en la forma de resolver los

problemas (afrentamiento), más que a la exposición a los estresores per se, como el verdadero factor de riesgo (Anisman, 1979; Levy, 1983; op. cit. Florez, 1994).

Rísquez (1978, op. cit. Florez, 1994) ha encontrado algunos rasgos de personalidad del futuro enfermo de cáncer: vocación de servicio exagerada, gratuita habilidad para recabar toda la personalidad y toda la sensatez de la familia. dignidad para aceptar el sufrimiento, capacidad para ocultarlo y necesidad de mantener siempre una atmósfera de cariño. Este autor afirma que la enfermedad puede ser manejada como una especie de arma con el fin de desencadenar un clima familiar de tensión e infelicidad que, en condiciones normales, no podría ser engendrado, se trataría de un auténtico "suicidio psicológico".

Rennecker sostiene que la mujer con un tumor en el pecho tiene el sentimiento traumatizante de que las bases de su femineidad están en peligro y primero cuida sus mamas, sin tomar en cuenta el peligro que corre su vida. La relación con la enfermedad y las posibilidades de peligro solo surgen después de la operación. El foco emocional es diferente en el pre o en el post operatorio (Schavelzon, 1965).

Cada personalidad tiene una relación específica con su propio cuerpo en función de como cada persona integra su propio *esquema corporal*. Schilder menciona que es "la imagen tridimensional que cada uno tiene de sí mismo, o sea la manera en que se presenta nuestro propio cuerpo ante nosotros mismos". Pichon Riviere introduce una nueva dimensión, el factor tiempo, en el esquema corporal, o sea la imagen tetradimensional que cada uno tiene de sí mismo. Él la concibe como una estructura social configurando nociones de espacio y tiempo que rige muchos de los aspectos del vínculo con el otro (Schavelzon, 1965).

Está construida con las sensaciones recibidas de 1) la superficie corporal, que proporciona las informaciones táctiles, térmicas y dolorosas que constituyen la sensibilidad superficial consciente, 2) del interior del cuerpo, la información que de él tenemos es pobre y en estado de salud no tenemos ninguna percepción, 3) la movilidad muscular, el esquema varía de acuerdo con las tensiones musculares y la actividad motriz, 4) las percepciones ópticas, todo cambio en la imagen óptica del cuerpo determina una modificación del esquema, 5) de la permanente relación con el mundo exterior, existe un continuo intercambio entre la imagen de uno y la de los otros.

El esquema del cuerpo no se integra por la suma de estas variadas sensaciones sino que se integra dinámicamente en una gestalt del cuerpo. Desde el punto de vista psicológico es un fenómeno en permanente estructuración, destrucción y reestructuración. Esta se realiza de acuerdo con la experiencia de cada sujeto. Cada personalidad reactivará, frente a situaciones traumáticas, mecanismos defensivos correspondientes a la etapa del desarrollo en que predominó un determinado modo de comportamiento que fue operante para controlar ciertas situaciones de ansiedad en un momento de la vida.

Existen varios tipos de *reacción postoperatoria*, descritos por Sutherland. Los más comunes son: una relación de *dependencia*, generalmente hacia el cirujano, muy intensa en los primeros días, las mujeres se sienten incapaces de la más simple decisión mientras no lo consulten con otros. La *ansiedad* es también una reacción frecuente y suele acompañarse de *depresión*, reacción esta última que acompaña al individuo por largo tiempo (Shavelzon, 1965).

Desde que el paciente intenta vencer su primer dificultad en ir a una entrevista médica donde enfrentará un probable diagnóstico que se confirmará o no, y aunque el médico no explicita verbalmente sus dudas, en el enfermo empezarán a actuar mecanismos defensivos (frente a la ansiedad y actúan en condiciones normales como en las patológicas) que son universales a todo ser humano. Las diferencias estriban en la cantidad y grado de adecuación a la realidad. Estas

estructuras de personalidad son las siguientes: 1) *Histérica o demostrativo*; 2) *Fóbica o distante*; 3) *Obsesiva o lógica*; 4) *Depresiva o hipoactiva*; 5) *Estructura paranoide*; 6) *Esquizoide o distante* y 7) *Infantil o psicósomática*. Estas estructuras se combinan y a su vez cada una de ellas tiene algún mecanismo defensivo predominante.

Durante el desarrollo normal, en el pasaje por las diferentes etapas evolutivas se da un acercamiento al propio cuerpo sobre todo en los grandes momentos de crecimiento biopsicológico, pubertad, vida sexual, partos, etc., se produce simultáneamente la reactivación de ansiedades hipocondríacas normales que se configuran habitualmente como fantasías peligrosas de tener un cáncer (Shavelzon, 1965).

Al evaluar pacientes con cáncer mamario es importante descubrir la información relativa al conocimiento anterior, experiencias, creencias adquiridas a través de la familia, amigos y conocidos. Si la enfermedad ha sido considerada con devastación y la paciente tiene sentimientos no resueltos acerca de la situación, esto afectará el ajuste al problema actual. La actividad del clínico estará determinada por las fases cronológicas en que se encuentre el paciente con cáncer, tales como: pre-diagnóstico, diagnóstico, tratamiento inicial, post-tratamiento, recurrencias, enfermedades progresivas, terminal/paliativa. La paciente requiere de una constante valoración psicosocial durante todas las fases de la enfermedad.

Desde la fase de *pre-diagnóstico* la actitud más importante y prominente del paciente es el miedo: miedo a padecer un cáncer, a que éste sea fatal, a que pueda suponer una intervención "mutilante", a las alteraciones en la imagen corporal, al dolor que la enfermedad pueda causar, al tratamiento y sus efectos secundarios, miedo a morir. La noticia de cáncer, idealmente el clínico debe proporcionarla de una manera no apresurada, honesta, con esperanza realista; en ocasiones es necesario repetirla varias veces y en presencia de un familiar (Secin, 1998).

Con el *diagnóstico*, surge un dilema existencial, que tiene que ver con una experiencia nueva, amenazante sobre todo por la confrontación con la muerte, la incertidumbre ante lo más temido. Se han descrito síndromes ansiosos y/o depresivos alrededor de éste periodo. Las psicoterapias que han resultado ser útiles durante este lapso son: orientación, intervención en crisis, psicoterapia breve, terapia cognitivo-conductual. Cuando los pacientes tienen una relación médico-paciente fincada en la confianza y la claridad, así como un sistema de apoyo familiar efectivo, los síntomas ansiosos y/o depresivos se autolimitan, favoreciendo una contención benéfica en la convalecencia, la rehabilitación y la calidad de vida.

Ante el diagnóstico de una enfermedad cancerosa, el paciente puede reaccionar en forma inmediata o alejada del preciso instante en que conoce la noticia, generarse un proceso de desorganización de la personalidad, retraimiento, tristeza, insomnio, angustia opresiva, abandono de su persona. Otros responder violentamente, mostrando a su vez irritabilidad, desconfianza, incredulidad extrema (Medical MAG, 1992).

El diagnóstico de cáncer, de manera semejante a otras enfermedades crónicas, produce conflictos psicológicos e interpersonales tanto en los pacientes como en los demás integrantes de su familia, esto es, afecta al sistema familiar, en consecuencia, todo programa de rehabilitación y ayuda debe incluir necesariamente intervenciones psicológicas con los pacientes y sus familias (Blum, Gordillo, 1989).

Los seres humanos se mueven hacia el futuro y el presente depende de los objetivos que se aspira alcanzar. El diagnóstico de cáncer deja al hombre sin futuro y este hecho modifica toda la estructura de la personalidad y todos los valores humanos. Nuestra idea de la muerte es bastante abstracta y actuamos como si la muerte fuera inevitable. El cáncer es sentido y vivido de

inmediato, desde el inicio de su presencia como una persecución del destino o la mala suerte o como un castigo. "Sólo unas cuantas palabras y todo mi futuro queda destruido" (sic. paciente). Además, por esto mismo, el paciente se siente en un primer momento abandonado y sin protección por parte de ese mismo destino. Cuando ciertos pacientes deducen su diagnóstico entran en una situación de total parálisis, equivalente a una situación depresiva pero vivida a nivel de su actividad en relación con su cuerpo y acusan fenómenos de despersonalización (sensación de extrañamiento frente a sí mismos). Aquí el esquema corporal está comprometido en forma masiva. Otros si sospechan que tienen un cáncer, se someten al destino y no actúan.

Pueden darse reacciones de disociación: el adoptar el papel de observador, por la necesidad de bloquear la angustia. La desintegración es un intento más desesperado del yo para evitar la ansiedad. Cuando ésta se vuelve intolerable el yo hace lo que puede para no existir pero ese intento origina otra ansiedad específica: la de caer en pedazos. Otras veces pueden identificarse con otros que se han curado, o hacer una conducta reactiva parecida a una sublimación en el trabajo. Reacciones de aislamiento con muchas ideas depresivas son habituales cuando el paciente no necesita recurrir a una excesiva negación para hacerse cargo más o menos rápidamente de las condiciones de invalidez a que lo somete el acto quirúrgico por la falta del órgano extirpado, o las limitaciones a que su enfermedad lo tendrá sometido en el futuro (Schavelzon, 1965).

La negación es uno de los mecanismos más primitivos ligados a las primeras etapas del desarrollo. En el niño es una defensa habitual para negar las frustraciones. el enfermo con cáncer vuelve a esta situación de dependencia y esta negación se incrementa cuando más desesperanza hay frente a la evolución. Hay otros pacientes que en cambio solicitan de alguna forma estar en posesión de la información adecuada porque pueden perder la oportunidad de poner sus asuntos familiares, afectivos y económicos al día.

Todos (los que no tienen cáncer) pasan a ser profundamente envidiados, incluso la familia y el médico. El paciente quiere saber las causas de su cáncer y como no se le puede responder tiene reacciones paranoides. Necesita muchas veces responsabilizar a alguien del grupo que le rodea, (proyección). Por supuesto esta situación altera su relación con la gente, y se puede llegar a apartar de una figura importante de su ambiente en el momento en que necesita el mayor apoyo posible de ella.

En general, cuando se sabe que una persona padece una enfermedad que puede llevarlo a la muerte, la relación con esa persona se entorpece y muchas veces se vuelve evasiva. Esta es una dificultad que compartimos todos socialmente como consecuencia de negar a lo largo de nuestra vida que la muerte es nuestro fin natural (Alvarez; Kraus, 1996).

La situación psicológica básica de todo paciente con cáncer es una depresión (equivalente a un duelo por la pérdida o muerte de partes del mismo). Desde esta situación básica se configurarán las distintas manifestaciones psicológicas como formas de enfrentar esa depresión (Florez, 1994). Las fantasías de suicidio aparecen con enorme frecuencia, pero no llegan a consumarse en la misma proporción. Las fantasías que operan son una acción relativa de destrucción contra una parte del cuerpo que está enferma y que ha traicionado al individuo como una profunda herida narcisística y una amenaza a la integridad del yo.

Cada paciente, dependiendo de su experiencia de vida y de su estructura neuropsíquica, procesara y significara de diferente manera el diagnóstico que establezca el médico, así habrá pacientes que su depresión y melancolía, dada la significación que pueda darle a la enfermedad, sea más grave que el propio padecimiento, pero también habrá pacientes que su ansiedad y coraje por la enfermedad sea el principal obstáculo para su sanación o control (Villalobos, 1998).

La etapa de *adaptación y/o mitigación* es considerada aquella a partir de la cual se realiza el intento curativo hasta el momento en que surge la recurrencia. Mientras más tiempo pasa sin que el paciente presente actividad tumoral, la sensación de control sobre la situación presenta menos fuentes de estrés. Durante éste periodo lo más frecuente son los síndromes ansiosos y/o depresivos en relación a que la enfermedad reaparezca. Cuando la enfermedad y/o los tratamientos dejan de ser el foco de la psicoterapia, se puede dar paso a otros problemas que pueden ser para el paciente motivo de preocupación y de consulta.

En el estadio de *declive y deterioro*. Los pacientes han vivido y sufrido los rigores del o los tratamientos, a veces han hecho cambios profundos de vida y realizado cuestionamientos sobre sí mismos de que estaban conteniendo con éxito contra la enfermedad. La psicoterapia en ésta transición debe enfocarse a la exploración de los sentimientos sobre la recurrencia y a la recuperación de la esperanza para sobreponerse al cáncer. La decisión de *terminar con el tratamiento* es otro momento crucial para los pacientes. Nuevamente la exploración de los temores y el acompañamiento durante éste proceso son las herramientas psicoterapéuticas en la enfermedad avanzada y cuando la muerte está cerca (Bustamante, 1998).

El paciente *terminal* es aquel para el cual la ciencia y la medicina moderna ya no tienen la posibilidad de ofrecer un futuro que lo ponga en condiciones de realizar, lo que había sido su vida "normal", pero que conserva un nivel de conciencia que le permite seguir relacionándose o vinculándose con su entorno. La aceptación de la muerte, requiere de procesos vividos íntimamente en la soledad. El paciente terminal está particularmente solo; la experiencia que está viviendo es intranferible e intransferible, está acuciado por la experiencia de la propia fragilidad corporal, el dolor se hace presente, la incapacidad para auto-coducirse se hace evidente. Aquí la medicina tiene el papel de proporcionar el máximo nivel de confort para que estos problemas no sean los que dominen el entorno y le permitan concentrarse y elaborar el paso que va a dar. Otro factor importante es el papel de la fe, religión o creencia. Este es uno de sus derechos más inalienables. Lo importante es que el paciente terminal se sienta tratado como persona, comprendido en su situación, alentado y suficientemente informado sobre su condición (Beascochea, 1998).

A veces la experiencia de angustia es en alguna forma la fuerza motivadora que conduce a la integración de nueva información. Se debe tratar de informarle y describirle algunas alternativas sobre su tratamiento; tampoco debe ser informado más de lo que desea; guardar silencio es inútil ya que todo paciente intuye su diagnóstico, conoce su enfermedad, si bien muchas de las veces no en un nivel consciente, tiene en cambio la percepción inconsciente indudable, aunque la puede negar sistemáticamente. Es de gran importancia estar atento a que la información que manejen en conjunto el paciente con su médico y sus familiares sea en esencia la misma, a fin de prever que la divergencia en esta pueda acentuar la ansiedad, la depresión y las dudas estos (Olper, 1998).

Sigmund Freud, cuyo trabajo intelectual, teórico y clínico se centró alrededor de la verdad, padeció la mentira en algo tan importante como la salud. Años después de qué había sido diagnosticado de cáncer, llenos de sufrimientos y operaciones, alguno de sus allegados le comentó que al principio habían pensado en no comunicarle el verdadero carácter de su enfermedad. Freud miró primeramente extrañado y luego con indignación creciente a su interlocutor. "¿Y con qué derecho?" preguntó finalmente (Shavelzon, 1983). El ser objeto de mentira en situaciones como esta, convierte al sujeto en objeto, pues se le priva de palabras, deseos, decisiones, incluso del propio nombre (el paciente de la cama tal), es degradado a la categoría de "cosa" a la cual se cuida (Blum, Téllez, 1998).

El concepto de duelo implica todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad del individuo y abarca de un modo consciente o inconsciente, a todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas, y en particular las relaciones con los demás (Maza, Torner, 1992).

Kübler Ross, identificó las cinco etapas del duelo: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión, aceptación y esperanza.

Según Freud no existe representación mental de la muerte en el inconsciente, ya que carecemos de una experiencia previa, y negamos emocionalmente que tendremos que morir un día. Al no poder imaginarnos la propia muerte nos conducimos como si no pudiera ocurrir nunca como realidad inmediata, sin embargo existe el temor a la muerte, pero se confunde con el temor inconsciente a la castración (Schavelzon, 1983).

Para Melanie Klein (op. cit. Segal, 1975) ya el recién nacido se ve expuesto al temor a la muerte experimentando como peligro de desintegración. El instinto de muerte es un componente fundamental de nuestras ansiedades básicas: la paranoide y la depresiva. La muerte como tal, la biológica, la "real", es, inevitable y necesaria. Conforman la vida desde sus orígenes. Frente a ella nada se puede hacer. Pero, en esta otra dimensión de la muerte, la simbólica, la propia muerte humana, que apela a la compañía y a la trascendencia, o sea, al otro ser humano, en esa sí podemos intervenir, lo que implica comprometernos con él hasta el final (Blum; Téllez, 1998). La susceptibilidad en la personalidad y la pérdida del ser querido; el cómo es contenido en su reacción al saberse enfermo de una patología mortal; sus últimos momentos de vida; todo está impregnado por las relaciones de cercanía-lejanía, ternura-rechazo, agradecimiento-vidia o cariño-rabia, que establezca en cada momento el paciente con otros seres humanos que lo rodean. Uno de los temores más grandes frente a la muerte es la soledad, el aislamiento (De la Parra, 1992).

Una perla, resulta ser un templo construido
en el dolor en torno a un simple grano de arena.
Gibran Jalil Gibran. Arena y espuma.

LA FAMILIA ANTE EL CÁNCER.

En la familia sana, cada miembro es una unidad que interactúa con las demás en términos de su propia identidad, aún y cuando las necesidades y problemas de cada individuo y los de la familia están estrictamente relacionados. La funcionalidad de la familia es dinámica, las familias no son estáticas, por lapsos o circunstancias pueden caer en "crisis" y en ese momento ser disfuncional en mayor o menor grado para recuperarse posteriormente. La *funcionalidad familiar* cursa por cuatro etapas secuenciales: *proceso de identidad, disposición al cambio, proceso de la información y estructuración de roles*. Las crisis familiares frente a la enfermedad de un miembro se caracterizan por cuatro etapas subsecuentes (Kubler-Ross citada por Velazco; Chávez, 1994) hasta su resolución 1.-choque; en donde hay aturdimiento, incredulidad, negación, 2.- rechazo; con enojo, confusión, agresión verbal, culpa., 3.-depresión, 4.-reorganización; en donde se encuentra la aceptación, la recuperación y se crean nuevos proyectos). La resolución de la crisis familiar, depende de cuatro recursos fundamentales: productividad y eficiencia familiar, patrones de liderazgo, expresión de los conflictos y claridad de la comunicación (Velazco, Chávez, 1994). El enfermo de cáncer habitualmente mantendrá contacto con otras personas y otros ambientes, de estos los más importantes son los que conforman su familia (González, Espinosa, 1993).

El estudio de la familia como entidad clínica fundamental para el desarrollo del individuo, aparece alrededor de la década de los 50s, donde se inician los primeros estudios con la familia del paciente esquizofrénico, en Palo Alto California, donde se observó la influencia que la familia tiene sobre la patología esquizofrénica. Sin embargo, trabajos realizados con familias ante la presencia de un padecimiento como el cáncer son escasos (Robles y cols. 1987). El tema de la familia y el cáncer se encuentra mínimamente estudiado a pesar de la importancia que la familia posee cuando uno de sus miembros es diagnosticado de cáncer (Holland, 1992). Desde la aparición del

diagnóstico de cáncer, la familia juega un papel vital, ya que esta hará posible o no comenzar y/o continuar un tratamiento. La estructura familiar cambia, se vuelve central la figura del paciente, y puede aparecer alianzas y coaliciones entre sus miembros, la aparente impotencia de la familia puede afectar negativamente la cohesión y comunicación familiar, esto traerá como consecuencia que se obstaculice el manejo eficaz de la enfermedad (Robles y cols. 1987; Moro, 1993).

Ante una crisis o estado temporal de trastorno o desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado totalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1988), como una enfermedad, el grupo social inmediato, que generalmente es la familia, puede fungir como una fuente de apoyo proporcionando el primer contacto de ayuda.

Para Morales (1999), las familias tienen características que las definen y diferencian, estos tipos de familias son: 1) familia emotiva; sus problemas fundamentales radican en la exageración de las disposiciones de ayuda y la falla en el cumplimiento de expectativas, 2) la familia negadora es aquella que tiende a minimizar los problemas, presentan una falsa imagen de las circunstancias y falsas expectativas con respecto al futuro de situaciones difíciles tales como la enfermedad. A este tipo de familia le es de gran ayuda el manejo adecuado de la información, 3) la familia sobreprotectora sobrevalora las capacidades de la persona enferma, colocan el mal en el exterior y lo atacan en defensa de sus propios miedos. Sus problemas básicos radican en exigencias excesivas al enfermo y la consecuente confusión en las necesidades familiares. Una ayuda fundamental a estas familias es el restablecimiento de límites y el fomentar la buena comunicación.

La presencia de una enfermedad crónica, constituye una fuente de estrés, que suele ser percibida como una injusticia o castigo, lo anterior, trae consigo una serie de procesos que alteran por igual tanto al sujeto enfermo como a su entorno familiar, sobreviniendo cambios bruscos, que generan crisis. Esto produce cambios de hábitos, expectativas y proyectos familiares, por lo que el efecto psicológico del padecimiento dependerá en gran medida del significado que se le atribuya a la enfermedad (Robles y cols., 1987).

En la actualidad una de las enfermedades crónicas más comunes es el cáncer, en el cual existe la creencia cultural de que es sinónimo de incertidumbre y en ocasiones de muerte; este pensamiento incrementa el choque y la ansiedad para las personas con este padecimiento y sus familias. La idea de que el cáncer "mata", afecta la forma responder a la enfermedad, aumentando así las sensaciones de desamparo e indefensión, aun que en la actualidad muchos pacientes con cáncer recuperan la salud. Para el común de la gente, el hablar de cáncer sugiere una situación no comparable con algún otro padecimiento, pues se piensa en los continuos altibajos de la enfermedad, la agresividad de la terapéutica y la incertidumbre etiológica (Sontang, 1980; Matthews, 1989; Holland, 1989; Moro, 1993).

En una investigación realizada por Maza y Torner (1992), con una muestra de 24 pacientes con cáncer, encontraron que todos los pacientes aceptaron que sus roles familiares fueron afectados, el cambio que resintieron de manera más frecuente fue el de no poder atender a sus hijos. En cuanto a las relaciones de pareja se encontró una significativa disminución del deseo sexual. Aparentemente, la actitud de la familia tuvo la tendencia a ser positiva, lo que favoreció un mayor acercamiento y comunicación. Después del diagnóstico en los pacientes, la tendencia del cambio era disfrutar más de la vida, aunque la conducta manifiesta era hacia la depresión. El diagnóstico e inicio del tratamiento es un momento difícil para la familia, ya que cada uno de los miembros está tratando de mantener el balance entre sus propias necesidades y las de la persona enferma (Sociedad de Leucemia de los E.U.).

En un estudio realizado por Senra, López y cols. (1995), sobre la opinión de los parientes de enfermos con cáncer sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer, se observó que los parientes de los enfermos de cáncer rechazan la comunicación del diagnóstico al enfermo con más frecuencia que la población en general. Es muy frecuente que el compromiso de los cuidados del enfermo sean compartidos por la red familiar los que les convierte en sujetos de intervención psicológica, pero también en poderosos agentes de influencia sobre el enfermo. La información que se da al paciente es en realidad bastante reducida, no así la que se proporciona a los familiares.

La *conducta familiar* depende de su estado anterior a la enfermedad. La actitud familiar puede estar profundamente alterada si el paciente constituye su pivote material o espiritual.

En las familias en crisis hay una tensión, y obstáculos que impiden la flexibilidad de la familia, lo suficiente como para que sus esfuerzos iniciales por reaccionar, sean inútiles. En muchas ocasiones ante una crisis los miembros de la familia eligen a un miembro para que este cambie, de modo tal que el resto de la familia no deba cambiar. Si la familia se encuentra lo bastante preocupada, estará dispuesta a comprometerse (Pittman III, 1988).

Las *crisis familiares* pueden dividirse en dos tipos principales, las originadas *fuera de la familia*, (guerras, catástrofes naturales) y *las que tienen su origen en el seno de la familia misma, tales como las enfermedades*. Dentro de las situaciones más estresantes, Minuchin (1992), menciona las siguientes: 1.- contacto estresante de un miembro con un medio ambiente en crisis, donde tiende a dar un manejo disfuncional (conflicto conyugal desviado hacia el hijo, los abuelos ocupan el rol paterno, etc.), 2.- contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares (situación económica difícil, cambio de domicilio, etc.), 3.- situación estresante en los momentos transicionales de la familia (nacimiento de un hijo, muerte, separación), 4.-situación estresante ante problemas de idiosincrasia, pautas transaccionales de orden disfuncional (enfrentamiento ante la enfermedad o discapacidad de alguno de los miembros).

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado con una enfermedad crónica, se altera tanto la situación de la familia como del paciente. El sistema familiar y el paciente entran en una crisis, la cual implica cambios en el modo de funcionar, y una nueva adaptación a ésta nueva situación. Lo deseable es que ésta adaptación sea favorable, es decir, que promueva el crecimiento tanto de la familia como del paciente, pero esto no siempre sucede, lo cual lleva a la familia a un funcionamiento deficiente (Andrade y cols., 1998).

Para poder sortear todos los cambios y las crisis a las cuales la familia se ve sometida, es importante la flexibilidad estructural que ésta permita, así como la apertura de este grupo al exterior (Pittman., 1995). Pittman (op. cit. Calderón 1998), estudió el concepto de crisis familiar. Este autor menciona 4 tipos de crisis que se pueden presentar en todas las familias:

**Crisis Inesperadas:* Cuando existe un evento externo a la familia que repercute en su dinámica.

**Crisis del Desarrollo:* Que se presentan en todas las familias como consecuencias de su ciclo vital.

**Crisis de Estructura:* Se presentan como consecuencia de las diferentes estructuras de personalidad de sus miembros, que pueden generar disfuncionalidad en el sistema familiar.

**Crisis de Desvalimiento:* Se presentan cuando alguno de los miembros de una familia presentan una enfermedad crónica como el cáncer, que afectará a todos los integrantes del núcleo familiar.

El impacto de la familia ante la enfermedad depende de: la forma de comienzo, curso, resultado y grado de incapacidad del paciente. Un inicio agudo fuerza un cambio y una movilización de recursos en un corto tiempo, lo que produce un desgaste mayor. Cuando la enfermedad es de comienzo lento la tasa de adaptación se distribuye a lo largo de un tiempo prolongado, permitiendo a la familia una adaptación más adecuada (Andrade y cols., 1998).

En las crisis que se generan en las familias como consecuencias de una enfermedad grave, incapacitante de uno de sus miembros, se han identificado ciertas etapas que ocurren en sucesión. Inicialmente, la familia no reconoce la gravedad del problema; después, en forma gradual o súbita adquiere conciencia de que se trata de una enfermedad de consecuencias graves, y hay cambios en las actitudes de sus miembros y ajustes que tienen por objeto contender con la situación y adaptarse a las nuevas circunstancias (Instituto Mexicano de Psiquiatría, s.f.). De tal forma que la familia con un miembro crónicamente enfermo, además de cumplir sus funciones propias debe encarar el estrés y las necesidades adicionales de la enfermedad.

La fase de crisis por la que pasa una familia, comprende desde antes de que se de el diagnóstico, cuando aparecen los primeros síntomas y hacen pensar a la familia que va mal. El grupo familiar tiene que enfrentarse con las siguientes tarea: aprender a convivir con el dolor, la incapacidad y otros síntomas derivados de la enfermedad, aprender a convivir y manejar correctamente el ambiente hospitalario, dar un significado a la enfermedad que les permita una cierta sensación de control, elaborar el duelo por la identidad familiar perdida (ya no será una familia sana), aceptar que el cambio es permanente cuando se trata de una enfermedad incurable, ser capaces de reorganizarse para dar una respuesta a la crisis por la que están atravesando y lo que les puede venir por delante (Navarro, 1997).

La postura ideal ante las crisis de un sujeto, producto de un diagnóstico de enfermedad crónica, es compartir la crisis con la familia y amigos, en donde se trate de establecer un sistema de apoyo, que vaya desde el contacto físico, que suele tener resultados tranquilizadores, hasta la comunicación de sentimientos y situaciones que se ven seriamente alterados (Matthews 1989).

La pérdida de un familiar o ser querido (no necesariamente muerte), con una estrecha relación emocional, puede desencadenar un desequilibrio intraorganísmico tal que propicie el desarrollo de la enfermedad. También se asocian factores emocionales con fuerte impacto psíquico en el desencadenamiento de la enfermedad. En los estudios psicoafectivos, la familia constituye una variable muy importante: la integración familiar, la estabilidad afectiva, el equilibrio de los miembros de la familia, el apoyo mutuo y una vida auténticamente comunicativa y "feliz", parecen mostrarse como elementos que frenan la aparición de este tipo de enfermedades (Rísquez 1978, op. cit. Florez, 1994).

Por la pérdida de un órgano pueden verse prolongados períodos de invalidez postoperatoria desproporcionados a la resección efectuada. Muchas veces operaciones relacionadas con órganos sexuales o mamas lleva al rechazo de la relación sexual matrimonial, con lo que los problemas se agudizan (También sirva como pretexto definitivo para terminar una historia previa de mala relación sexual).

Para Vess y cols. (1992), Zabora y cols. (1994), la familia ya no vuelve a ser la misma después del diagnóstico de cáncer. Los roles y funciones son una de las áreas que más modificaciones presenta, ya que la familia se ve obligada a negociar los que hasta el momento ha desempeñado el miembro enfermo, lo que mueve todo el mapa estructural.

Puede ser necesario que los miembros de la familia asuman los papeles y responsabilidades del paciente durante la fase de tratamiento, en esto hay que tener mucho cuidado pues cuando una persona se ve sobrecargada de responsabilidades, se afecta su salud física e intelectual como individuo y consecuentemente, la fortaleza de la familia como unidad. Como familia es importante que se reduzcan las fuentes de confusión y que mantengan los papeles de vida e interacción - dentro de la familia y con el mundo exterior- tan cercanos a lo normal como sea posible. Esto le ayudará a todos a enfrentarse con las tensiones diarias durante el tratamiento y a largo plazo les

facilitará reasumir el funcionamiento como una unidad durante los períodos largos de remisión o control permanente (Sociedad de Leucemia de los E.U.).

La adhesión a patrones rígidos de funcionamiento se da cuando la respuesta de emergencia a la crisis inicial, caracterizada por la movilización intensa de recursos físicos (cuidados, asumir roles diferentes y funciones del enfermo) y emocionales: 1)no se presenta, 2)se mantiene en la fase crónica de la enfermedad, cuando ya no son necesarios tantos cuidados, ni tanto apoyo afectivo, cuando el paciente ya es capaz de reasumir funciones, 3)cundo el cuidador primario reclama al resto de la familia se reconozcan "sus sacrificios", y la familia responde aportándole soluciones racionales a sus problemas, sintiéndose, ambos no comprendidos y rechazados (Méndez, 1998).

Las familias rígidas, son incapaces de sobrellevar y adaptarse a las dificultades de la vida, no pueden evolucionar a una etapa superior de desarrollo, quedan estancadas, gobernadas por reglas estereotipadas que se complementan con interacciones pobres o poco flexibles. Son familias poco autónomas que subsisten con mucha angustia y tensión (Huber, 1998).

Cada cultura da un significado a la enfermedad, ciertas enfermedades son marcadas con connotaciones de valor (positiva o negativa); lo que estigmatiza a los que la sufren (y en algunas culturas se incluye a la familia entera del enfermo). En nuestra cultura el cáncer remite a varios significados como la impredecibilidad, la impotencia, la injusticia, pero también alude a la responsabilidad de quien la contrae, por haber seguido hábitos insanos de vida o a problemas medio ambientales. La asignación de significados tiene una importancia determinante en los sentimientos que genera la enfermedad, y en el apoyo social de quien la padece (Navarro, 1997).

Es frecuente que ante la enfermedad y los cambios adaptativos aparezcan conductas disfuncionales en otros miembros, los problemas ya existentes generalmente tienden a agravarse, además la familia puede manejar una dificultad inadecuadamente, transformándola en un problema. Puede ocurrir que el enfermo una vez sanado, pueda encontrar difícil recuperar su lugar y sus funciones en el seno de la familia (Instituto Mexicano de Psiquiatría, s.f.).

Vess y cols.(1992), realizó un estudio longitudinal en 54 familias con un miembro con cáncer, el trabajo de investigación se centró en el impacto que el cáncer provoca respecto a los roles en la familia y la comunicación entre los esposos. Los resultados mostraron datos significativos sobre la capacidad de las familias para la asignación de nuevos roles, tanto en el caso de los padres como en el de los hijos, también encontraron que en la medida que la familia cuente con miembros más pequeños, se sobrecargará de roles a un miembro, se percibió que entre mayores son los hijos, mayor cohesión existe en la familia. Concluye que ante un suceso precipitante de conflicto, un buen pronóstico es que la familia tenga flexibilidad para el cambio de roles.

En 1994, Kissanne y cols. reportaron un estudio con 101 familias, para conocer como la familia percibía su funcionamiento familiar ante el diagnóstico de cáncer de uno de sus miembros, estos eran adultos, los resultados mostraron que el 85% de estas familias se percibían con una buena Cohesión Familiar, por lo que el autor propone que ante algún suceso amenazante, la familia tiende a reforzar lazos afectivos.

Eustace en 1986, describe las reacciones a las que se enfrenta la familia ante un diagnóstico de cáncer; angustia, culpa, temor, cambio económico, las relaciones familiares cambian de igual manera pero bajo la influencia del aumento de la tensión. Durante la enfermedad de un miembro de la familia se presentan alteraciones en la respuesta emocional, entre las que se pueden mencionar: 1)ambivalencia de sentimientos, 2)conspiración del silencio, 3)duelo, 4)sobreprotección.

Además de los factores propios del procesamiento del hecho denominado enfermedad, intervienen los siguientes variables, que se tienen como indicadores pronósticos del tipo de

respuestas adaptativas que el sistema familiar pondrá en práctica a partir del diagnóstico de enfermedad terminal para evitar al máximo la ocurrencia de respuestas adaptativas disfuncionales: a) el momento de eclosión de la enfermedad en relación al ciclo vital de la familia, donde se incluyen los factores tensionantes transmitidos por generaciones a través de mitos y creencias, así como los propiamente circunstanciales como la muerte no esperada de uno de los miembros de la familia; b) la permeabilidad de los límites del sistema familiar a partir de la que se podrá analizar, por un lado, la capacidad que tiene el núcleo familiar de lograr contextos sociales inmediatos colaborativos y, la discriminación clara del grupo familiar con respecto a la familia extensa en cuanto a la enfermedad; c) el estilo de respuesta de la familia a la enfermedad, que puede ser centrífuga o centrípeta; d) la capacidad que tiene la familia para la resolución de conflictos en los que se pone a prueba la capacidad de cada uno de sus miembros para permanecer sin reaccionar a la intensidad de las emociones vividas en aquél, para comunicar sus pensamientos y sentimientos a los otros y para mantener sus límites entre los subsistemas y e) el ritmo y características del aprendizaje requerido por la situación provocada por la enfermedad, en donde la información proporcionada por el profesional de salud afecta el ritmo de evolución de aquella, así como la información dada por el propio cuerpo del paciente en forma de indicadores precoces de los estados orgánicos que están en vía de manifestarse (López, 1994).

Para Kornblit (1984), en el análisis del grupo familiar ante una enfermedad crónica, se debe tomar en cuenta la capacidad de resolución de conflicto que ha tenido la familia en algún otro momento y algunos aspectos de los que dispone, como por ejemplo: 1) su capacidad organizativa (que es detectable a través de la lentitud o rapidez de la familia para llegar a respuestas no disfuncionales respecto al enfermo y al grupo), 2) su tipo de cohesión (que mostrará el apego de los miembros), 3) adaptabilidad (que dependerá del proceso rechazo-aceptación de la enfermedad), 4) su estilo de respuesta: a) centrípeta: es decir, existe una extrema cohesión interna, en torno a la situación de la enfermedad, y toda la familia gira alrededor del enfermo, b) centrífuga: que se caracteriza por la expresión de conductas evitativas en torno a la situación de la enfermedad, y generalmente el cuidado del enfermo se centra en una sola persona.

Fraude (1991; op. cit. Andrade 1998) encontró que cerca del 70% de las familias que se enfrentan a la enfermedad crónica de alguno de sus miembros, no sólo no deterioran su funcionamiento y relaciones, sino que mejoran ambas. Cuando los lazos familiares son fuertes desde antes de la enfermedad, la misma experiencia dolorosa los fortifica, pero cuando los lazos son débiles, la relación familiar normalmente empeora y los lazos familiares se debilitan.

Rodríguez (1994; op. cit. Méndez 1998) en su investigación con pacientes oncológicos, encontró: 1) tres puntos fundamentales en la evaluación del funcionamiento familiar: las dimensiones de las interrelaciones, el nivel de cohesión y las capacidades de expresión en combinación con un estrés psicológico bajo y una alta competencia social, 2) el funcionamiento familiar mejora en relación a la adaptación a la enfermedad, después de 6 a 9 meses del diagnóstico, sin embargo en esta adaptación tanto del paciente como de su familia inciden otros factores como los traumas asociados con la enfermedad y el tratamiento.

Respecto al apoyo familiar se requiere determinar sus características de funcionalidad establecidas, con la finalidad de buscar y lograr reestructuraciones posteriores (Alvarado, 1998), pues el enfermo y su familia necesitan reorganizar subjetiva y objetivamente el entorno, y a sí mismos, para acomodarse a esta nueva y dolorosa realidad. Esa que, a partir de esta coyuntura, les toca y tocará vivir (Blum, Téllez, 1998).

Para Rait y Ledemberg (1989), los miembros de la familia del paciente con cáncer se encuentran lastimados seriamente por la enfermedad de uno de sus miembros, por lo tanto deberían ser considerados como pacientes de segundo orden, estas autoras mencionan que los

cuidados que la familia proporciona al paciente con cáncer pueden ser a grandes rasgos clasificados en 5 categorías: 1) Proporcionando apoyo familiar; logrando expresar sentimientos y coordinando esfuerzos en busca de metas comunes, 2) compartiendo responsabilidades, 3) concretando cuidados, 4) aspecto financiero, 5) equilibrio ante los cambios: para mantener la estabilidad se requiere de la capacidad de cambio, ser abierto, directo, respetando la autonomía de los demás y el derecho de cada uno a tener y cambiar opiniones así como emociones propias.

Dice Petrillo (1975), que para trabajar con familias con un paciente crónicamente enfermo se deben tomar en cuenta algunos datos que permitan realizar un diagnóstico familiar adecuado, por lo que sugiere se encuentren presentes todos los integrantes de la familia, se ubique el ciclo de vida por el que atraviesa, detectar lo que simboliza el miembro que enfermo, se observe el estado afectivo, las actitudes de cada miembro, los diversos patrones de interacción, mitos familiares, antecedentes de otras enfermedades crónicas, muertes, cambios de residencia, ya que estos datos permiten distinguir a las familias en las que han existido pérdidas anteriores, de las que no. Esta autora crea una clasificación compuesta por 8 tipos de familias del paciente crónico:

*La *familia emotiva*: se caracteriza por sus oscilaciones de humor e histrionismo, aunado a malos entendidos, donde una gran preocupación invade el ambiente de crisis, es fácil reconocer a estas familias pues son en sí mismas una limitante severa para la adaptación del paciente y de ellas mismas, tanto en el aspecto hospitalario como familiar, se necesita paciencia para manejarlas pues los médicos las refieren como "fastidiosas". El mejoramiento de este tipo de familias se percibe cuando se manifiesta una mayor tranquilidad, menor intervención con los médicos y se reduce el número de visitas al hospital, respetando las horas destinadas a ello.

*La *familia Insincera*: cree que ocultando los hechos disminuirán el sufrimiento de su ser querido, además entre la familia misma se trata de evitar el conocimiento de la verdad, se hacen al paciente promesas imposibles de cumplir. Con este tipo de familias la intervención se enfoca a manejar la realidad y aceptarla aun siendo dolorosa.

*La *familia punitiva y adusta*: es en donde las amenazas y los castigos corporales son el método para ejecutar la disciplina, se somete a sus miembros a la voluntad del más fuerte. La enfermedad suele significar una nueva calamidad en la vida, que se interpreta con enojo. Se debe trabajar tratando la rigidez de patrones e ideas. La mejoría de estas familias se observa cuando se produce una espontaneidad sincera y se da la aparición de una comunicación tipo horizontal.

*La *familia con pensamiento mágico*: es aquella que considera la enfermedad como un presagio de desgracias futuras, como una señal de mala suerte, estas ideas de tipo fantasiosos llevan a la familia a aumentar el temor y la desconfianza, por lo que se debe trabajar este tipo de ideas y señalar los contratiempos que estas están produciendo.

*La *familia pobre de cultura*: posee un punto de vista fatalista y autoritario, los roles están totalmente definidos, se muestra gran desconfianza hacia los extraños y la comunicación verbal es limitada, aunado al desconocimiento de la fisiología básica del cuerpo y actitudes totalmente pasivas. La intervención con este tipo de familias deberá ser directiva, tratando de disminuir los temores y rigidez de roles. Los primeros signos de cambio se manifiestan cuando aumenta la comunicación oral y aparece el optimismo en el futuro.

*La *familia sobreprotectora*: suele ser ambiciosa, trata de cumplir al máximo todas las peticiones del paciente, pues cree que merece "todo", comportándose el paciente agresivo y exigente de manera abierta. Los familiares confunden frecuentemente las necesidades propias con las del paciente. La intervención se debe de inclinar a fijar límites a la familia para evitar la sobreprotección, la que a la larga genera angustia.

Grau (1995), menciona que el sobre apoyo familiar de tipo afectivo limita la autonomía funcional del paciente. La tarea del equipo médico puede tornarse muy difícil cuando el entorno familiar del paciente es típicamente sobreprotector, este entorpece la actividad del equipo de salud y afecta, además, la posibilidad de superación o elaboración del enfermo. No siempre la familia que sobreprotege, cuida al enfermo (Medical MAG, 1992). En estas circunstancias la familia puede ser

de poca ayuda, suelen insistir en ocultar la verdad al paciente, quien muchas veces la conoce o sospecha desde hace tiempo y no puede hablar libremente con ellos (González, Espinosa, 1993).

Distinto es el efecto del grupo familiar cooperativo, que siempre se encuentra al lado del enfermo, atendiéndolo y cuidándolo, pero otorgando gran libertad al equipo médico. En el extremo opuesto, se encuentra la familia que deposita al enfermo en el hospital y que va desatendiéndose progresivamente de toda la realidad psicoafectiva del individuo, así como de la actuación médica (Medical MAG, 1992).

*La *familia cuya religión interviene en el tratamiento*: en este tipo de familias, sus principios religiosos están en conflicto con la terapéutica a emplear, creando serias dificultades durante la hospitalización, pues al aceptar el tratamiento viola sus creencias. La intervención con este tipo de familias suele ser difícil, sin embargo se debe establecer una buena relación con ellos, de respeto y simpatía que permitirán en la medida de lo posible que el enfermo se vea beneficiado.

*La *familia mejor adaptada*: es la que maneja una disciplina suave, firme y constante, actúa en base a la razón, se orienta a la realidad y es sobre todo objetiva. Percibe las metas a futuro, prevalece la confianza, la comunicación verbal es adecuada, oportuna y amplia, dándose espacio para todos los sentimientos, los miembros creen en su propia capacidad de superación, mostrando una actitud activa, a pesar de la presencia de la enfermedad, cada miembro de la familia es tratado de forma única y por separado. Según Matthews (1989), "cuando la familia es emocionalmente sana puede manejar con más facilidad el diagnóstico de cáncer de uno de sus miembros".

Durante la enfermedad, la cual puede ser vivida, aunque así no suceda en algunos casos, como un proceso crónico tanto por su duración, como por la repercusión individual, familiar y social, el paciente y su familia experimentan "micro-muertes", pérdidas desde parciales hasta totales, transitorias o definitivas de orden físico, emocional, económico, espiritual, con diferentes cargas afectivas para los pacientes y sus allegados, que provocan situaciones de crisis, estado temporal de trastorno o desorganización emocional, conductual, de pensamiento y de relaciones. En el duro trance que significa la pérdida de la salud, la negación estará siempre presente: es deseable y psicológicamente saludable (Austriach, 1998).

Kubler Ross (1996) reconoce cinco etapas por las que pasa el enfermo incurable, o crónico: 1) *negación*; 2) *indignación y cólera*; 3) *regateo y negociación*; 4) *depresión y 5) aceptación - resignación*. Estas forman parte de un ciclo adaptativo y pueden aparecer varias veces, pero con mayores dificultades y complicaciones cada vez (Secin, 1998). A estas cinco etapas se puede sumar una más, la de la esperanza. La primera etapa consiste en que el paciente, una vez que ha recibido el diagnóstico, sufre un choque emocional y niega la enfermedad. Durante esta fase de negación se puede ayudar de una manera adecuada al paciente si se determina claramente si es éste el que se niega a aceptar la realidad o es el equipo de salud y/o la familia a quienes parece inaceptable. Es deseable que esta fase sea superada por todos los elementos que intervienen en el contexto de la enfermedad (enfermo, familia y equipo de salud tratante). Una vez que le paciente acepta el pronóstico, es probable que haya zozobra, tristeza, amargura, llanto y las más variadas reacciones temperamentales. Con frecuencia el paciente se encierra en la melancolía, la desesperanza y la autocompasión; debe, pues, facilitársele el desahogo aunque éste asuma características violentas.

En la segunda etapa se encuentran la indignación, el rechazo, la cólera del paciente ante la inminente pérdida de lo que más valora en ese momento; la salud, la vida, la libertad, la felicidad. En dicha etapa el paciente arremete contra sus seres queridos precisamente porque son los elegidos para su comunicación. Son frecuentes los sarcasmos, los regaños desproporcionados, las quejas y reclamos por lo más nimio; el paciente se muestra herido, susceptible, intemperante, crítico, intolerante, duro y hasta cruel. Es recomendable que el equipo de salud y familia, lejos de reprimir esas manifestaciones que son una forma desesperada y angustiada de comunicación, atiendan su desahogo.

El tercer estado por el que pasa el enfermo incurable o crónico es el de regateo o negociación. Malamente acepta la realidad; el paciente trata de negociar la situación que lo amenaza con la expectativa próxima de la muerte, por lo que se lanza a conseguir, por cualquier medio, una solución desesperada. En dicha etapa se presentan por lo común dos tipos de negociaciones: La primero de ellas, es que, si el paciente es creyente, tratar de negociar con la divinidad. El significado psicológico de la negociación, según Kubler Ross, es que el enfermo tiene el valor de mirar de frente lo que le acontece y pide que se le alargue el tiempo de vida para poner sus asuntos en orden, para concluir algunas cosas pendientes. Moviliza sus recursos internos con el objeto de armarse de la fortaleza necesaria para el final del viaje. El otro tipo de negociación lo realiza el paciente con los hombres: inconforme, consultará a otros médicos, recurrirá a las pócimas de los curanderos o a la magia de los hechiceros; cualquier salida menos la de aceptar la realidad, y los recursos empleados pueden, en su desesperación adelantar el desenlace que, de otra manera, quizá no hubiera llegado, puesto que los tratamientos de curanderos y brujos carentes de todo conocimiento científico posiblemente precipiten al enfermo en el abismo del que trata de huir (Félix, 1994).

La cuarta fase por la que generalmente pasa el enfermo terminal es la depresión. Al terminar las negociaciones, el individuo comienza a lamentar su situación. Sigue luego un pesar silencioso durante el cual va desprendiéndose de su pasado, presente y futuro. Lo que más necesita en esta etapa es afecto, comprensión, alguien que escuche sus sentimientos, su miedo a perderlo todo, cosas y seres queridos, su incapacidad para hacer frente a las habituales responsabilidades (lo que implica muchas veces la desprotección de los suyos).

La última fase por la que atraviesa el enfermo es la de aceptación o resignación. Asumidos los hechos y sus consecuencias, y después de un amplio debate de confrontación interna, el paciente terminal, la alcanza. Pero además de conformarse necesita aceptar activamente su última experiencia, pues queda aún mucho por hacer. De aquí que Nestares (1982 op. cit. López, 1994) proponga una fase final que es la de seguir viviendo constructivamente. Esta última fase, según el autor, es de paz interna y externa, consecuencia del cambio de actitud del enfermo, que trascenderá, para bien de los demás, porque el sentimiento de ecuanimidad posibilita su equilibrio.

En esta última fase el paciente hace el trabajo de siempre, si las facultades físicas se lo permiten, pero hecho con más amor, o empieza otras tareas ilusionantes, que nunca es tarde para comenzar. Además algunos pacientes se prestan a experimentar nuevos adelantos y fórmulas, pensando siempre en que habrá esperanza, en que logren curarlos, de no ser así no habrán perdido nada y si ofrecerán posibilidades a otros enfermos.

Cuando el pronóstico de la enfermedad es fatal, la familia vive la adaptación a esta con la anticipación de la muerte. Algunas ya consideran muerto al paciente y le eximen de responsabilidades. La pena y la dificultad de la situación pueden sumir a la familia en un silencio, que a la larga provoca mayor aislamiento del enfermo y le hace sentirse abandonado en el momento en que más necesita del amor y compañía de los suyos. Algunas veces el paciente debe ser alejado, porque su presencia despierta culpa, sobre todo si en el grupo existe mucha ambivalencia afectiva hacia el mismo, entonces la culpa del grupo puede llevar a sentir que el paciente se transforma en un "foco de contaminación y mala suerte" (Schavelzon, 1965).

Con el tiempo aparece un fenómeno de aislamiento en el paciente con cáncer, aunque en ocasiones la familia intente mantener la comunicación con el paciente. Tan importante como la comunicación del equipo tratante con el paciente es la comunicación con la familia, que si bien no padecen la enfermedad física, si sufren las consecuencias psicológicas (González, Espinosa, 1993). También es de vital importancia satisfacer las necesidades de los familiares proporcionándoles apoyo y prestándoles ayuda en la resolución de conflictos. fomentando en ellos la seguridad ,

confianza y conformidad, posibilitando una actitud y una posición activa y constructiva no sólo al afrontar los problemas del paciente sino en la preparación para todas las fases por las que será muy probable que tengan que atravesar (Grau, 1995).

El exceso de doctrina, es similar al cristal
de una ventana, pues vemos al través, pero
nos separa de la verdad.

Cuando arribes al final de lo que debes saber,
estarás al principio de lo que debes sentir.

Gibran Jalil Gibran. Arena y espuma.

EL MÉDICO ANTE EL PACIENTE CON CÁNCER.

Un factor vital, en el resultado obtenido en el paciente con cáncer, es la actitud del equipo médico que cuida de él, en especial del primer médico con el que tiene contacto como tratante. Todo acto médico es una forma de relación entre personas y ésta influye a la totalidad de sus personalidades, es un vínculo emocional profundo, en el que cada una de las partes tiene un impacto significativo sobre la otra. Actualmente se sabe que la contribución emocional del médico constituye un elemento fundamental en todo proceso terapéutico, y que este aspecto es también aplicable a todo acto médico (Hernández, 1998 II). Si esta actitud del médico es pesimista, es poco probable que se esfuerce al máximo para asegurarse de que su paciente reciba el mejor tratamiento posible (Hossfeld, 1992).

Los médicos, acostumbrados a vivir cerca de personas con enfermedades como el cáncer, así como de la muerte, al ver que su trabajo no siempre da los resultados esperados, se ven invadidos por el desaliento, que no siempre se expresa de igual manera, sino que pueden manifestarse en una serie de actitudes diferentes: huida, desinterés, falta de entusiasmo, rabia hacia el paciente y su familia, etc. Le es sumamente difícil cumplir con las expectativas humanas que su paciente pone en él y que significan una carga demasiado pesada. Mantiene por eso distancia con diversos mecanismos para evitar imaginativamente ser herido y dañado.

El médico tiende a comunicar sus prejuicios personales a los pacientes, y el paciente se dejará influir por ellos. La mayoría de los médicos tiende a evitar a los pacientes "incurables", a los que aparentemente queda poco por ofrecer, aún dominados por el concepto de que la única meta de la medicina es "curar" (Hossfeld, 1992). La medicina actual ha enviado el mensaje de que la muerte, por sí misma, es algo indigno, lo que justifica cualquier tipo de esfuerzo, al costo que sea, para tratar de evadir ésta situación (Bayes, 1985; Beascochea, 1998). Son síntomas de "agotamiento" del equipo de trabajo: a) ausentismo, impuntualidad, salir anticipadamente, etc., b) hipervigilancia de la muerte, c) negativismo/cinismo, d) aislamiento, e) llanto incontrolable, f) conflictos familiares, g) abuso de sustancias. (Grau, 1995).

Feifel dice que es el miedo a su propia muerte lo que interfiere al médico en la comprensión de sus pacientes graves (Schavelzon, 1965). Radovsky advierte sobre la necesidad de que los médicos revisen sus propias respuestas emocionales ante la muerte, el fracaso y la culpa (Alvarez; Kraus, 1996). La situación del enfermo nos amenaza, nos recuerda que él no es una excepción y que nuestro destino puede ser similar. El médico como ser humano, es por ende mortal, y todo pensamiento acerca de su paciente, se acompaña, de un pensar y sentir hacia sí mismo. El factor más importante en la relación médico-paciente, es el nivel de confianza: la cual será mejor en la medida en que la información se maneje de la mejor manera posible, pues, ¿cómo poner en duda el derecho que tiene toda persona, en y por principio, a SABER y más específicamente, a saber lo

que le pasa? (Zenker, 1973; Huber, 1998; Blum, Téllez, 1998). Valores que deben ser prioritarios en esta relación, son el respeto, la autonomía e intimidad (Alvarez, 1997). El paciente necesita creer que el médico cuida de él y de lo que le suceda.

La relación médico paciente es un campo dinámico e interaccional, que se estructura de entrada a partir de la definición de los roles complementarios de ambos protagonistas. Alguien busca ayuda porque sufre, este es el enfermo "quien no sabe y demanda ayuda" y alguien, el médico, que acepta darla, aquel que "social y científicamente sabe" (Blum, Téllez, 1998). Es una relación humana no precisamente simétrica, ya que el paciente se encuentra desde la definición de su rol en una situación de dependencia y subordinación respecto del médico. El médico y el paciente son desiguales en más de un sentido: uno está enfermo, vulnerable y con miedo; el otro está sano (o así se presenta) y tiene algo que le da poder y superioridad: su saber sobre la enfermedad. La transferencia presente en toda relación donde uno otorga el saber a otro en busca de su propio beneficio, esta formada por dos elementos igualmente importantes, artificialmente creados, pero no por ello menos reales: el saber y el amor. El paciente podrá reconocer la explicación que le de el médico sobre su padecimiento como algo que tiene que ver con él, si primero se ha sentido verdaderamente escuchado. El paciente al saberse enfermo retira parcialmente su libido del mundo exterior dirigiéndola hacia sí mismo y también regresa defensivamente a etapas anteriores de su desarrollo, lo que conlleva el correspondiente agrandamiento del papel del médico, otorgándole a este el papel más o menos omnipotente. Por medio de la transferencia se vehiculizan las fantasías acerca de la enfermedad (culpa, castigo, venganza, expiación), los temores, la angustia, y las esperanzas más o menos mágicas de curación, las cuales implican con frecuencia, fantasías de restitución total de lo dañado. El médico tiene que devolverles un cuerpo sano.

El compromiso del médico al recibir un pedido de ayuda, es intervenir, ofreciendo a su paciente todo el saber de que dispone, y admitir cuando sea el caso, tanto su ignorancia como sus límites, sea para dejar que otros ayuden ahí donde él no puede, sea para ofrecer otro tipo de ayuda cuando la cura ya no es posible.

Según Diego Gracia (op. cit. Alvarez, 1997), hasta muy recientemente la relación del médico con el enfermo es predominantemente paternalista. Esta posición, considera incompetente al paciente; generaliza su condición físicamente limitada a su capacidad para razonar y decidir. Dicen Hernández y Morales (1997) "muchos médicos toman decisiones solos, es decir sin tener en cuenta la opinión del paciente y/o su familia, lo cual creemos es propio de la práctica médica paternalista que prevalece en nuestro medio...., esta actitud omnipotente del médico debe cambiarse por un ejercicio profesional más en contacto con el paciente, con sus principios, deseos e inquietudes, con su familia y su entorno, y no sólo con lo biológico o físico" (Blum, 1985; Blum, Téllez 1998, op. cit. Blanck-Cerejido, 1997).

Al no poder integrar los aspectos reparadores de la relación médico-paciente (entre los cuales se puede mencionar de manera especial el "ayudar a bien morir"), los sentimientos de malestar se hacen más intensos y corren el riesgo de transformarse en crónicos, la culpa adquiere entonces tintes persecutorios (Blum, Téllez, 1998 op. cit Blum, 1985).

El médico no sólo es exigido por el paciente y sus familiares, sino por él mismo. Su formación tiene que ver con curar; su éxito se asocia a la curación, más que a proveer del mejor cuidado a su paciente. Además presenta ansiedad ante la muerte; todas estas presiones, le provocan vergüenza y culpa: La ansiedad ante la muerte puede también ponerlo en peligro de angustia y depresión; ante esto, él también recurre a mecanismos de defensa, sistematizados como sigue: *intelectualización y aislamiento, distanciamiento, evasión, actitud paternalista*: consiste en tomar distancia con el paciente infantilizándolo desde una actitud de superioridad o tomándolo

exclusivamente como objeto de interés clínico, *fuga a la hiperactividad*: al no soportar la idea de la muerte de su paciente, el médico ordena seguir haciéndole estudios y realizando tratamiento reiterados sin tomar en cuenta el beneficio real de estos para el paciente, *resignación*: abandono del paciente en su sufrimiento, sin escuchar las necesidades de éste, *sobreidentificación*: aquel médico que se pone demasiado en el lugar del paciente y sufre igual o más que el mismo enfermo para paliar sus propios sentimientos de culpa e impotencia, perdiendo así la objetividad y la capacidad de ayudarlo (De la Parra, 1992). Todas estas son distintas formas de dejar sólo a quien está sufriendo demasiado o se aproxima a su muerte (Blum, Téllez, 1998).

La información debe proporcionarse tomando en cuenta la personalidad del paciente, su estado físico y emocional, su deseo de conocerla (cuando ha sido el mismo paciente quien pregunta sobre su enfermedad) y la utilidad de proporcionarla (Alvarez, Kraus, 1996). Ignacio Chavez menciona que en el caso de los pacientes graves o incurables, la verdad debe administrarse "con la misma prudencia que se administra una droga peligrosa" (Blum, Téllez, 1998).

Las posibles negativas del médico a comunicar el diagnóstico a su paciente, no son más que las justificaciones racionales que encubren la razón de mayor peso: evitar el hecho tan desagradable de ser el agente de una noticia tan terrible (Alvarez, Kraus, 1996). Por mucho que se quiera negar la muerte (por una actitud socialmente determinada y compartida por todos), está termina por hacerse presente y son los médicos los que reconocen los signos en el cuerpo. El médico sabe antes que su paciente que éste va a morir. (Alvarez, 1997). ¿Que corresponde hacer con ese saber del que nadie quiere saber nada?.

Rothemberg y Hollender destacan que existe una sensación de culpa en el médico cuando el paciente no avanza en sus tratamientos como esperaba, y entonces cree que no está administrando el tratamiento adecuado, si se agrega a esto su malestar por cierta identificación con el problema del paciente y disgusto por tener que usar pretextos con el enfermo y con su familia, da como resultado el común rechazo del médico hacia el paciente.

Este temor no es tanto a la palabra cáncer, sino a su contenido (mutilación, muerte, etc.), pues cuando el tumor es fácilmente extirpable, el médico informa sin dificultad su diagnóstico al paciente.

No puede afirmarse que el verdadero interés del paciente sea saber la verdad sobre su muerte. Este anuncio conlleva una violencia que el enfermo no ha pedido a su médico, implica la privación brutal de la esperanza. Diferenciar entre lo que significa revelar a un enfermo su muerte, y lo que es dejar que hable de ella. El enfermo que puede decir esto permanece siendo el sujeto de su vida y escoge el momento y la manera de hacerlo. Quien oye decir que va a morir, se vuelve objeto de una sentencia de la que no puede refugiarse. Para que alguien pueda decir a su médico que va a morir, necesita que éste se encuentre dispuesto a escucharlo y le asegure una relación que le permita seguir sintiéndose vivo. Es importante mantener la calidad de sujeto para el enfermo, de persona que piensa, siente, pregunta y decide.

Evitar las discusiones sobre los problemas y necesidades del paciente y de su familia no ayudan a resolverlos. Los familiares pueden ser de gran ayuda apoyando y reforzando aquello que diga el médico. Pueden identificar problemas y necesidades que el equipo no haya captado. Si el paciente recibe apoyo de su familia, ésta puede, a su vez, necesitar apoyo. El equipo oncológico debe entender que la familia puede sentirse culpable: que el cáncer es el resultado de alguna acción hacia la familia o que podía haber sido diagnosticado antes y, por lo tanto, curado si ni hubiera habido tanto retraso, retraso del cual la familia cree tener la culpa, se debe reconocer estos problemas, pero también afrontarlos (Hossfeld, 1992).

El peligro para el paciente es mayor cuando el diagnóstico es súbito y lo sorprende, En los pacientes con cáncer, uno de los momentos más difíciles es, precisamente, el de transmitir el diagnóstico de cáncer, pues en nuestra cultura pocas palabras son tan movilizadoras de afectos como ésta. La escritora Susan Sontag, en un ensayo sobre los significados y representaciones sociales del cáncer, afirma que desde el siglo XIX la imagen de "la muerte" corresponde a la "muerte por cáncer" enfermedad a la que se asocian dolor insoportable, devastadora degradación corporal y destrucción del sujeto. También se ha utilizado la palabra cáncer para aludir a las partes más destructivas del hombre y de la sociedad. Pero la confirmación diagnóstica después de un largo examen lo encuentra preparado y aunque su shock inicial pueda ser muy intenso, las capacidades mentales de adaptación son múltiples y de alguna manera finalmente se encuentra una cierta adaptación, hecha de una mezcla de dosis de esperanza con otras de aceptación y elaboración de muchas realidades temidas, se hace a lo largo de un cierto tiempo. Para lograr la elaboración de lo que podríamos llamar la propia muerte, es forzoso tener una cierta dosis de esperanza, que va sosteniendo, dando tiempo al aparato mental para ir afrontando cada vez más de cerca la realidad temida, se debe pues fomentar la *esperanza* del paciente (Blum ,Télez, 1998).

Esto se logra no superponiendo la idea de cáncer con muerte inevitable. El diagnóstico será de cáncer, no de muerte. La comprensión de su enfermedad con cierta dosis de esperanza, puede hacerlo más cooperativo y dispuesto para afrontar diversas terapéuticas, movilizándolo todas sus fuerzas positivas y evitando los aspectos sobre la acción de la desesperanza en la movilización de los factores físicos de defensa. Si se intenta por otra parte ocultar la verdad a pacientes que la sospechan, se intensifica la desesperanza y la incomunicación. La exagerada negación o la absoluta ignorancia del paciente pone alerta al médico que debe pedir ayuda al psicólogo el cual debe evaluar la fuerza de esa negación o ignorancia y manejar su caso ayudado por el factor tiempo, que es siempre un factor que debe ser considerado.

En 1965 Glaser y Strauss (op. cit. Alvarez, 1997), publican "Awareness of dying" en donde identifican dos estilos opuestos de morir, definidos en función de que se cumplan o no las expectativas que tienen los médicos de los enfermos: en esencia, el estilo aceptable es de quien sabe guardar las emociones en privado; el vergonzoso y molesto es de quien las expresa sin pudor.

El equipo tratante esta conformado por seres humanos, con miedos, ansiedades e ideas preformadas como cualquier otro, por lo que serían necesarios programas educativos para mejorar no sólo los conocimientos de estos, sino también para retirar o minimizar el primer obstáculo en el cuidado adecuado del paciente (Alvarez, 1997; Tubert, 1998).

La *educación pública* sobre el cáncer se debe basar en la premisa básica de que el individuo tenga la máxima responsabilidad por su propia salud. El individuo debe entender las consecuencias de sus acciones, así como intentar "modificar estilos de vida" (meta fundamental de la educación sanitaria), esta educación se debe empezar a dar en edades tempranas (en casa) y en los primeros años de escolarización.

La otra realidad de una persona no está en lo que te revela,
sino en lo que no puede revelarte , por no conocerlo.
Por tanto si deseas comprender la otra realidad de esa persona,
No escuches lo que habla, sino lo que calla.
Gibran Jalil Gibran.Arena y espuma.

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER.

Se puede establecer una taxonomía en función del tipo de intervención psicológica a realizar:

1. Intervención a nivel de **prevención primaria**. Este tipo de intervención se enfrenta a una serie de obstáculos de índole psicológica, económico y político (Bayes, 1985).

a) *Estilos de vida*: el riesgo de enfermedad neoplásica puede disminuirse localizando las estimulaciones carcinógenas propias de cada área geográfica o persona y eliminando o controlando dichas estimulaciones. Los obstáculos que se oponen a la puesta en marcha de programas eficaces para conseguir la prevención primaria del cáncer son, fundamentalmente, de dos tipos:

- * Leyes del comportamiento individual: tales como el carácter placentero, reforzante, real, inmediato, de buena parte de los estímulos cancerosos no laborales.
- * Lo dilatado del tiempo que separa la aplicación del estímulo carcinógeno de la aparición clínicamente detectable del cáncer (en algunos casos 20 años).

El hecho de que mientras los estímulos carcinógenos, proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer es sólo probable. Existen tres factores a tener en cuenta que actuarán en contra de un cambio de hábitos positivo: 1) los medios masivos de comunicación, 2) el miedo a perder los beneficios económicos asociados, a las empresas y al gobierno 3) la actual confianza en el poder sin límites de la medicina científica.

Epstein (1979) menciona que la moderna sociedad industrial ofrece a la mayoría de la gente pocas oportunidades para elegir libremente donde vivir, en que trabajar, qué aire respirar, qué agua beber, qué alimentos comer, y qué publicidad ver o leer (Bayes, 1985). De esta manera no se puede cargar con toda la responsabilidad al ciudadano por el mantenimiento de unos hábitos carcinógenos directa o indirectamente fomentados desde los centros de poder. En este punto pueden tener entrada la psicología, las estrategias de autocontrol individual y las técnicas de modificación de conducta y también controles a nivel social.

b) *El estrés*: Importantes estudios recientes sugieren que el cáncer puede ser susceptible a recibir influencias psicológicas. Ciertos patrones de personalidad con tendencia manifiesta a contener emociones, especialmente con gran componente angustioso, y que responden al estrés con estereotipos conductuales, fueron encontrados con una frecuencia inusualmente alta entre pacientes cancerosos, se supone que la progresión del cáncer está íntima y principalmente vinculada con las características de la personalidad (Medical MAG, 1991). Los estados emocionales pueden tener influencia tanto en la génesis como en la evolución y tratamiento del cáncer.

No todos los pacientes con el mismo diagnóstico, efectuado en una fase de evolución parecida y recibiendo el mismo tratamiento reaccionan de forma similar. Muestran, por el contrario, una variación extrema en su respuesta.

Aunque el estrés no sea la causa primaria del cáncer sí constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo. Guerrero (1980) cita que las estimulaciones carcinógenas serían una condición necesaria pero no suficiente para la aparición y desarrollo de un cáncer. La relación entre la emoción y el cáncer está mediatizada por otros factores de papel relevante en la génesis de la dolencia (dieta, enfermedad previa, hábito de fumar, etc.) (Medical MAG, 1991), no obstante la gran variabilidad de respuestas que presentan los individuos que se han visto expuestos a estimulaciones carcinógenas similares (Doll, 1977; Nagao, Sugimura y Matsushima, 1978; Stoller y Marmorstone, 1981), sugiere la importancia moduladora de las variables psicológicas en la aparición y desarrollo del cáncer (Bayes, 1985; Holland, 1992; Florez, 1994).

Los estímulos productores de estrés son capaces de suscitar alteraciones en el funcionamiento de los sistemas: inmunitario (Amkraut y Solomon, 1975), neuroquímico (Anisman, 1978; Stone, 1975) y hormonales (Yuwiler, 1976). Los cambios producidos por el estrés en el funcionamiento de estos sistemas son posiblemente interdependientes. Estos cambios, a su vez, pueden incidir en la actuación del mecanismo inmunológico. Como señalan Stein, Keller y Schieffer

(1979): en las influencias psicosociales sobre la función inmunológica puede encontrarse implicada una extensa red de procesos del sistema nervioso central, neurotransmisores, sistema endocrino y otros procesos biológicos. La interacción de los fenómenos biopsicosociales con el sistema inmunitario puede, a su vez, alterar la susceptibilidad y el curso de los trastornos neoplásicos (Bayes, 1985). Peters y Mason (1979) declaran que "deben llevarse a cabo todos los esfuerzos posibles para minimizar el inevitable trauma físico y psíquico que soportan los pacientes de cáncer durante y después de su enfermedad".

Una vez establecido el proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas o unas estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o interactuar sinérgicamente con el ambiente neuroendocrino.

El bloqueo de ciertas células inmunológicas, como los linfocitos NK, debido a la acción conjunta del estrés y del tumor, podría aumentar la probabilidad de que determinadas células precozmente transformadas eludieran la acción de las defensas del organismo. La vulnerabilidad de un paciente de cáncer puede depender en gran medida de la cantidad de medios de que dispone para hacer frente al estrés que produce la enfermedad, de la intensidad y habilidad con que utiliza dichos medios, y de la eficacia intrínseca de los mismos (Bayes, 1985, Florez, 1994).

c) *El comportamiento alimentario*: La dieta alimentaria constituye uno de los ingredientes importantes de nuestro estilo de vida junto con nuestros hábitos laborales y familiares, las prácticas sexuales y reproductoras, el consumo de drogas. La alimentación está considerada, junto con el tabaco, como el principal factor responsable de la actual extensión del cáncer en el mundo. Petrakis y King (1981) sustentan la hipótesis de una posible relación entre el estreñimiento y el cáncer de mama.

Aunque los cambios que, desde un punto de vista sanitario, sería necesario introducir en la dieta de los países occidentales son cada día más claros (entre ellos se puede mencionar el disminuir el consumo de grasas e incrementar el consumo de fibras y vegetales), los obstáculos que se oponen a dicho cambio son importantes. Tales son, de dos tipos: socioeconómicos, por una parte, y psicológicos, por otra.

Para conseguir modificar los hábitos de nuestra población en un sentido positivo de salud, hacen falta tres condiciones: 1) una información adecuada (que sea escuchada y asimilada por la población) sobre los efectos de los alimentos en el proceso salud-enfermedad; 2) una política gubernamental (económica y legislativa), 3) no olvidar que cualquier cambio en las pautas de consumo existentes debe ser aceptable por la población a la que se dirige y se ha de poder adaptar a las costumbres y tradiciones étnicas, sociales y propias de la edad.

En la alimentación juega un papel importante el factor de la satisfacción inmediata, sin embargo existen evidencias que demuestran que las preferencias y aversiones alimentarias, dentro de límites muy amplios, son producto del aprendizaje y que, por tanto, pueden cambiarse.

De acuerdo con Wyrwicka (1981) y Bayes (1985) los mecanismos responsables del desarrollo de las preferencias alimentarias en la infancia son: a) imitación; b) condicionamiento clásico, actuando la apariencia y el olor de la comida como estímulos inicialmente neutros que se convierten, en condicionados; y c) condicionamiento instrumental, en el cual la ingesta de determinado tipo de alimento tendría para el individuo consecuencia positivas o negativas. Las aversiones gustativas pueden adquirirse con una sola asociación, son intensas, duraderas y, de forma característica, la separación temporal entre la ingesta del alimento y la aparición del malestar puede ser de algunas horas y, mostrarse plenamente eficaz.

El elemento carcinógeno más importante, que se encuentra en la base de todos los demás, es el comportamiento -en gran parte irresponsable del hombre. Este comportamiento se manifiesta en: los hábitos y estilos de vida y produciendo, manipulando y comercializando sustancias dañinas.

2) Intervención a nivel de **prevención secundaria**: cuanto más pronto se detecta un cáncer, mayores probabilidades existen de superar la enfermedad. Algunos de los factores psicológicos más importantes que pueden facilitar dicha detección precoz se encuentran:

a) Conseguir una transmisión eficaz de información a la población general y, en especial a las poblaciones de alto riesgo, b) Conseguir que se adquieran unos hábitos periódicos y sistemáticos de detección o de visitas al médico principalmente en poblaciones de alto riesgo.

Algunos autores (Linden, 1969; Howard, Lund y Bell, 1980; Bayes, 1985) piensan que la demora en obtener un diagnóstico se encuentra en función de la clase social. Sea por el tipo de lenguaje utilizado, por la mayor asequibilidad de las fuentes de información, por desconocimiento o defecto de los mecanismos de funcionamiento de la sanidad pública, por posibilidades económicas o temporales más elevadas de acudir a un centro clínico, por prácticas sociales admitidas, por carencia de interés y/o cualidades didácticas en los facultativos y personal sanitario, por tabúes culturales, la información es asimilada, de forma diferencial por los diversos estratos sociales de la población (Bayes, 1985).

3) Intervención a nivel de **prevención terciaria**: Desde un punto de vista psicológico, la prevención terciaria del cáncer debería comprender todos aquellos conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar, total o parcialmente, solas o en unión de las intervenciones biomédicas, aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad.

Entre los objetivos de una acción psicológica a nivel de prevención terciaria se encuentran (Bayes, 1985). 1.-*cumplimiento de las prescripciones*, 2.-*adiestramiento de los enfermos en técnicas de afrontamiento psicológico de la enfermedad (coping)*, 3.- *adiestramiento del personal sanitario en la mejora de sus interacciones con los enfermos y en técnicas de afrontamiento para combatir su propia ansiedad y depresión*, 4.- *colaboración en la resolución de problemas tales como la comunicación del diagnóstico al enfermo o la preparación para la muerte en los pacientes terminales*. También deberá impartirse en muchos casos una preparación para la vida (rehabilitación), 5.-*colaboración en la solución de problemas potencialmente modificables por medios psicológicos*: a) náuseas y vómitos anticipatorios debidos al tratamiento biomédico administrado, b) dolor, c) ansiedad, depresión, insomnio. Burish y Redd (1983), señalan la actual superioridad de las estrategias comportamentales sobre las farmacológicas en la disminución de algunos de los efectos secundarios más desagradables de la quimioterapia.

De acuerdo con Fordyce (1973), las reacciones aparentes del paciente -quejas, gemidos, gritos, llanto, expresiones faciales de sufrimiento, etc.- a las estimulaciones aversivas asociadas a muchos procesos de enfermedad y daño tisular, pueden producirle algunas ganancias psicosociales, como mayor atención, dedicación y amabilidad por parte de los familiares, amigos y profesionales. Este mecanismo puede fortalecer e incrementar la frecuencia de las manifestaciones externas de dolor, las cuales pronto pueden llegar a ser emitidas con independencia de que permanezcan presentes las condiciones de estimulación aversiva interoceptiva que les dieron origen. Por esta razón, dentro de nuestro marco cultural, una acción puramente farmacológica puede ser inútil o insuficiente para calmar las manifestaciones de dolor de muchos enfermos crónicos (Bayes, 1985).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER.

El diagnóstico y tratamiento biomédico del cáncer suele producir en el paciente un gran impacto emocional e incluso serios problemas psicológicos, la intensidad, duración y consecuencias de los mismos pueden verse considerablemente influidos, por el tipo de estrategia, grado de eficacia y percepción subjetiva de control que muestran los pacientes al enfrentarse con ellos (coping) (Florez, 1994).

De acuerdo con Senescu (1963 op. cit. Bayes, 1985), el paciente con cáncer precisa de ayuda psicológica cuando se encuentra en alguna de las circunstancias siguientes: 1.-Si sus reacciones emocionales le impiden buscar tratamiento, cooperar con el, o interferir, 2.-si el comportamiento del paciente le provoca más dolor y malestar que la misma enfermedad, o incrementa innecesariamente el dolor y el malestar producidos por ella, 3.-si sus reacciones emocionales perturban actividades que sin ellas serían posible y conducen al individuo a prescindir de muchas de sus fuentes habituales de gratificación, 4.-si sus reacciones emocionales se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales.

Weisman (1980) ha encontrado que los pacientes que utilizan estrategias eficaces de afrontamiento muestran una gama más amplia de respuestas, tienden a clarificar y redefinir los problemas y suelen adoptar una postura más activa ante la enfermedad.

La extensión en la que un estímulo concreto es capaz de provocar una reacción emocional en una persona determinada depende, en gran medida, de la historia individual de dicha persona. Según Lazarus (1966, 1975 op. cit. Holland, 1992), para que exista estrés el sujeto debe juzgar como "amenazador" algún elemento de su situación presente, el cual funciona como señal de peligro, es necesario que haya asociado previamente este peligro con el estímulo suscitador de estrés (Bayes, 1985).

Cualquier persona ante el diagnóstico de cáncer, se encuentra ante una situación de estrés, que posee normalmente cuatro características propuestas por Bayes (1985): 1) *incertidumbre*, como resultado de la imposibilidad de predecir acontecimientos, debida en gran parte a la falta de información sobre todo lo relacionado con la enfermedad y su tratamiento, 2) *sentimientos negativos*, tales como miedo, ansiedad, depresión, 3) *pérdida de control*, sentimientos de indefensión o incapacidad para influir sobre los acontecimientos, 4) *amenazas a la autoestima* -tras una mastectomía, por ejemplo- del temor de no poder seguir realizando el trabajo profesional usual, de experimentar problemas en el ámbito sexual, etc.

Dos aspectos tienen especial importancia. El primero se refiere al polémico tema de, si teniendo en cuenta el estrés que se produce y la afloración de sentimientos negativos que suele derivarse, se debe *comunicar o no un diagnóstico de cáncer al paciente*. El segundo al hecho de que, en casos, la experiencia del cáncer no sólo supone una amenaza para la autoestima del enfermo sino que es valorada por éste como *fuentes de vivencias positivas* (Fuentes, 1994).

Al presentarse una reacción de estrés, las personas suelen utilizar diferentes estrategias para reducir sus efectos negativos: Las estrategias más usadas son las siguientes:

1. Buscar información. Tiene como finalidad combatir la incertidumbre. Las formas que puede adoptar varían desde la búsqueda de datos o significado de términos en una enciclopedia hasta las preguntas directas a personas que se encuentran, o se han encontrado, en la misma situación.

2. Buscar apoyo y confortación: Lo cual suele ser un medio para combatir algunos sentimientos negativos y fortalecer la sensación de control sobre la situación.
3. Atribución: Se utiliza para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control sobre los acontecimientos, consiste en atribuir los efectos negativos que se experimentan a causas concretas .
4. Acción impulsiva: Manifestaciones emocionales que acompañan a menudo a las impresiones traumáticas con que suele iniciarse el periodo de estrés. Suele reducir los sentimientos negativos intensos y dulcificar la súbita pérdida de control. Se expresa por medio de ira, desconsuelo, gritos, gemidos, llanto.
5. Evitar confrontaciones: Se caracteriza por una actitud pasiva y distante ante los acontecimientos y por un rechazo a reflexionar sobre la situación. Con esta estrategia se trata de experimentar tan pocos sentimientos negativos como sea posible y proteger la autoestima.
6. Afrontamiento activo: Se distingue por suponer una conducta eminentemente activa para encontrar soluciones a los problemas planteados. Busca alternativas bajo un prisma racional. Con esto se intenta, básicamente, mantener la situación bajo control.

Una importante misión de quien pretende brindar apoyo psicológico a un paciente con cáncer, es conseguir que aumenten su control sobre la situación en la que se encuentran. Esencialmente, la pérdida de control hace referencia a una pérdida de autonomía sobre la propia vida. Es por esto, necesario proporcionar al paciente el mayor grado posible de información, responsabilidad, control y autonomía posibles en el manejo de su enfermedad y de sus secuelas, así como en los demás aspectos de su vida.

El enfermo de cáncer se enfrenta a su enfermedad y a la *imagen social negativa del cáncer*. Esta terrible concepción del cáncer, no sólo se presenta entre la población sino también entre el cuerpo médico, en general, y entre el personal sanitario de los servicios oncológicos en particular. Las expectativas negativas sobre el curso de un proceso canceroso, de los enfermos, sus médicos, enfermeras, psicólogos, amigos y familiares inciden, aun sin ser traducidas en palabras, en el estado de ánimo del enfermo (Holland, 1992) y pueden afectar negativamente la evolución de la enfermedad. La ausencia de esperanza puede acortar la vida, además de viciar su calidad.

TERAPÉUTICA PSICOLÓGICA DEL CÁNCER.

Un número importante de mejorías o curaciones -momentáneas o permanentes- que siguen a la intervención del facultativo, ya sea a en la medicina técnico-científica, o en la medicina alternativa o tradicional, no equivalen necesariamente a los conocimientos y habilidades profesionales de los terapeutas, o a la potencia sanadora de las técnicas o sustancia utilizadas. A estos efectos curadores reales producidos por factores diferentes de los que caracterizan al tratamiento, se les puede llamar "efecto placebo", estos factores se han identificado como: expectativas de curación, deseo de vivir, fe en el curandero o médico. Los efectos producidos son auténticos y las variables que los producen son psicológicas.

El proceso psicoterapéutico está basado fundamentalmente en la identificación y empatía por parte del terapeuta de sentirse dentro del material que aporta el paciente para poderlo comprender mejor. En el tratamiento psicológico de lo que se trata es de escuchar al paciente y a su familia, permitir la expresión de sus sentimientos y controlar apropiada y eficazmente los síntomas emocionales comunes en la enfermedad.

El terapeuta debe reforzar el vínculo transferencial positivo, para que esto suceda es absolutamente imprescindible mostrarle aquellas emociones y sentimientos que no le permiten ponerse en contacto con sus aspectos más sanos. La ayuda psicológica al enfermo grave puede enfocarse en: disminuir la ansiedad del paciente o la tensión del grupo familiar y permitir así a sus

integrantes desempeñarse lo más cercano a la normalidad que sea posible, un mejoramiento psíquico del paciente trae aparejado un aumento en sus defensas naturales, pudiéndose así disminuir la propagación y evolución de las metástasis, un paciente menos ansioso y deprimido se alimentará mejor, es decir estará en mejor estado físico, simultáneamente, estará más dispuesto a obedecer las indicaciones y someterse a los tratamientos médicos.

En el contexto del cáncer emergen intensas emociones entremezcladas y difíciles de manejar: tristeza por las pérdidas, despedidas y separaciones, temor al deterioro, al dolor físico, a la soledad, al abandono, a lo desconocido, a la pérdida de control y al rechazo. También pueden producirse sentimientos de desamparo, negación, incredulidad, cólera e indefensión. Los principales temores del paciente están encaminados hacia la muerte, la inhabilidad, la dependencia, el dolor y la deformación (Bayes, 1985).

Lichter (1991) menciona que algunos de los factores psicológicos causantes del distres en pacientes con enfermedad terminal son: 1.- Problemas del paciente: a) rasgos de personalidad (necesidad de mantener el control, b) miedo a la muerte (dificultad para afrontar la agonía, pérdidas y penas, negación), c) asuntos pendientes, 2.- Problemas de la familia: a) problemas de personalidad de los miembros de la familia, dificultades preexistentes, b) dificultad en la comunicación dentro de la familia.

Aproximadamente el 25% de todos los pacientes con cáncer experimentan severa depresión y dolor, la prevalencia incrementa hasta un 77% con el avance de la enfermedad. Entre los síntomas psicológicos se encuentran disminución de estado de ánimo, desesperación, sentimientos de culpa y de inferioridad e ideación suicida (Sañudo, 1998). Sánchez (1998), observó que la ansiedad es la variable psicológica más importante en relación a los altos niveles de dolor.

Existen circunstancias que pueden aumentar el sufrimiento, como sería: cuando el dolor no es tomado en serio, es negado ó se considera vergonzoso, cuando no nos dan ó no nos damos permiso de sentir pena, compasión, más no lástima, cuando nos aislamos y no aceptamos la ayuda, el compartir de nadie, cuando nos identificamos con nuestro dolor, viéndonos nosotros mismos como víctimas indefensas, negamos nuestra capacidad de buscar un medio o modo de superarlo (Clemenceau, 1998).

El paciente tiene que aprender a enfrentar la vida con facultades físicas disminuidas, además de soledad y aislamiento con sus dolores y angustia. El pesar, vergüenza y culpabilidad no se encuentran lejos de sentimientos de cólera y rabia, el dolor siempre lleva asociado algo de ira (Méndez, 1998).

Se pueden encontrar factores psicológicos asociados con el cáncer. Las razones que actualmente se aducen respecto a los factores psicológicos que aumentarían la predisposición a contraer cáncer apuntan en dos direcciones: a) Hipótesis en relación a variables de personalidad: en varias investigaciones se ha observado que los pacientes con cáncer tienen importantes dificultades en la descarga emocional y reaccionan en forma más inhibida y reprimida que los controles. Bahne Banson (1981) concluyó que los pacientes portadores de tumor presentan principalmente dos mecanismos psicológicos de defensa: *represión* y *negación*. Estos pacientes negarían principalmente la angustia, la tensión y la rabia; por lo tanto, pueden presentarse como alegres, despreocupados y sobreadaptados, habiendo internalizado fuertemente las normas sociales y morales; b) Hipótesis en relación a depresión, pérdida y duelo: existe una asociación directa entre depresión psicológica e incidencia y mortalidad por cáncer. No cualquier depresión o pérdida significa riesgo de cáncer. Existe una constelación que depende, por una parte, del estilo de personalidad y, por otra, de una biografía determinada en la cual tienden a repetirse algunos hechos: 1) pérdida temprana frecuentemente violenta de un ser querido. Desamparo en la infancia

o frialdad por parte de los padres, 2) relación estrecha (simbiótica) pero ambivalente con una figura parental (De la Parra, 1992; Florez, 1994).

Una información veraz puede tener valor terapéutico, ya que permite al paciente tomar sus propias decisiones y, de ese modo, asumir un control de su vida que quizá hubiera perdido. Una vez conocida la verdad, se facilita la comunicación con el equipo de salud, la familia y los amigos. También se evita la ansiedad que producen la incertidumbre y el engaño (González, Espinosa, 1993). El mantener desinformada a la paciente se complementa con la negación (Huber, 1998).

De la Parra (1992) así como Florez (1994), sugieren que una mejor adaptación mental al cáncer mejorará el pronóstico en enfermedad no diseminada. En un primer momento los pacientes informados y sus familias presentan una mayor conmoción emocional que los no informados, sin embargo, al realizar un seguimiento de ambos grupos, se puede constatar que los no informados presentan con el tiempo muchas más dificultades emocionales. La adaptación a la enfermedad es importante para una mejor cooperación con el tratamiento y para un menor sufrimiento psíquico de estas personas. Una conducta maladaptativa incluye una reacción emocional que impide que el paciente busque ayuda o siga el tratamiento. Son reacciones que causan más sufrimiento que la enfermedad misma o que aumentan los trastornos de la enfermedad. También sería maladaptativa la aparición de síntomas psiquiátricos y reacciones emocionales que interfieren con el funcionamiento diario.

De la Parra (1992) describe factores y razones que afectan la adaptación: 1) situación médica: a mayor cantidad de síntomas físicos, deterioro de la imagen corporal y un mal pronóstico, mayores reacciones maladaptativas, 2) edad: a mayor edad, mayor dificultad para la adaptación, 3) sexo: los hombres reaccionan peor que las mujeres, 4) estado civil: los pacientes casados se adaptan mejor, 5) situación económica, 6) religión: la religión puede proveer de una sensación de seguridad que puede servir de importante apoyo durante la enfermedad. El mismo autor menciona los factores que inciden en que el paciente no se adapte, no coopere y sea considerado por los médicos como "difícil"; estos son: 1) etapa de la enfermedad: a medida que ésta avanza, aumenta la desesperanza, la frustración y la rabia, 2) tipo de tratamiento: un tratamiento cuyas consecuencias no se han explicado debidamente puede generar importantes resistencias.

Estudios reportados por Estapé (1995) demuestran como posibles precursores psicológicos del cáncer a los acontecimientos estresantes previos de la vida del sujeto, la depresión y determinadas características de la personalidad. Estas últimas se han identificado como la represión de la ira, la no expresión de sentimientos negativos, la voluntad de complacer a los demás poniendo las necesidades de otros por encima de las propias y no expresar los derechos de uno mismo con el fin de evitar conflictos. Estos rasgos de la personalidad en varios estudios se relacionan con la disminución de las células asesinas N.K., con lo que aumenta el riesgo de desarrollar cáncer.

Más que informar o no de la muerte, sería conveniente acompañar a los enfermos en sus preguntas hasta que eventualmente puedan decir "voy a morir", respetando la mínima dosis de confianza y esperanza que puedan conservar aún (Blum, Téllez 1998).

Cuando un individuo toma conocimiento de su nuevo estado de salud -enfermo de cáncer-, es posible que responda de dos maneras en el mejor de los casos sus mecanismos de defensa le permiten reacomodarse a la realidad y asumir la nueva condición; como contrapartida, puede suceder que su psiquis se reestructure, pero introduciendo obstáculos que bloqueen el contacto directo con la realidad, con la verdad de su estado de salud (Medical MAG, 1992). Al hablar de los síntomas psicológicos en el paciente moribundo, es necesario considerar el problema de la información. Una de las posibles consecuencias de ocultar la información al paciente es aislarlo, el crear una barrera de silencio alrededor de él e ir dejándolo solo, sin nadie que lo contenga.

Cuando el paciente se enfrenta a la inminencia de la muerte, frecuentemente experimenta angustia y depresión. La depresión se asocia a pérdidas pasadas: puede ya no sentir placer ante las cosas de la vida que antes se lo provocaban, deja de trabajar y pierde su rol en la familia y la sociedad. Es posible que sus seres queridos se hayan alejado por el temor de ellos a la muerte. La angustia se asocia al temor de pérdidas futuras, el miedo a la muerte, a perder funciones corporales, bienestar; y en general a perder todo lo que ama.

Esto hace que el paciente presente conductas regresivas y adopte diversos mecanismos de defensa para reducir la angustia y la depresión. Rechaza para no ser rechazada, lo que también constituye un mecanismo de defensa, otros mecanismos típicos de esta fase son la rabia, el desplazamiento y la intensificación de rasgos de la personalidad. Estos mecanismos son adaptativos, si el paciente consigue protegerse, seguir las indicaciones, tolerar tratamientos agresivos, todos ellos surgen como resultado del deterioro de las funciones y de la calidad de vida y buscan dar al paciente cierta sensación de control sobre la situación que esta viviendo, pueden ser maladaptativos, si no pide ni recibe ayuda y se aleja de la posibilidad de tratarse (De la Parra, 1992; González, Espinosa, 1993).

Tanto en el enfermo como en el médico otras causas para desarrollar una conducta maladaptativa habrá que buscarlas en el impacto intrasubjetivo, consciente e inconsciente, que tienen la enfermedad y la muerte en los distintos protagonistas, o sea, cómo cada quien, de acuerdo con su historia, circunstancias, personalidad previa y coyuntura actual, la incorpora y "metaboliza" (Méndez, 1998). Los mecanismos de defensa que se ponen en juego en el enfermo de cáncer, le permiten ganar tiempo para terminar de elaborar su condición (Medical MAG, 1992).

El efecto placebo aparecerá como una consecuencia accidental de todos los tratamientos terapéuticos y su amplitud dependerá, en gran parte, del tipo de interacción que tenga lugar entre el terapeuta y el paciente. Algunos autores postulan que unas buenas expectativas, una alta motivación y una sensación de control pueden modificar el pronóstico.

REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER.

En lo posible, el plan de rehabilitación debe estructurarse desde el principio, a partir del momento del diagnóstico o del comienzo del tratamiento.

De acuerdo con Dietz (1974 op. cit. Bayes, 1985), deben considerarse cuatro niveles de rehabilitación, en función de cada caso concreto (tipo y estadio del cáncer; edad, sexo, profesión, familiares, y demás factores relacionados con el enfermo): a) *preventivo*: cuando se puede prever la incapacidad que el enfermo enfrentará y es posible llevar a cabo un adiestramiento previo que disminuya la intensidad del déficit cuando este aparezca, b) *restaurativo*: cuando el paciente tendrá que soportar sólo una incapacidad mínima o temporal, c) *de apoyo*: si se prevé que el paciente tendrá que enfrentarse a una incapacidad prolongada o permanente con la posibilidad de que realice progresos en el control de su ambiente a través de programas de aprendizaje, d) *paliativo*: en el caso de que la enfermedad se encuentre en un estado avanzado, la incapacidad sea básica, y no se disponga de medios para corregirla o compensarla.

Si se considera un objetivo esencial que el paciente posea la máxima autonomía e independencia posibles, es evidente que el enfermo debe ser asistido y no controlado por sus familiares y el personal sanitario, para esto es absolutamente necesario el que el paciente adopte una clara actitud protagonista frente a un futuro que es, ante todo *su futuro*.

Brewin y Shapiro (1979 op. cit. Bayes, 1985) han llamado la atención sobre el hecho de que el sentimiento por parte del enfermo, de que él determina su propio comportamiento en lugar de ser

controlado por fuerzas externas constituye un poderoso motivador del proceso de rehabilitación. En la rehabilitación de pacientes cancerosos será preciso tomar en cuenta dos áreas principales en las que las estrategias psicológicas pueden ser de ayuda:

1. El diseño y aplicación de programas de rehabilitación orgánica en los casos de amputación o pérdidas funcionales que supongan para el individuo la necesidad de nuevos aprendizajes.
2. El diseño y aplicación de programas de rehabilitación psicológica para reintegrarse a una vida, lo más plena y normal posible en todos los aspectos que conforman a la persona: social, laboral, intelectual, sexual, etc. Existen muchos factores potencialmente amenazadores- y, por tanto, suscitadores de estrés- que se ciernen sobre las personas con impedimentos físicos (Vess, 1992; Holland, 1989; Bustamante, 1998):
 - 1.- El temor de que otros no se interesen " por mi como persona, sino por mi defecto".
 - 2.- El temor de que el impedimento las devalúe como personas.
 - 3.- La conciencia de que las no impedidas nunca pueden comprender la personalísima experiencia del impedimento y de las limitaciones, malestares y privaciones por él impuestos.
 - 4.- Sentimientos de culpa relacionados con constituir una carga.
 - 5.- El conflicto entre el deseo de dependencia y el de independencia.
 - 6.- Los sentimientos de autocompasión.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

METODOLOGÍA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los efectos favorables y/o desfavorables que el cáncer de mama padecido por la madre de la familia puede producir en la dinámica familiar?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar cuales son los principales efectos, positivos y/o negativos que el cáncer de mama tiene sobre la dinámica familiar, cuando lo padece la madre de la familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Para evaluar la dinámica familiar se utilizó la Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM) (Espejel, 1997).

Se evaluó la dinámica familiar de familias cuya madre presentó un diagnóstico histopatológico de cáncer de mama, comparándola con el de familias cuya madre no presentó este diagnóstico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

VD. Dinámica familiar.

VI. Cáncer de mama, características sociodemográficas de la familia, nivel socioeconómico, estadio de la enfermedad y tratamientos recibidos.

VARIABLES CONCEPTUALES.

VI: **Cáncer:* "Es la transformación de una célula normal en célula maligna y la proliferación de ésta célula que da lugar a una masa considerable, integrada por varios miles de millones de células todas ellas pertenecientes a la misma familia, y que constituyen el cáncer en el sentido clínico del término: es decir algo visible, palpable, una masa de células que puede ser diseminada o localizada en el organismo" (Bonnadona, 1983)

VD: **Familia:* "Membresía familiar conviviente en ese momento. Es un sistema dinámico, en donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y en donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad" (Espejel, et al., 1996). "Es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve" (Espejel, et al., 1997).

VD: **Funcionalidad familiar:* "Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que atraviesa, basándose en la forma en que organiza el sistema de acuerdo con jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía" (Espejel, et al., 1997).

VD: **Disfuncionalidad familiar:* "es la incapacidad del sistema para enfrentar adecuadamente y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa" (Espejel, 1997).

VARIABLES OPERACIONALES.

VI: **Cáncer:* El diagnóstico de cáncer de la glándula mamaria estuvo determinado por la Institución.

VD: *Funcionalidad: Puntaje con respecto a cada una de las áreas que la Escala de Funcionamiento Familiar evalúa.

VD: *Disfuncionalidad Familiar: Puntaje con respecto a cada una de las áreas que la Escala de Funcionamiento Familiar evalúa.

VD: *Familia: Grupo de personas unidas por lazos de parentesco que cohabiten en el momento de la investigación. Cualquier sistema que viva bajo el mismo techo, y que esté integrado por lo menos por ambos padres y un hijo.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

H1. La presencia del cáncer de mama en la madre de la familia, altera adversamente la dinámica familiar.

Ho. La presencia del cáncer de mama en la madre de la familia, no altera adversamente la dinámica familiar.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

H1. Existen diferencias estadísticas significativas en la funcionalidad familiar evaluada mediante la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997), entre el grupo control y el grupo experimental.

Ho. No existen diferencias estadísticas significativas en la funcionalidad familiar evaluada mediante la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997), entre el grupo control y el grupo experimental.

ESTUDIO.

Esta investigación utilizó los lineamientos del tipo de estudio comparativo, transversal, evaluatorio, aplicado, prospectivo y abierto en la que se realizó únicamente una descripción del fenómeno. Fue una búsqueda sistemática, empírica en la que no se tuvo control sobre la variable independiente porque sus manifestaciones ya habían ocurrido en el momento en que se realizó la investigación. (Campbell, 1982; Pick, 1983). Es de tipo transversal pues su principal objetivo fue estudiar el fenómeno en un momento determinado (el presente) (Pick, 1983; Coolican, 1994). Campbell (1982) lo denominó "Diseño de comparación de un grupo estático" puesto que existió un grupo cuya madre tenía el diagnóstico de cáncer de mama, y otro en donde la madre no padecía esta enfermedad diagnosticada. Ambos grupos fueron evaluados una sola vez posterior a la condición del diagnóstico del cáncer. Cabe señalar que este estudio no implicó ningún tipo de riesgo para los sujetos que en ella participaron.

DISEÑO.

Es de tipo no experimental, de campo, ex post facto y de dos cortes, en éste tipo de diseño se compara a dos grupos naturales, o sea que en cada grupo los sujetos no han sido asignados al azar. Se puede decir entonces, que si no existiera el cáncer de mama diagnosticado en la madre, ambos grupos fuesen equivalentes.

MUESTRA.

Se trabajó con pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y sus familias, que fueran derechohabientes del ISSSTE y estaban recibiendo atención médica en algún servicio de Oncología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y un grupo control de población abierta cuyas características fueran iguales a las del grupo experimental, en la medida de lo posible, excepto en el diagnóstico de cáncer de mama en la madre de la familia.

El grupo experimental quedo conformado por quince familias cuya madre presentó un diagnóstico histopatológico de cáncer de mama, con edades que fluctuaron entre los 35 y 55 años (ya que éstas son las edades pico en las que más se presenta esta enfermedad) (RHNM, 1998). El cáncer, en este grupo tuvo como mínimo de haber sido diagnosticado seis meses y un año y medio como máximo.

En ambos grupos la pareja parental debió cumplir el requisito de cohabitar en el momento de la investigación.

Para el presente estudio no fue significativa la etapa de evolución de la enfermedad, ni el tipo de tratamiento recibido.

Tampoco fueron de importancia para esta investigación el estatus socioeconómico o socio-demográficos de las familias participantes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN.

La edad promedio de las madres en el **grupo control** fue de 44.7 años, el tiempo de formada la familia de 22 años, la edad del primer hijo 20.7 años, la edad del último hijo de 17.8 años. En cuanto al número de integrantes por edades, el número de adultos fue de 52 (74.28%), 8 adolescentes (11.42%) y 10 niños (14.28%). Por género el número de mujeres en este grupo fue de 37 (52.85%) y 33 hombres (47.14%), siendo de 4.6 el promedio de miembros y 2.2 el promedio de hijos por familia.

En este grupo los tipos familiares fueron: 11 familias primarias nucleares (73.33%), 3 familias primarias semiextensas (20%) y una familia primaria extensa (6.6%). De estas cuatro familias en donde estuvo presente "otro familiar" estos fueron 2 abuelas (28.57%), 3 nietos (42.85%), una nuerca (14.28%) y una tía paterna (14.28%), dándonos un total de 7 personas en cuatro familias.

En cuanto a los datos económicos y educacionales encontramos que el promedio de ingresos por familia fue de \$7400 mensuales siendo el mínimo \$4000 y el máximo \$10 500. El ingreso per capita promedio fue de \$1703 mensuales, donde el mínimo fue de \$800 y el máximo de \$2625. Tomando en consideración los datos anteriormente mencionados, encontramos que específicamente para nuestra población, los diferentes niveles socioeconómicos estaban dados de la manera siguiente: Por familia 4 bajo (26.6%), 8 media (53.3%), 3 alta (20%), per capita; 5 baja (33.3%), 7 media (46.6%) y 3 alta (20%). El número total de miembros económicamente activos fue de 37, siendo en promedio 2.4 personas por familia las que hacían una aportación económica, esto quiere decir que el 52.8% de las personas trabajan y/o recibían una remuneración económica que aportaban al gasto familia. Las actividades principales que las madres de este grupo realizaban fueron: 6 dedicadas al hogar (40%), 9 dedicadas a alguna labor económicamente remunerada (60%). La escolaridad de la madre se presentó de la manera siguiente: 1 primaria (6.6%), 5 comercial (33.33%), 1 bachillerato (6.6%), 3 técnico (20%), 5 licenciatura (33.3%). En el padre encontramos: 1 primaria (6.6%), 2 comercial (13.3%), 2 bachillerato (13.3%), 2 técnico (13.3%), 8 licenciatura (53.3%).

En la evaluación realizada mediante la Escala de Funcionamiento Familiar, 10 (66.6%) de las familias resultaron funcionales y 5 (33.3%) disfuncionales.

Por otro lado encontramos que la edad promedio de las madres en el **grupo experimental** fue de 45.6 años, el tiempo de formada la familia de 20.8 años, la edad del primer hijo 19.8 años, la edad del último hijo de 14.3 años. En cuanto al número de miembros por edades, el número de adultos fue de 53 (72.36%), 9 adolescentes (11.84%) y 12 niños (15.78%). Por género el número

de mujeres en este grupo fue de 35 (46.1%) y 41 hombres (53.9%), siendo de 5.06 el promedio de miembros y 2.6 el promedio de hijos por familia.

En el G.E. los tipos familiares fueron: 10 familias primarias nucleares (66.6%), 1 familias primarias semiextensas (6.6%), 3 familia primaria extensa (20%) y una familia reestructurada. De estas cuatro familias donde existe un "otro familiar" fueron: una abuela (16.6%), 3 nietos (50%), una nuera (16.6%) y una tía materna (16.6%), dando un total de 6 personas en cuatro familias.

En los datos económicos y educacionales encontramos que el promedio de ingresos por familia es de \$5183 mensuales siendo el mínimo \$3500 y el máximo \$8000. El ingreso per capita promedio fue de \$1168 mensuales, donde el mínimo fue de \$466 y el máximo de \$2000. Tomando en consideración los datos anteriormente mencionados, encontramos que específicamente para nuestra población, los diferentes niveles socioeconómicos estaban dados de la manera siguiente: Por familia 5 bajo (33.3%), 6 media (40%), 4 alta (26.6%), per capita; 6 baja (40%), 5 media (33.3%) y 4 alta (26.6%). El número total de miembros económicamente activos fue de 47, siendo en promedio 3.1 personas por familia las que hacían una aportación económica, esto quiere decir que el 64.3% de las personas trabajan y/o reciben una remuneración económica que aportan a la casa. Las actividades principales que las madres de este grupo realizaban fueron: 4 dedicadas al hogar (26.6%), 11 dedicadas a alguna labor económicamente remunerada (73.3%).

La escolaridad de la madre se presento de la manera siguiente: 3 primaria (20%), 5 secundaria (33.3%), 3 bachillerato (20%), 2 técnico (13.3%), 2 licenciatura (13.3%). En el padre encontramos: 3 primaria (20%), 3 secundaria (20%), 3 bachillerato (20%), 1 técnico (6.6%), 5 licenciatura (33.3%).

De las quince familias pertenecientes a este grupo, 11 (73.3%) radicaban en el D.F., 2 (13.3%) en Hidalgo, 1 (6.6%) en Veracruz y 1 (6.6%) en el Estado de México. En la evaluación realizada mediante la Escala de Funcionamiento Familiar, 4 (26.6%) de las familias fueron funcionales y 11 (73.3%) disfuncionales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

En la presente investigación no se trabajó con pacientes que presentaran además del diagnóstico de cáncer de mama, algún otro padecimiento crónico. En el grupo control no participaron familias cuya madre estuviese diagnosticada con ningún tipo de enfermedad crónica.

Pacientes con un deterioro físico tal que no les permitió asistir a la evaluación, fueron descartadas de la investigación.

Tampoco se trabajó con aquellas familias que hubiesen recibido algún tratamiento psicoterapéutico formal en el último año y medio (posterior al diagnóstico del cáncer).

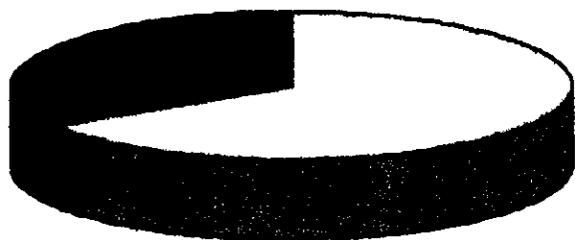
En ambos grupos no fueron incluidas familias cuyo subsistema parental no estuviese casados y cohabitando en el momento de la investigación.

MUESTREO.

En la presente investigación utilizamos muestreo *no probabilístico*, (se desconoce la probabilidad de que un sujeto sea parte de la muestra) (Coolican, 1994), *propositivo* (existen criterios de selección) (Pick, 1983).

Figura Número Uno.

Grupo Control.



□ Funcionales

■ Disfuncionales

Figura Número Dos.

Grupo Experimental.

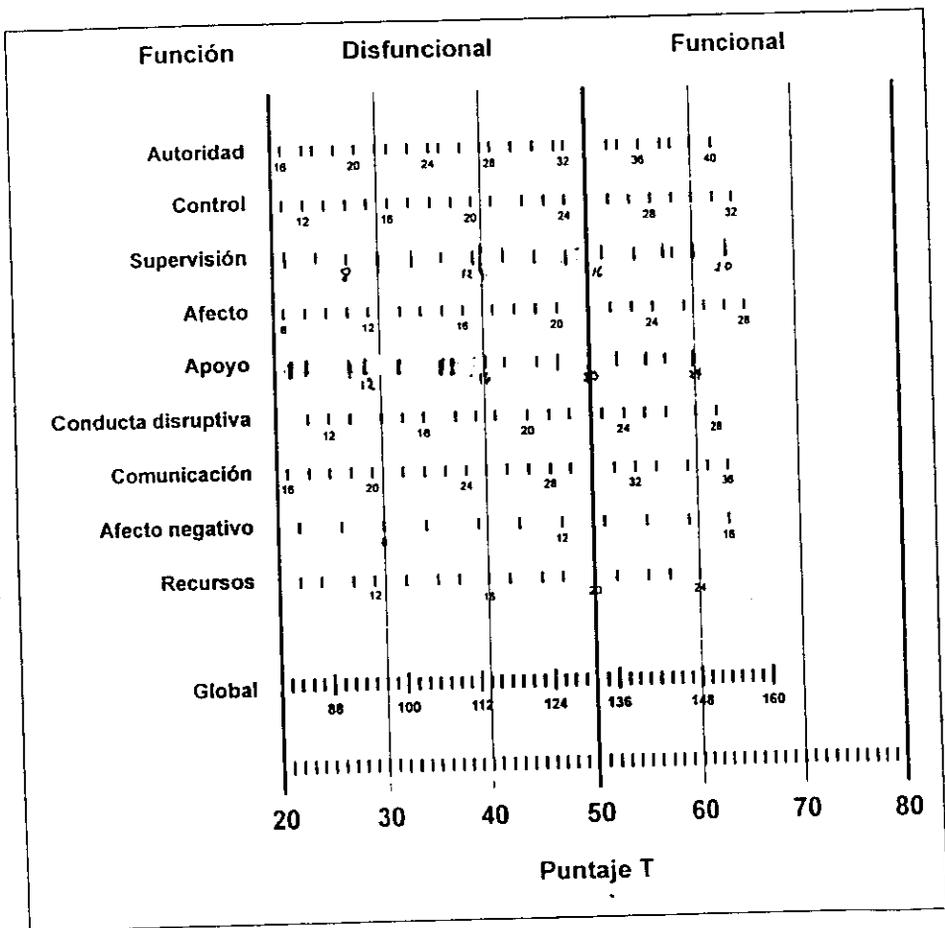


□ Funcionales

■ Disfuncionales

Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
 Tiempo de formada: _____ años Etapa de ciclo vital: _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: *Adultos* _____
Adolescentes _____ *niños* _____ Tipo de familia: _____



La muestra fue *de tipo sesgado e incidental*, pero en la VD y no en la VI, lo que quiere decir que además de no ser representativa de la población, en su selección se usó algún procedimiento restrictivo (criterios de inclusión). Estuvo constituida por sujetos, de los cuales en un momento dado los experimentadores pudieron disponer fácilmente de ellos (Martínez, 1994), a este tipo de muestreo también se le conoce como muestreo *por oportunidad* (Coolican, 1994).

Trabajamos con las quince primeras familias que llegaron a consulta y que reunieron los criterios de inclusión, así mismo utilizamos la técnica intencional por medio de la revisión previa de los expedientes del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", para determinar el cumplimiento o no de los criterios antes mencionados.

INSTRUMENTO. ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (ESCEVFAM).

Tomando en cuenta que un criterio de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa (Ackerman, 1977), Espejel y cols. (1997), creen que el sistema familiar es susceptible de ser evaluado, ya sea estando la familia reunida en su totalidad, o a través de uno de sus miembros que manifiesta su propia percepción de la misma.

De acuerdo con Espejel, y cols. (1997) al hablar de la familia mexicana debemos tener en cuenta que no se puede hablar de una sola, puesto que varían significativamente dependiendo de la zona o región en que se ubiquen, así como de su nivel socioeconómico y de la etapa que están cursando. A partir de lo anterior, se puede decir que "evaluar" a una familia implica una tarea muy compleja, que involucra la situación personal de quien está evaluando, además de un conjunto de conocimientos que permitan hacerlo de una manera más objetiva, lo que justifica y requiere la posibilidad de construir instrumentos confiables y válidos.

Dada la necesidad de contar con un instrumento que facilite la evaluación del funcionamiento familiar, en las áreas convencionalmente establecidas teóricamente, se desarrolló "La Escala de Funcionamiento Familiar" de la Dra. Emma Espejel Aco y cols. dicha escala se publicó en el año de 1997, y es el resultado de la evolución de muchos años de trabajo, no sólo en nuestro país con sujetos y familias mexicanas, sino de la revisión minuciosa de otras guías de evaluación familiar originadas en otros países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica, y de la certeza de la necesidad de crear instrumentos para nuestra población más que adoptar los de otros países.

En la presente investigación se utilizó la "Escala de Funcionamiento familiar", para determinar la funcionalidad estructural de la familia. La escala es un instrumento conformado por 40 reactivos, que investigan nueve áreas que evalúan el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia: autoridad, orden, supervisión, afecto apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos, los cuales están determinados por los siguientes elementos: territorio, centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología. Se añade familiograma y datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para observaciones.

Cada reactivo indaga relaciones circulares e interaccionales entre los distintos miembros de la familia, cuyo significado está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso. El proceso de validación y confiabilidad en nuestro país, dio como resultado una buena discriminación de los 40 ítems, con una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.91, de ahí que con los resultados obtenidos el instrumento cuente con una confiabilidad de .91 que discrimina sensiblemente a las familias funcionales de las disfuncionales.

Para calificar la prueba, cada reactivo es evaluado en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto a evaluar es disfuncional, la categoría 2 es poco funcional, 3 es medianamente funcional y la categoría 4 es funcional. Esta asignación se hace por medio de la observación del psicólogo que evalúa y de acuerdo al manual de calificación y considerando el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma su tipología y contexto, las circunstancias variables de cada una tales como estructura, cultura e historia. Cuando no se responde alguna pregunta, debido a que no se ha vivido, se califica con 4.

Una vez calificados los reactivos, se procede a hacer un vaciado de las calificaciones en el formato de calificación. Se obtiene la sumatoria por área y la puntuación global, las cuales se grafican en el perfil de funcionamiento familiar.

Este cuestionario puede ser contestado por todo el grupo familiar, por los miembros que estén presentes o en forma individual (percepción individual de la familia). Cuando se aplica al grupo familiar, es conveniente identificar quiénes son los que están presentes, a qué subsistemas pertenecen y qué vínculos existen.

Este instrumento es una entrevista abierta, semidirigida y circular. Es decir, se hace cada pregunta esperando a que la familia de su repuesta en pleno y sin intervención del evaluador.

Antes de iniciar la pregunta número uno, es necesario que el entrevistador instruya con claridad a los participantes de la manera en que va a registrar las respuestas, esto es que una vez hecha la pregunta, el grupo familiar deberá ponerse de acuerdo sobre la respuesta que se dará, de manera que solo responda una de ellos. También es importante señalar que el tiempo aproximado de aplicación puede ser de 30 a 60 minutos.

Las nueve áreas que conforman el instrumento, de acuerdo al modelo de McMaster son (Espejel, 1997):

Autoridad: Evalúa la eficacia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por los padres.

***Orden-Control:** Evalúa como se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como las más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.

***Supervisión:** Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento, así como la capacidad de organización del sistema familiar en general.

***Afecto:** Evalúa como se presentan las muestras de afecto (verbales y no verbales de sentimientos y emociones de bienestar entre los miembros de la familia). Una familia es más funcional en ésta área cuando sus miembros tengan la libertad de expresar sus afectos positivos entre ellos.

***Apoyo:** Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.

***Conducta Disruptiva:** Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente, como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.

***Comunicación:** Evalúa la presencia y eficacia de la comunicación dentro de la familia. La forma en que se relacionan, ya sea de manera verbal o no verbal.

***Afecto negativo:** Evalúa como se presentan las manifestaciones verbales y no verbales, de sentimientos y emociones de malestar entre los miembros de la familia.

***Recursos:** Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas, así como la capacidad de la familia para desarrollarlas y utilizarlas. Dicha capacidades relaciona con su posibilidad de enfrentar crisis y problemas resolviendolos adaptativamente.

Para la Escala de Evaluación Familiar existen términos importantes, los cuales se definirán a continuación y fueron utilizados como tales en esta investigación:

- a) *Dinámica familiar*: el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esta atravesando dicha familia.
- b) *Familia*: es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelven.
- c) *Estructura familiar*: es la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía.
- d) *Funcionalidad familiar*: es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Cada uno de los reactivos representa preguntas paradigmáticas, es decir, circulares e interaccionales cuya significación está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso. Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir a diadas, o triángulos dentro de los subsistemas, o bien pueden englobar a toda la familia o producir polaridades; un polo cobra realidad en la medida que difiere del otro; tales posibilidades son el resultado de la estructura de los reactivos en los que subyace la exploración de las diferencias entre los distintos miembros y subsistemas familiares. El objetivo del modelo es dar cuenta de los procesos inherentes a la calidad del funcionamiento de los grupos familiares, lo cual permite **diseñar estrategias de intervención**, tanto en el ámbito preventivo como en el terapéutico. Seis áreas del funcionamiento familiar completamente independientes unas de otras, por lo que a cada una corresponden ciertos reactivos y no comparten ninguno de ellos. Dichas áreas son:

***Reconocimiento y centralidad**: Evalúa por un lado, la calidad de gobierno, y por el otro, que la responsabilidad de éste se encuentre equitativamente repartida en el subsistema parental.

***Organización Instrumental**: Evalúa todos aquellos valores, normas de comportamiento y distribución de tareas que son habituales, y que permiten el funcionamiento básico para la supervivencia de la familia en la cotidianidad.

***Comunicación Instrumental**: Evalúa la capacidad del sistema familiar para comunicarse entre sí, crear nuevas formas de comportamiento y de distribución de tareas, ante una situación de necesidad emergente para lograr adaptarse.

***Comunicación Afectiva**: Evalúa la capacidad de la familia para comunicar e interpretar adecuadamente, los afectos de unos y otros, de manera que logren satisfacer las necesidades afectivas que cada uno tiene.

***Manejo de Conflicto**: Evalúa la capacidad de las familias para enfrentar y manejar de manera adecuada los conflictos, de forma que no se rebasen los límites de agresión ya sea directa o indirectamente, logrando resolver dichos conflictos sin mermar las relaciones entre los miembros.

***Ausencia de Patología**: Evalúa la ausencia de trastornos psíquicos, como son: el abuso de sustancias psicoactivas, problemas de conducta, y/o problemas emocionales, en los miembros del sistema familiar.

PROCEDIMIENTO.

Las pacientes se seleccionaron por revisión de expedientes de los servicios de Oncología Médica o/y Oncología Quirúrgica, o por remisión médica de alguno de los servicios de oncología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, tomándose en consideración para tal selección los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez elegidas las familias se les solicitó su consentimiento por escrito para participar en la investigación. La carta de autorización y consentimiento de los pacientes se muestra en el anexo número uno.

Se revisaron los expedientes de los servicios de Oncología Médica y Oncología Quirúrgica del CENIM 20 de noviembre para seleccionar a las pacientes que cubrían los criterios de inclusión y se les visitó en su habitación. Se les hacía una entrevista, en la que se les explicaba en que consistía la investigación y al final se les invitaba a participar en ella. A cada familia se le dio una cita para el servicio de Psiquiatría. El día de la cita se les presentaba nuevamente la propuesta de participar. Les explicábamos que el cuestionario a contestar era uno por cada sistema familiar y que debían hacer un consenso para dar una respuesta a cada ítem por grupo. El entrevistador formulaba la pregunta a la familia, esta se ponía de acuerdo y presentaba una respuesta la cual era recolectada en el cuestionario por el terapeuta.

Una vez aplicados los 15 instrumentos, se procedió a calificar y analizar los datos obtenidos con la finalidad de obtener un perfil psicológico de esta población (madres de familia con cáncer de mama y sus familias, derechohabientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE), la cual hasta el día de hoy no existe (Banco de datos de tesis del 20 de Noviembre, 1998).

De acuerdo a los objetivos enunciados, cabe mencionar que la intervención psicológica se quedó sólo al nivel de propuesta, dejándose la aplicación de esta para una posible investigación posterior.

ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Esta investigación es un estudio de dos muestras independientes, porque no se usó a los sujetos como sus mismos controles y fueron extraídos al azar de dos poblaciones. La escala utilizada tiene un nivel de medición ordinal ya que ordena a las familias en cuanto a sus características como funcionales o disfuncionales, estableciendo relaciones que se denotan por "el mayor que" pudiéndose establecer un rango completo ordenado de clases (Downie, 1986; Siegel, 1995). Por lo anterior se utilizó el análisis estadístico no paramétrico, descriptivo, con medidas de tendencia central así como la prueba de U de Mann-Whitney, que se utiliza para evaluar si dos grupos independientes fueron extraídos de la misma población, siempre que en las variables de estudio se hayan obtenido datos, en al menos, escala ordinal. Es una prueba no paramétrica muy poderosa, muy efectiva para datos no correlacionados, con muestras aleatorias extraídas independientemente. Estas pruebas determinan la medida en que las diferencias de las muestras constituyen un indicio convincente de una diferencia en el proceso aplicado a ellas (Downie, 1986; Siegel, 1995).

RESULTADOS.

El objetivo del presente estudio fue evaluar cuales son los principales efectos que el cáncer de mama tiene sobre la dinámica familiar, cuando lo padece la madre de la familia, y describirlos. Por lo que participaron dos grupos de sujetos, cada uno compuesto por 15 familias, en el grupo experimental la madre presentaba un diagnóstico médico de cáncer de la glándula mamaria de mínimo 6 meses y un año y medio como máximo de haber sido informado a la paciente, las madres del grupo control no presentaron el diagnóstico de cáncer en la glándula mamaria.

Se utilizó como instrumento evaluatorio la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997). Los resultados que se obtuvieron en cada escala fueron cuantificados y comparados, a nivel intra e inter grupal, utilizándose para ello el análisis estadístico no paramétrico, descriptivo, con medidas de tendencia central así como la prueba de U de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos se encuentran expresados como el valor de la media, en porcentajes y proporciones, tanto para las variables sociodemográficas como para la evaluación cualitativa a las respuestas emitidas en cada una de las escalas por ambos grupos.

ANALISIS CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Para someter a prueba el objetivo principal del presente estudio, se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney para determinar las diferencias existentes entre el G.E vs el G.C. Los resultados se presentan por subescalas en la tabla número seis.

TABLA NÚMERO SEIS. U. DE MANN. WHITNEY.

ESCALA.	U.	W.	P.	HO.
AUTORIDAD.	19.5	325.5	.0000	SE RECHAZA.
CONTROL.	67.0	278.0	.0613	SE ACEPTA.*
SUPERVISION.	54.5	290.5	.0145	SE RECHAZA.
AFECTO.	70.0	275.0	.0814	SE ACEPTA.*
APOYO.	27.5	317.5	.0002	SE RECHAZA.
CONDUCTA DISRUPTIVA.	27.0	318.0	.0002	SE RECHAZA.
COMUNICACIÓN.	44.0	301.0	.0037	SE RECHAZA.
AFECTO NEGATIVO.	33.0	312.0	.0006	SE RECHAZA.
RECURSOS.	59.0	286.0	.0264	SE RECHAZA.
COMUNICACIÓN AFECTIVA.	71.5	273.5	.0892	SE ACEPTA.*
ORGANIZACIÓN INSTRUMENTAL.	31.0	314.0	.0004	SE RECHAZA.
COMUNICACIÓN INSTRUMENTAL.	35.5	309.5	.0008	SE RECHAZA.
MANEJO DE CONFLICTO.	41.5	303.5	.0023	SE RECHAZA.
RECONOCIMIENTO Y CENTRALIDAD.	58.5	286.5	.0235	SE RECHAZA.
PSICOPATOLOGÍA.	31.5	313.5	.0004	SE RECHAZA.

Como se puede observar en el Perfil Grupal de Funcionamiento Familiar, entre el 40 y el 60 de los Puntajes T, se localiza aproximadamente, entre el 50% y el 68% de la población, razón por la cual existen cuatro escalas con una mayor representatividad cuantitativa de disfuncionalidad en el grupo experimental, estas son: **orden-control, apoyo, conducta disruptiva y comunicación.**

No obstante para la interpretación del instrumento utilizado en la presente investigación, se considera disfuncional aquellos puntajes menores al Puntaje T 50, y funcionales aquellos mayores al mismo.

En el presente apartado sólo hacemos una interpretación de las diferencias encontradas mediante la prueba estadística, el análisis más profundo de los ítems y de las respuestas dadas por los diferentes grupos se dan a conocer en el siguiente apartado denominado "análisis cualitativo". Se encontraron claras diferencias estadísticamente significativas (y que por lo tanto confirman la H1 "La presencia del cáncer de mama en la madre de la familia, altera adversamente la dinámica familiar") entre los grupos control y experimental en las siguientes áreas, **autoridad** (.0000), **supervisión** (.0145), **apoyo** (.0002), **conducta disruptiva** (.0002), **comunicación** (.0037), **afecto negativo** (.0006), **recursos** (.0264), **organización instrumental** (.0004), **comunicación instrumental** (.0008), **manejo de conflicto** (.0023), **reconocimiento y centralidad** (.0235), **ausencia de patología** (.0004).

Escalas donde no se encontró diferencias estadísticas significativas, en las que como se pudo notar el desempeño de los dos grupos fue igual y por lo tanto acepta la H0 "La presencia del cáncer de mama en la madre de la familia, no altera adversamente la dinámica familiar", son las siguientes: **orden-control** (.0613), **afecto** (.0814), **comunicación afectiva** (.0892).

ANÁLISIS CUALITATIVO.

En este apartado damos a conocer y analizamos las frecuencias de respuestas a cada uno de los reactivos que conforman las diferentes escalas.

***Orden-Control:** Reactivos: 8, 10, 17, 26, 31, 34, 35, 40.

***Afecto:** Reactivos: 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33.

***Comunicación Afectiva:** Reactivos: 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 33.

Autoridad: Reactivos: 1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 28, 39, 40.

Supervisión: Reactivos: 16, 25, 26, 28, 30.

Apoyo: Reactivos: 7, 16, 18, 20, 39, 40.

Conducta Disruptiva: Reactivos: 5, 9, 36, 37, 38, 39, 40.

Comunicación: Reactivos: 4, 10, 15, 18, 19, 21, 22, 36, 38.

Afecto Negativo: Reactivos: 6, 15, 29, 34.

Recurso: Reactivos: 2, 12, 13, 14, 17, 40.

Organización Instrumental: Reactivos: 2, 7, 8, 14, 16, 25, 26, 27, 28, 29.

Comunicación Instrumental: Reactivos: 11, 4, 9, 13, 24.

Manejo de Conflicto: Reactivos: 6, 10, 34, 35.

Reconocimiento y Centralidad: Reactivos: 1, 3, 5, 12.

Ausencia de Psicopatología: Reactivos: 36, 37, 38, 39, 40.

* Escalas que aceptan la H0, "La presencia del cáncer de mama en la madre de la familia, no altera adversamente la dinámica familiar"

Reactivo # 1 ¿Hay en su familia algún miembro considerados como más trabajador?

	G. C.	G. E.
PADRE.	80% (12)	66.6% (10)
MADRE.	40% (6)	6.6% (1)
AMBOS.	33.3% (5)	6.6% (1)
HIJOS.	6.6% (1)	26.6% (4)
TODOS.	20% (3)	26.6% (4)

A diferencia G.C., donde la madre ocupa el segundo lugar, después del padre, en el G.E. la madre ocupa el tercer lugar, después del padre y de los hijos varones, siendo así desplazada por estos últimos.

Reactivo # 2 ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decidir los menús)?

	G. C.	G. E.
PADRE.	6.6% (1)	6.6% (1)
MADRE.	100% (15)	66.6% (10)
AMBOS.	6.6% (1)	0%
HIJOS.	20% (3)	20% (3)
HIJAS.	20% (3)	40% (6)
OTRO FAM.	0%	13.3% (2)

Las madres del G.E., debido muy probablemente a las limitaciones que les impone su enfermedad, se responsabilizan de este tipo de actividades con menor frecuencia que las del control, y en el primer grupo las personas que asumen estos roles son las hijas.

Reactivo # 3 En su familia ¿hay alguna persona que sea más reconocida o tomada en cuenta?

	G. C.	G. E.
PADRE.	46.6% (7)	53.3% (8)
MADRE.	46.6% (7)	46.6% (7)
AMBOS.	20% (3)	6.6% (1)
HIJOS.	6.6% (1)	6.6% (1)
HIJAS.	20% (3)	0%
OTRO FAM.	6.6% (1)	13.3% (2)
TODOS.	20% (3)	6.6% (1)

La diferencia en este rubro esta en que mientras en el G.C. las personas más reconocidas son ambos padres, por separado, en el G.E. es el padre quien es el más reconocido en la familia, a diferencia de lo esperado, ya que la madre al estar enferma, debería tener en sí la centralidad.

Reactivo # 4 Si se reúne su familia para ver televisión ¿quién decide el programa?

	G. C.	G. E.
PADRE.	80% (12)	26.6% (4)
MADRE.	53.3% (8)	66.6% (10)
AMBOS.	33.3% (5)	6.6% (1)
HIJAS.	6.6% (1)	0%
OTRO FAM.	6.6% (1)	6.6% (1)
TODOS.	0%	6.6% (1)

En el G.E., probablemente la madre al pasar más tiempo en casa, debido a los constantes tratamientos recibidos es quien utiliza con mayor frecuencia las instalaciones y aparatos.

Reactivo # 5 ¿Quién o quiénes de la familia tiene más obligaciones?

	G. C.	G. E.
PADRE.	46.6% (7)	60% (9)

MADRE.	13.3% (2)	20% (3)
AMBOS.	13.3% (2)	13.3% (2)
HIJOS.	6.6% (1)	26.6% (4)
HIJAS.	6.6% (1)	13.3% (2)
TODOS.	53.3% (8)	26.6% (4)
OTRO FAM.	0%	6.6% (1)

En el G.C. las familias consideran en su mayoría que todos los miembros son igualmente trabajadores, mientras que en el experimental el padre es considerado el más trabajador.

Reactivo # 6 ¿Quién de la familia interviene cuando los padres discuten o pelean entre si?

	G. C.	G. E.
HIJOS.	0%	40% (6)
HIJAS.	0%	13.3% (2)
OTRO FAM.	13.3% (2)	6.6% (1)
NO FAM.	0%	6.6% (1)
NADIE.	86.6% (13)	26.6% (4)

Los límites del subsistema conyugal, en el grupo control, están mejor delimitados y son más respetados que en el experimental.

Reactivo # 7 Cuando los hijos pelean entre si ¿quién o quienes intervienen?

	G. C.	G. E.
PADRE.	66.6% (10)	40% (6)
MADRE.	73.3% (11)	66.6% (10)
AMBOS.	46.6% (7)	26.6% (4)
HIJOS.	0%	6.6% (1)
HIJAS.	0%	6.6% (1)
TODOS.	6.6% (1)	6.6% (1)
OTRO FAM.	26.6% (4)	20% (3)
NADIE.	13.3% (2)	6.6% (1)

En las familias del G.C. la atención recae principalmente en los problemas de los hijos, en el G.E., esta es menor, y esta enfocada en problemas considerados de mayor importancia como por ejemplo, la enfermedad de la madre.

Reactivo # 8 ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

	G. C.	G. E.
PADRE.	60% (9)	86.6% (13)
MADRE.	60% (9)	66.6% (10)
AMBOS.	26.6% (4)	20% (3)
HIJOS.	0%	6.6% (1)
HIJAS.	0%	6.6% (1)
TODOS.	6.6% (1)	6.6% (1)
OTRO FAM.	20% (3)	33.3% (5)
NADIE.	13.3% (2)	6.6% (1)

La frecuencia e intensidad de las reprimendas en el G.E. es mayor por parte de los padres.

Reactivo # 9 Si en esta casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios?

	G. C.	G. E.
MADRE.	26.6% (4)	13.3% (2)
HIJOS.	20% (3)	13.3% (2)
HIJAS.	13.3% (2)	13.3% (2)
NO HAY.	53.3% (8)	66.6% (10)
OTRO FAM.	13.3% (2)	0%
NADIE.	13.3% (2)	13.3% (2)

En el G.E. es mayor el número de familias que no tienen horarios preestablecidos.

Reactivo # 10 Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quién interviene?

	G. C.	G. E.
PADRE.	66.6% (10)	86.6% (13)
MADRE.	6.6% (1)	6.6% (1)
HIJOS.	13.3% (2)	0%
HIJAS.	20% (3)	33.3% (5)
TODOS.	6.6% (1)	6.6% (1)
OTRO FAM.	0%	6.6% (1)
NADIE.	20% (3)	13.3% (2)
NO PASA.	6.6% (1)	0%

En el G.C. ambos padres intervienen por igual, mientras que en el G.E. es el padre quien lo hace, disminuyendo así el nivel de autoridad que la madre tiene sobre los hijos en este último.

Reactivo # 11: ¿Cuando alguien invita a casa a quien se le avisa?

	PADRE		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.
Padre			100%	86.6%	0%	60%	0%	60%	0%	6.6%
Madre	80%	53.3%			0%	66.6%	0%	53.3%	0%	0%
Ambos					80%	0%	80%	40%	26.6%	6.6%
Hijos	6.6%	6.6%	6.6%	20%	0%	0%	0%	6.6%	6.6%	6.6%
Hijas	6.6%	6.6%	6.6%	13.3%	0%	6.6%	6.6%	6.6%	0%	0%
O. Fam	6.6%	6.6%	13.3%	13.3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Nadie	20%	46.6%	0%	6.6%	0%	13.3%	0%	0%	0%	20%
No hay	0%	0%	0%	0%	20%	0%	20%	33.3%	73%	73%

En el G. E. disminuye la frecuencia con la que el padre avisa a la madre y aumenta la frecuencia de no avisar a nadie. También disminuye la frecuencia con la que la madre avisa al padre y aumentan los avisos a los hijos.

Los hijos del G. C. avisan en su mayoría a ambos padres, mientras que los del G.E. a uno u otro por separado, siendo más frecuente avisar a la madre, y aparece el rubro no avisar a nadie. Las hijas del G.C. avisan en su mayoría a ambos padres, mientras que las del G.E. lo hacen en la mitad de los casos y el resto avisan por separado, siendo mayor la frecuencia de avisar al padre.

Reactivo # 12: ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

	NO TRA BAJA PARTICIPA.		NO TRABAJA.		TRABAJA Y PARTICIPA.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.
Padre	0%	0%	0%	0%	100%	100%
Madre	0%	6.6%	40%	26.6%	60%	66.6%
Hijos	0%	0%	60%	46.6%	20%	60%
Hijas	0%	0%	46.6%	26.6%	33.3%	33.3%
O. Fam	13.3%	6.6%	6.6%	0%	6.6%	26.6%

En ambos grupos el padre es el principal proveedor de la familia, pero en el experimental trabaja un mayor número de madres, hijos e hijas.

Reactivo #13: Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿Quién substituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

	PADRE		MADRE		HIJOS		HIJAS		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre			60%	40%	13.3%	33.3%	20%	0%	0%	0%
Madre	66.6%	40%			13.3%	13.3%	40%	33.3%	26.6%	6.6%
Ambos			0%	0%	6.6%	6.6%	20%	0%	0%	0%
Hijos	60%	60%	26.6%	46.6%	26.6%	33.3%	6.6%	20%	0%	0%
Hijas	20%	6.6%	60%	53.3%	13.3%	6.6%	13.3%	20%	13.3%	6.6%
O. Fam	0%	20%	33.3%	40%	0%	0%	6.6%	6.6%	0%	0%
Nadie	0%	6.6%	0%	0%	33.3%	26.6%	33.3%	20%	0%	20%
No Fam	6.6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Las madres del G.E. reciben un menor apoyo por parte de su pareja, pero incrementa el apoyo otorgado por hijos, hijas y otro familiar.

Los hijos del G.C. son substituidos con mayor frecuencia por el padre y los hermanos, sin embargo también es más frecuente que no sean substituidos por nadie.

Las hijas del G.E. reciben menor apoyo por parte del padre y de la madre, incrementa el que les brinda hermanos y hermanas, sin embargo también incrementa el que no sean substituidas por nadie de la familia. En ambos grupos no hay otro familiar en el 73% (11).

Reactivo # 14 En las decisiones familiares importantes, ¿Quiénes participan?

	G. C.	G. E.
PADRE.	46.6% (7)	66.6% (10)
MADRE.	40% (6)	60% (9)
AMBOS.	40% (6)	40% (6)
HIJOS.	6.6% (1)	46.6% (7)
HIJAS.	0%	26.6% (4)
TODOS.	53.3% (8)	20% (3)
OTRO FAM.	0%	13.3% (2)

Mientras que en el G.C. las decisiones las toma en su mayoría toda la familia, en el G.E. esto disminuye mucho y son principalmente los padres y las madres, por separado quienes lo hacen.

Reactivo # 15: Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quien?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.
Padre			100%	93.3%		20%		13.3%	0%	6.6%
Madre	80%	46.6%				13.3%		13.3%	0%	0%
Ambos					73%	46.6%	73.3%	26.6%	20%	6.6%
Hijos	0%	6.6%	0%	20%	0%	0%	0%	6.6%	6.6%	6.6%
Hijas	6.6%	0%	6.6%	6.6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
O. Fam	0%	13.3%	6.6%	13.3%	6.6%	6.6%	6.6%	13.3%	0%	0%
Nadie	20%	53.3%	0%	0%	0%	13.3%	0%	0%	0%	0%

En el G. E. disminuye la frecuencia con la que el padre avisa a la madre e incrementa el rubro no avisar a nadie. Las madres de este grupo avisan con menor frecuencia al padre y con mayor a los hijos varones.

Los hijos de ambos grupos avisan a ambos padres, aunque la frecuencia disminuye en el grupo experimental. Las hijas de ambos grupos avisan a ambos padres, aunque la frecuencia disminuye en el G.E.

Tres de las familias del G.C. no tienen hijos varones y tres no tienen hijas. En el grupo experimental cinco familias no tienen hijas.

Reactivo # 16 ¿Quién y como castiga?

	VERBAL.		CORPORAL.		INSTRUMENTAL.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.
Padre	93.3%	86.6%	33.3%	53.3%	86.6%	66.6%
Madre	86.6%	80%	13.3%	40%	80%	60%
Ambos	86.6%	80%	13.3%	40%	66.6%	60%
Hijos	6.6%	20%	6.6%	13.3%	6.6%	6.6%
Hijas	6.6%	13.3%	6.6%	13.3%	6.6%	6.6%
Otro fam.	33.3%	26.6%	6.6%	20%	13.3%	13.3%
Nadie	6.6%	13.3%	66.6%	46.6%	0%	0%

Las diferencias radican principalmente en la mayor frecuencia e intensidad de castigos verbales en el G.E., pues en ambos grupos el subsistema parental es quien lo ejecuta, principalmente el padre. El uso del castigo corporal es mucho mayor G.E., impuesto también por el padre, al igual que en el castigo instrumental, aunque la frecuencia es mayor en el G.C.

Reactivo #17 Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos ¿quién o quienes lo cumplen siempre?

	G. C.	G. E.
PADRE.	13.3% (2)	26.6% (4)
MADRE.	40% (6)	26.6% (4)
AMBOS.	13.3% (2)	20% (3)
NADIE.	20% (3)	40% (6)
TODOS.	40% (6)	26.6% (4)
OTRO FAM.	6.6% (1)	0%

Reactivo # 18 Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿a quién le pide ayuda?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre			86.6%	46.6%	53%	26.6%	60%	26.6%	0%	0%
Madre	80%	40%			80%	53%	80%	53%	20%	13.3%
Ambos					20%	6.6%	20%	0%	0%	0%
Hijos	0%	26.6%	6.6%	60%	20%	20%	6.6%	13.3%	13.3%	6.6%
Hijas	13.3%	20%	20%	40%	0%	13.3%	13.3%	6.6%	0%	6.6%
O. Fam	66.6%	26.6%	93.3%	73.3%	40%	26.6%	46.6%	26.6%	6.6%	6.6%
Nadie	13.3%	46.6%	0%	6.6%	0%	20%	0%	6.6%	0%	0%
NoFam	80%	46.6%	86.6%	13.3%	40%	26.6%	46.6%	13.3%	6.6%	0%

El padre del G.E. pide menos apoyo a la madre y es más frecuente que no pida apoyo a nadie. Las madres del G.E. disminuyen sensiblemente la cantidad de apoyo que piden a otros, sin embargo aumenta mucho la frecuencia con la que piden apoyo a sus hijos varones, con respecto a otros miembros y al otro grupo. Es menor el apoyo que los hijos del G.E. piden a otras personas con respecto al G.C. Es menor el apoyo que las hijas del G.E. piden a otras personas con respecto al G.C. Es menor el apoyo que el otro familiar del G.E. piden a otras personas con respecto al G.C.

Reactivo # 19 ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre			80%	40%	33.3%	26.6%	26.6%	20%	6.6%	0%
Madre	80%	40%			40%	60%	33.3%	46%	6.6%	6.6%
Ambos					6.6%	6.6%	0%	0%	0%	0%
Hijos	33.3%	13.3%	40%	53%	26.6%	33.3%	26.6%	26.6%	13.3%	6.6%
Hijas	26.6%	13.3%	40%	53%	26.6%	33.3%	20%	20%	0%	6.6%
O. Fam	0%	6.6%	6.6%	53%	6.6%	13.3%	6.6%	20%	13.3%	13.3%
Nadie	20%	53%	6.6%	6.6%	20%	6.6%	6.6%	0%	6.6%	6.6%
N Fam	0%	0%	0%	0%	33.3%	26.6%	26.6%	13.3%	0%	0%

El padre del G.C. sale con la madre, casi en un 50% menos que el del experimental, esto podría ser uno de los efectos negativos de la enfermedad sobre la relación matrimonial. Los miembros del G.C. tiene mayor interrelación entre ellos, la cantidad de tiempo y la calidad de las interacciones es mayor en este grupo que en el experimental, en donde es relativamente frecuente que los miembros no convivan entre ellos y se aislen del resto de la familia.

Reactivo # 20 En esta familia, ¿Quién protege a quién?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre			100%	66.6%	40%	40%	40%	20%	6.6%	13.3%
Madre	100%	73.3%			40%	66.6%	40%	40%	13.3%	13.3%
Ambos					13.3%	20%	6.6%	0%	0%	0%
Hijos	80%	73.3%	80%	86.6%	40%	40%	40%	53.3%	26.6%	13.3%
Hijas	80%	53.3%	80%	66.6%	20%	40%	20%	26.6%	13.3%	13.3%

O Fam	6.6%	0%	6.6%	13.3%	20%	6.6%	20%	6.6%	6.6%	6.6%
Nadie	0%	20%	0%	6.6%	13.3%	13.3%	13.3%	0%	0%	6.6%

Reactivo # 21 Si conversan ustedes unos con otros, ¿Quién con quién lo hace?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre			86.6%	40%	26.6%	33.3%	46%	33.3%	6.6%	0%
Madre	80%	40%			53.3%	53.3%	60%	46%	20%	13.3%
Ambos					0%	6.6%	6.6%	20%	0%	0%
Hijos	26.6%	33.3%	33.3%	33.3%	20%	20%	20%	13.3%	20%	6.6%
Hijas	40%	20%	60%	46.6%	20%	13.3%	13.3%	20%	13.3%	13.3%
O Fam	20%	13.3%	53.3%	46.6%	33.3%	26.6%	20%	20%	6.6%	6.6%
Nadie	13.3%	33.3%	0%	6.6%	0%	20%	0%	0%	0%	0%
NFam	33.3%	33.3%	40%	33.3%	40%	33.3%	20%	20%	6.6%	6.6%

En el G.C es mayor la comunicación que existe entre los diversos subsistemas, y el tipo de información que se platica es más personal e íntima, hay mayor nivel de confianza y participación entre miembros y los diferentes subsistemas diferencian más sus límites y jerarquías.

Reactivo # 22 Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿Quiénes lo hacen?

	G. C.	G. E.
PADRE.	53.3% (8)	33.3% (5)
MADRE.	33.3% (5)	13.3% (2)
AMBOS.	33.3% (6)	6.6% (1)
HIJOS.	6.6% (1)	6.6% (1)
HIJAS.	0%	0%
TODOS.	46.6% (7)	33.3% (5)
OTRO FAM.	0%	6.6% (1)
NADIE	0%	26.6% (4)

Reactivo # 23 ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

	G. C.	G. E.
PADRE.	13.3% (2)	13.3% (2)
MADRE.	100% (15)	40% (6)
AMBOS.	13.3% (2)	0%
HIJOS.	0%	20% (3)
HIJAS.	0%	26.6% (4)
TODOS.	0%	20% (3)
OTRO FAM.	13.3% (2)	13.3% (2)
NADIE	0%	13.3% (2)

En ambos grupos la madre tiene mayor disposición para escuchar, pero esta frecuencia es más del doble en el G.C., probablemente debido a que las madres del G.E. están más al pendiente de su propia enfermedad y por otro lado en un intento de los otros miembros de estas familias por no preocuparlas.

Reactivo # 24 Cuando entre ustedes se toma una decisión ¿A quien se les hace saber con claridad?

	S. PARENTAL.		S. HIJOS.		OTRO FAMILIAR.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.
S. Parental.			100%	100%	26.6%	20%
S. Hijos.	80%	53.3%	33.3%	13.3%	13.3%	6.6%
Otro Fam.	13.3%	33.3%	13.3%	13.3%	0%	0%
Otro No Fam	0%	0%	0%	6.6%	0%	6.6%
Nadie.	20%	46.6%	0%	0%	0%	0%

Reactivo # 25 ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

	G. C.	G. E.
PADRE.	6.6% (1)	20% (3)
MADRE.	53.3% (8)	66.6% (10)
AMBOS.	6.6% (1)	6.6% (1)
HIJOS.	0%	20% (3)
HIJAS.	6.6% (1)	13.3% (2)
OTRO FAM.	20% (3)	20% (3)
NADIE	46.6% (7)	20% (3)

Las funciones culturalmente femeninas las realiza la madre en ambos grupos. Llama la atención que la supervisión materna sea mayor en el grupo experimental, esto quizá tenga que ver, con la historia familiar anterior, o como un medio de distraer la atención de la enfermedad.

Reactivo # 26 ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

	G. C.	G. E.
PADRE.	6.6% (1)	6.6% (1)
MADRE.	40% (6)	66.6% (10)
AMBOS.	6.6% (1)	6.6% (1)
HIJOS.	0%	20% (3)
HIJAS.	6.6% (1)	20% (3)
OTRO FAM.	13.3% (2)	20% (3)
NADIE	60% (9)	20% (3)

Reactivo # 27 Para transmitir los valores ¿quién se responsabiliza de su transmisión y vigencia?

	G. C.	G. E.
PADRE.	93.3% (14)	46.6% (7)
MADRE.	93.3% (14)	66.6% (10)
AMBOS.	93.3% (14)	40% (6)
HIJOS.	0%	13.3% (2)
HIJAS.	0%	0%
OTRO FAM.	0%	6.6% (1)
TODOS	6.6% (1)	33.3% (5)

Reactivo # 28 Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

	G. C.	G. E.
PADRE.	93.3% (14)	60% (9)
MADRE.	0%	13.3% (2)
HIJOS.	53.3% (8)	53.3% (8)
HIJAS.	0%	6.6% (1)
OTRO FAM.	0%	26.6% (4)
O. NO FAM	13.3% (2)	0%

Existe en ambos grupos una repartición de las tareas de la casa establecida culturalmente de acuerdo al genero del participante.

Reactivo # 29 ¿Quién o quienes participan en la solución de un problema grave?

	G. C.	G. E.
PADRE.	93.3% (14)	60% (9)
MADRE.	53.3% (8)	13.3% (2)
HIJOS.	53.3% (8)	53.3% (8)
HIJAS.	0%	6.6% (1)
OTRO FAM.	0%	26.6% (4)
O. NO FAM	6.6% (1)	0%

En el G.C. al estar el padre más ausente y la madre enferma las responsabilidades que ellos no toman, las asume el hijo, teniendo así un rol de paternaje, y una sobrecarga de funciones.

Reactivo # 30 ¿Quién tomo la decisión de vivir en este lugar?

	G. C.	G. E.
PADRE.	93.3% (14)	80% (12)
MADRE.	73.3% (11)	66% (9)
AMBOS.	66.6% (10)	33.3% (5)
HIJOS.	0%	6.6% (1)
OTRO FAM.	0%	20% (3)
O. NO FAM	13.3% (2)	0%

Reactivo # 31 En esta familia, ¿quienes son los más alegres o los que se divierten más?

	G. C.	G. E.
PADRE.	0%	6.6% (1)
HIJOS.	53.3% (8)	40% (6)
HIJAS.	40% (6)	26.6% (4)
OTRO FAM.	0%	20% (3)
TODOS	6.6% (1)	20% (3)

Reactivo # 32 ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

	G. C.	G. E.
AMBOS P/M	73.3% (11)	40% (6)
NADIE.	26.6% (4)	60% (9)

Reactivo # 33 ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre			80%	53.3%	40%	26.6%	46%	33.3%	6.6%	6.6%
Madre	73%	46%			73.3%	66.6%	66.6%	60%	20%	26.6%
Ambos					13.3%	6.6%	13.3%	0%	0%	0%
Hijos	40%	26.6%	80%	73.3%	6.6%	26.6%	13.3%	33.3%	26.6%	26.6%
Hijas	46.6%	26.6%	80%	66.6%	20%	20%	13.3%	26.6%	20%	26.6%
O Fam	6.6%	6.6%	13.3%	20%	20%	20%	13.3%	20%	6.6%	6.6%
Nadie	26.6%	46%	6.6%	0%	6.6%	20%	6.6%	0%	0%	0%

Reactivo # 34 Cuando se llegan a enojar en esta familia ¿quiénes lo hacen y con quienes?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM.	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre			100%	86.6%	66.6%	86.6%	66.6%	26.6%	20%	20%
Madre	100%	80%			66.6%	60%	66.6%	6.6%	13.3%	13.3%
Ambos					66.6%	20%	66.6%	0%	13.3%	0%
Hijos	80%	86%	80%	60%	33.3%	20%	60%	40%	20%	13.3%
Hijas	80%	53.3%	80%	33.3%	53.3%	40%	33.3%	13.3%	6.6%	13.3%
O Fam	20%	26.6%	26.6%	20%	26.6%	13.3%	6.6%	13.3%	6.6%	0%
Nadie	0%	6.6%	0%	6.6%	0%	13.3%	0%	6.6%	0%	0%

La diferencia entre ambos grupos radica en que los del G.C. mantenían el conflicto por menos tiempo, pues la comunicación era mejor y los del experimental dejaban de hablarse por varios días.

Reactivo # 35 Se han llegado a golpear en esta familia ¿Quién con quien?

	PADRE.		MADRE.		HIJOS.		HIJAS.		OTRO FAM	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.						
Padre										
Raro.			0%	13.3%	0%	6.6%				
Madre.										
A veces	0%	33.3%								
Raro.	0%	0%			0%	6.6%				
Hijos.										
Mucho.	0%	6.6%	0%	6.6%						
A veces	40%	46.6%	40%	33.3%	0%	26.6%	0%	13.3%		
Raro.	6.6%	6.6%	0%	20%	0%	13.3%	0%	6.6%	0%	6.6%
Hijas.										
Mucho.			0%	6.6%						
A veces	40%	46.6%	40%	33.3%	0%	26.6%	0%	6.6%		
Raro.	6.6%	6.6%	0%	20%	0%	13.3%			0%	6.6%
O. fam										
Mucho.					0%	6.6%	0%	6.6%		
A veces.	0%	6.6%			13.3%	6.6%	6.6%	6.6%	6.6%	6.6%
Nadie.	53.3%	20%	60%	40%	73%	33.3%	80%	33.3%	73%	60%

El **grupo experimental** manifestó que en el 93.3% (14) de los casos los problemas emocionales han aumentado a raíz de la enfermedad, madre 66.6% (10), hijos 33.3% (5), hijas 13.3% (2), todos 26.6% (4).

Reactivo # 40 ¿Quién en la familia se aísla?

	MUY FREC.		ALGUNAS VEC.		MUY RARO.		NUNCA	
	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.	G. C.	G. E.
Padre	0%	40%	13.3%	26.6%	6.6%	0%	33.3%	13.3%
Madre.	0%	0%	6.6%	26.6%	0%	0%	33.3%	13.3%
Hijos.	0%	26.6%	6.6%	26.6%	13.3%	0%	20%	13.3%
Hijas.	0%	6.6%	0%	20%	6.6%	0%	33.3%	6.6%
O fam	0%	6.6%	13.3%	6.6%	13.3%	0%	0%	0%
Nadie.	100%	40%	66.6%	66.6%	66.6%	100%	66.6%	86%

El **grupo experimental** manifestó que en el 53.3% (8) de los casos los problemas de aislamiento han aumentado a raíz de la enfermedad, principalmente en los hijos.

Solamente el amor y la muerte transforman
todas las cosas y nos recuerdan que existe algo
que es más grande que nosotros.

Gibran Jalil Gibran. Arena y espuma.

CONCLUSIONES.

El funcionamiento de la estructura familiar es una área que presenta muchas dificultades para su medición y cuantificación, ya que es sumamente variable; existen diferencias de familia a familia y también las encontramos dentro de una misma, dependiendo de factores como: el momento del ciclo vital por el cual atraviesa, la presencia o no de crisis y del tipo de estas (como por ejemplo el cáncer de la glándula mamaria de la madre), el miembro de la familia que sea el enfermo y de las funciones económicas y emocionales que este desempeñe dentro de la familia, la complejidad y el tipo de tratamiento que este recibiendo, el tiempo de evolución, las ideas y experiencias preexistentes con respecto a la enfermedad, el tipo de estructura y relaciones intrafamiliares anteriores a la enfermedad, el tipo y cantidad de redes de apoyo y la facilidad para establecerlas, la cantidad de información que la familia tenga con respecto a la enfermedad, su capacidad y éxito en la solución de crisis anteriores, el nivel socioeconómico y cultural, idiosincrasia, religión, por mencionar algunos.

En esta investigación el objetivo era evaluar cuales son los principales efectos, que el cáncer de la glándula mamaria tiene sobre la dinámica familiar, cuando lo padece la madre de la familia.

Después de realizar la investigación y analizar los datos obtenidos, llegamos a las siguientes conclusiones.

La presencia del cáncer de la glándula mamaria en la madre de la familia, altera adversamente la dinámica familiar.

1. El grupo experimental se presentó disfuncional en la mayoría de las escalas del instrumento, a excepción de las correspondientes a orden-control, afecto y comunicación afectiva, con respecto al grupo control.
2. En ambos grupos quien más castiga es el padre, aunque el del grupo experimental lo hace con mayor frecuencia y severidad.
3. En el grupo control las decisiones familiares importantes las toma con mayor frecuencia todo el sistema, y los acuerdos y la comunicación de los mismos incluye a todos los miembros.
4. Existe en el grupo experimental una pérdida significativa de autoridad en el subsistema ejecutivo, específicamente en la madre.
5. En el grupo experimental trabajan con mayor frecuencia madres, hijos e hijas, probablemente debido al nivel económico y la necesidad de estas familias con respecto del grupo control.
6. El grupo experimental tiene poca flexibilidad en el cambio de roles, así como una asignación de tipo tradicional de los mismos, sobre todo en el padre y las hijas.
7. El grupo experimental presenta pautas rígidas de crianza, relaciones, una pobre interacción afectiva, así como comunicación deficiente entre ellos, lo que favorece la presencia del fenómeno denominado conspiración del silencio, que dificulta el manejo adecuado de la enfermedad y entorpece la adherencia terapéutica.
8. El grupo experimental tiene un notable decremento en la relación, interacción, comunicación, y apoyo padre-madre, lo que tiene como consecuencia un debilitamiento del subsistema parental y por lo tanto del sistema en general.
9. Los padres del grupo experimental están casi totalmente ausentes. Debido a esto la madre busca el apoyo en los hijos y en otros familiares.

10. Los hijos varones del grupo experimental están sobrecargados de responsabilidades, y se encuentran asumiendo roles de paternaje y cuidados, no sólo de los hermanos, sino también de la madre enferma.
11. Las hijas del grupo experimental se encuentran seriamente distanciadas de la familia en general y de la madre en particular.
12. La madre del grupo experimental tiene un mayor apoyo por parte de los hijos varones, pero éste está en detrimento de las propias actividades y necesidades de los hijos, así como del apoyo brindado a los otros miembros.
13. En el grupo experimental hay un incremento en los problemas emocionales, de aislamiento, de conducta y en el consumo de alcohol.
14. La centralidad del grupo experimental recae en el padre y en segundo término en el hijo varón y no en la madre enferma, la cual es desplazada de este lugar, con respecto al grupo control, donde la madre comparte la centralidad con el padre.

El nacimiento y la muerte son las más nobles expresiones de la osadía.
Gibran Jalil Gibran. Arena y espuma.

DISCUSIÓN.

Respecto a las **variables socioeconómicas**, se observó que las familias de ambos grupos, presentaron características similares, en el grupo control (G.C.) la edad promedio de la madre fue de 44.7 años, en el experimental (G.E.) de 45.6 años edades en las que se presentó entre el 18.2% y el 15.6% de los casos de cáncer de mama aparecidos y reportados en el país durante los años 1993-1996 (ver Tabla número cuatro). El tiempo de formada la familia en el G.C. fue de 22 años y en el G.E. de 20.8, la edad del primer hijo en el control fue de 20.7 años y en el experimental de 19.8.

En ambos grupos la distribución de sujetos por edades estuvo dada de la misma manera: en el grupo control los adultos fueron 52 (74.2%), 10 (14.2%) niños y 8 adolescentes (11.4%). En el grupo experimental se mantuvieron estas tendencias, ya que 53 (72.3%) fueron adultos, 12 (15.7%) niños y adolescentes 9 (11.8%), datos que representaron el momento del ciclo vital por el que atraviesan estas familias que es el proceso de separación de los hijos, seguido por la etapa de vejez y desaparición de la familia nuclear.

En cuanto a la distribución por géneros se encontraron variaciones entre los grupos, ya que en el control el número de mujeres fue de 37 (52.8%) y el de hombres de 33 (47.1%), mientras que en el experimental fue mayor el número de hombres 41 (53.9%) que el de mujeres 35 (46.1%). El promedio de número de hijos fue de 2.2 para el control y de 2.6 para el experimental.

Los tipos familiares predominantes en ambos grupos fueron las familias primarias nucleares: 11(73.3%) para el G.C. y 10 (66.6%) para el G.E., lo que confirma el estudio realizado por Tuiran (1993, op. cit. Saucedo, 1995) en donde se encontró que de los hogares familiares mexicanos el 68.4% fueron de tipo nuclear.

En lo referente a la escolaridad de la madre, las personas que habían estudiado como mínimo la preparatoria en el grupo control fueron 9 (60%) siendo la distribución la siguiente: bachillerato 1 (6.6%), carrera técnica 3 (20%), licenciatura 5 (33.3%). En el grupo experimental el número de mujeres que tenían una educación de media a superior fueron 7 (46.6%), teniendo en este grupo la distribución siguiente: bachillerato 3 (20%), carrera técnica 2 (13.3%), licenciatura 2 (13.3%). Las actividades principales que las madres del grupo control realizaban eran: 6 (40%) dedicadas al hogar y 9 (60%) a alguna actividad remunerada económicamente. En el grupo experimental 4 (26.6%) dedicadas al hogar y 11 (73.3%) a alguna actividad económicamente remunerada. Estos datos confirman lo mencionado por De la Fuente (1987) en el sentido de que las mujeres de nuestra sociedad han cambiado el papel que culturalmente representaban, buscando cada vez una mejor capacitación, y trabajando cada vez mayor número de ellas fuera del hogar, buscando un mayor ingreso que permita a sus familias un mejor nivel de vida y/o buscando su desarrollo humano a través de la educación y el trabajo fuera del hogar. De igual manera han variado el ejercicio de la autoridad, los modelos de crianza y educación de los hijos. Los efectos negativos de esto según el autor mencionado, estaría en el aflojamiento de las ligas emocionales y sociales que dan cohesión al grupo familiar y son fuente de seguridad para sus miembros. Sin embargo muchas veces se encuentran con varones que se resisten aún a aceptar una situación de igualdad. Estos hombres temen perder más que el poder mismo la posesión exclusiva de los símbolos de poder como la autoridad, una mayor educación y el trabajo remunerado entre otros.

En la evaluación realizada con la Escala de Funcionamiento Familiar, en el G.C. 10 (66.6%) familias fueron funcionales y 5 (33.3%) disfuncionales. En el G.E. 4 (26.6%) fueron funcionales y 11 (73.3%) disfuncionales, lo cual contradice lo declarado por Maza y Torner (1992), Kissanne (1994) y Fraude (1991, op. cit. Andrade y cols, 1998) los cuales en diferentes estudios reportan que del 70% al 85% de las familias que se enfrentan al diagnóstico de una enfermedad crónica de alguno de sus miembros, cómo el cáncer no sólo no deterioran su funcionamiento y relaciones, sino que mejoran ambos y percibían a sus familias con una buena cohesión familiar, por lo que proponen, que ante algún suceso amenazante, la familia tiende a reforzar sus lazos afectivos. El presente estudio no encontró esta situación con las familias participantes.

Los mismos autores proponen que cuando los lazos familiares son fuertes desde antes de la enfermedad, la experiencia dolorosa los fortifica, pero cuando son débiles, la relación familiar empeora, y los lazos familiares se debilitan, a este los datos del presente trabajo parecen confirmar los de con los autores mencionados.

Realizando una discusión de las respuestas, por escalas tenemos lo siguiente:

Autoridad (.0000): Andrade (1998), menciona que en una familia sana hay una clara definición de los aspectos jerárquicos, los padres comparten el poder y entre los miembros comparten responsabilidades, en la presente investigación, en ambos grupos el padre es la principal autoridad de la familia, y es quien toma las decisiones importantes, sin embargo el padre del G.C. con mayor frecuencia comparte esta autoridad con la madre, y en la familia existe una participación de todos los miembros en la toma de decisiones. El padre de la familia experimental aun cuando se encuentra muy ausente de su familia ejerce una completa y total autoridad, estas son familias gobernadas por reglas estereotipadas que se complementan con interacciones pobres y poco flexibles, estos datos son acordes con lo que Díaz Guerrero (1983) dice sucede en la familia mexicana, donde la supremacía del padre es indiscutible, habiendo una gran obediencia hacia ellos por parte de todos los miembros de la familia.

En lo referente a la economía familiar los padres de ambos grupos son los principales proveedores, seguidos de la madre. Aunque es clara la necesidad de la madre por trabajar y recibir un salario, siguen existiendo en ambos grupos actividades claramente diferenciadas por el género de la persona que las realiza. Espejel (1984) encontró que en México la autoridad recae en el padre, este es el principal proveedor y es quien toma las decisiones familiares importantes. En el presente estudio en el G.C. un segundo lugar de jerarquía lo tiene la madre que en ausencia del padre, asume las funciones ejecutivas, en el G.E. lo tiene el hijo varón, lo que señala de la decadencia en la autoridad y en la supervisión que sufre la familia cuando la madre enferma, y como sus funciones son asumidas por otros miembros.

Supervisión (.0145): El G.C. presenta una mayor tendencia hacia el castigo verbal e instrumental, mientras que en el G.E. la tendencia es hacia un castigo verbal mucho más severo y frecuente y corporal, hacia todos los miembros de la familia, incluidos los padres entre si, y los hijos a los padres. En ambos quien más castiga es el padre seguido en frecuencia por la madre.

La principal responsable de la supervisión de hábitos higiénicos y escolares es la madre en ambos grupos, sin embargo en el experimental hay una mayor participación de otros miembros, principalmente de los hermanos, esto tiene consecuencias positivas y negativas según Saucedo (1995), como positivas señala el apoyo que recibe la madre al tener menos responsabilidades, como negativos el hecho de que al compartirse el poder con otros subsistemas, el ejecutivo pierde autoridad y puede ser difícil el ejercicio de la autoridad por parte de los padres, lo que propicia el desarrollo de actitudes inadecuadas en los hijos. En ambos grupos la participación del padre es mínima, el cual se dedica en la casa a otras actividades consideradas culturalmente como más

masculinas (reparaciones, por ejemplo), ayudado en la mayoría de los casos por los hijos. Esta repartición de actividades nos habla de la tendencia de las familias mexicanas a hacerlo de acuerdo con el género de los participantes y los estereotipos culturales vigentes, que provocan poca flexibilidad en cuanto a los estilos de crianza en el hogar.

La supervisión en el G.E. no es adecuada en la medida de que no se cumplen las normas establecidas y el comportamiento de los miembros esta alterado, muchas de las veces las familias reportan esta alteración a partir del diagnóstico de la enfermedad.

Afecto (.0814) y Afecto Negativo (.0006): Díaz Guerrero (1983), menciona que en la familia mexicana la cohesión se establece alrededor de la madre, quien es además la principal fuente de apoyo y afecto para los hijos, razón por la cual las relaciones más fuertes se establecen entre ellos, siendo así que en ambos grupos la persona a la que más apoyo le pedía los demás miembros era a la madre, aunque en el control la frecuencia fue más alta.

Cuando en el G.C. existen problemas entre los padres nadie interviene, no así en el G.E. donde los hijos defienden a la madre, habiendo una grave transgresión a los límites del subsistema parental. En ambos grupos las diferencias entre los miembros existen y se enojan entre subsistemas y con el mismo. Las diferencias están en que el G.C. maneja mejor sus conflictos y estos tienen una mejor y más rápida solución que en el experimental, en donde duran muchos más días y sin comunicación entre ellos. Otra diferencia radica en que el G.E. las diferencias de los miembros con las madres y viceversa eran menos, debido probablemente al estado de salud de la madre, pero estos se dirigían hacia otros miembros de la familia, de igual manera la madre del G.E. tenía menos conflictos que la del G.C., pero entre los demás miembros las discusiones eran más frecuentes y graves. Para Umbarger (1983) entre los grandes problemas de una familia disfuncional se encuentra su incapacidad para dar y pedir afecto, así como su imposibilidad de demostrarlos sobre todo si estos son negativos.

Espejel (1984) menciona que en la mayoría de las familias mexicanas, se encuentra la expresión de sentimientos, tanto positivos, como negativos o de malestar, lo que no se corrobora en esta investigación, por el hecho de que se encontraron diferencia en la escala de afecto negativo y no en la de afecto, esto quiere decir, que las familias experimentales son capaces de expresar los afectos positivos, pero no los negativos, los que aunque existen, concuerdan con lo mencionado por Eustace (1986) de que en las familias donde existe un miembro enfermo hay una marcada ambivalencia de sentimientos, misma que se evidencia en los datos anteriormente mencionados.

Cuando la madre de la familia esta enferma de cáncer de mama los miembros no comunican sus sentimientos negativos y preocupaciones entre ellos, y muchas veces tampoco con personas externas a la familia, guardándose estos sentimientos para sí mismos.

Apoyo (.0002): La madre de ambos grupos es la figura de la familia a quien más apoyo se pide, y ella lo brinda en la mayoría de los casos. En el G.E. la distancia entre los padres se hace más grande que en el control y tanto el padre como la madre piden apoyo a otros miembros antes que a ellos mismos, estos datos concuerdan con los hallazgos de Maza y Torner (1992) los que encontraron que cuando la pareja padece de cáncer de mama, existe una significativa disminución en las relaciones y comunicación entre ellos así como del deseo sexual.

En las mujeres del grupo experimental disminuye el apoyo que piden a otras personas, pues "no desean ser una carga para los demás", de esta manera disminuye su capacidad para entablar relaciones con otros. También disminuye su religiosidad y su fe con respecto del grupo control. De la misma manera el apoyo que los hijos reciben es principalmente por parte de la madre en ambos grupos, pero en el experimental aunque ella sigue siendo la principal ayuda moral, este apoyo

disminuye en frecuencia, quizá porque los hijos "no desean molestarla con sus problemas", considerando que "así podrá estar más tranquila".

Mientras que las madres del grupo control reciben el mayor apoyo por parte de las hijas, en las del experimental este disminuye y son los hijos varones y de mayor edad quienes más apoyan emocionalmente a su madre, una posible causa de esto estaría en que las hijas mujeres se sobreidentifican con su madre enferma por el hecho de ser mujeres, y tener mayores probabilidades de padecer esta enfermedad, lo que crea mayor temor en ellas, que las lleva a alejarse más que los varones. Esto concuerda con lo reportado por Vess y cols. (1992), quienes mencionan que entre mayores son los hijos en las familias con un miembro enfermo, mayor apoyo hay en la familia.

En todos los miembros de las familias experimentales el apoyo pedido a otros disminuye e incrementa la variable no pedir apoyo a nadie. Estas familias experimentan problemas emocionales más frecuentes que las del grupo control, siendo estos principalmente depresiones, angustias, enojo, y quienes los presentan son en orden de frecuencia la madre, los hijos e hijas y finalmente el padre. Este grupo manifestó que en el 93% (14) de los casos los problemas emocionales han aumentado a raíz de la enfermedad, en orden de frecuencia: en la madre (66.6%), hijos (33.3%), todos (26.6%), hijas (13.3%). De la misma manera el grupo experimental presenta mucho más frecuente aislamiento de sus miembros que el control, en orden de importancia, en el padre, hijos, hijas, madre. Manifestaron que en el 53.3% (8) de los casos, los problemas de aislamiento, han aumentado a raíz de la enfermedad, principalmente en los hijos y el padre, y este va muy de la mano con la falta de apoyo predominante.

De lo anteriormente mencionado concluimos que los miembros del grupo experimental no encuentran un apoyo emocional adecuado, fuera ni dentro del núcleo familia.

Conducta Disruptiva (.0002): Para el Instituto Mexicano de Psiquiatría (s.f.) es frecuente que ante la enfermedad y los cambios adaptativos, aparezcan, conductas disfuncionales en otros miembros, los problemas ya existentes generalmente tienden a agravarse, además la familia puede manejar una dificultad inadecuadamente, transformándola en un problema, nosotros concordamos con estas observaciones, ya que en el grupo experimental son mucho más frecuentes los problemas conductuales y con la autoridad, encontrándose en orden de frecuencia principalmente, en los padres, hijos e hijas de este grupo, respectivamente. El grupo experimental manifestó que en el 73% (11) de los casos, este tipo de dificultades han aumentado en frecuencia e intensidad, a raíz de la enfermedad, en los hijos 66.6% (10) y en los padres 6.6% (1), exteriorizándose en la mayoría de los casos fuera del hogar, en donde estas personas pueden permitirse con mayor facilidad la expresión de su enojo e impotencia.

En cuanto al consumo de sustancias adictivas el grupo control no consume alcohol con frecuencia en el 73% (11) en los casos, los que sí lo hacen, el padre es quien más bebe, siguiendo en orden de importancia la madre, hijos e hijas, quienes lo hacen por igual. En el grupo experimental no consumen alcohol con frecuencia el 40% (6) de los casos, de los que sí lo hacen el padre es quien más bebe, seguido por los hijos varones, la madre y las hijas lo consumen por igual. La categoría nadie consume es ligeramente mayor en el grupo experimental que en el control. Al contrario de lo que sucede con el alcohol, el consumo de tabaco es mucho más frecuente en el experimental que en el control. El consumo de estas sustancias es culturalmente aceptable, sin embargo el incremento en el uso de ellas podría tener su causa en una búsqueda de satisfacer las necesidades afectivas y aminorar la ansiedad provocada por la enfermedad.

Comunicación (.0037): Para Masselan y cols. (1990, op. cit. Von Lichtenberg y cols. 1990) la comunicación es el factor más determinante en el tipo de relación que se establece en la familia.

Velazco y Chavez (1994) la consideran como un factor importante para la resolución de las crisis. Se asocia con una adecuada cohesión, adaptabilidad confianza mutua, en las familias del grupo control existe una mayor comunicación e interacción entre los miembros, es más fácil que el subsistema parental y toda la familia en general puedan llegar a un acuerdo que beneficie a todos.

El padre del G.C. esta más cerca de la familia y de su esposa que el del G.E. el cual se encuentra mucho más ausente. Las interacciones entre los miembros, el apoyo y convivencia entre la pareja es menor y la madre tiende a comunicarse y relacionarse más con otros miembros que con su esposo. Es frecuente que el padre de este grupo no se comunique ni interaccione con nadie. En ambos grupos la madre depende en gran medida del consentimiento de su esposo para realizar muchas actividades, sin embargo las del G.E. dependen menos de su pareja, y más de otros miembros sobre todo de los hijos varones.

Para Espejel (1987) debe ser clara, directa, abarcando a todos los sistemas en momentos diferentes. Los hijos de ambos grupos piden permiso o avisan a ambos padres, los del experimental perciben a sus padres como más lejanos y así piden permiso a ambos, pero también a uno u otro por separado. Las hijas del grupo control tienen bien diferenciada la autoridad, así piden permiso sólo a los padres, las del experimental piden permiso a todos los miembros de la familia.

Lo anteriormente mencionado contradice lo que Maza y Torner (1992), encontraron: la tendencia en las familias con pacientes con cáncer es a ser positiva, con mayor acercamiento y comunicación. En el grupo experimental es mucho más frecuente la variable no comunicarse con nadie que en el control, lo que confirma lo mencionado por Eustace (1986), Robles y cols. (1987), Moro (1993) en el sentido de que la cohesión y comunicación familiar disminuyen desde el diagnóstico del cáncer, apareciendo el fenómeno denominado la conspiración del silencio, lo que traerá como consecuencia que se obstaculice el manejo eficaz de la enfermedad.

Recursos (.0264): Minuchin (1992) menciona que los medios con los que maneja una familia sus problemas y conflictos varía de acuerdo a su posición social y cultural, así como al adecuado o no funcionamiento del sistema. En lo referente a la economía familiar, en ambos grupos el padre participa el 100% de los casos, sin embargo es mayor el número de miembros que hacen una aportación en el grupo experimental que en el control, debido a que en este son más los hijos que continúan estudiando o que están por finalizar sus estudios. En cuanto a la flexibilidad para adoptar y adaptar los roles individuales, es mayor en el grupo control en todos los casos, pero de igual manera aparece en ambos grupos una tendencia a substituir en sus funciones a personas del mismo sexo que los substitutos. Los hijos del grupo experimental y en menor proporción las hijas son quienes mayor número de tareas desempeñan cuando la madre o el padre no pueden realizarlas, no así el padre, quien en la mayoría de los casos no substituye a nadie. El padre del grupo control es más participativo y esta más involucrado que el experimental. Aun cuando los hijos varones son quienes más flexibilidad tienen para asumir nuevos roles o funciones, principalmente al desempeñar las de la madre enferma, estos en la mayoría de los casos no son substituidos por nadie.

En comparación con el grupo control, en el experimental aumenta el apoyo proporcionado a la madre, pero en detrimento y/o descuido de las propias actividades y del apoyo a los demás. Existe una marcada incapacidad para resolver las crisis tales como la enfermedad de la madre, es importante la inexistencia de potenciales instrumentales, pero sobre todo afectivos y la poca flexibilidad para desarrollarlos y utilizarlos.

Organización Instrumental (.0004) y Comunicación Instrumental (.0008): Espejel (1987) y Vess y cols. (1992) mencionan que un buen índice pronóstico es que la familia tenga flexibilidad para la asignación y el cambio de roles, los que de acuerdo con Maza y Torner (1992) y

Zabora y cols. (1994) después del diagnóstico de cáncer son de las áreas que más modificaciones presentan. En las familias del grupo experimental es evidente la poca capacidad del sistema para comunicarse entre sí, para crear nuevas formas de comportamiento y distribución de tareas; los roles que se observan en los padres son de tipo tradicional, con poca flexibilidad por parte del varón para asumir las funciones tradicionalmente femeninas, pues como mencionan Ramírez (1977) y Díaz Guerrero (1983) el padre mexicano, en su mayoría, se limita a ser proveedor, no preocupándose de los problemas pedagógicos, del crecimiento y de la crianza de los hijos. Ante la necesidad de asumir los papeles y responsabilidades de las pacientes, son los hijos varones quienes toman estas responsabilidades, seguidos por las hijas y otro familiar. Estas familias no se dan la oportunidad de pedir ayuda y apoyo y ante una situación de necesidad emergente como la enfermedad de la madre, no logran fácilmente adaptarse, lo que corrobora lo mencionado por Huber (1998) en el sentido de que gran parte de estas familias son rígidas y con poca capacidad de sobrellevar y adaptarse a las dificultades.

Las normas de comportamiento no son respetadas, existe poca flexibilidad en el cambio de roles y funciones, por lo que el funcionamiento básico que permite la supervivencia de la familia no es el adecuado, esto concuerda con lo postulado por Minuchin (1992), en el sentido de que si el sistema familiar, no tiene habilidades para generar una nueva estructura que sea armoniosa con los nuevos requerimientos de los miembros y de su entorno social, permanecen roles caducos que no corresponden a los nuevos requerimientos, creándose una estructura rígida que afectará a toda la familia, no logrando esta adaptarse a los cambios requeridos ante la enfermedad.

Manejo de Conflicto (.0023): En el G.E. es más importante la lucha por el poder entre los miembros, que la búsqueda de la mejor solución para cada problema, de tal manera que no existe la flexibilidad necesaria para cambiar cuando las demandas provocadas por la enfermedad así lo exigen, utilizando sus problemas más como un arma y no como un medio de acercamiento, en estas el cambio y las constantes alteraciones, las llevan a manejarse de forma caótica, por lo contrario, en las familias funcionales, según Matthews (1989), la familia adaptada percibe las metas a futuro y prevalece la confianza y la esperanza a pesar de la enfermedad. Los miembros creen en su capacidad de superación y muestran una actitud activa, participativa y comprometida ante ella. En las familias del G.E. encontramos lo contrario a lo reportado por Umbarger (1983), pues este autor menciona que en muchas familias las crisis producen cambios que dejan importantes beneficios, por lo que la capacidad para encarar con éxito la enfermedad aumenta la cohesión de la familia y su confianza en sí misma, situaciones que nosotros no observamos en nuestra población, hasta el momento de la presente investigación, probablemente debido al momento de la crisis y de la elaboración del duelo de la misma en que se llevó a cabo la evaluación de la dinámica familiar, el cual fue poco tiempo después del diagnóstico de la enfermedad.

Para Matthews (1989) y López (1994), la postura ideal ante la crisis producto de un diagnóstico de cáncer, es compartir la crisis con la familia y amigos, para tratar de establecer un sistema de apoyo, que vaya desde el contacto físico, que suele tener resultados tranquilizadores, hasta la comunicación de sentimientos y situaciones, los que en estas familias se ven seriamente alterados, nosotros encontramos que al contrario, estas familias tienden hacia el aislamiento físico y emocional, donde el padre esta ausente y la comunicación entre los miembros esta casi nulificada, guardándose las emociones y sentimientos provocados por la enfermedad para ellos mismos, justificando esta postura en el "no molesta ni preocupar a los demás con ellos".

Reconocimiento y Centralidad (.0235): Ramírez (1977) dice que la cohesión de la familia mexicana se establece alrededor de la madre. Por lo que la actitud y estructura familiar están profundamente alteradas si la paciente constituye su pivote material y/o espiritual, nosotros coincidimos con estas ideas, y de la misma manera observamos que en esta población existen fuertes alteraciones en la dinámica familiar.

Espejel (1984), menciona que en la familia mexicana la centralidad la tiene el hijo, en segundo lugar la madre y el padre es un miembro periférico. Robles y cols. (1987) y Muro (1993), mencionan que desde la aparición del diagnóstico de una enfermedad crónica grave, la estructura familiar cambia y se vuelve central la figura del paciente. En la presente investigación se observó que la centralidad de las familias del G.E. recae en el padre y en segundo término la tienen los hijos varones y la madre, las hijas tienen un lugar muy secundario en la jerarquía dentro de estas familias. En el G.C. la centralidad recae en ambos padres y los hijos e hijas comparten una segunda posición. Para Velazco y Chávez (1994), las familias disfuncionales tienen un prototipo de comportamiento caótico y negativista, con negación importante de la problemática y la enfermedad, esto va de la mano en que la centralidad no la tenga la paciente, sino otros miembros.

Ausencia de Psicopatología (.0004): Daniels y Estapé (1996) mencionan que la paciente con cáncer presenta importante ansiedad y depresión. Las familias experimentales presentan problemas emocionales más frecuentes que las del grupo control, siendo estos principalmente depresiones, angustias, enojo, y quienes los presentan son en orden de frecuencia la madre, los hijos e hijas y finalmente el padre. Este grupo manifestó que en el 93% (14) de los casos los problemas emocionales han aumentado a raíz de la enfermedad, en la madre (66.6%), hijos (33.3%), todos (26.6%), hijas (13.3%). De la misma manera el grupo experimental presenta mucho más frecuente aislamiento de sus miembros que el control, en orden de importancia, en el padre, hijos, hijas, madre. Manifestaron que en el 53.3% (8) de los casos, los problemas de aislamiento, han aumentado a raíz de la enfermedad, principalmente en los hijos y el padre, lo que coincide con lo que propone Ackerman (1977) de que el aislamiento de alguno de los miembros de la familia pueden considerarse como indicadores de una mala relación familiar.

Como hemos explicado a lo largo de estos capítulos, los miembros de la familia de los pacientes con cáncer se encuentran lastimados seriamente por la enfermedad de uno de sus miembros, por lo que deberían ser considerados como pacientes de segundo orden. Además de la medicina entendida como el tratamiento de las enfermedades con medios químicos y biológicos, es de vital importancia, contar con el apoyo de la psicoterapia, que debe ser un instrumento más en el arsenal terapéutico y por sobre todo del arsenal psicoprolifático de la higiene mental; la cual tiene como finalidad la administración de recursos (conocimientos y técnicas psicológicas) que preserven la salud y promuevan el desarrollo de mejores condiciones de vida para el paciente y su familia.

No es posible llegar al alba sin recorrer el sendero de la noche.
Gibran Jalil Gibran. Arena y espuma.

SUGERENCIAS.

PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

Tomando en consideración lo que observamos en el desarrollo de la presente investigación, sugerimos lo siguiente:

1. Adaptar el instrumento a poblaciones médicamente enfermas o bien crear un instrumento específico para estas, ya que la estructura de la dinámica familiar es muy diferente en este tipo de poblaciones y las características del presente instrumento tales como el número de reactivos empleados por escala, la repetición de algunos de ellos en varias, el tiempo de aplicación del instrumento la hacen difícil de utilizar.
2. Aumentar el número de la muestra, con la finalidad de que sea más representativa de la población.
3. Hacer mediciones en diferentes momentos de evolución de la enfermedad, ya que la dinámica familiar no es estable y varía mucho de un momento a otro.
4. Comparar diversas fases de evolución y tratamiento, ya que el factor tiempo es muy importante para lograr o no una adaptación a la enfermedad. También tiene un gran peso el tipo de tratamiento aplicado.
5. Buscar poblaciones en diversas instituciones, donde sea más sencillo encontrar enfermos en fases iniciales y poder así lograr una mejor comparación. El tener pacientes de diversas instituciones también favorece la generalización de los resultados.
6. Dar un mayor énfasis a los aspectos culturales y económicos de las familias, ya que éstos forman parte importante de los recursos con los que cuenta para encarar y sobreponerse a las crisis.

PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Con base en la experiencia obtenida durante los casi tres años de trabajo clínico prestado en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" con este tipo de pacientes, consideramos que algunos puntos básicos del trabajo del psicólogo serían los siguientes:

1. Crear la necesidad del psicólogo en el servicio, buscando la excelencia en el trabajo terapéutico, haciendo notar al médico los beneficios que puede obtener tanto el equipo tratante como el paciente y su familia, tales como: una mejor adherencia al tratamiento, disminución de síntomas secundarios y reacciones psicósomáticas anticipatorias a éste, control del dolor, estabilidad emocional tanto del paciente como de toda su familia, detección de necesidades específicas, prevención de posibles efectos emocionales adversos secundarios a tratamientos invasores o mutilantes, mejor cohesión del equipo médico, mayor estabilidad emocional del mismo favoreciendo la creación y manejo de grupos catárticos.
2. Buscar la inclusión del psicólogo en todo el proceso (diagnóstico, tratamiento, evolución, etc.) creando un trabajo multidisciplinario real y hacer un seguimiento con cada paciente y su familia en diversas fases de la enfermedad. De ser necesario proporcionar el apoyo psicológico a éstos desde el inicio concientizando al resto del equipo de que el tratamiento sea sin un límite de tiempo, sino basado en las necesidades del paciente y su familia, propiciando en éstos un mayor control y responsabilidad en su tratamiento.
3. Formar al psicólogo en aspectos médicos básicos de la enfermedad, así como buscar su capacitación y actualización constante.
4. Es necesario que el psicólogo pertenezca al servicio donde esté brindando el apoyo y no al de psiquiatría, lo que favorecería el trabajo multidisciplinario, el contacto más directo y una mayor confianza del paciente y su familia con el profesional de la salud mental, lo que repercutiría en

un mejor seguimiento y detección de las necesidades del paciente, brindándose así una mejor atención.

5. Crear grupos de terapia grupal y de autoayuda para pacientes y familiares dirigidos por psicólogos capacitados y no por otros profesionales.
6. Trabajar los síntomas secundarios a la enfermedad y al tratamiento con técnicas como relajación, desensibilización sistemática, biofeedback, etc.
7. Explicar a los pacientes no solo lo referente a la enfermedad física, si no también los posibles efectos emocionales que ésta puede tener en él y en su familia apoyándose en técnicas como la biblioterapia.
8. Trabajar con el paciente y su familia mediante técnicas de terapia breve sistémica y/o conductual basadas en la teoría de soluciones.
9. Concientizar a médicos y enfermeras y capacitarlos para mejorar el trato que tienen con el paciente y de la necesidad que existe en prestar atención a sus propios sentimientos y emociones con respecto a la enfermedad y a la muerte .
10. Crear grupos abiertos de Psicología comunitaria con enfoques psicoeducativos para la promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, buscando generar estilos de vida saludables, para evitar o eliminar factores de riesgo y propiciando la concientización para la detección e intervención precoz.
11. En el psicólogo tratante es indispensable una formación integral, actualizada, así como una asesoría clínica especializada y una psicoterapia con la finalidad de disminuir o evitar en la medida de lo posible el desgaste emocional provocado por el constante contacto con estos pacientes.
12. Apoyar la creación y mantenimiento de grupos de especialización y excelencia académica, como el Programa para Optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico, donde este tipo de capacitación es brindada a los alumnos.

BIBLIOGRAFÍA.

- * Abolo, S.G. (1995): Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Psicología y Salud. 59 (1) 111-125.
- * Aguirre, H.G., García M.M. (1994): Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. Gaceta Médica Mexicana. 133 (2) 71-77.
- * Ackerman, N.W. (1958): The Psychodynamics of family life. USA. Basic Books Inc.
- * Ackerman, N.W. (1977): Theory of family systems. USA. Basic Books Inc.
- * Almagro, F.; Meza, M. (1995): Resultados preliminares del diagnóstico dinámico estructural familiar en un consultorio de medicina integral general. Artículo inédito, la Habana Cuba.
- * Alvarado, A.S. (1998): Aspectos psicológicos y sociales del paciente de trasplante de médula ósea. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Alvarez, De R.A.; Kraus, W.A. (1996): El médico ante la muerte. Un estudio piloto. Revista del Instituto Nacional de Cancerología. 42(4) 188-193.
- * Alvarez, De R.A. et. al. (1997): Una aproximación psicoanalítica a la ética de la relación médico-paciente. Revista de Investigación Clínica. Órgano oficial del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran". 49(6) 491-496.
- * Alvarez, De R.A. et. al. (1997): En torno a la muerte. Una revisión y una propuesta. Revista de Investigación Clínica. Órgano oficial del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran". 49(2) 151-161.
- * Andrade, P. y cols. (1998): Familia y salud. Memorias del VIII Congreso Mexicano de Psicología; El Comportamiento Humano y el nuevo siglo: Problemas y soluciones. México. Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.
- * Austrich, S.E. (1998): Trastornos psiquiátricos en el paciente con cáncer. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Bayes, R. (1985): Psicología oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer. Barcelona. Edit. Martínez Roca.
- * Beascochea, A.E. (1998): Apoyo espiritual. Memorias del II Curso de Psicooncología, México. INCAN.
- * Bernstein, D.A., Nietzel, M.T. (1994): Introducción a la Psicología clínica. México. McGraw-Hill.
- * Bertoglio, J. (1994): Introducción a la Teoría General de los Sistemas. México. Edit. Limusa.
- * Blum, G.B.; Gordillo, G.P. (1989): Problemática psicosocial del niño con enfermedad crónica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 46(5) 352-359.
- * Blum, G.B.; Tellez, R.A. (1998): El derecho a saber o no saber del paciente. ¿Decisión del equipo médico?. Memorias del II Curso de Psicooncología, México. INCAN.
- * Bonnadona, G.R. (1983): Manual de oncología médica. España. Masson.
- * Brookes, T.R. (1994): Sexualidad en la mujer mayor. Mundo Médico. 22 (246) 81-88.
- * Bustamante, J.R. (1998): Psicoterapia en el paciente con cáncer. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Butler, W.J. (1995): Terapia de sustitución hormonal en pacientes con cáncer estrógeno dependiente. Mundo Médico. 23 (258) 59-66
- * Butts S. G. (1989): Psychosocial aspects of the stigma of cancer: an overview. Journal of psychosocial oncology. 6 (1) 3-12.
- * Calderón, C.F. (1998): El Apoyo Familiar en pacientes con cáncer. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Cárdenas, G.M. (1987): Percepción de las expectativas y los roles de familia y la cohesión familiar. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- * Castañeda, P.P. (1998): Funcionamiento de la estructura familiar y la adherencia terapéutica en escolares con anemia aplástica. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- * Clemenceau, P.M. (1998): Pérdida, sufrimiento y muerte. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. México. INCAN.

- * Chávez, A. V.; Velazco, O.R. (1994): Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Revista Médica del IMSS. 32(1) 39-41.
- * Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, Epidemiología Morbilidad Regionalización. Bienio 1993-1994. Tendencias 1985-1994 (1996). Primera Edición. Secretaría de Salud. Dirección general de Epidemiología. Patrocinado por Shering Plough y Novartis. México.
- * Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, Epidemiología Morbilidad Regionalización. 1993-1996 (1998). Primera Edición. Secretaría de Salud. Dirección general de Epidemiología. Patrocinado por Shering Plough y Novartis. México.
- * Coolican, H. (1994): Métodos de investigación psicológica. México. Interamericana S.A. de C.V.
- * Craig, S.R. (1987): Métodos de investigación psicológica. México. Interamericana S.A. de C.V.
- * Crónica de Simposio (1998): Nuevas Alternativas en el Tratamiento del Cáncer de Mama. México, D.F.
- * Daly, L. (1995): Detección de cáncer mamario: interpretación de los nuevos datos para la práctica clínica. Mundo Médico. 22 (255) 37-50.
- * De la Fuente, R. (1987): La familia. Cuadernos de Psicología médica y Psiquiatría. Talleres gráficos de la Facultad de medicina, U.N.A.M.
- * De la Fuente, R. (1994): Psicología médica. México. Edit. FCE.
- * De la Garza, S.J. (1998): Medicina Alternativa (Métodos Terapéuticos no Probados). Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * De la Parra, C.G.; Fodor, B.M. (1992): Factores psicológicos en la enfermedad cancerosa. Revista del Instituto Nacional de Cancerología. 38(2) 1555-1563.
- * Díaz-Guerrero, R. (1967): Psicología del mexicano. México. Edit. Trillas.
- * Díaz-Guerrero, R. (1983): El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos. México. Edit. Trillas.
- * DiSaia, P.J. (1994): Tratamiento de restitución hormonal después del cáncer mamario. Mundo Médico. 21(243) 59-66.
- * Downie, N.M. (1986): Métodos estadísticos aplicados. México. Quinta edición. Edit. Harla.
- * Dulanto. (1975): La familia, medio proporcionador o inhibidor del desarrollo humano. México. Ediciones médicas del Hospital Infantil de México.
- * Escardó, F. (1978): Anatomía de la familia. Argentina. Librería y Editorial El Ateneo.
- * Espejel, A.E. (1985): La Guía Conjunta de Evaluación Familiar. México. Universidad Intercontinental.
- * Espejel, A.E. (1987): Cuestionario de Evaluación Familiar. México. UNAM.
- * Espejel, A.E. (1995): Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. México. Instituto de la Familia A.C. Inédito.
- * Espejel, A.E. (1997): Investigación con Familias Funcionales. Artículo de Prensa.
- * Espejel, A.E.; Cortez, J.; Ruiz, V.V. (1997): Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. México. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- * Espejel, A.E.; Cortez, J.; Ruiz, V.V. (1998): Calidad del Funcionamiento Familiar. Artículo de Prensa.
- * Estapé, T. (1995): Psicología en oncología. Neoplasia. Edit. Doyma 12(6) 189-191.
- * Estrada, I. (1995): El ciclo vital de la familia. México. Edit. Posada.
- * Estrés y cáncer (1991): Medical MAG en español. Edición mexicana. Editorial Dinfor. 2(17) 28-29.
- * Félix, G. A. (1994): El cuidado del paciente canceroso terminal. Psicología y Salud. Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana. Edit. Nueva Época. 3 Enero-Junio 45-51.
- * Félix, G.A. (1995): Modelos de abordaje de la problemática familiar. Psicología y salud. Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana. Edit. Nueva Época (6) Julio-Diciembre 157-164.
- * Flores. L.J.A. (1994): La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Barcelona. Edit. Edika Médica.

- * Fernández, R. De la B. (1998): Sexualidad en el paciente con cáncer. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Freud, S. (1976): Duelo y melancolía. (1917). En Obras Completas. Vol. 14. Buenos Aires. Edit. Amorrortu.
- * Fuentes, R.; De la Huerta, R. (S. F.): Cáncer Mamario. México. ISSSTE, Subdirección Médica.
- * García, S.M.; Borrego, R. (1981): Factores de riesgo asociados al cáncer mamario. Estudio Epidemiológico Retrospectivo. Gaceta Médica de México. 117 (8) 323-331.
- * Gómez, G.I. (1999), Dinámica Familiar Funcional y Disfuncional. Curso Escuela para Padres. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil A.C.
- * González, B.M.; Espinosa, I.E. (1993): La información al paciente con cáncer. Concepto de verdad soportable y progresiva. Neoplasia. Oncología multidisciplinaria. 10(1) 1-3.
- * González, M.A. (1985): Disfunción de la dinámica familiar de pacientes con cáncer cérvico uterino. Tesis de licenciatura. Facultad de Medicina. U.N.A.M.
- * Grau, J.A. (1995): Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano. Psicología y Salud. Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana. Edit. Nueva Época (5) Enero-Junio, 111-125.
- * Griffiths, M.J.; Murray K.H.; Russo, P.C. (1990): Oncología Básica. Fisiopatología, evaluación y tratamiento. México. Edit. La Prensa medica mexicana.
- * Hernández, A.J.L.; Morales, E.A. (1997): Encuesta de actitudes médicas ante el paciente terminal. Revista de Investigación Clínica. Órgano oficial del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zuribán". 49(6) 497-500.
- * Hernández, De T.R. (1998): Relación médico paciente: su impacto en los trabajadores de la salud. Memorias del II Curso de Psicooncología. México, INCAN.
- * Holland, J.C.; Rowland, J.H. (1989): Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patients with cancer. New York.
- * Holland, J.C. (1992): Psycho-oncology: Where are we, and where we goig?. Journal of Psychosocial Oncology, 10 (2) 103-113.
- * Hossfeld. (1992): Manula de Oncología Clínica. Quinta edición. Edit. Vicc.
- * Huber de S. P. (1998): Cáncer y terapia familiar. Tesis de Especialidad en Terapia Familiar. México.
Instituto Superior de Estudios de la Familia, A.C. (ILEF).
- * Instituto Mexicano de Psiquiatría (S.F.): La Familia y la Salud Mental. México Tlalpan. Edit. Instituto Mexicano de Psiquiatría Calzada México Xochimilco 101.
- * Jiménez, C. J., Grau, J.A. (1995): Calidad de vida en el enfermo oncológico en etapa terminal: un estudio de intervención. Psicología y Salud. Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana. Edit. Nueva Época. 6 Julio-Diciembre 59-69.
- * Kissane, D.W.; Sidney, B. y cols. (1994): Perception of family funtioning and cancer. Psycho-oncology. 3 259-269.
- * Kubler, R. E. (1996): Conferencias, morir es de vital importancia. España. Ediciones Luciérnaga.
- * Lichter, I. (1991): Some psychological causes of distres in terminally ill. Paliative Medicine. 5, 138-146.
- * López, G. M. (1992): La influencia intergeneracional de la familia en la sintomatología. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- * Luchando por sobrevivir, apoyo para los adultos que padecen leucemia o linfoma (sf). Sociedad de Leucemia de los E.U. Comité de Educación Pública.
- * Macías, R. (1981): El Grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica; trabajo presentado en el Primer Simposium Sobre "la dinámica y psicoterapia familiar". México.
- * Martell, G.J.R.; Miranda, H.H. (1994): Estudio retrospectivo (1982-1986) de los factores pronósticos en 560 casos de cáncer de mama. Revista del Instituto Nacional de Cancerología. 40 (2) 71-75.

- * Martínez, H. M. (1994): Métodos y diseños de investigación en Psicología y Educación. España. Edit. Complutense.
- * Matthews, S.D. (1989): Familia contra enfermedad. España. Edit. Gedisa.
- * Maza, B.A.; Torner, C. (1992): El problema psicosocial del paciente con cáncer. Psiquis. Órgano de difusión del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. 1 (2) 13-16.
- * M. D. Anderson Cancer Center (S.F.): Manual para pacientes. Edit. The University of Texas.
- * Méndez, V.J. (1998): Acompañamiento. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. México. INCAN.
- * Méndez, V.J.; y cols. (1998): Psicooncología Pediátrica. Memorias del VIII Congreso Mexicano de Psicología; El Comportamiento Humano y el nuevo siglo: problemas y soluciones. México. Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.
- * Minuchin, S. (1978): Familias y terapia de familias. México. Edit. Limusa.
- * Minuchin, S. (1983): Familias y terapia de familias. México. Edit. Gedisa.
- * Minuchin, S. (1980): La recuperación de la familia. Argentina. Edit. Paidós.
- * Minuchin, S. ; Fishman, C. (1991): Técnicas de terapia familiar. Sexta reimpresión. México Edit. Paidós.
- * Moore, C. (1973): Sinopsis de Cancerología Clínica. Buenos Aires. Librería y Editorial El Ateneo.
- * Morales, G.P. (1999): El Ciclo Vital de la Familia. Curso Escuela para Padres. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, A.C.
- * Morales, L.H. (1998): Toma de decisiones en el paciente terminal. Memorias del IV Curso internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. México. INCAN.
- * Moro, G.I. (1993): El enfermo de cáncer y su entorno. Barcelona. Edit. Gedisa.
- * Navarro, G.J. (1997): Avances En Terapia Familiar. España. Edit. Gedisa.
- * Noti-Reto. (1998): Recuperación Total. Órgano de Difusión de Grupo Reto. No 37.
- * Ojeda, F. H. (1995): Rehabilitación después de la mastectomía. Mundo Médico. 22 (254) 33-44.
- * Olper, R.P. (1998): Entrevista Psicooncologica. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H.L., et. al. (1989): Families: What makes them work. Estados Unidos. Edit. Sage Publications.
- * Philip, J.D.; William, F.C. (1995): Oncología Ginecológica Clínica. Cuarta edición. Primera reimpresión. Edit. Mosby Doyma.
- * Pick, S. (1983): Cómo investigar en ciencias sociales. México. Edit. Trillas.
- * Pittman, III, F.S. (1988): Momentos decisivos. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- * Poitevin, A,CH.(1998): Impacto psicológico de la radioterapia después de cáncer de mama. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Pombo, G.E. (1995): Reflexiones sobre la enfermedad y el padecer humanos. Revista Médica del IMSS. 33 (4) 435-437.
- * Qué espera de su médico el paciente con cáncer. (1992): Medical MAG en español. Edición mexicana. Editorial Dinfor. 2 (15) 37-39.
- * Rait, D.; Ledemberg, M. (1989): The family of the cancer patient. In Holland, J.; Rowland, H. (Eds.) Handbook of Psychooncology : psychological care of the patients with cancer. New York. Oxford University Press.
- * Ramírez, S. (1977): El mexicano: psicología de sus motivaciones. México. Edit. Grijalbo.
- * Reyes, C.E. (1996): Los padres enseñan: experiencias compartidas por un grupo de apoyo para padres con hijos con cáncer. Clínica de Psico-Oncología. I.P.N. México.
- * Robles, F.T., Eustace, J. R. (1987): El enfermo crónico y su familia. México. Edit. CEMIC.
- * Sánchez, P. M. (1998): Terapia Cognitivo- Conductual para el tratamiento del dolor en niños. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos.

- * Sañudo, M.M. (1998): Prevalencia de síntomas en el paciente con cáncer avanzado. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. México. INCAN.
- * Saucedo, G.J. (1993): Psicoterapia dirigida a familias de bajos recursos. Revista Médica del IMSS. 31 (5-6) 401-405.
- * Saucedo, G.J. (1995): Lineamientos para evaluar la vida en familia. Revista Médica del IMSS. 33 (3) 249-256.
- * Slaikau, K. (1988): Intervención en Crisis. México. Edit. Manual Moderno.
- * Senra, V.A.; López, T.A. et. al. (1995): La opinión de los parientes de enfermos con cáncer sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer. Neoplasia: Oncología Multidisciplinaria. Ediciones Doyma. 12 (1) 19-22.
- * Schavelzon, J.; Bleger, J.; Bleger, L.; Luchina, I.; Langer, M. (1965): Psicología y Cáncer. Argentina. Edit. Hormé.
- * Shavelzon, J. (1983): Freud, un paciente con cáncer. Argentina. Edit. Paidós.
- * Siegel, S. (1995): Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México. Cuarta edición. Edit. Trillas.
- * Sontang, S. (1980): La enfermedad y sus metáforas. España. Edit. Muchink.
- * Spiegel, M. R. (1991): Estadística. México. McGraw-Hill.
- * Torrico L.E. (1996): Actitudes ante el cáncer, problemática actual. Neoplasia: Oncología multidisciplinaria. Ediciones Doyma. 13 (4) 113-116.
- * Turbet, O.J. (1998): Aportaciones del Psicoanálisis para la comprensión y el tratamiento del paciente oncológico. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Umbarger, C. (1983): Terapia familiar estructural. Buenos Aires. Edit. Amorrortu.
- * Velasco, O.R.; Chávez, A.V. (1993): La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Revista Médica del IMSS. 32(3) 271-276.
- * Vess, J.D.; Marland, J.R.; Schewebwl, A.I. (1992): An empirical assessment of ther effects of cancer on family role functioning. Journal of Psychosocial Oncology. 10 (2) 1-16.
- * Villalobos, V.H. (1998): Consideraciones antropológicas para el apoyo espiritual del enfermo. Memorias del II Curso de Psicooncología. México. INCAN.
- * Von Bertalanffy, L. (1976): Teoría General de los Sistemas. México. Edit. Fondo de Cultura Económica.
- * Von Lichtenberg, M.D.; Carreón, G.N. (1998): Las areas comunes en la estructura y funcionalidad de las familias de niños con diagnóstico de depresión, detectadas mediante la Escala de Funcionamiento Familiar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- * Wood, G. (1984): Fundamentos de investigación psicológica. Primera edición. México. Edit. Trillas.
- * Xochitemo, J.M.F. (1985): Disfunción en la dinámica familiar de pacientes con cáncer cérvico uterino. Tesis de grado. Facultad de Medicina. U.N.A.M.
- * Zabora, J.R.; Smith, E.D.; Baker, F. (1992): The family: the other side of bone marrow transplantation. Journal of Psychosocial Oncology. 10 (1) 35-45.

CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA DINÁMICA FAMILIAR

Espejel E., Cortés J, Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

FAMILIA _____

TIEMPO DE UNION _____ EDAD DEL PRIMER HIJO (A) _____

DIRECCION _____

INGRESO FAMILIAR _____

INGRESO PER CAPITA _____

POSICION	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTACION ECONÓMICA A LA FAMILIA

DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

OBSERVACIONES

SE INDICA LA EDAD DEL HIJO MAYOR QUE VIVA EN LA FAMILIA

MATERIAL DE INVESTIGACION

PROHIBIDA SU REPRODUCCION SIN PERMISO EXPRESO DE LOS AUTORES

ANEXO NUMERO UNO.

Buenos días.

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y un servidor, estamos realizando una investigación conjunta con pacientes de este departamento y sus familias para conocerlos mejor, entenderlos y así brindarles un mejor servicio.

Los datos que me proporcionen serán absolutamente confidenciales y su finalidad es saber como han vivido la enfermedad usted y su familia para así poderles proporcionar una mejor atención a ustedes y a las personas que se encuentren en condiciones semejantes a las suyas.

El instrumento que contestarán, en caso de aceptar, no es un examen, por lo tanto no existen respuestas correctas o erróneas. Es fundamental la veracidad de sus declaraciones, pues de estas dependerá el mejoramiento del servicio proporcionado. Cabe señalar que la presente investigación, no entraña ningún tipo de riesgo para su salud ni la de su familia.

La aplicación de este instrumento tiene una duración máxima de dos horas, en una sola sesión. Es muy importante su opinión, por lo tanto se requiere la asistencia de toda la familia, o en su defecto de la mayoría de sus miembros, y se les suplica su asistencia puntual el día de su cita.

Si usted desea puede concertarse una segunda cita para orientarlos en caso de ser necesario.

Por su atención y participación.
Muchas gracias.

Psic. Ramsés Salazar González.

Otorgo mi consentimiento.