

LA FAMILIA COMO FACTOR COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER

Gerardo Esteban Munar Sinisterra

Diplomado en Psicología de la Salud

Universidad de La Sabana

Chía, Noviembre 2007

Resumen

El modelo biopsicosocial de la salud propone un manejo integral de la enfermedad, considerando además de los factores biológicos, variables psicosociales como el sistema familiar del enfermo. El presente trabajo tiene como objetivo describir la importancia de la familia como factor coadyuvante en el manejo terapéutico del cáncer. Para este propósito se realizó una revisión teórica en libros, revistas científicas y otras fuentes especializadas en el tema. Se encontró que la familia es un importante factor psicosocial que se ve afectada al igual que el enfermo por el cáncer, por lo que su rol en el tratamiento, así como en su prevención es significativo.

Palabras clave: Cáncer, familia, calidad de vida, apoyo social, modelo biopsicosocial, modelo ecológico.

Abstract

The biopsychosocial model of health proposes an integrated treatment of the disease that, besides of biological factors, takes in count psychosocial variables as the family system of the patient. This paper aims to describe the importance of the family as a contributing factor in the therapeutic treatment of cancer. For this purpose a theoretical review of the subject was done in scientific journals, books and other specialized sources. It was found that the family is an important psychosocial factor, that as well as the patient, is affected for the cancer disease, so its role in treatment, as well as prevention is significant.

Key words: Cancer, Family, quality of life, Social support, biopsychosocial model, ecological model.

LA FAMILIA COMO FACTOR COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER

El modelo biopsicosocial de la salud, surge como alternativa al modelo médico tradicional, donde el cuerpo se concibe como un ente que debe ser curado, dejando de lado en la evaluación y tratamiento clínico los factores psicosociales y emocionales del paciente, así como su percepción subjetiva de la enfermedad (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004; Engel, 1977). Este nuevo paradigma de la salud (el modelo biopsicosocial), incorpora la compleja relación entre enfermedad, cuerpo y mente, planteando que los factores genéticos y biológicos, no son suficientes para explicar todos los fenómenos que tienen que ver con la salud, y que si se quiere entender la etiología, el desarrollo y tratamiento de la enfermedad se deben tener en cuenta además de estas variables los factores psicológicos, sociales y culturales del paciente (Alford 2007; Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004; Engel, 1977; Lutgendorf & Costanzo, 2003). La salud es un proceso dinámico que se sustenta sobre la base de un equilibrio entre factores tanto biológicos como sociales y psicológicos. (Fors, Quesada & Peña 1999).

La situación ideal para la salud sería aquella donde el manejo terapéutico de cualquier patología se hiciera con base en un abordaje biopsicosocial multidisciplinario, dirigido a una intervención integral del ser humano enfermo. En la actualidad los sistemas de salud alrededor del mundo están aun lejos de conseguir tal propósito, e inclusive en muchos países las entidades encargadas de la administración en salud toman de manera separada a la salud mental y a la salud física, asumiendo que todo lo relacionado con la mente y sus procesos subyacentes están desligados de la salud física (Vera-Villarroel, 2001); cuando en realidad no hay estados psicológicos alterados por un lado y enfermedades por el otro, toda alteración de la mente-cerebro es una

alteración del cuerpo y viceversa. Es evidente que en los seres humanos la mente y el cuerpo reaccionan de manera holista ante las situaciones normales y anormales de la vida (Rincón, 2006).

El cáncer es un buen modelo en el que el nuevo paradigma biopsicosocial de la salud puede ser aplicado en la comprensión de su génesis, así como en el manejo terapéutico del mismo. Esta patología es una de las más complejas que existe actualmente y sus tasas de mortalidad e incidencia crecen cada día en todo el mundo, por ejemplo en Colombia son aproximadamente 28 mil ciudadanos los que mueren anualmente por razón de algún tipo de cáncer (Instituto Nacional de Cancerología [INC], 2004). Las neoplasias además de las implicaciones sociales y psicológicas representan una preocupación económica, ya que dadas las características de estas patologías son muchos los casos que son diagnosticados cuando la enfermedad se encuentra muy avanzada, hecho que incrementa los costos de tratamiento y el ausentismo laboral. Todos estos factores entre otros hacen del cáncer un importante problema de salud pública y obliga a buscar formas novedosas y efectivas de prevención, promoción y tratamiento. La presente revisión teórica pretende describir la correlación e importancia de la familia como factor psicosocial coadyuvante en el tratamiento del cáncer. Para tal fin se hizo una revisión general de lo que se entiende por cáncer, su manejo médico actual, su relación con los aspectos psicológicos y sociales, así como la calidad de vida del paciente oncológico y la relación de la familia como factor significativo en el tratamiento del cáncer.

Psicooncología y Cáncer

El cáncer

Los tipos de cáncer más comunes en Colombia son en el hombre: el de próstata, pulmón, esófago, colon, recto, leucemias, y el linfoma de hodgkin y en las mujeres: el de cuello uterino, mama, colon, recto, pulmón y ovario. El cáncer de estomago afecta en proporción similar a mujeres y hombres (INC, 2007). Como se puede ver el cáncer es una palabra que abarca a una gran variedad de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento anormal de un grupo de células que por lo general son derivadas de una sola célula, y que han perdido sus mecanismos normales de control (Frenkel, 2007; INC, 2004; Prieto, 2004).) . Las células cancerígenas pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido en cualquier órgano. A medida que las células cancerosas crecen y se duplican forman una masa de tejido canceroso, llamada tumor, que invade y destruye los tejidos normales contiguos. Los tumores pueden ser cancerosos o no cancerosos. Las células cancerosas del tumor primario pueden extenderse o hacer metástasis por el cuerpo a través de los vasos sanguíneos y linfáticos (Frenkel, 2007).

Las células cancerígenas se desarrollan a partir de células sanas, luego de que el material genético de la célula se altera, perdiendo la capacidad de controlar su desarrollo, de tal forma que se divide en más células y a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece. El cáncer se desarrolla en diferentes fases y tiene un comportamiento distinto en cada organismo, asimismo su evolución también depende del órgano afectado y del período en que haya sido diagnosticado. Las neoplasias puede desarrollarse a cualquier edad, pero es más común en adultos mayores, sin embargo puede presentarse en niños y jóvenes y de hecho es la segunda causa de muerte en niños de edades comprendidas entre uno y quince años (Frenkel, 2007; INC, 2004).

El cáncer es una enfermedad multifactorial donde intervienen diferentes variables que aun no se han esclarecido del todo. Las hipótesis de un origen exclusivamente hereditario solo explican del 5% al 10% del total de los casos de cáncer y sin embargo hay interacción con algunos fenómenos de tipo ambiental. La mayoría de factores que pueden estar involucrados en la génesis del cáncer son de carácter exógeno como por ejemplo las exposiciones a sustancias químicas, agentes físicos y biológicos. Estos factores, afectan los genes de las células, convirtiéndolas en cancerígenas. Entre los carcinógenos más comunes se encuentran: el tabaco, algunos virus, algunas infecciones, la radiación, la contaminación, el uso de algunos medicamentos, el alcohol y la luz solar. Sin embargo no todas las células son igualmente susceptibles a los agentes carcinógenos (Frenkel, 2007; INC, 2004).

Una de las características que más ha dificultado el manejo terapéutico del cáncer es que en sus inicios habitualmente no produce síntomas, por lo que muchos de los esfuerzos de los equipos de salud hoy día se enfocan en campañas de carácter preventivo, que van dirigidas a la detección temprana del cáncer situación que facilita su tratamiento. Algunas de las señales que advierten de la posible presencia de algún tipo de cáncer son: signos y síntomas digestivos que no mejoren con tratamiento; hemorragias sin alguna razón evidente, dolor persistente en alguna parte del cuerpo; aparición de masas o ganglios, tos persistente; alteraciones de la voz; dificultad para digerir alimentos; cambios de tamaño, color y forma de lunares o verrugas; heridas que no cicatrizan; cambio del ritmo intestinal y de la frecuencia de las deposiciones o de color o consistencia de las heces; perdida injustificada de peso (INC, 2004; Pfister & Aliff, 2007).

El manejo clínico del cáncer es establecido según el tiempo de evolución y su localización en el organismo. Los principales tratamientos para el cáncer son:

1. La Cirugía: es una de las técnicas mas antiguas y consiste en la extirpación de la neoplasia del tejido que se encuentra afectado, fue hasta hace unas pocas décadas el único tratamiento disponible (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004)...

2. La Radioterapia: se fundamenta en el uso de radiaciones ionizantes centrados en cierta área u órgano del cuerpo. Para la radioterapia se utilizan rayos x, bombas de cobalto o aceleradores de partículas. La función de la radioterapia es anular la capacidad de las células cancerígenas de crecer y multiplicarse reduciendo al máximo el daño de las células normales, ya que las células con cáncer son mas sensibles a la radioterapia que las células normales (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004).

3. La Quimioterapia: consiste en el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Estos medicamentos anti-cancerígenos son diseñados para atacar a las células neoplasicas, aunque todos los quimioterapicos afectan a las células normales y tienen efectos colaterales. Existe una gran variedad de fármacos quimioterapéuticos, que son usados según el tipo de cáncer así como su estado de evolución (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004).

4. La Terapia Hormonal: se basa en suministrar al paciente fármacos que inhiben o estimulan la generación de hormonas en su organismo, esto con el fin de controlar la velocidad de crecimiento multiplicación y muerte de las células tumorales (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004).

5. La Inmunoterapia: tienen como objetivo estimular el sistema inmunológico del paciente para luchar contra el cáncer (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004).

La Psicooncología

El cáncer es una enfermedad crónica y degenerativa que por su marcha agresiva puede llegar a acabar con la vida del paciente rápidamente. Las neoplasias requiere de tratamientos clínicos oncológicos tan violentos como la misma enfermedad que pueden generar una serie de reacciones psicológicas, sociales, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas en el paciente y su familia (Alvarado, 2004). Las manifestaciones psicoemocionales y las actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad, pueden llegar a ser igual o incluso más dañinas que el mismo cáncer (Prieto, 2004). Los pacientes con cáncer reaccionan de manera particular con respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por lo que demandan atención especializada de profesionales de la salud mental entrenados en oncología que creen un puente de comunicación y colaboración entre los especialistas médicos, el paciente y la familia. (Alvarado, 2004; Mendez, 2005; Molina & Navarro, 2002). La psicooncología es una subespecialidad relativamente nueva que se ha desarrollado como un campo interdisciplinario, de apoyo al equipo de oncología. Esta nueva ciencia se ocupa de los factores psicológicos, psiquiátricos, sociales, culturales y conductuales relacionados al cáncer desde dos perspectivas: por un lado el aspecto psicosocial que corresponde a las respuestas psicológicas de los pacientes y de sus familiares en las diferentes fases de la enfermedad y, del otro, como el aspecto psicobiológico que abarca el conjunto de factores conductuales, psicológicos y sociales que intervienen en la respuesta inmunológica y de cierto modo sobre la mortalidad y morbilidad que tienen determinados hábitos, estilos de vida, comportamientos, creencias, etc. (Mendez, 2005; Molina & Navarro, 2002).

Sucintamente, el especialista en psicooncología hace parte del equipo interdisciplinario que acompaña el proceso de prevención, diagnóstico, evaluación,

tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y de investigación de la etiología del cáncer. Para lograr este objetivo se hace necesario el trabajo con el paciente y como con su red social, facilitando la generación de recursos y estrategias para lograr una disminución del impacto del cáncer, tanto en sentido biológico como psicológico y social, y ejercer así una acción efectiva sobre la calidad de vida del paciente y su entorno familiar, incluso sobre su pronóstico (Malca, 2005; Molina & Navarro, 2002).

El Proceso Psicoterapéutico Durante El Cáncer

Las intervenciones de los psicólogos y psicooncólogos están determinadas según la evolución del cáncer (Malca, 2005). El primer momento en el que el apoyo del profesional de la salud mental se requiere es el del diagnóstico de la enfermedad, seguido por el tratamiento, la remisión, la recidiva en algunos casos, la etapa terminal y la muerte. A continuación se hace una revisión a las características de cada etapa en el paciente y la familia, así como los procedimientos más comunes llevados a cabo por los profesionales de la salud mental:

Diagnostico

Representa el primer gran reto para los psicólogos y psicooncólogos, ya que el cáncer es percibido por muchos como una enfermedad con pocas posibilidades de curación y en ocasiones como una sentencia de muerte, por lo cual su diagnóstico produce un gran impacto psicoemocional tanto en el paciente como en su familia. Luego de que el médico comunica al paciente y a sus familiares su dictamen se producen en ellos una cascada de emociones como la ira, la negación, la culpa, la incertidumbre, la desesperación, etc. (Malca, 2005). El enfermo y su familia, ante el diagnóstico de cáncer, atraviesan por un proceso psicológico de afrontamiento y duelo, similar al proceso descrito por Kubler-Ross (1972), donde los pacientes y en algunas ocasiones sus

familias se mueven por cinco fases que son: a) negación, fase en que los pacientes o algunos familiares se niegan a aceptar la posibilidad de la muerte, expresando que eso no puede ser verdad, que no lo creen etc.; b) La segunda fase es la de la ira, donde cuestionan que por que les pasa eso a ellos, que no es justo y otra serie de proclamaciones y actitudes de inconformidad; c) En una tercera etapa, la de pacto los enfermos o sus familias se comprometen con una buena conducta, cambios en el estilo de vida, etc. todo esto con el fin de posponer la muerte. Cuando este cambio no obtienen frutos dada la evolución de la enfermedad y el recrudecimiento de los síntomas los pacientes o sus familiares entran en una etapa de profunda tristeza; d) La cuarta fase Kubler-Ross (1972) la denomino como depresión, producto del agotamiento propio de la enfermedad y de su tratamiento, así como por la frustración de no ver resultados médicos y de sus propósitos de cambio; e) Finalmente Kubler-Ross (1972), propone la etapa de aceptación donde la muerte es asimilada y se pasa del desconsuelo y la tristeza a un estado de tranquilidad y reconciliación con los seres queridos, así como con la vida.

Estas etapas no se presentan en este estricto orden, pueden intercambiarse e incluso se pueden presentar en forma conjunta, siendo este un proceso dinámico y, por lo tanto, variable y reversible en tiempo y en intensidad (Alvarado, 2004; Molina & Navarro, 2002). La intervención del psicólogo y el psicooncólogo en este primer período se fundamenta en evaluar y detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales, del paciente y su familia. Del mismo modo debe ofrecer soporte emocional al enfermo y a su red familiar, donde se generen las estrategias necesarias para enfrentarse a la enfermedad y facilitar la percepción de control sobre la misma, es decir que el paciente y su familia se den cuenta que a pesar del diagnóstico hay muchas cosas que ellos pueden hacer para sobrellevar esta patología (Malca, 2005).

Tratamiento Oncológico

El segundo paso luego de conocer la presencia del cáncer en el cuerpo, es el del tratamiento oncológico que requiere de ciertos protocolos de intervención clínica como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la inmunoterapia entre otros. Por lo general estos procedimientos son muy agresivos y traen consigo muchas incomodidades y efectos colaterales bastante molestos que comprometen significativamente la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar. Por lo tanto, el trabajo del psicólogo y el psicooncólogo en esta fase se encamina en potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la asimilación y adaptación del paciente y su familia a las nuevas condiciones producto de los tratamientos, entre las que se pueden incluir amputaciones, cambios en la imagen corporal, el estigma social, entre otras (Alvarado, 2004; Malca, 2005).

Intervalo libre de la enfermedad

Una vez culminado el tratamiento contra el cáncer, viene una etapa que Malca (2005), ha denominado de intervalo libre de la enfermedad, en este periodo la amenaza de volver a presentar la enfermedad esta latente pues recién se han practicado los tratamiento para eliminar al cáncer y aun se esta en controles médicos que buscan determinar la no presencia del cáncer. La ansiedad y el miedo tanto del paciente como de su entorno familiar de saber si se ha vencido al cáncer, hacen que la intervención del psicólogo y el psicooncólogo en este momento se concentre en la ventilación emocional, es decir a facilitar la expresión de miedos y preocupaciones del paciente, así como propiciar sentimientos positivos y espíritu de lucha tanto del enfermo como de su familia (Malca, 2005).

Remisión

Cuando las valoraciones médicas indican que los procedimientos clínicos han logrado superar el cáncer se entra en una etapa denominada por Alvarado (2004), como de remisión, donde los esfuerzos del psicólogo y el psicooncólogo van encaminados, al soporte psicoemocional que permita al paciente y a su familia la adaptación a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya generado. Al mismo tiempo en el paciente y su círculo familiar se presentan reacciones emocionales encontradas. Por una parte, sienten tranquilidad y júbilo pues el riesgo de morir ya no es tan cercano, y por otra, hay una sensación de incertidumbre y miedo de que el cáncer vuelva a hacer presencia en sus vidas, ya sea por una recaída o por que la presente otro miembro del sistema familiar. Así que el psicólogo y el psicooncólogo deben propiciar un proceso de contención emocional, que acompañe la reincorporación a la vida cotidiana, la reinserción laboral u otras actividades e intereses del paciente y su familia (Alvarado, 2004; Malca, 2005).

Recidiva

Si se produce una recaída en el paciente oncológico y se detectan nuevamente células cancerígenas en el cuerpo, ya sea en el lugar donde inició o en órganos adyacentes o distantes, se entra en la fase de recidiva (Malca, 2005). En esta situación se presenta un estado de choque aún más intenso y desolador que el que suele experimentarse por el paciente y su familia en la fase de diagnóstico, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión. El paciente y la familia además experimentan enojo, ira, agresividad e inconformidad y dudas de que los tratamientos previos hayan sido efectivos, hay en general una gran molestia y desilusión tanto con el personal médico como con sus procedimientos, lo que hace difícil comenzar de nuevo un tratamiento.

La tarea del psicólogo o psicooncólogo en este periodo esta dirigida en abordar y tratar los estados ansiosos y depresivos que se presenten, así como en lograr otra vez adherencia a los tratamientos y adaptación al nuevo estado patológico (Alvarado, 2004; Malca, 2005).

Fase terminal

Uno de los momentos a los que ninguno psicólogo o psicooncólogo que acompaña un proceso quiere llegar es a la situación en que el personal médico especializado desahucia el paciente. En esta etapa los procedimientos oncológicos dejan de lado la pretensión de curar y se enfocan en ofrecer cuidados paliativos con el objetivo de reducir cuanto sea posible todos los signos y síntomas de la enfermedad, buscando evitar al máximo el dolor y brindando la mayor comodidad posible al enfermo (Alvarado, 2004). Ante el hecho inevitable de la muerte el paciente y su familia exhiben conductas de desesperanza, tristeza, rabia, agresividad, aislamiento, ansiedad, miedo, duelos anticipatorios, depresión, negación, que lleva en algunos casos a la búsqueda de tratamientos alternativos y al abandono del manejo clínico oncológico (Alvarado, 2004; Malca, 2005). Se pueden vivir las etapas descritas por Kubler-Ross (1972), de forma mucho más intensa que en momentos anteriores, pues hasta ese entonces la muerte solo era una posibilidad, y en el momento actual es una realidad. El manejo psicológico de esta etapa se basa al igual que en el tratamiento oncológico, en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente y a los familiares, realizando tareas de apoyo emocional y existencial, de potencialización de las estrategias de afrontamiento, de manejo del dolor, de acompañamiento en la toma de decisiones y de percepción de control, pese a las circunstancias (Malaca, 2005). En esta fase se requiere de gran apoyo para el sistema familiar, pues es inminente la partida de uno de sus miembros lo cual modifica el sistema y obliga a ciertas transformaciones, que el psicólogo puede acompañar.

Igualmente dado el gran deterioro del enfermo y el desgastante proceso de la enfermedad, la familia necesita de un importante apoyo emocional que les permita una adecuada elaboración del duelo (Alvarado, 2004; Malca, 2005).

Es perentorio para los profesionales de la salud relacionados con el tratamiento del cáncer, que desde el inicio mismo de la patología se establezca una comunicación clara, franca y abierta con el paciente y su familia en pro de sobrellevar de la mejor manera la enfermedad.

El Modelo Ecológico Y El Cáncer

El abordaje psicológico del cáncer es muy complejo y aun no existen modelos teóricos especializados en esta área que guíen la intervención. Hasta el momento se utilizan los conocimientos de la psicología, en especial de la salud, la psiquiatría de enlace, la psicopatología entre otras para acompañar el tratamiento oncológico de los pacientes con cáncer (Torrico, Santín, Villas, Menéndez & López, 2002). Los factores que intervienen en la aparición y curso del cáncer son muy variados y complejos. De igual manera estos factores se sitúan en diversos niveles y ejercen su influencia tanto de forma directa o indirecta sobre el enfermo y su entorno. El sistema familiar, los amigos, las condiciones laborales, los sistemas de salud, entre otros, son elementos que pueden interferir en el curso y pronóstico de la enfermedad (Torrico, et al., 2002).

Es común hasta ahora que en las intervenciones de los profesionales de la salud mental solo se tomen en cuenta factores propios del paciente y se dejen de lado otras variables contextuales muy importantes. Para lograr una intervención psicológica efectiva en el enfermo de cáncer, se deben considerar todos los fenómenos que lo rodean. Situación que obliga a buscar un modelo teórico que brinde un soporte

conceptual a la gran variedad de factores que tienen que ver con la salud física y mental del paciente oncológico (Torrìco, et al., 2002).

El modelo ecológico de Bronfenbrenner, es una interesante alternativa para la investigación y tratamiento de la enfermedad oncológica, ya que permite evaluar e intervenir muchas variables psicosociales como la familia, la red social, la cultura entre otras, que incide en los procesos psicopatológicos del paciente ya sea directa o indirectamente. Esta propuesta teórica y conceptual permite crear protocolos más efectivos de intervención, que van a contribuir a que el paciente y su familia acepten y se adapten a la enfermedad (Torrìco, et al., 2002).

El modelo planteado por Bronfenbrenner (1976), propone que el funcionamiento psicológico de los seres humanos depende de la interacción con su entorno. Asume que el desarrollo de las personas es una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos que son también cambiantes. En este proceso de intercambio también hay influencias de contextos más amplios como la cultura en la que esta inmerso el sujeto (Bronfenbrenner, 1979). En el ámbito oncológico esta propuesta indica que el paciente irá adaptándose a los ambientes que le rodean y que forman parte de su nueva vida cotidiana como el hospital, el personal médico tratante, etc. y viceversa, es decir que los entornos próximos como la familia se transforman en función de las nuevas condiciones del enfermo (Torrìco, et al., 2002). Una consideración muy importante de este modelo es que tiene en cuenta las influencias que tienen sobre el paciente otros contextos más amplios como la cultura, las políticas de salud, etc.

Para Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979, 1992), el ambiente ecológico es entendido como un conjunto de estructuras en serie en la que cada una cabe dentro de la siguiente (véase la Figura 1). Para el paciente oncológico el contexto en el que vive y se desarrolla incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que de

alguna manera ejercen influencias directas o indirectas (véase la Figura 2) (Torrigo, et al., 2002).

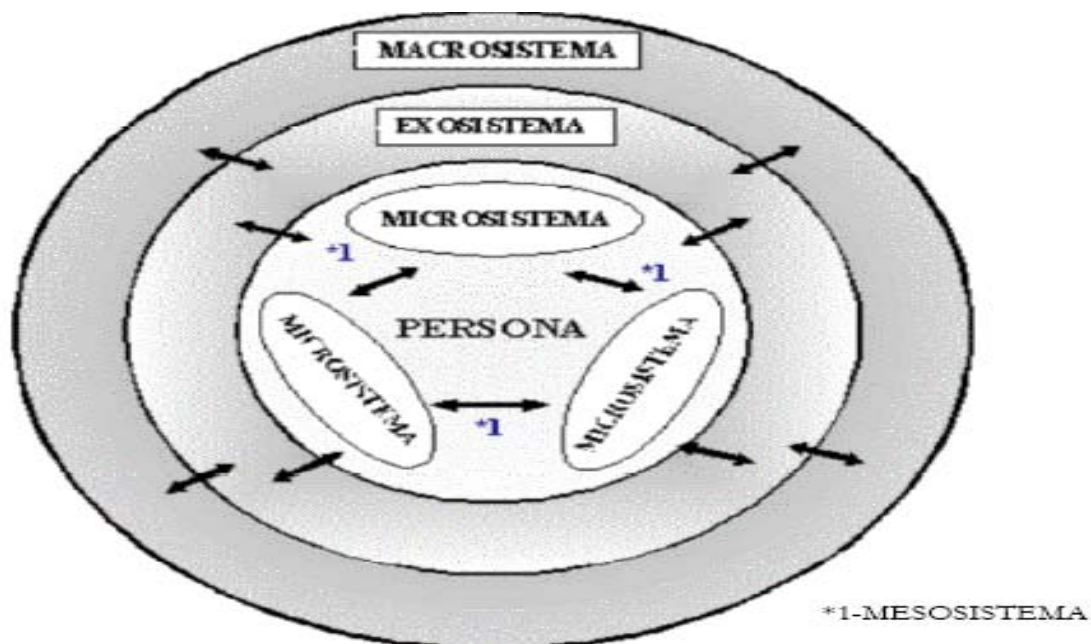


Figura 1. Modelo ecológico de Bronfenbrenner. (Torrigo, et al., 2002, p. 47)

En el enfoque ecológico se identifican cuatro niveles interrelacionados de influencia mutua, que son básicos para entender el desarrollo y actuar del individuo. Estos son el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001; Torrigo, et al., 2002).

El microsistema

Es el entorno inmediato del sujeto, incluye el hogar, el colegio, el barrio, y en el caso de los enfermos de cáncer incluirá las unidades de tratamiento oncológico, así como el hospital. En este nivel se incluyen las relaciones interpersonales, con los padres, hermanos, amigos, personal médico etc. Asimismo los comportamientos, roles y relaciones característicos de estos contextos (Bronfenbrenner, 1976, 1977a, 1977b, 1979, 1992; Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001; Torrigo, et al., 2002).

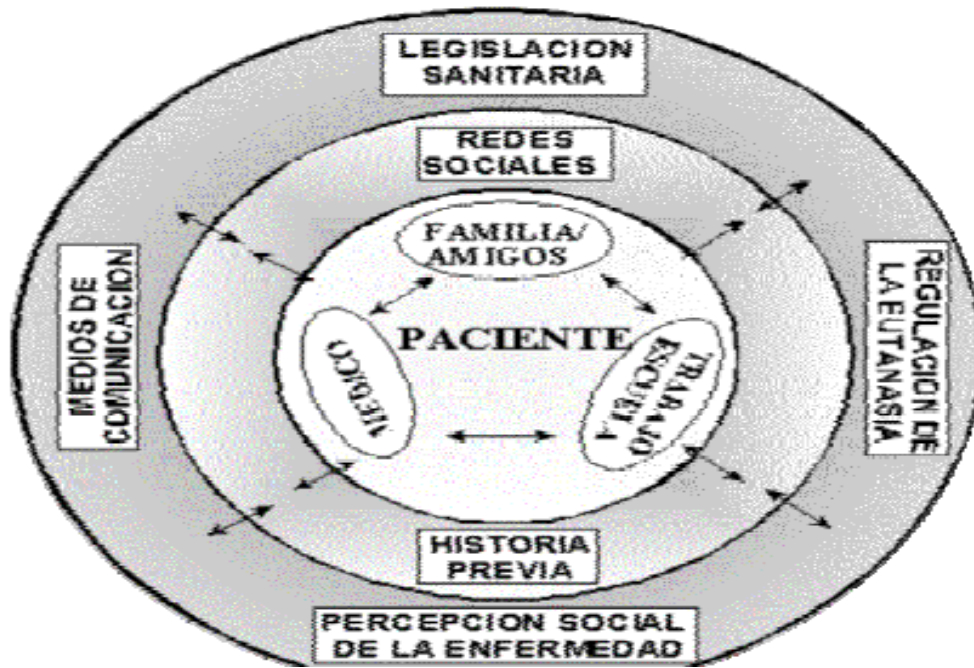


Figura 2. Modelo ecológico de Bronfenbrenner en el contexto oncológico. (Torríco, et al., 2002, p. 47)

En cuanto al enfermo de cáncer Torrío, et al., 2002 propone evaluar y considerar las siguientes características, que pueden llegar a ser útiles para el psicólogo: a) el ambiente cercano del enfermo en los que se deben incluir el hospital, los consultorios oncológicos, los enfermos con los que comparte dentro del el ámbito hospitalario, las asociaciones a las que asista. Es vital considerar estas nuevas variables ya que pueden estar afectando los comportamientos del sujeto (Torrío, et al., 2002); b) La familia, los amigos, el trabajo o la institución educativa, el hospital, las asociaciones, otros pacientes, representan también una multitud de factores que interaccionan con el paciente directamente. Por ejemplo la personalidad del enfermo, las características comportamentales y personales de los sujetos implicados en los diferentes entornos etc. Estos aspectos hacen parte de los ambientes cercanos, del paciente y son en los que se desarrolla habitualmente, por lo que tendrán un valor significativo en la recuperación, adaptación y evolución de la enfermedad (Torrío, et al., 2002); c) La percepción que la

familia, los amigos o los compañeros de trabajo tienen sobre el cáncer, pueden llegar a transmitir tanto sentimientos negativos como positivos que a la larga interfieren en los tratamientos (Torrìco, 1995; Torrìco, et al., 2002); d) La intervenci3n de parte del psic3logo debe incluir parte del microsistema, como la familia, los amigos, los pacientes con los que comparte algùn espacio, pues de una u otra forma 3stos interfieren en las actitudes que el paciente muestra ante la enfermedad y su tratamiento; e) Los cambios de rol que el paciente experimenta con la enfermedad puede incidir en el tratamiento. A este hecho Bronfenbrenner (1979), lo denomina transici3n ecol3gica, y se produce cuando la posici3n de una persona en el ambiente ecol3gico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno, o de ambos. En este caso el c3ncer hace que el enfermo cambie de rol, hecho que a su vez produce un cambio en el trato, en el comportamiento e incluso en el pensamiento y percepci3n de 3l mismo y su ambiente circundante Torrìco, et al., 2002). El paciente transforma su conducta y emociones en funci3n del nuevo rol que asume, o que por alguna circunstancia ha sido obligado a asumir; e) El soporte social recibido por parte de todos los entornos en los que esta inmerso el enfermo, pues es uno de los factores que m3s determina la respuesta del paciente oncol3gico a la enfermedad (Fl3rez, 1999). En un estudio sobre calidad de vida en pacientes con c3ncer de laringe Herranz y Gavilan (1999), hallaron que cuando el enfermo mantiene una vida social activa, los niveles de estr3s que trae la enfermedad disminuyen.

El mesosistema

Se refiere a la interacci3n de varios microsistemas en los que el enfermo de c3ncer participa activamente, por ejemplo la familia, el trabajo, la vida social, la instituci3n de salud etc. Es por tanto un sistema de microsistemas, que aumenta en la medida que el sujeto entra en un nuevo entorno (Bronfenbrenner, 1979; Torrìco, et al., 2002). En la

intervención con el enfermo de cáncer se propone analizar las interrelaciones de los microsistemas en los que se encuentra el paciente (véase la Figura 3). En este nivel Torrico, et al. (2002), propone evaluar básicamente tres bloques de interrelaciones que son: las vinculadas al flujo de información, las relacionadas con la potenciación de conductas saludables y las asociadas con el apoyo social.



Figura 3. Relaciones establecidas en el mesosistema del paciente oncológico. (Torrico, et al., 2002, p. 53).

Exosistema

Este nivel hace referencia a los enlaces entre dos o más ambientes de los cuales, por lo menos uno no contiene al paciente oncológico, pero lo afecta indirectamente (Bronfenbrenner, 1979; Papalia, et al., 2001). El enfermo de cáncer se ve afectado de alguna manera, por los roles, características y relaciones de contextos o situaciones ajenos a él, y en los que ni siquiera está físicamente presente (Torrico, et al., 2002). En este punto se aleja el análisis del contexto próximo del enfermo oncológico y se centra en factores de incidencia indirecta en su vida. Uno de los muchos ejemplos de la

influencia del exosistema sobre el paciente neoplásico es cuando en el trabajo de un miembro significativo de la familia no le son concedidos los permisos que le permitan ir a visitar al enfermo, o en que las jornadas de trabajo son muy extenuantes, hecho que hace que éste perciba la enfermedad de su familiar como altamente demandante y negativa lo que a su vez se reflejara en su actitud hacia el enfermo. Las características de este nivel representa un gran reto para el psicólogo ya que es muy difícil de evaluar y es aun más complicado intervenir sobre el (Torríco, et al., 2002).

El macrosistema

Es compuesto por los patrones culturales, creencias dominantes, ideologías, y sistemas económicos y políticos en los que esta inmerso el individuo (Bronfenbrenner, 1979; Papalia, et al. 2001; Torríco, et al., 2002). En cuanto al enfermo de cáncer, este nivel abarca el momento histórico-social en el que se encuentra, y tiene que ver con las actitudes que el paciente y su familia perciben en sus entornos cotidianos que hacen parte del imaginario colectivo sobre el cáncer. Ibáñez (1990), describe como el paciente neoplásico debe enfrentarse tanto a una enfermedad dolorosa y mortal, como al significado sociocultural que el término “cáncer” lleva implícito. Otro aspecto que tiene una connotación importante es el relacionado con las políticas de salud del lugar donde se encuentre el paciente, pues muchos de los tratamientos del cáncer son costosos y algunos sistemas de salud no cubren en su totalidad el tratamiento o para acceder a ellos se requiere de un desgastante proceso que puede costarle la vida al enfermo y que va en detrimento de su calidad de vida, así como la de su familia (Torríco, et al., 2002).

La Familia Y El Cáncer

El modelo ecológico abre un abanico de variables que no habían sido consideradas en el abordaje psicológico de los enfermos de cáncer. Sin duda uno de los factores que más influye sobre el proceso psicoterapéutico de estos pacientes es la familia, lo que lleva a reflexionar sobre su rol e importancia en el bienestar psicológico no solo en este contexto. La familia es la más importante institución humana, y es donde se enseña a vivir (Yepes, 1998). Sin familia el hombre no es viable, ni siquiera biológicamente: una mujer en cinta, un bebe, un enfermo, un anciano que no se vale por si mismo, etc. necesitan de un hogar, una familia donde poder desarrollarse y ser reconocidos como personas. El ser humano es un ser familiar por que nace y muere indefenso (Yepes, 1998). La familia constituye el eje central en el cual gira el ciclo vital de cualquier persona (Musitu et al., 1988). Para Llano (2001) la familia es una escuela de vida personal y social, en la que el modo de existir en cada edad se va aprendiendo de los modos de existir de las demás edades. El niño aprende de jóvenes y adultos, los jóvenes de niños y viejos y los viejos aprenden de todos. En este espacio se aprenden continuamente cuestiones esenciales del mundo y la sociedad entre ellas la forma de asumir y enfrentar la enfermedad. Musitu, Róman, y Garcia (1988), describen como toda persona vive, a lo largo de su existencia dentro de una red de relaciones y actividades conectadas de una manera u otra con lazos familiares.

La familia representa la unión de un grupo de individuos que comparten un proyecto vital de existencia en común acuerdo, en el que se generan sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen fuertes relaciones de intimidad, reciprocidad e interdependencia (Rodrigo & Palacios, 1998). Para Gough (1971), la familia se desarrolla conjuntamente con el lenguaje, la previsión, la cooperación, el autocontrol, la planificación y el aprendizaje cultural. La

familia es un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autoregulado (Broderick, 1993).

Desde la teoría de sistemas la familia se considera como un conjunto de personas que interactúan de forma regular y repetida a través del tiempo. Esta interacción será la que definirá las futuras relaciones (Navarro, 2002). En realidad entender lo que significa la familia, requiere diferentes niveles de análisis, por ejemplo Goode, (1964) plantea que existen por lo menos tres aproximaciones de lo que se entiende por familia: una que explora la dimensión sociológica, otra la psicológica y una la biológica. Por lo que una definición completa no es posible hasta que no se comprendan del todo la correlación de estos niveles de explicación.

Algunas funciones de la familia

Para Rodrigo y Palacios (1998), algunas de las funciones de la familia son: a) constituir un espacio donde se forjen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de si mismo y que experimentan cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a conflictos y situaciones estresantes; b) Es en la familia donde se propicia un ambiente adecuado de preparación para aprender a afrontar los desafíos y dificultades propias de la vida; c) En el ámbito familiar se aprende a asumir responsabilidades y compromisos que llevan al adulto hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos e integrada en el ámbito social; d) La familia es el lugar donde se encuentra en primera instancia el empuje motivacional para asumir el futuro; e) La familia se constituye como la red social más significativa para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el individuo, como la búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, la enfermedad, la vejez etc.

Otra propuesta sobre las funciones de la familia la realizan Musitu, Berjano, Gracia y Bueno (1993), quienes consideran que el sistema familiar cumple como función primordial permitir la supervivencia de la especie, así como la perpetuación de una cultura y sociedad determinada. Entre las funciones más específicas, sugieren que los miembros del grupo familiar tienden a mantener la integridad de esta como una entidad separada por medio de un soporte socioeconómico, donde brindan a sus miembros constituyentes una seguridad física y un sentimiento de pertenencia. También la familia cumple con la función de propiciar el desarrollo de la personalidad, así como una adecuada adaptación social de sus miembros. La familia igualmente es el escenario ideal donde se aprende la expresión emocional y afectiva. Para Musitu, Berjano, Gracia y Bueno (1993), es finalmente en la familia donde se adquieren los mecanismos que posteriormente permitirán el control de la conducta y la socialización de sus miembros. Asimismo para Navarro (2002), la familia provee la satisfacción a las necesidades más básicas del ser humano, como el alimento, el techo, el afecto y el amor. La familia cumple la función socializante más significativa en el desarrollo del ser humano. Es el principal grupo de relación que marca y determina el proceso de desarrollo del individuo (Navarro, 2002).

¿Cómo afecta la enfermedad neoplásica a la familia?

Las enfermedades ocurren dentro de un sistema familiar y no en un individuo aislado. El impacto del cáncer altera los contextos ecológicos, sociales y culturales del sistema familiar. La identidad social de la familia y del paciente es afectada agudamente por el cáncer tanto en el funcionamiento psicológico, como instrumental y social (Baider, 2003). Un favorable entorno familiar es un aspecto psicosocial que puede influir positivamente en la prevención, tratamiento y evolución del cáncer, ya que brinda muchas posibilidades en los planos: cognitivo, comportamental y emocional del

paciente y de su familia. Por ejemplo en el aspecto cognitivo, puede facilitar el acceso a la información y la percepción de sentimientos de apoyo y control de las situaciones; en el plano afectivo, facilita la expresión de emociones y los afectos saludables; y en el comportamental, ayuda en la promoción de conductas sanas, adherencia a los tratamientos y de conductas de autocuidado (Alarcon, 2006).

El cáncer se ha convertido en una enfermedad crónica que impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar. La naturaleza real de estas demandas varía dependiendo del tipo de diagnóstico, del grado de evolución y del pronóstico de calidad de vida Baider, 2003. Los miembros de la familia cercanos al paciente, son parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada uno de ellos emocionalmente, cognitivamente y en su comportamiento habitual. La enfermedad neoplásica modifica ciertas percepciones de los miembros de la familia como los planes para el futuro, el significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida, situación que incidirá en ellos y en el paciente en el afrontamiento del cáncer. Baider, 2003

La confrontación con la experiencia del cáncer genera al interior de la familia un nuevo sistema de demandas y modificaciones en el comportamiento de cada uno de sus miembros, obligándoles a adquirir nuevas habilidades y capacidades de afrontamiento desconocidas hasta ese momento por el sistema familiar Baider, 2003. Algunas familias que son mas vulnerables a la crisis generada por el cáncer, exhiben una interacción disfuncional y conflictiva entre sus miembros, que los lleva inexorablemente a un sentido de desesperación, ambigüedad y pérdida de control, que a larga tiene un pronostico desalentador en el paciente oncológico (Bloom, Stewart, Johnston, Banks y Fobair, 2001).

El proceso de ajuste familiar frente al cáncer es continuo, multifactorial, y presenta ciclos de cambios inesperados e incontrolados. La enfermedad oncológica puede ser percibida como un potencial de peligro de descomposición familiar o como una oportunidad para el fortalecimiento de los lazos familiares, la recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro familiar (Baider, 1995). La variabilidad en el impacto psicosocial de la enfermedad neoplásica está determinada por las características psicológicas anteriores de cada uno de los individuos que la conforman. Esto inevitablemente hace que el psicoterapeuta tenga en cuenta los rasgos psicológicos de cada miembro y de la familia como gestalt Baider, 2003.

Algunas investigaciones con animales han demostrado la importancia en la evolución del cáncer de algunas variables como el pertenecer a un grupo social significativo, por ejemplo Stefanski y Ben-Eliyahu (1996), encontraron que en ratas inoculadas con células cancerígenas de mama se describía una susceptibilidad mayor a desarrollar metástasis al pulmón, luego de que eran expuestas a situaciones de confrontación social, siendo intrusas en un nuevo hábitat. En otro estudio Henry, Stephens y Watson (1975), describieron una alta incidencia de neoplasias mamarias en una muestra de ratas que había sido expuesta a estresores sociales, como la desintegración forzada de sociedades bien establecidas.

La pareja y el cáncer

Se ha encontrado que en los pacientes adultos, el miembro de la familia que más influye en el tratamiento de la enfermedad oncológica es el cónyuge (Dunkel-Shetter, 1984). La pareja es la proveedora principal del apoyo emocional e instrumental, que se recibe de la familia durante el proceso de la enfermedad neoplásica (Baider, 2003). En una investigación donde se analizó una muestra de 27.779 pacientes que habían sido diagnosticados con cáncer Goodwin, Hunt, Key y Samet (1987), reportan que en

general los enfermos que eran solteros tenían una expectativa de vida menor que los casados. Además el diagnóstico de las personas solteras era realizado habitualmente en una etapa más avanzada de la enfermedad, que en los pacientes casados. Igualmente Samet, Hunt y Goodwin, (1990), encontraron en una muestra de pacientes enfermos de cáncer que hay un mayor índice de detección temprana de esta enfermedad en personas casadas que en las solteras. En otro estudio Sherbourne y Hays (1990), analizaron una muestra de 1817 pacientes con enfermedades crónicas y encontraron que los pacientes de esta muestra que eran casados presentaban mejores indicadores de salud física y mental. Las personas que están casadas, sin importar la edad, ni el género muestran mayor adaptabilidad a la enfermedad crónica y a su vez tienen una calidad de vida más elevada que personas solteras o sin pareja (Reynolds & Kaplan, 1990).

Algunas consideraciones que se deben tener en cuenta en los estudios que identifican a la pareja dentro del sistema familiar como un elemento significativo en el tratamiento del cáncer son: a) el funcionamiento psicológico premórbido de ambos conyugues; b) los roles de cada uno de los miembros de la familia; c) la comunicación y las relaciones en el sistema familiar; d) la estructura y jerarquía familiar; e) la etapa en el ciclo vital de la familia; y f) el género de la pareja, ya que por ejemplo en algunos estudios se ha hallado que el género del paciente y del compañero sano influyen en la forma como las parejas hacen frente y se adaptan a los diversos conflictos que la enfermedad y la salud representan (Matthews, Manor y Power, 1999).

CONCLUSIONES

La conmoción que produce el cáncer sobre el individuo al que se le ha diagnosticado, así como a su familia es abrumadora, puede llegar a generar graves trastornos psicológicos y emocionales que sin un adecuado manejo se pueden convertir en patologías tan importantes como el cáncer mismo e influir en el tratamiento clínico oncológico, el pronóstico de la enfermedad y en la calidad de vida del paciente y su red familiar (Prieto, 2004). Por esta razón la propuesta realizada por el modelo biopsicosocial de la salud de incluir además de las variables biológicas, los factores psicosociales alrededor de la enfermedad es la vía más factible en el abordaje del cáncer. Esta propuesta plantea que el manejo terapéutico del cáncer debe tener un carácter multidisciplinar, dirigido a una intervención integral del paciente y su entorno, donde médico, oncólogo, cirujano, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, terapeuta ocupacional, etc. formen un equipo cuya única prioridad es el bienestar físico, emocional, social y espiritual del paciente y su red social.

Una de las propuestas teóricas al interior de la psicología que más se acerca a los aspectos psicológicos multifactoriales del cáncer, es el modelo propuesto por Bronfenbrenner (1976), quien resalta la importancia del entorno y la interacción de éste con el paciente oncológico. Entre los contextos que identifica Bronfenbrenner (1976), el contexto familiar cobra gran relevancia en el proceso psicoterapéutico del paciente neoplásico, pues generalmente es el ambiente más cercano y que brinda mayor soporte durante la enfermedad ya sea emocional, afectiva o económicamente. También es el contexto donde el paciente interactúa gran parte de su tiempo y donde establece las relaciones interpersonales más significativas. La familia bajo esta óptica interfiere positiva o negativamente en la adaptación, aceptación, percepción, comportamiento y actitudes del paciente oncológico, lo que inevitablemente se traducirá en un mejor o

peor tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Desde este modelo la familia no existe como una unidad aislada o independiente de otras organizaciones de la sociedad, por lo tanto los problemas del paciente y su familia están correlacionados con el contexto social en el que están inmersos (Navarro, 2002).

Otra de las consideraciones relevantes del modelo ecológico para el abordaje psicológico durante el cáncer es la de los flujos de la información entre los diferentes contextos que componen el mesosistema del paciente, y en especial el que se debe establecer entre los profesionales de la salud y la familia, pues es fundamental que desde un principio los familiares del enfermo conozcan el estado físico y psicológico real del paciente, para que se establezca un compromiso efectivo en los procesos terapéuticos que se estén llevando a cabo o que estén por iniciarse (Torrico, et al., 2002). De igual forma, la comunicación en el microsistema del paciente es decisiva para la adaptación y tratamiento del enfermo neoplásico. Un ejemplo de esto se da al interior de la familia ya que cuando no existen los canales adecuados de comunicación se puede llegar a producir un aislamiento muy perjudicial del enfermo, o de algún miembro de la familia. Asimismo la expresión emocional se ve coartada, situación que puede generar una gran frustración tanto del paciente como de alguno de los integrantes de la familia (Mendez, 2005). En los niños enfermos de cáncer es común que los padres no comenten mayor cosa sobre la enfermedad que están viviendo, lo que lleva a los infantes a esconder o disimular lo que ellos han percibido del cáncer, situación que produce un fenómeno conocido como conspiración del silencio, en el cual se limita al niño y no se le permite expresar verbalmente sus miedos y percepciones acerca de la enfermedad. Este escenario conduce a sentimientos de soledad y aislamiento en los menores (Mendez, 2005).

La adaptación psicológica al cáncer por parte del paciente esta altamente correlacionada con la adaptación que hace la familia a la enfermedad. La función psicosocial de la familia en el cáncer va más allá de la connotación como institución social, y se relaciona más con un funcionamiento y estructuración psicológicamente adecuada de la familia. Se ha encontrado por ejemplo que los pacientes que tienen una percepción funcional de su familia presentan menores índices de depresión (Cortés-Funes, Abián & Cortés-Funes, 2003). Cuando la estructura familiar es percibida como funcional por parte del paciente neoplásico, se ha hallado que la familia se involucra mas en el proceso terapéutico del paciente (Cortés-Funes, Abián & Cortés-Funes, 2003). Estos datos sugieren la necesidad de realizar evaluaciones e intervenciones del funcionamiento familiar en el enfermo de cáncer.

Es importante resaltar que las familias no son simplemente un aspecto o variable psicosocial alrededor del paciente neoplásico, sino que son parte vital del proceso médico y psicoterapéutico emprendido con ellos y que al igual que el enfermo han sido afectados psicológicamente en igual proporción o incluso peor Baider, 2003. La familia debe ser reconocida y tratada por el equipo interdisciplinario que esta manejando al enfermo de cáncer, pues es parte activa de los procedimientos terapéuticos de curación o de los cuidados paliativos. Asimismo en el abordaje psicoterapéutico la familia desempeña un rol crucial en las intervenciones encaminadas a la asimilación y adaptación del enfermo, así como a la adherencia al tratamiento clínico oncológico. El profesional de la salud mental en oncología debe integrar a la familia a los procesos de intervención que se estén realizando para que se conviertan en agentes facilitadores y multiplicadores de bienestar psicológico en el enfermo. Sin embargo los miembros de la familia también deben recibir apoyo psicológico dirigido a sus necesidades y en especial cuando los pacientes se encuentran en las fases terminales del cáncer, ya que es habitual

que los estados ansiosos y depresivos sean más complejos en la familia que en el mismo paciente. También el psicólogo es importante para la familia en el proceso de elaboración del duelo cuando el enfermo ha muerto.

Referencias

- Alarcon, A. (2006). El entorno psicosocial en los pacientes con cáncer. En A. Alarcon (Ed.), *Manual de psicooncología* (pp.77 – 88). Bogotá: Javegraf.
- Alford, L. (2007). Findings of interest from immunology and psychoneuroimmunology. *Manual Therapy, 12*, 176–180.
- Alvarado, S. (2004). Psicooncología en México (perspectiva histórica). *Gaceta mexicana de oncología, 3* (3), 44-47.
- Arbizu, J. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 24* (Suppl. 1), 173 - 178.
- Baider, L. (1995). Psychological intervention: Time-limited thematic group dynamic with post- mastectomy couples. *Supportive Care in Cancer, 4*, 239-243.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos, *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3* (1), 505-520.
- Bloom J.R., Stewart, S.L., Johnston, M., Banks, P. y Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine, 53*, 1513-1524.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine, 2* (6), 576–582.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia, 19* (5), 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1977a). Lewinian space and ecological substance. *Journal of Social Issues, 33* (4), 199-212.
- Bronfenbrenner, U. (1977b). Toward an experimental ecology of human development.

- American Psychologist*, 32 (7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. En R.Vasta (Ed.), *Six theories of child development: revised formulations and current issues*. (pp. 187-249). Bristol: Jessica Kingsley Publisher.
- Broderick, C. B. (1993). *Understanding Family process: basics of family systems theory*. Londres: Sage.
- Burgos, V. A., Amador, A., & Ballesteros, B. P. (2007). Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 383-397.
- Casas, F. (1998). *Infancia: perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Cortés-Funes, F., Abián L. & Cortés-Funes H. (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología*, 1, 83-92.
- Chabner, B. & Chabner, E. (2007). Prevención y tratamiento del cáncer. En M. Beers (Ed.), *Nuevo manual Merck de información médica general* (Vol. 2, pp. 1235-1239). Barcelona: Oceano.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients' interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Engel, G. F. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Flórez, J.A. (1999). *Personalidad, estrés y cáncer: una aproximación ética e integral en la asistencia*. Madrid: ZENECA.
- Fors, M., Quesada, M. & Peña, D. (1999). La psiconeuroinmunología, una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana*

- de Investigaciones Biomédicas*, 18 (1), 49-53.
- Frenkel, E. (2007). Generalidades sobre el cáncer. En M. Beers (Ed.), *Nuevo manual Merck de información médica general* (Vol. 2, pp. 1235-1239). Barcelona: Oceano.
- Goode, W. J. (1964). *The family*. Englewood Cliffs, New York: Prentice hall.
- Goodwin, J.S., Hunt, W.C., Key, C.R. y Samet, J.M. (1987). The effects of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients. *JAMA*, 21, 3125-3130.
- Gough, E. K. (1971). The origin of the family. *Journal of marriage and the family*, 33, 760-771.
- Henry, J. P., Stephens, P. M. & Watson, F. M. (1975). Force Breeding, Social Disorder and Mammary Tumor Formation in CBA/USC mouse colonies: A Pilot Study. *Psychosomatic Medicine*, 37, 277-283.
- Herranz, J. y Gavilan, J. (1999). Calidad de vida y cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 50 (4), 276-282.
- Ibáñez Guerra, E. (1990). Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer. En E. Ibáñez (Ed.), *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2004). Recuperado el 21 de Octubre de 2007, de <http://www.incancerologia.gov.co/>
- Kubler-Ross, E. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona: Grijalbo.
- Lutgendorf, S. & Costanzo, E. (2003). Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 225-232.
- Llano, A. (2001). *El diablo es conservador*. España: Eunsa.
- Malca, B. (2005). Psicooncología: Abordaje Emocional en oncología. *Persona & Bioética*, 9 (25), 6 4-6 7.
- Matthews, S., Manor, O. y Power, C. (1999). Social inequalities in health: Are there Gender differences? *Social Science and Medicine*, 48, 49-60.

- Méndez, J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gaceta mexicana de oncología*, 4 (3), 60-64.
- Molina, M. R. & Navarro, M. (2002). Psicooncología. En C. Gomez-Restrepo, G. Hernandez., A.Rojas., H. Santacruz, & Uribe, M. (Eds.), *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, Adolescentes y adultos* (pp. 802-809). Bogotá: CEJA.
- Musitu, G., Berjano, E., Gracia, E. & Bueno, J. R. (1993). *Intervención psicosocial: programas y experiencias*. Madrid: Editorial popular.
- Musitu, G., Róman, J.M. & Garcia, E. (1988). *Familia y educación: prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Labor Universitaria.
- Navarro, M. I. (2002). *La intervención psicosocial con familias multiproblemáticas: la perspectiva ecológica*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Pfister, D. & Aliff, T. (2007). Síntomas y diagnóstico del cáncer. En M. Beers (Ed.), *Nuevo manual Merck de información médica general* (Vol. 2, pp. 1235-1239). Barcelona: Oceano.
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Reynolds, P. y Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County study. *Behavioral Medicine*, 16, 101-110.
- Rincón, H. G. (2006). Psiconeuroinmunomodulación y cáncer. En A. Alarcón (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 63-74). Bogotá: Javegraf.
- Rodrigo, M. & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza editorial.

- Samet, J.M., Hunt, W.C. & Goodwin, J.S. (1990). Determinants of cancer stage: A population-based study of elderly New Mexicans. *Cancer*, 66, 1302-1337.
- Sherbourne, C.D. & Hays, R.D. (1990). Marital status, social support and health Transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 328-343.
- Stefanski, V. & Ben-Eliyahu, S. (1996). Social confrontation and tumor metastasis in rats: defeat and beta-adrenergic mechanisms, *Physiology and Behavior*, 60 (1), 277-282.
- Torrice, E. (1995). *Actitudes ante el cáncer: De lo temido a lo vivido*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Torrice, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18 (1), 45-59.
- Vera-Villarreal, P. E. (2001). Aprendizaje de respuestas inmunológicas; evidencia experimental. *Revista Colombiana de Psicología*, 10, 21-28.
- Yepes, R (1998). *Fundamentos de la antropología*. Pamplona: Eunsa.