

1

INTERVENCION DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE
CON CANCER

ESPERANZA ACUÑA CUELLO
CARMEN ESCORCIA QUINTERO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGENA, 1988

2

Cartagena, 29 de Abril de 1988

Licenciada
DORA PIÑERES DE LA OSSA
Secretaria Académica
Facultad de Trabajo Social
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
E. S. D.

Con la presente me permito informarle, que he asesorado durante todo el proceso el trabajo de grado titulado: "INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE CON CANCER", elaborado por las egresadas Esperanza Acuña Cuello y Carmen Elena Escorcía Quintero.

Considero que el trabajo realizado representa un aporte a la profesión por cuanto propone una forma de intervención del Trabajo Social en familia y por lo tanto amerita un reconocimiento especial.

Cordial saludo,

Carmen de López

CARMEN LUDIAN DE LOPEZ
Asesora

Cartagena, Abril 29 de 1988

Señores
COMITE DE TESIS
FACULTAD DE TRABAJO
Universidad de Cartagena
Ciudad.

Estimados señores:

De la manera más atenta nos dirigimos a Ustedes para hacerles entrega de la Tesis de grado titulada "INTERVENCION DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE CON CANCER", para que se sirvan someterla a su consideración.

Agradeciéndoles la atención que les merezca la presente y esperando una pronta respuesta.

Muy atentamente,

Esperanza Acuña C.
ESPERANZA ACUÑA C.

Carmen Escorcía Q.
CARMEN ESCORCIA Q.

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, Abril de 1988

PRESENTACION

El presente estudio está dirigido a los estudiantes de la salud, a los Trabajadores Sociales, a los Médicos, a los familiares de pacientes con cáncer aquejados de la problemática social producto de esta enfermedad que consultan a la Unidad de Radioterapia del Hospital Universitario de - Cartagena, Universidad de Cartagena y a quien interese.

Recoge la experiencia alcanzada en el período de práctica reglamentarias y durante la investigación.

También se pretende llenar un vacío en lo relacionado con publicaciones sobre el tema intervención de la familia en la recuperación del paciente con cáncer.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A la UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, Facultad de Trabajo Social profesores, por la orientación y formación recibida en el transcurso de su carrera Profesional.

AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA, por la formación recibida durante el proceso de prácticas y su constante colaboración.

A la Licenciada CARMEN LUDYAN, Asesora de esta investigación, por la orientación brindada en el transcurso de ésta.

Agradecen de manera especial la invaluable colaboración y apoyo de la Licenciada Rocío Cabarcas García.

"LA FACULTAD NO SE HACE RESPONSABLE POR LOS CONCEPTOS
EMITIDOS POR LOS ESTUDIANTES EN LA TESIS DE GRADO"

Acuerdo 04 de 1978
Parágrafo Art. 121

INTERVENCION DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE
CON CANCER

RECTOR: LUIS H. ARRAUT ESQUIVEL

DECANO FACULTAD: BEATRIZ BECHARA DE BORGE

SECRETARIA ACADEMICA: DORA PIÑERES DE LA OSSA

DIRECTORA DE TESIS: CARMEN LUDYAN

Universidad de Cartagena
Facultad de Trabajo Social

CORRECCIONES

Las autoras del trabajo de grado titulado "INTERVENCION DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACION DEL PACIENTE CON CANCER" Hicieron las correcciones sugeridas por los docentes evaluadores.

- a. Sobre ortografía
- b. Puntuación y redacción
- c. Los cuadros estadísticos
- d. Conclusión y propuesta de trabajo.

Cartagena, 31 de Agosto de 1988

Señores
COMITE DE TESIS
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Universidad de Cartagena
Ciudad.

Estimados señores:

De la manera más atenta presentamos a ustedes las correcciones sugeridas por los docentes evaluadores de la tesis titulada "INTERVENCION DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACION - DEL PACIENTE CON CANCER".

- 1. Se omitieron los objetivos 4,5,6, por estar implícitos en los tres primeros.
- 2. Se reformuló el objetivo que hace referencia al trabajo interdisciplinario.
- 3. Se corrigió la palabra hostilidad por hospitalidad en la página 36.
- 4. Se corrigió el segundo párrafo de la página 37.

Agradeciendo la atención a la presente, nos suscribimos de ustedes.

Atentamente,

Esperanza Acuna Q.
ESPERANZA ACUNA C.

Carmen Escorcía Q.
CARMEN ESCORCIA Q.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. REVISION DE ESTUDIOS ANTERIORES.....	11
1.3. OBJETIVOS.....	13
1.3.1. Objetivos General.....	13
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
1.4. MARCO TEORICO.....	14
1.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	26
1.6. ESTRUCTURA METODOLOGICA.....	28
2. TIPOLOGIA DEL GRUPO FAMILIAR CUANDO UNO DE SUS INTEGRANTES ES AFECTADO CON CANCER.....	30
2.1. SIGNIFICADO Y FUNCION DE LA FAMILIA COMO SIS- TEMA AL INTERIOR DEL CUAL SE DAN LAS INTERAC- CIONES QUE POSIBILITEN O DESMEJOREN UN PROCESO DE REHABILITACION.....	46
2.2. CLASE DE CONFLICTO QUE SE ORIGINAN EN LA FA- MILIA CUANDO UNO DE SUS MIEMBROS ES AFECTADO CON CANCER.....	54

2.3. DESCRIPCION DE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA
EL PACIENTE, ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO..... 67

3. CONCLUSION..... 77

4. PROPUESTA DE TRABAJO..... 79

4.1. TRATAMIENTO SOCIAL A LA FAMILIA..... 79

BIBLIOGRAFIA..... 94

APENDICE.

LISTA DE TABLA

- TABLA 1. Composición Familiar del paciente afectado con
cáncer.....

- TABLA 2. Concepto social que tiene el Grupo Familiar del
Paciente afectado con cáncer y el significado
de la enfermedad al interior de dichos grupos..

- TABLA 3. Motivo y forma de colaboración de la familia ha-
cia el paciente.....

- TABLA 4. Problemas ocasionados por el cáncer y frecuen-
cia con que se produce.....

- TABLA 5. Relaciones familiares antes del diagnóstico de
la enfermedad.....

- TABLA 6. Relaciones familiares después de diagnosticar la
enfermedad.....

INTRODUCCION

La presente investigación es el resultado de inquietudes surgidas durante el período de prácticas reglamentarias que realizaron las autoras en el Hospital Universitario de Cartagena.

La investigación se realizó en torno a la familia, describiendo la problemática originada por el cáncer, teniendo en cuenta los elementos que fueron necesarios para estudiar el problema y establecer la tipología del grupo familiar en que se desenvuelve el paciente. De acuerdo a ésta (tipología familiar) intervendrá el Trabajador Social en un proceso de reflexión-acción. El proceso se estimula y se trabaja con la familia donde sus integrantes son sujetos de su cambio.

Esta investigación será de gran utilidad para el paciente y su familia como base de conocimiento de los aspectos integradores de sus miembros que los lleve a adquirir un eficaz desarrollo en la forma de relacionarse y comportarse -

entre sí, cuando uno de sus integrantes es afectado con cáncer.

Se propuso la investigación donde se asumiera el significado y función de la familia como sistema en cuyo interior se dan las interacciones que posibiliten o desmejoren un proceso de rehabilitación, grupos susceptibles de ser intervenido por el Trabajador Social.

Las interacciones son el proceso de relación donde se manifiestan las acciones internas (entendidas como las relaciones que se dan dentro del grupo familiar) y externas (cuando interactúan con otro sistema) como núcleo de apoyo entre los miembros del grupo familiar provocando estímulos y respuestas.

La recolección de la información se llevó a cabo con el apoyo bibliográfico que sirvió como marco de referencia y orientación a la investigación. Se realizaron observaciones directas estructuradas y entrevistas a familiares que conviven con el paciente, por ser éstos los que están directamente involucrados en la investigación. Se tuvo en cuenta las observaciones directas realizadas durante el proceso de prácticas en el transcurso de la investigación.

El capítulo II de la exposición presenta la tipología familiar donde existe un miembro afectado con cáncer. El énfasis que en él se hace sobre el problema de la disfuncionalidad y conflictos familiares responde a la importancia que este factor reveló tener en la constitución de sus actuales relaciones al interior de las cuales se pueden - dar las posibilidades de recuperación del paciente canceroso. Se hace referencia además, al grado de incidencia de la familia extensa en la población analizada, y su asociación con la composición cuantitativa y cualitativa del hogar y las determinantes socio-económicas y psicológicas de su supervivencia. Para ello se analizan las funciones específicas que cumple esta forma concreta de institución familiar en esas dimensiones de la vida social.

El estudio concluye finalmente en la propuesta de trabajo. En este contexto se plantean algunas reflexiones sobre las acciones que se pueden implementar para desarrollar los - elementos positivos contenidos en el grupo familiar donde existe un paciente enfermo de cáncer.

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la Unidad de Radioterapia del Hospital Universitario de Cartagena no existe hasta la presente ninguna clase de documento investigativo acerca del cáncer y su tratamiento social. Este es el primer estudio investigativo que se realiza en esta Unidad enfocándolo en la parte social (familia). Aquí se subraya la importancia que ésta tiene en el proceso de recuperación del paciente con cáncer; a la vez se propone un modelo de intervención de Trabajo Social donde se impulse e integre la intervención activa de la familia en los programas preventivos, curativos y educacional para facilitar el tratamiento a seguir y evitar conflictos psicosociales, personales y familiares. La intervención de la familia en el proceso de recuperación del paciente con cáncer estará dada a través de las acciones realizadas por la familia para que sus miembros tengan la posibilidad de tomar decisiones en lo que concierne al problema de salud y ayudarse mutuamente.

Generalmente se observa que las familias de pacientes que padecen enfermedades crónicas y oncológicas necesitan tratamiento a largo plazo. Se presentan secuelas sociales - que afectan la funcionalidad del sistema familiar que se derivan del problema de salud. Esta disfuncionalidad resulta de las inadecuadas relaciones familiares, temor al tratamiento, sentimientos de inferioridad ante los demás.

La problemática social que se deriva del cáncer tiene raíces profundas ya que en ella intervienen factores de diversa índole: concepción de la enfermedad, interpretación - que se ha dado a través del tiempo, la no aceptación de la enfermedad, sobreprotección de la familia hacia el paciente, aislamiento y desvinculación de éste a la vida productiva.

Con respecto a la enfermedad y a la salud, encontramos - igualmente una gran incidencia de los factores socioculturales en la familia. En primer lugar es una Unidad de Salud, por así decir negativa; si uno de sus miembros está enfermo, toda la familia sufre las consecuencias y ve su salud amenazada. Así, hoy en día se ha puesto en evidencia la necesidad de plantear el problema de salud y su - componente negativo el de la enfermedad como aspectos relacionados íntima y directamente con ella. Para tomar un

ejemplo concreto de éste hecho, podemos citar el interesante estudio de Virginia Gutiérrez de Pineda "Causas Culturales de la Enfermedad Infantil", en donde, además de las causas científicas que explican el problema, enfatiza acertadamente en una serie de creencias y prácticas culturales de creencias y mitos.

El estudio de los aspectos familiares es de gran importancia para la intervención del Trabajador Social en problemáticas presentadas a nivel de recuperación social del individuo y su familia. Nada más importante para el desarrollo de una persona que el medio familiar, donde es factible que encuentre el equilibrio necesario para la conservación o recuperación de la salud.

Se ha podido establecer que el cáncer afecta no solamente al individuo en su parte física por lo que representa la enfermedad como tal, sino también a su grupo familiar, donde se originan una series de conflictos como sobreprotección, aislamiento, inadecuadas relaciones afectivas, falta de comunicación entre el paciente y su familia, etc. Es así como el cáncer afecta el individuo y a su familia en la parte social, psicológica, física, económica. Este estudio se centro en la tipología familiar del paciente, en las actitudes y comportamientos que se da del uno con

respecto al otro, clase de conflictos que se originan en la familia como tensión emocional, ansiedad, angustia. Esta tipología fue establecida a través de las relaciones internas que vive el grupo, actitud y comportamiento hacia el paciente, la enfermedad y el tratamiento.

Además, el cáncer ocasiona con frecuencia sentimientos de culpa por no poder cumplir con todas las responsabilidades del hogar. Estos sentimientos son agudizados por los otros miembros que sobreprotegen al enfermo. El cáncer genera una patología social que produce disfuncionalidad en el grupo familiar de acuerdo a las interacciones internas y externas que vive el mismo. La disfuncionalidad estará manifestada a través de los conflictos emocionales afectivos y sociales que repercuten directamente en dichas interacciones. Por tanto, es posible anticipar cambios de actitud y comportamiento en el paciente, en la familia y en la relación de éstos; es así como la familia debe organizarse para evitar conflictos en su interior.

Considerando que el conflicto es disfuncional y desintegrador, toda acción familiar debe estar encaminada a la búsqueda de un sistema de apoyo para lograr su satisfacción y, de ésta forma orientarse a la generación de formas alternativas de respuestas a las demandas de su cam-

bio y desarrollo. Los desajustes emocionales se manifiestan con el temor al tratamiento y la muerte, miedo a la enfermedad, angustia por no saber tratar al paciente, depresión, stress. Si la persona afectada con cáncer es la que sostiene económicamente a la familia y por su enfermedad deja de trabajar es factible que se produzca un desequilibrio económico que repercutirá directamente en todos sus integrantes. Por lo tanto es posible que uno de los miembros del sistema familiar deba asumir una mayor responsabilidad para el sostén económico de la familia y así modifique la naturaleza del subsistema ejecutivo. Este cambio puede obligar a otros cambios al interior de la familia; si ésta responde a la pérdida del trabajo del paciente con rigidez pueden aparecer, entonces, pautas transaccionales disfuncionales.

En la tesis titulada "Las Relaciones Interpersonales Inadecuadas en las Familias y su Influencia en las Alteraciones del Comportamiento del Niño" de las autoras Coneo Melendez, Giomar; Cueto Hernández, Magola; Laufarie Peña, Rosa; consideran que así como una familia afectuosa estimula un ajuste positivo, una familia con relaciones conflictivas pueden llevar al paciente a una inadaptación. En nuestro caso particular, el tipo de relación que se establece entre los miembros del grupo familiar y el pa-

ciente gira alrededor de la enfermedad tornándose en unas relaciones conflictivas.

Generalmente la familia concibe el cáncer como algo que perturba las relaciones familiares donde se deben dar modificaciones en el comportamiento de los miembros del hogar. En el individuo pueden darse limitaciones en sus capacidades como ser humano para desenvolverse en su medio. Por lo general en el grupo familiar existe una estructura implícita de las relaciones sociales; entonces se pregunta: Qué tipo de interacción se da al interior del grupo familiar de un paciente con cáncer?. Entendiendo por interacción la comunicación constante entre los miembros de la familia. La persona en cada una de sus interacciones solo manifiestan parte de sus posibilidades las cuales son múltiples pero solo algunas son traídas a la luz o canalizadas por la estructura del contexto familiar. A medida que los miembros de la familia interactuen surgirán alternativas viables para la solución del problema.

Minuchin considera "que las interacciones familiares dentro de un sistema tienden a organizar los hechos de la vida compartida de manera de mantener incólume el mayor tiempo posible la índole de la relación" (1).

1. MINUCHIN, Salvador. "Técnicas de terapias Familiares". Barcelona Buenos Aires. Paidas, 1984 Pág. 151.

Desde esta perspectiva, se planteó una investigación para establecer en primera instancia una tipología de la familia de pacientes enfermos con cáncer a fin de partir de un diagnóstico concreto que posibilitara plantear una forma de intervención de Trabajo Social. Apartir de ésta problemática se plantearon los interrogantes que guiaron la investigación.

Qué tipología familiar presenta el grupo de un paciente afectado con cáncer?.

De qué forma puede intervenir Trabajador Social en un grupo familiar que presenta disfuncionalidad por tener un miembro afectado con cáncer?.

El proceso de intervención va paralelo a la teoría a fin de facilitar la información de los elementos teóricos en la realidad específica. El Trabajador Social hospitalario tiene que trabajar continua y consistentemente en el mismo medio del cuidado médico de las personas. Actúa en una relación compuesta por dos principios: persona-situación. Investiga para identificar el objeto y aplica una metodología para intervenirla adecuadamente en la realidad.

La forma de identificar al grupo familiar es a través de la información de las relaciones familiares y del medio ambiente, se realiza un diagnóstico de la familia y con base a esta información se realizó un plan de tratamiento.

Las relaciones humanas, sea en lo familiar como en lo colectivo, pueden ser causa o condicionador conflictivos. El hombre vive en sociedad por necesidad, en agrupación natural, para beneficiarse de la mutua cooperación para satisfacer sus necesidades. Si las relaciones humanas no son adecuadas, no puede haber armonía en los grupos humanos. Cada persona, según la posición que ocupa en su grupo familiar, es influenciada por los factores sociales que influencia a ese grupo y que en cierta forma condiciona la salud o la enfermedad. La salud o enfermedad del individuo, por su parte, condicionan su situación en ese grupo familiar.

1.2. REVISION DE ESTUDIOS ANTERIORES.

En los últimos años el cáncer se ha convertido en un tema de actualidad donde se señalan los adelantos científicos para su diagnóstico, tratamiento y prevención, dejando de lado la parte social, siendo que en la salud general del individuo también intervienen el medio social en que se

sesenvuelve como lo es la familia.

En la bibliografía revisada se encuentra una información amplia del cáncer su tratamiento médico y no sobre la parte social. El texto de "Citología Vaginal en mujeres de 25 años" de Hernando Navarro, aborda el tema en la ciudad de Cali. Así mismo el texto Guía Médica y de Primeros Auxilios del R. Bevan, Janes trata sobre la sintomatología del cáncer, su diagnóstico y tratamiento. Más no así en la repercusión que tiene la enfermedad en el sistema familiar.

En términos periodísticos encontramos informes escuetos como: "El cáncer qué es y cuáles son sus causas", del diario El Campesino de Septiembre 30 de 1979; editado por la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Bogotá, aborda una información amplia acerca del cáncer y de la forma más adecuada para evitarlo o lograr su curación mediante tratamiento médico. En el artículo "Estamos ganando la guerra contra el cáncer" de la Revista del Jueves de Junio 1 de 1986 de la sección de medicina, trata sobre la inmunoterapia, cómo se desarrolla el cáncer y la investigación con los compuestos retinoides, tipos de cáncer hereditario. De la misma forma como se investiga la parte científica del cáncer, se debe inves -

tigar las consecuencias sociales que tiene para la sociedad, más específicamente la familia.

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General:

Caracterizar al grupo familiar disfuncional de pacientes afectados con cáncer atendido en la Unidad de Radioterapia del Hospital Universitario de Cartagena, a fin de establecer una tipología específica que permita proponer un modelo de intervención de Trabajo Social en esta área.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Establecer un perfil psicosocial del grupo familiar de un paciente afectado con cáncer.
- Presentar una propuesta de intervención de Trabajo Social con los grupos familiares disfuncionales de pacientes afectados con cáncer.
- Establecer la intervención de la familia en el proceso de recuperación del paciente con cáncer de acuerdo a las interacciones que se dan al interior del grupo familiar.

- Resaltar la importancia que tiene el equipo interdisciplinario en el tratamiento del grupo familiar de un paciente afectado con cáncer.

1.4. MARCO TEORICO.

De acuerdo al enfoque de Terapia Familiar Sistémica, una familia es funcional cuando utiliza todos los recursos de que dispone para luchar contra los factores que le crean conflictos de tal manera que salga de las dificultades sintiéndose fortalecida y más unida, en otras palabras, sus estructuras están basadas en el compartir cotidiano; cuando es todo lo contrario, estamos frente a una familia disfuncional, es decir, que la disfuncionalidad será la consecuencia observada que tiende a disminuir o a minorar la adaptación o ajuste al sistema. Tenemos entonces que la disfuncionalidad es la que disminuye la integración y la estabilidad de la familia o de cualquiera de sus partes y que disminuye las posibilidades de superexistencia.

Los sectores disfuncionales en la familia a menudo obedecen a una alianza obsesiva o escasa. El cáncer se concibe como una enfermedad que produce una disfunción en la

familia. Esta disfuncionalidad impide la satisfacción de algunas de las necesidades del sistema en que se produce, tiene por tanto un carácter negativo desde el punto de vista del buen funcionamiento del sistema familiar. El término disfunción se usa para designar al individuo y su familia que se centran en el problema, es decir, que sus vidas giran alrededor de la enfermedad en este caso el cáncer.

Para Minuchin "las familias son sistemas complejos constituidos por un gran número de partes que interactúan de manera complicada. Estas partes u holones familiares, están interrelacionadas en un orden jerárquico. También dice que el crecimiento en una familia funcional es un proceso flexible cuyo resultado es un individuo de múltiples facetas capaz de adaptarse a contextos cambiantes". (2).

De acuerdo a la práctica consideramos que la familia es-

2. MINUCHIN, Salvador. OP. Cit. Pág. 148-273

un grupo pequeño formado por un determinado número de miembros por lo general de cuatro a catorce personas; una parte de estos miembros pertenecen a la familia por motivos biológicos y otros por parentesco político. Casi siempre la relación que se establece entre ellos es de dependencia económica donde la mayoría de las veces es uno solo quien sostiene económicamente el hogar.

En algunas ocasiones las relaciones se establecen a un nivel de protección y a veces de aislamiento. Cuando se protege o se aísla al paciente es factible que la familia consciente o inconscientemente se ha apersonado de la naturaleza del desajuste; cuando ve al paciente le da cierto temor al hablar con él y que de alguna forma perciban la preocupación de los demás. Otro temor que manifiestan los familiares es que el paciente muera de un momento a otro y muchas veces esta valoración hace que los familiares se desanimen y no contribuyan de manera positiva a el tratamiento.

"El paciente que acude a tratamiento acompañado de un familiar ha desarrollado pautas transaccionales disfuncionales para enfrentar los conflictos familiares. A menudo

la familia es poco flexible, incapaz de recurrir a formas de relación diferente que no sea la enfermedad." (3).

Cuando una familia demanda tratamiento sus problemas se deben a que se ha atascado en la fase homeostática. La exigencia de mantener el estado de cosas limitan la actitud de los miembros de la familia para enfrentar de manera creadora circunstancias modificables. Se elige el término homeóstasis de la familia tomándolo de los conceptos de Bernal y Cannon porque implica la constancia relativa del medio interno, sin embargo, es mantenida con un continuo fuego recíproco de fuerzas dinámicas. Otra forma de considerar la homeóstasis de la familia sería la de la interacción de ella como sistema de información cerrada en que las variaciones de salida o conducta son realimentadas a fin de corregir la respuesta del sistema.

3.

ANDOLFI, Mauricio. "Terapia para la Resolución de Problemas". Barcelona - Buenos Aires. Paidós, 1984, Págs. 216-217.

Según esto la homeóstasis es un mecanismo dentro de la teoría de sistemas que consiste en buscar el equilibrio entre un subsistema. La homeóstasis puede ser positiva o negativa.

Jackson fue uno de los primeros en postular que los comportamientos como depresión, perturbaciones psicosomáticas, etc, y quizás ante la enfermedad del paciente eran mecanismos de tipo homeostático destinados a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbado.

La verificación de la importancia de los mecanismos de retroalimentación negativa destinados a proteger la homeóstasis del sistema en el ámbito de las familias con problemas psiquiátricos ha representado uno de los giros decisivos en el campo de la terapia.

La familia incide directamente en el tratamiento y recuperación del paciente con cáncer de acuerdo a las interacciones que se dan al interior de ella. Las familias donde existe un paciente afectado con cáncer puede adaptarse al problema mientras desconocen la enfermedad; al conocer dicha enfermedad surge una disparidad entre el paciente y su grupo familiar.

Minuchin dice que las familias trabadas por conflictos irresueltos tienden a estereotipar las interacciones interpersonales en errores repetitivos con la consecuencia de que sus miembros reducen la visión que tiene de otros y enfocan las deficiencias. (4)

A medida que se dan las interacciones en la familia se forma un diagnóstico vivencial de su funcionamiento, de tal modo que aparece la posición recíproca de sus miembros. Es así como se manifiestan las coaliciones, las alianzas, los conflictos explícitos e implícitos, y la forma en que sus miembros se agrupan en la solución de sus conflictos; los identifica operando como desviadores de conflictos y a los que actúan como central de operaciones; también a los que prodigan cuidados y los que auxilian.

La connotación que se le da al término interacción es la relación que se establece entre los miembros de la familia en que la acción de un miembro sirve de respuesta a la de otro. Por lo mismo cuando uno de sus miembros es afectado por cáncer las relaciones giran y se hacen manifiesta alrededor de la enfermedad.

4.

MINUCHIN, Salvador. Op. Cit. Pág. 273.

Si las relaciones familiares no son adecuadas es factible que paciente y familia no contribuyan al tratamiento médico-social. Lo social va encaminado al cambio de actitudes y situaciones así mismo como al uso de recursos que posea para el mejoramiento de la vida. La ausencia de tratamiento en los aspectos sociales de la enfermedad puede significar baja o incompleta recuperación.

Minuchin manifiesta "las familias en el transcurso del tiempo han elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia". (5)

La estructuración de la familia, su importancia en la sociedad y su influencia sobre cada miembro en particular han variado mucho a través de la historia ya que cada vez depende más de los tiempos en que vive. Se observa que en las familias siempre se dan cambios que van paralelos a los de la sociedad.

5.

MINUCHIN, Salvador. Op. Cit. Pág. 25

Para David E. Soblo el hombre es un ser biopsicosocial, es decir, que en él intervienen factores tanto biológicos como psicológicos y sociales. De acuerdo a éste concepto el individuo se encuentra afectado en estos tres estadios. El cáncer presenta en las personas que lo padecen trastornos severos de carácter físico, psicológico y social (familia) ya que la enfermedad representa un suceso dramático en la vida de estas personas y de sus familiares; físicamente el cáncer invade las células normales convirtiéndolas en tumores malignos, en lo psicológico presenta la angustia, depresión, stress; en lo familiar las relaciones comienzan a girar en torno a la enfermedad, es decir, cuando el cáncer se convierte en el foco principal de la vida familiar y la integración de sus miembros sufre cambios en el comportamiento de los mismos. En la vida del paciente y su familia la enfermedad penetra de pronto como un torbellino de angustia, miedo y desesperación ya que cáncer y muerte son dos palabras que para ellos van íntimamente relacionadas.

Además, la familia sitúa su radio de acción a partir de la tradición y la autoridad del cabeza de familia y dentro de este marco se mueven todos sus miembros. Esto procura posibilidades de desarrollo de sus integrantes en particular pero al mismo tiempo crea también unos límites. Cuando un

miembro de la familia crece, el círculo deja de poseer las características de colectivo particular que antes poseía. Es posible que con el desarrollo de los hijos disminuyan los lazos familiares, las relaciones se relajen y se debilitan los afectos de la comunicación sobre cada uno de los miembros.

Otros de los factores que inciden en la tipología familiar es la responsabilidad económica, o tal como se pronuncia Andolfi cuando dice que "Un sistema familiar puede verse sobrecargado por los efectos de una depresión económica. Los recursos de la familia para hacer frente a esta situación se encuentran amenazados en forma particular por la discriminación y la pobreza". (6)

Observamos que una de las actitudes frecuentes en la familia es la de centrar su atención en el aspecto económico. El tratamiento es costoso y no hay dinero para pagar; sus condiciones económicas, sus posibilidades de tener trabajo adecuado a su estado biológico o preferencia psicológica o verse obligado a desempeñar un trabajo insalubre, vivir bien o vivir mal según se puede, de

6. ANDOLFI, Mauricio. Op. Cit. Pág. 102

acuerdo a los bienes o dineros de que disponga, hace que el factor económico condicione diferentes situaciones familiares.

Mientras que en la tesis titulada "El Paciente Tuberculoso, la familia y su Medio Ambiente" caracterizan la composición familiar del paciente tuberculoso como familias extensas y desintegradas que pertenecen a la clase baja y que no poseen una educación y un nivel de ingreso para satisfacer necesidades básicas, asumen actitudes enmarcadas dentro del modelo popular, el cual muestra su contexto socio-cultural. (7)

Nosotras caracterizamos la familia del paciente canceroso como un grupo familiar numeroso donde trabaja un solo miembro de la familia ocasionando una situación socio-económica crítica. La mayoría de las veces este grupo es incompleto en cuanto falta uno de los cónyuges no por fallecimiento sino por abandono del hogar; también se presenta más que todo en las inadecuadas relaciones familiares. Un factor que incide muchas veces en estas familias para afrontar su problema es el nivel educativo.

7.

TESIS: "El Paciente Tuberculoso, La Familia y su Medio Ambiente" del año 1984. Cabarcas W, Margarita; - López Montalvo Fátima; Mercado Babilonia, Gladys. Pág. 47.

Si es alto, es factible que permita tener más conocimientos de las manifestaciones e implicaciones de la enfermedad. La actitud que toma la familia con relación al tratamiento es diferente a la del grupo familiar con educación baja, por lo general, el paciente que acude a Radioterapia tiene un grado de educación bajo y a veces nulo. Estas personas tienen poco conocimiento en lo que concierne a la problemática pues albergan muchos mitos o creencias erróneas que no les permite saber qué es la enfermedad, cuáles son sus manifestaciones, tipo de tratamiento y forma de tratar a estas personas.

Todo este engranaje fue utilizado para establecer la tipología familiar entendida como el conjunto de comportamiento del grupo familiar definidos cada uno, por una serie de rasgos característicos que son comunes; y por comportamiento entenderemos que son las acciones observables de los miembros del grupo familiar. Este lo definimos como aquel que esta conformado por un determinado número de miembros, el padre, la madre, los hijos, algunas veces incluyendo abuelos, tíos, primos, y al interior del cual se establece una serie de relaciones o vínculos. Las relaciones familiares se refieren a la conexión o vínculo entre padres e hijos y otros familiares que surgen a través de la interacción que produce entre ellos y que provocan estímulos y

relaciones mutuas que se manifiestan tangiblemente en las acciones externas.

Con esto significamos que el Trabajador Social debe ahondar en la comprensión o entendimiento de la unidad corporalmente, en el contexto de las relaciones familiares o grupales de los individuos. El Trabajador Social en el campo hospitalario debe comprender el significado de los síntomas, entender los procesos de una enfermedad dentro de la personalidad del paciente y su grupo familiar, los efectos que la incapacidad tiene en el funcionamiento social y las expresiones típicas de ansiedad y de dependencia cuando se presenta la enfermedad del cáncer. Una resultante natural de considerar a la familia como unidad de salud y enfermedad es la de entenderla como unidad de tratamiento.

El sector salud es un área compleja que necesita estudio en término de los problemas que los pacientes y/o sus familiares manifiestan constantemente en su entrevista con el Trabajador Social. Si un miembro de una familia enferma seriamente, algunas de sus funciones y su poder deben ser asumidos por otros miembros. Esta redistribución requiere una adaptación de la familia, al contrario cuando el miembro enfermo se recupera se requiere de una readaptación para incluirlo en su antigua posición o para ayudar-

lo a asumir una nueva posición en el sistema.

1.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

1.5.1. Tipología Familiar: (Comportamiento en Relación Paciente y su Familia).

1.5.1.1. Miembros pasivos: - actitud positiva.

1.5.1.2. La responsabilidad recae sobre una sola persona.

1.5.1.3. Son evitadores de conflictos.

1.5.1.4. La relación se establece a un nivel de protección y a veces de aislamiento.

1.5.1.5. Centran la atención en el aspecto económico.

1.5.1.6. Desánimo y no contribución al tratamiento por temor de que el paciente muera de un momento a otro.

1.5.1.7. Sobreprotección: - cuidan al paciente permanentemente.

- Consideran al paciente como alguien débil que necesita ayuda.

1.5.1.7.1. Aislamiento: El paciente es marginado de las actividades del hogar.

- No acompañan al paciente a las citas médico-social.

- No existen manifestaciones de afecto.

- No muestran consideración para con los sentimientos.

- Hacen sentir al paciente como una carga.
- Sienten vergüenza del paciente cuando le sobrevienen los malestares en público.
- 1.5.1.7.2. Relaciones afectivas conflictivas.
- 1.5.1.7.3. Falta de comunicación entre la familia y el paciente. No hay diálogo.
- 1.5.1.7.4. Negación del diagnóstico médico.
- 1.5.1.8. Relaciones internas (solo relación del grupo familiar).
- 1.5.1.8.1. Relación entre los cónyuges.
- 1.5.1.8.2. Relación padre e hijo.
- 1.5.1.8.3. Relación entre los hermanos.
- 1.5.1.9. Relaciones Exteriores (relación parientes, amigos).
- 1.5.1.9.1. Escuela.
- 1.5.1.9.2. Trabajo.
- 1.5.1.9.3. Vecindad.
- 1.5.1.9.4. Perfil psicosocial.
- 1.5.1.10. Características Sociales.
 - Números de miembros.
 - Composición Social.
 - Status socio-económico
- 1.5.1.10.1. Características Psicológicas.
 - Temor al tratamiento y a la muerte.
 - Miedo a la enfermedad.

- Angustia por no saber tratar al paciente.
- Depresión.

1.5.1.11. Disfuncionalidad.

1.5.1.11.1. Tipos de Conflictos.

- No superan angustia, depresión.
- No comunican sus problemas y sentimientos.
- No comparten con los demás.

1.6. ESTRUCTURA METODOLOGICA.

POBLACION ESTUDIADA. Familias de pacientes con cáncer que fueron atendidos en la Unidad de Radioterapia del Hospital Universitario de Cartagena, ubicado en el Sector de Zaragocilla de la ciudad de Cartagena.

NIVEL DE ESTUDIO. El estudio que nos propusimos realizar es de carácter exploratorio-descriptivo donde se identificaron los elementos de la problemática originada por el cáncer en el grupo familiar y establecer en éste la tipología en que se desenvuelve el paciente.

TECNICAS E INSTRUMENTOS. Las técnicas utilizadas fueron: La observación: Permitted ver el fenómeno durante el proceso de investigación; la entrevista permitió recoger la información de datos pertinentes a los aspectos del gru-

42

po familiar del paciente afectado por cáncer, además, establecer un contacto directo con la familia; y, el diario de campo instrumento utilizado para anotar las observaciones.

MUESTRA: Durante los meses de Julio de 1985 a Abril de 1986 se atendió un total de 128 pacientes.

$$P: 128 \text{ pacientes } N = \frac{p \cdot q \cdot N}{E(N-1) + p \cdot q} = \frac{2 \cdot 50 \cdot 50 \cdot 128}{5(128-1) + 50 \cdot 50}$$

p: 50%

$$q: 100-p \quad 100-50=50 \quad N = \frac{1280000}{25(127)+10.000} = \frac{1280000}{3175 + 10.000}$$

$$:2 \quad N = \frac{1280000}{13175} = 97 \text{ ptes.}$$

E: 5

$$128 \frac{\quad}{\quad} 100\% \quad X = \frac{97 \cdot 100}{128} = \frac{9700}{128} = 76\%$$

$$97 \frac{\quad}{\quad} X$$

La muestra que analizamos para nuestra investigación estuvo conformada por 97 pacientes que representaron el 76% del universo.

2. TIPOLOGIA DEL GRUPO FAMILIAR CUANDO UNO DE SUS INTEGRANTES ES AFECTADO CON CANCER

La tipología familiar permite comprender las múltiples diferencias que se observan entre los grupos familiares, pues supone que una familia presenta un conjunto de comportamientos definidos cada uno por una serie de rasgos característicos que son comunes.

Una familia se distingue de otra por:

1. Las características individuales de sus miembros.
2. Relaciones mutuas que conforman un estilo característico de la familia en conjunto.
3. Tiene en común valores cercanos a una determinada media.
4. Se distinguen significativamente por esa media.
5. El influjo del grupo familiar sobre la personalidad de sus miembros desde el punto de vista de la semejanza familiar.
6. Los miembros de una misma familia tienen en común

un tema inconsciente, es decir, tiene una cierta medida de intensidad afectiva global, distintiva de la misma.

7. Las familias participan en un conjunto de un cierto sistema de valores implícitos que se ha puesto de manifiesto a propósito de los respectivos roles masculinos y femeninos.

La familia en cierto modo es el núcleo y la génesis de todo orden social y de las demás instituciones sociales. Su diferencia depende de su idiosincrasia, se relaciona con su propia composición, etapa de desarrollo y subcultura, así mismo tenemos que para la reestructuración de los subsistemas existen muchas estrategias posibles que dependen de la composición, cultura, y estilo de la familia.

En el proceso de análisis del problema que afecta al grupo familiar de un paciente con cáncer, encontramos la siguiente composición familiar.

De acuerdo a este cuadro las características sociales del grupo familiar que tiene un miembro afectado con cáncer - son:

1. Distribución de los hogares según el número de personas que lo conforman (7 a 9 personas y de 10 o más).
2. Familias éxtensas, mixtas e incompletas.
3. Familias donde predominan las uniones libres.
4. Educación primaria completa.
5. Familias de baja productividad económica sin seguridad social, vinculadas al sector informal de la economía (trabajo esporádico: lavar, planchar, vendedores ambulantes).

Lo dicho anteriormente hace parte del perfil psicosocial de las familias estudiadas las que se ubican dentro de - unas características que se dan a través de las interacciones de los procesos sociales (entendiéndose como las relaciones internas y externas que establece el grupo), entre las personas que conforman estos grupos.

Los resultados cualitativos obtenidos se perfilan de la siguiente manera: características psicológicas: stress, temor al tratamiento y a la muerte, depresión, angustia por no saber tratar al enfermo.

En este trabajo pasamos a definir la tipología de las familias en estudio. Observamos que en la sociedad contemporánea estamos acostumbrados a considerarla de acuerdo con un esquema generalizado: un grupo formado por una pareja y sus hijos y en ocasiones como es el caso de nuestra cultura con la inclusión de ciertos parientes con cierto grado de consanguinidad (tíos, abuelos, etc.).

Este trabajo pretende, por consiguiente, sentar las bases de los principales tipos de familias y sus relaciones al interior del grupo cuando se produce una enfermedad oncológica. Sin perder de vista que la familia tal como se ha conocido a través de los tiempos incluye grupos sociales notablemente diferentes entre sí, en nuestro estudio encontramos los siguientes: nuclear, mixto, extenso e incompleto (observese cuadro No.1).

Las características básicas del tipo de familias nuclear son las relaciones establecidas entre sus miembros en forma mutua. Encontramos que en su esencia está constituida por un matrimonio y sus hijos los cuales viven bajo el mismo techo, podemos afirmar que es en sí una organización social universal presente en la mayoría de las culturas y es a la vez la base de toda institución familiar.

En el tipo de familia nuclear, no es necesario que sus miembros vivan dentro de la misma casa con tal que las relaciones sean frecuentes e íntimas. Al respecto podría establecerse la distinción entre la familia nuclear como grupo y como complejo de relaciones. Si se acepta como básico este último concepto y se le considera básicamente un grupo de relaciones, habría que tener en cuenta los roles cumplidos de acuerdo con las exigencias culturales de la sociedad en la cual se inserta.

Otro tipo de familia identificado en el estudio es el de la familia extensa, la cual implica además de los miembros que componen el grupo nuclear (padres e hijos) a otros miembros con lazos de parentesco que conviven con ellos. La convivencia en una unidad residencial común no parece, sin embargo, ser siempre necesaria. También puede describirse este tipo de familia así: es aquella que está conformada por la familia nuclear y otros parientes.

Encontramos la familia extensa en que sus miembros aunque viviendo separados, ubican su residencia en cercanías y realizan actividades comunes; en todo caso existe una fuerte solidaridad entre sus miembros. Podemos afirmar que existe en ella otra característica muy des-

tacada: la hospitalidad. Es frecuente que se sienta obligada a recibir y alojar a los parientes que, temporalmente, se hallan presente. Tenemos hechos que relacionados con el ciclo vital (matrimonios, muertos,) congregan a la familia extensa y unen aún más sus lazos, citamos por ejemplo: la enfermedad, las crisis económicas, problemas jurídicos, etc.

De acuerdo al cuadro No.1 la familia extensa está conformada por un número de 10 o más personas, donde trabaja un solo miembro de la familia ocasionando una situación socio-económica crítica. La situación de la pobreza en que viven la mayoría de estas familias se manifiesta en la falta de vivienda adecuada, el problema de salud, el desempleo, el subempleo.

Una de las formas de explicar la subsistencia de la familia extensa es la necesidad de enfrentar las difíciles condiciones materiales de vida de las formas de vinculación ocupacional. En estas familias el status y poder máximo residen en los abuelos, luego vienen los padres y por último los niños.

También encontramos el tipo de familia mixta la cual esta formada por dos o más familias nucleares con uno de -

los padres en común, en ellas hay las funciones de colaboración económica, vivienda común. Y por último, la familia incompleta que esta constituida por madres e hijos y en pocos casos por padres e hijos o abuelos y nietos.

Es posible que aspectos tales como la carencia de una vivienda propia y la realización de trabajos informales se relacione con una variable como la desorganización que se observe al interior de las familias estudiadas. Estas familias no cuentan con ninguna afiliación ni préstamos y entre sus miembros no existe una buena comunicación que en un momento determinado facilite las relaciones adecuadas y amistosas que permitan afrontar de manera positiva el problema de salud.

Estos tipos de familia tienen en común la función de satisfacer necesidades tales como: vivienda, salud y economía; acentuándose en un alto grado la dependencia económica de uno de sus miembros; también se pueden satisfacer muchas de las necesidades humanas como la afectiva. Unas relaciones afectuosas pueden producir un ambiente de confianza y comprensión sin pecar en la sobreprotección, es decir, que la relación que se establece en las familias extensas está fundamentada más que todo en el afecto, el apoyo sentimental y un cierto grado de dependencia entre sus miembros.

El cuadro No.1 muestra que el 20,61% de las familias en estudio son familias extensas seguidas de la mixta que representa el 15,46%. El hecho de que buena parte de las familias en estudio pertenezcan a grandes grupos familiares permite afirmar que existiría una mayor posibilidad de un tratamiento de éxito en el mismo por cuanto la familia extensa supone unos vínculos de solidaridad material y afectiva mucho mayores que cualquier otro grupo.

En nuestro estudio encontramos que sin lugar a dudas, la familia extensa mantiene unos vínculos afectivos y económicos, aun cuando sus integrantes se encuentren viviendo en otro lugar. Estas familias brindan a sus componentes un apoyo tal que les permiten estar unidos a pesar de la distancia. Así mismo observamos en estas familias que estimulan sus relaciones creando entre sus miembros una dependencia afectiva y económica que en un momento dado les permite ser solidarios en la enfermedad de unos de sus integrantes.

La enfermedad, el accidente, la miseria y la ignorancia de cualquiera de los miembros de una familia repercute directa o indirectamente en los demás. El curso de la vida marca las pautas a sus integrantes y muestra la forma de comportarse, estar alerta a los cambios que ocurran

en la rutina diaria y destinarlos a experimentar algunas desilusión. En gran parte del tiempo las relaciones del paciente se establecen en el grupo familiar del cual él forma parte.

La configuración de la familia determina las normas de conducta que se requieren para lograr los roles de sus integrantes. Los lazos de afectividad, comunicación, relaciones y organización al interior del mismo deben estar estructuradas sobre funciones, derechos y obligaciones nivelados entre sus miembros. El grupo familiar y sus conflictos, tanto económicos como afectivos, se desarrolla en el seno de las relaciones con el grupo. La resolución de sus conflictos depende de cómo el grupo al cual pertenece el individuo los articule a su propia dinámica. En síntesis, la conformación de un grupo familiar es fundamentalmente una forma de articulación a una red de relaciones familiares que hacen menos azarosas las condiciones de vida.

Las dificultades económicas son frecuentemente un obstáculo doloroso para muchas familias que viven angustiadas por la escasez de bienes temporales y a veces no cuentan con lo indispensable para subsistir. La cuestión del dinero en la familia es asunto difícil porque hay que conju-

gar diversos factores que inciden en la economía hogareña: ingresos, gastos, etc.

La pobreza es consecuencia de la falta de dinero por no saber o no poder ganarlo. La enfermedad (cáncer) origina desequilibrio en el presupuesto familiar que resiste la situación social, el bienestar y la educación por el alto costo del tratamiento. El costo de éste son riesgos económicos de la enfermedad que no pueden correrlos los que están en equilibrio inestable desde el punto de vista del presupuesto familiar. La pobreza impide tener el dinero necesario para pagar los gastos médicos, hospitalarios, de laboratorio y de tratamiento adecuado y ello crea angustia, incertidumbre, pesimismo, ira, frustración. Muchas de estas familias no tienen con que pagar el tratamiento médico.

El nivel económico juega un papel importante en la estabilidad familiar. Deberá saberse con que dinero se cuenta y la forma como se reparte el mismo, evitando así los enfrentamientos entre los diferentes miembros del grupo familiar. No se pensará en el bienestar individual sino en el colectivo para que haya una mejor unión familiar.

La experiencia nos indica que en las familias existen -

creencias con respecto al cáncer y al tratamiento entre otras tenemos:

1. Consideran el cáncer como una enfermedad que es sinónimo de muerte.
2. El cáncer es incurable prefieren no saber su diagnóstico.
3. Tienen la creencia de que los tratamientos de radioterapia y quimioterapia son terrible por los efectos secundarios de éste en el paciente.
4. El temor de que pueda ser una enfermedad contagiosa genera un miedo el cual se trasluce en un rechazo social y afectivo hacia quien lo padece.
5. La concepción de la religión lleva al paciente y/o familia a mirar la enfermedad como una forma de castigo o de purgatorio en la tierra para expiar las faltas cometidas, lo cual hace que se acepte la enfermedad y el tratamiento con resignación.

Uno de los aspectos importantes observados en las familias objeto de estudio fue el religioso, entre otras co-

sas porque siempre conservan la esperanza de que Dios se acuerde de ellos ya sea con promesas, oraciones, peticiones, misas interviniendo no sólo el paciente sino sus familiares. Esto nos lleva a mencionar que por lo menos en nuestro medio la religión juega un papel importante, lo que más suelen desear los familiares es una prolongación de la vida. Al mismo tiempo la enfermedad (cáncer), es vista como castigo, puede ser el camino señalado para alcanzar la gloria eterna o puede ser obra de los malos espíritus, del demonio; esta ambivalencia es motivo de más inquietudes y desosiegos en la familia. Las necesidades espirituales y religiosas nunca deben ser olvidadas, la enfermedad y sobre todo la muerte cercana traen a colación los aspectos religiosos sobre todo en comunidades tradicionalmente religiosas como la nuestra. Familia y religión íntimamente unidas establecen una serie de relaciones en mutua influencia. El tema en si, corresponde en general al estudio del fenómeno religioso y sus relaciones con la familia objeto de nuestro análisis.

Uno de los factores que se debe evitar en la familia del paciente canceroso es la llamada muerte social del enfermo, la cual consiste en considerar al enfermo como si fuera un menor de edad, como si no tuviera la suficiente capacidad mental para tomar decisiones; la muerte social da

lugar al aislamiento, el enfermo siente que lo están engañando, siente que ya no es importante, crece entonces la incertidumbre, la depresión, la tristeza y el sufrimiento.

En el análisis general efectuado a las familias que tienen un enfermo de cáncer encontramos que el 40% ignoran totalmente que el paciente está sufriendo una enfermedad mortal, mientras que el 60% está representado por familias que por su nivel educacional, no entienden por ejemplo que el cáncer es una enfermedad curable y no contagiosa. Este hecho impide visitar al médico en el momento de efectuar un diagnóstico oportuno y por lo tanto un tratamiento adecuado y menos costoso. El nivel educativo de los padres influirá en los hijos positiva o negativamente; las buenas relaciones de la pareja, la crianza de sus congéneres y las orientaciones en los diferentes aspectos de la vida harán que un individuo miembro de una familia sea capaz de afrontar problemas con una mayor facilidad que aquel que nunca ha recibido una orientación de sus padres o familiares.

Los trastornos de conducta, las situaciones afectivas, los desajustes orgánicos o psicológicos no podrán ser bien captados por un grupo familiar donde no exista un nivel educativo apropiado. Pasarán desapercibido, irán aumentando progresivamente y sólo se podrán detectar cuando uno de

sus miembros presente alguna alteración mental o física que sea insoportable para los demás y se recurrirá en este caso a la ayuda de un profesional o un vecino que pueda explicar con mayor claridad que es lo que pasa en esta familia o en el miembro enfermo.

Las investigaciones destinadas a establecer pautas interaccionales relacionadas únicamente con la presencia de una patología individual específica como emergente de un grupo familiar han producido resultados interesantes de carácter más cuantitativo (ver ejemplo las investigaciones de Aynne y Col. eg. 1970 Reyss. eg. 1971 y Sojyt-eg 1975), en el sentido de que no parece existir rasgos familiares específico en términos de presencia o ausencia sino de frecuencia y característica de uso. En el curso de la reciente historia del enfoque familiar, diversos autores han propuesto tipologías de carácter descriptivo (por ejemplo, Jackson 1959, Fernández Mouján y Tuber 1970).

Aun no se han conseguido aislar variables que permitan tipologías claras, o bien el monto mínimo de las variables significativas que concurre a definir los tipos es tal que elude todo ordenamiento sistemático en grupo reducido de categorías. Variables relacionadas con la distancia intrafamiliar han sido utilizadas para establecer tipologías de familias, tales como la propuesta por Bleger y Bleger

1959, el proceso de diferenciación en la familia suele corresponder a una transición gradual de interdependencia o dependencia.

La distribución de las familias según el número de personas que lo conforman afecta la posibilidad de ascensión - de múltiples maneras y la movilidad ascendentes o descendentes repercuten en ella en la cual recaerá el desgaste de esos esfuerzos que pueden llevar a victimar algunos de - sus miembros elegidos por el complejo dinamismo familiar.

La pertenencia a una familia de tipo extenso permite a los individuos el acceso a los mecanismos de prestación-contraprestación que le garantizan apoyo económico en caso de urgencia. Este mecanismo significa que quien recibe apoyo - en un momento dado de necesidad está obligado a retribuir cuando esté en capacidad de hacerlo. Las relaciones de - prestación y contraprestación en la familia incluye no solo la redistribución de los ingresos, sino el acceso del pariente, del ahijado o del amigo.

2.1. SIGNIFICADO Y FUNCION DE LA FAMILIA COMO SISTEMA AL INTERIOR DEL CUAL SE DAN LAS INTERACCIONES QUE POSIBILITEN O DESMEJOREN UN PROCESO DE REHABILITACION.

Parson y Fox, dicen "que las relaciones entre familia y enfermedad sólo pueden ser entendidas combinando el análisis sociológico de los roles y el psicológico de la dinámica de la enfermedad. Sostiene que existe una íntima relación psicodinámica entre la interacción familiar normal y la que se da en la relación médico-enfermo y padre o madre, hijo, en cuanto a incapacidad y dependencia de éstos y posibilidades de orientación de la petición de ayuda hacia aquellos". (8)

Pero generalmente se observa que através del tiempo la familia ha estado influenciada por el proceso de cambio de los últimos años, es decir, que la realidad de la familia no es ya uniforme, pues en cada familia influyen de manera diferente, independientemente de la clase social, factores ligados al cambio a saber: factores sociológicos, educativos, económicos y religiosos. Los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores bio-

8. PARSON, T. and Fox, R.C., "Illness, Therapy, and the Modern Urban American Family". En Journal of Social, Vol. XIII, 1952 nom 4, pp. 31-44

lógicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie. Psicológicamente los miembros de la familia están obligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas previas, y están ligados económica - mente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.

Los cambios adaptativos de la tipología familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en la comunidad. Por lo común se reconoce que la trama de las relaciones familiares puede estar influenciada en amplia variedad de formas, sea por su ambiente soñial amistoso, protector o por uno hostil o peligroso. Un ambiente social que impone peligros puede hacer que una familia se desintegre. Un ambiente externo amistoso que proporciona oportunidades de auto expresión y recompensa en la comunidad más amplia puede aflojar los lazos de la familia y fomentar en sus miembros una movilidad social incrementada. O si está organizada así internamente, puede reaccionar con mayor acercamiento y satisfacción incrementada por los miembros individuales que se congregan en ella.

La familia debe ajustarse desde dentro a la amplia gama de sucesos que afectan las relaciones de cada uno de sus -

miembros a todos los otros. Las relaciones familiares regulan la corriente emocional, facilitan algunos canales de desahogo emocional e inhiben otros. La configuración familiar controla tanto la cantidad de su expresión como su dirección alienta algunos impulsos individuales y subordina otros.

En los datos obtenidos del estudio de las familias de pacientes con cáncer muestran que el significado que aquellos les dan a la enfermedad intervienen en las relaciones del grupo.

CUADRO No.2

CONCEPTO SOCIAL QUE TIENE EL GRUPO FAMILIAR DEL PACIENTE AFECTADO CON CANCER Y EL SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD AL INTERIOR DE DICHS GRUPOS

SIGNIFICADO CONCEPTO	Castigo de Dios.		Pena Moral		Tragedia.		Trauma		Sin Opinión		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ANGUSTIOSAS	8	8,24									8	8,24
CONTAGIOSAS					4	4,12					4	4,12
DESTRUCTORAS					5	5,15					5	5,15
INCURABLES			10	10,30							10	10,30
MALIGNA					14	14,43					14	14,43
PROBLEMA FAMIL.							12	12,37			12	12,37
TEMIBLE	14	14,43			10	10,30					24	24,73
SIN OPINION									20	20,61	20	20,61
TOTAL	22	22,18	10	10,30	33	34	12	12,37	20	20,61	97	100

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

En el cuadro No.2 se puede apreciar que un 34% de las familias encuestadas creen que si uno de sus integrantes - padece de una enfermedad grave, ejemplo el cáncer, está enfermo de muerte. Esto da lugar a una tragedia en la familia y por lo mismo piensan que no hay solución a su problema. Mientras que el 20% prefiere no hablar de la enfermedad por el temor que sienten hacia ella y prefieren negarla.

Podemos decir que la actitud asumida por la familia ante la enfermedad puede integrar o desintegrar su relación. La enfermedad de un miembro puede complementar la de otro o tener efectos antagonicos.

Una crisis en la vida de la familia puede tener efecto profundo en la salud mental de ella y en la de sus miembros individuales. La escala de valores del grupo familiar es la que determina el tipo de participación en sus relaciones. Sus valores moldean las actitudes de orientación hacia el objetivo de seguridad, placer, autoconfianza, maduración y realización personal en nuevas experiencias.

La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio con intercambio emocional; cada uno influye en la conducta de los demás. Una desviación en la interacción emocional de un par de personas en una familia, alteran los procesos de interacción en otros pares familiares.

Cuando un hombre o mujer en la plenitud de sus posibilidades de trabajo físico o mental enferma por un determinado tiempo tiene que adaptarse a esa nueva situación; si sana sin secuela alguna su reintegro a la familia, al

trabajo y a la vida social se hace sin inconveniente.

Cuando la recuperación es lenta y larga y termina sin invalidez la situación social y familiar es distinta.

La integración familiar se manifiesta en lo que llamamos solidaridad que es ante todo una actitud manifestada en cosas muy reales y concretas, la cual debe comprender todos los aspectos de la vida diaria como son: el trabajo, el descanso, el dolor y la alegría, los éxitos y los fracasos.

CUADRO No.3

MOTIVO Y FORMA DE COLABORACION DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE

MOTIVO FORMA	Para que este bien		Por deber		Para tranquilidad del ptce.		Para tranquilidad de la familia		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ACOMPAÑANDO AL PACIENTE A CITAS MEDICAS.	18	18,55			5	5,15	8	8,24	31	31,94
CUIDANDO Y TRATANDO BIEN AL PACIENTE.	30	30,92							30	30,92
SUMINISTRANDO A TIEMPO LAS DROGAS.			14	14,43	16	16,49			30	30,92
PACIENTE PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES FAMILIARES.							6	6,18	6	6,18
TOTAL	48	49,47	14	14,43	21	21,64	14	14,42	97	100

Fuente: Encuestas realizadas por las Investigadoras.

El cuadro No.3, revela que el promedio de familias encuestadas cuidan permanentemente al paciente suministrándole las drogas a tiempo, acompañándolo a las citas médico-social.

Revela así mismo que la familia interviene de una u otra forma en la recuperación del paciente con cáncer. En un 49,47% colaboran para que esté bien, un 21,64% para tranquilidad del paciente. Para ello la familia es una sociedad organizada donde cada miembro tiene funciones que desempeñar, distintos roles que cumplir y diversas responsabilidades para el bien de todos. Estas funciones contribuyen a la satisfacción de las necesidades del sistema familiar, favoreciendo de este modo la adaptación a cualquier problema, la búsqueda de cambio a situaciones conflictivas, cuando la familia utiliza todos los recursos que tiene para luchar contra factores que le crean conflictos, es así, como ésta saldrá adelante y ayudará de una manera positiva en la recuperación del paciente.

"La familia como grupo social no es una institución independiente; por el contrario, siendo la base de la sociedad se presenta interconectada dentro de la estructura social. Por tanto su constitución interna y sus características intrínsecas están determinada por la cultura y gru-

pos étnicos de pertenencia". (9)

Así la familia constituye un área de desenvolvimiento en la sociedad considerándola como un organismo social que posee elementos interrelacionados que procura el funcionamiento social. Cada miembro del organismo familiar puede determinar el límite de la familia en relación con la sociedad, y según establezca relación con el ambiente social. En el caso que se reduzcan sus interacciones con el medio, la familia reduce sus posibilidades de desarrollo porque limita el aprovechamiento de las posibilidades que el medio social le ofrece.

Siendo la familia donde se origina también las diferentes relaciones o estilo de relación social, es así, como el desafecto, incomprensión, desunión, solvencia económica, autoridad de los padres, la sobreprotección de cualquiera de los miembros del grupo familiar, la falta de comunicación entre los mismos, el aislamiento, el egoísmo, complejo de culpa y otros factores todos los tipos sociales, son los que van a repercutir en ella y van a

9. SANIN, Velasquez Alvaro. "Familia, Terapia y Sociedad. Bogotá Universidad Santo Tomás 1982, P.24.

crear problemas que al no poderse resolver desembocan en alteraciones que llevan a enfermar a uno o varios miembros de la familia y se crea la disfuncionalidad familiar.

2.2. CLASE DE CONFLICTO QUE SE ORIGINAN EN LA FAMILIA CUANDO UNO DE SUS MIEMBROS ES AFECTADO CON CANCER.

Una familia sufre depresión cuando en ella se da una variedad de problemas. Por lo general se ve golpeada por la pobreza, cargada de conflictos, a menudo carece de padre y se encuentra acosada por otros problemas tales como el desempleo y los hábitos de trabajo irregular, ilegitimidad, dependencia y enfermedades físicas.

Las costumbres en estas familias constituyen un modo peculiar de los actos desarrollados por sus miembros expresándolos a través de comportamientos de hecho muestran su preocupación por el problema de salud que lo aqueja. Por sus sistemas de comunicación se manifiestan también el comportamiento disfuncional. La llamada conducta disfuncional familiar es una suma de cambios sociales, económicos y psicológicos que se presentan lo cual lleva a la ansiedad, a la depresión, a la preocupación sómica por la misma enfermedad a la tendencia a negar otros problemas vitales no relacionados con aquella.

Encontramos que el esquema conceptual de una familia normal posee tres (3) factores: En primer lugar, una familia se transforma a lo largo del tiempo adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Una familia que ha funcionado de manera efectiva puede con todo responder a los stresses evolutivos mediante un uso apropiado de esquemas estructurales previos. En segundo lugar, la familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. En respuesta a las demandas habituales, la familia activará de manera preferencial ciertas pautas. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de ella exigen su reestructuración. Los límites o fronteras de los subsistemas deben ser firmes, y a la vez suficientemente flexibles como para permitir un reagrupamiento cuando las circunstancias cambian. Finalmente, una familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si responde al stress con rigidez aparecen pautas disfuncionales. (Minuchin 1974, P 65-6).

En el Diccionario Psicológico ZF.P. (Madrid 1979, P.94) se lee que la familia resulta disfuncional cuando:

1. No suministra el caudal de afecto necesario para que se individuen satisfactoriamente sus miembros.
2. Emiten mensajes contradictorios.
3. Sobreprotegen a un miembro.
4. Adjudican roles fijos en vez de crear las condiciones necesarias para que cada miembro asuma libremente su propia identidad.
5. Cuando los integrantes del grupo familiar se exceden en sus funciones socializadoras, es decir, que refuerzan los controles emocionales.
6. La familia induce culpa.

La disfunción sistemática específica implica a varias personas y en ocasiones a diferentes sistemas interrelacionados. El físico John Platt dice que cuando un sistema es conflictivo o disfuncional esto no augura necesariamente un desastre, sino que puede indicar que está aumentando la presión hacia una nueva y más compleja integración.

Las familias acuden a terapia debido a que sufren y necesitan ayuda. El sufrimiento puede ser reducido sólo cuando el funcionamiento de la familia mejora. Las familias con esquemas disfuncionales crónicas sólo pueden ser ayudados si se modifican esos esquemas.

Para desenvolverse en forma saludable, la familia debe proteger la integridad total y la autonomía funcional de sus partes. Tal como dice el Doctor Alberto Vásquez en su Conferencia "La Teoría de los Sistemas y la Terapia Familiar" P.14, como sistema integrado la familia es una totalidad compleja dentro de la cual la conducta de una de las partes interesa e influye necesariamente en las otras en una medida variable. Esto nos permite afirmar que la familia es el núcleo principal en la cual debe fijarse la atención cuando se trata de un problema de salud. Constituyéndose de esa forma en un organismo autónomo que tiene una estructura y unas posibilidades de comunicación interna, unas características y opiniones propias,

El trabajador social tendrá como objeto la problemática vital de la vida familiar disfuncional cuando uno de sus integrantes es afectado por una enfermedad grave. La disfuncionalidad familiar la definimos como la necesidad que posee el grupo con relación a la dificultad de enfrentarse a la enfermedad y al tratamiento. Este problema es de naturaleza social se refiere a las relaciones de los integrantes del grupo familiar con el medio en que se desarrolla; la cual es manifestada a través de la conducta que tiene, consecuencia social, y porque su presencia genera una preocupación social, porque trasciende el ámbito del individuo y

de sus relaciones inmediatas.

El problema social familiar a causa del cáncer es la manifestación de una carencia que afecta la relación al interior del grupo familiar, impidiéndole satisfacer sus necesidades afectivas y desarrollar sus potencialidades humanas.

Algunas familias, en particular las acosadas por la pobreza o las que tienen un miembro psicósomáticamente enfermo, están habituadas a las emergencias que en su seno no existe una jerarquía de problemas. Cuando se plantea una situación crítica, su impacto es minimizado por la impresión de que también esta vez se arreglara.

Observamos que las familias estudiadas unas apoyan sus relaciones en el aspecto económico; otras rechazaron al paciente, creen que la enfermedad es contagiosa por esto lo marginan de las actividades hogareñas y, pocos sobreprotegen al enfermo. Estas clases de relaciones causan una serie de factores que dan lugar a la tensión del grupo familiar como son: dificultades económicas, la comunicación entre ellos es poca e insatisfactoria, dificultades con la conducta del enfermo, sentimientos de culpa.

CUADRO No.4

PROBLEMAS OCASIONADOS POR EL CANCER Y FRECUENCIA CON QUE SE PRODUCE

Problema que ocasiona con que se produce.	Problema de relación familiar.		Problema Económico.		No cooperación en el tratamiento.		Sobrepotección.		Falta de diálogo.		Distanciamiento físico.		Sentimiento de culpabilidad.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Constantemente	34	35,05	18	18,55											52	53,60
Temporalmente			6	6,18			2	2,06	8	8,24	5	5,15	10	10,30	31	31,93
Rara Vez					10	10,30	4	4,12							14	14,42
TOTAL	34	35,05	24	24,73	10	10,30	6	6,18	8	8,24	5	5,15	10	10,30	97	100

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

La gran mayoría de las familias encuestadas afirman que el cáncer ocasiona problemas, un 53,60% manifestó que en forma constante, un 31,93% que temporalmente. Entre los problemas que ocasiona encontramos: sentimiento de culpabilidad, distanciamiento físico, sobrepotección, falta de diálogo, no cooperación en el tratamiento, problemas económicos y de relación. Aunque estas reacciones son desagradables es perfectamente normal porque representan respuestas a la enfermedad y no son parte de la enfermedad misma.

Estos datos nos permiten afirmar que en el interior del grupo familiar se dan cambios en el comportamiento y actitud de sus miembros lo cual incide directamente en las relaciones que se establecen entre sí y con el medio externo.

CUADRO No.5

RELACIONES FAMILIARES ANTES DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

RELACIONES	No.	%
Amigables	37	38,14
Normal	22	22,68
Alegres	30	30,92
Distantes	8	8,24
TOTAL	97	100

Fuente: Encuesta realizada por las Investigadoras.

CUADRO No. 6

RELACIONES FAMILIARES DESPUES DE DIAGNOSTICAR LA ENFERMEDAD

RELACIONES	No.	%
Angustiosa	25	25,77
Acercamiento	24	24,77
Diferentes	24	24,77
Distante	9	9,7
Sin Opinión	15	15,46
TOTAL	97	100

Fuente: Encuesta realizada por las Investigadoras

En los resultados de los cuadros 5 y 6 se puede apreciar el cambio de las relaciones al interior del grupo familiar cuando uno de sus miembros es afectado con cáncer. Se puede afirmar que estos cambios se producen en un 64%.

La familia necesita encontrar una relación estrecha entre sus semejantes no importa cuales sean sus necesidades.

Un factor importante en estas familias encuestadas es que las dificultades emocionales, los problemas de comportamiento e incluso las enfermedades físicas dan lugar a la falta de relación entre ellos.

El conocimiento adquirido a través de las investigaciones nos permite afirmar que una de las necesidades premiantes de una familia son las buenas relaciones que se establezca entre sus miembros, por tanto, la evidencia de la necesidad de estas relaciones cálidas y afectivas es de vital importancia ya que el conocimiento de la vida familiar y la relación con los vínculos que ligan a sus miembros - permiten explicar la influencia recíproca.

Cada vez que se ve amenazada la integridad de la familia ya sea a causa de un peligro exterior o de una enfermedad en especial el cáncer, los mecanismos de regulación se ponen inmediatamente en funcionamiento y entre ellos en posición de vanguardia la negación. La mayoría de las familias cuando se enteran que uno de sus integrantes tiene una enfermedad mortal reaccionan diciendo: no, no puede ser - verdad, no es posible que un familiar mío tenga una enfermedad tan grave. El campo de los intereses se reducen en el espacio y el tiempo a la vez: la familia ve como el paciente percibe el pasado y el futuro inmediato que toman desde ese momento una considerable importancia. El tiempo se estructura en torno a la toma de medicamentos, las comidas o las visitas al médico. El campo de las relaciones humanas se limita a las personas que se ocupan del enfermo, se otorga un lugar privilegiado a quienes se ocupen

de los cuidados personales del paciente.

Cuando un miembro del grupo familiar padece una enfermedad, en este caso el cáncer, se modifica su situación: se le considera obligado a desempeñar un papel de cuidado hacia el paciente. La familia protege al enfermo pero, como contrapartida, le colocará en una situación de dependencia, que muchas veces más que dependencia se trata de una situación de marginación o aislamiento. El aislamiento no sólo lo efectúa el propio paciente, sino la familia que ve en el enfermo un portador de contagio, de mala suerte, de pesimismo, de muerte. En algunos casos el paciente quiere aislarse de todos y de todo con frecuencia ellos se aíslan, permaneciendo callados con sus familiares y amigos.

Cada familia toma una actitud diferente: puede sobreprotegerlo dejándolo completamente inutilizado o abandonarlo para que él solo haga frente a la enfermedad.

En nuestra experiencia se observó que es poco el autocontrol en el aspecto emocional de las familias donde uno de sus miembros tiene cáncer; vale la pena mencionar la pérdida o disminución del mismo, que puede ejercer en sus miembros situaciones difíciles, siendo el problema de salud para ellos motivo de desesperación y desasosiego. En

el interior del grupo familiar es donde se asegura la renovación y crecimiento poblacionales, en cuyo seno se desarrolla la capacidad biológica y psico-social de los individuos, donde se transmiten los valores, normas y patrones de comportamiento social.

El aspecto conflictivo de la interacción ha sido tan manifiesto que no se se sorprende de que hayan predominado tan absolutamente en el pasado los enfoques integradores en el estudio de la familia, así como de que hoy sea tan difícilmente aceptada y utilizada la interpretación conflictiva. Los conflictos familiares presentan, junto con los rasgos típicos de todo conflicto primario, características propias derivadas de las peculiaridades de la familia como un tipo muy especial de tales grupos. En la familia el conflicto implica una carga emocional elevadísima, dos factores emocionales suelen acompañarle con más o menos intensidad: la agresividad y la culpa. La agresividad puede ser profunda, adaptativa con las más variadas formas; verbal, gestual o actitudinal. Pero dado el conglomerado de normas y sanciones culturales que regulan la familia, sobre la agresividad recae una fuerte sanción negativa, de donde surge ese otro elemento del conflicto: el sentimiento de culpa, la angustia y la ansiedad.

Dado el tipo de familia predominante en el estudio, llamado extensa y mixta, la enfermedad es siempre una crisis - excepcional que añade un fuerte stress adicional y fuerza una serie de violentos reajustes. Naturalmente estos efectos serán distintos según el miembro enfermo, su papel dentro y fuera de la familia y las posibilidades de ser remplazado en él. En el caso de los padres superocupados y con numerosos hijos dependiendo de ellos, será su enfermedad - más grave. Las enfermedades de los hijos provoca otra serie de afectos no tan disfuncionales aparentemente, pero a veces emocionalmente tanto o más intenso.

La presencia en la familia de un enfermo con cáncer tiene efectos desorganizadores debido a las relaciones inadecuadas que se dan en estos grupos.

Según el Diccionario Psicológico Z.F.P. (Madrid 1979, P.15) entre los factores que causan conflictos familiares tenemos:

1. Comunicación insatisfactoria entre sus miembros.
2. Dificultades con la conducta de algunos de sus integrantes.
3. Dificultades económicas, manejo del presupuesto.
4. Distribución de responsabilidades en la familia.
5. Tiempo insuficiente para compartir en familia.

6. Sentimiento de culpa por no cumplir con todo.

Estos conflictos pueden reducirse participando en nuevas actividades físicas, cambiando de vez en cuando la rutina; comunicando sus problemas y sentimientos; haciendo lo que realmente quieren hacer, utilizando parte de su tiempo para compartirlo entre sus miembros. Es vital para un miembro de la familia y su mantenimiento de ella el apoyo, la educación y la guía las cuales constituyen, a menudo, operaciones de unión, de alimentación y de curación.

La atención que proporciona la familia a los pacientes es un gran apoyo psicológico para mantenerle su fe. Probablemente el requisito individual y familiar más importante para sobrellevar el cáncer es la esperanza, uno de los valores en la vida más sostenedores. La recuperación se nutre de ella familia y paciente la hallan en varias fuentes: fe religiosa bien fundamentada, en los seres amados especialmente en aquellos que piensan posiblemente que la esperanza les proporciona una fortaleza para luchar contra la enfermedad.

2.3. DESCRIPCION DE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE, ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

Los psicólogos sociales Secord y Backman, 1964 definen la actitud como "Ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente". Mientras que Rosnow y Robinson, 1967 expresa que el término actitud indica la organización que tiene un individuo en cuanto a sus sentimientos, creencias y predisposiciones a comportarse del modo en que lo hace.

En nuestra experiencia hemos encontrado que por lo general la actitud de la familia se relaciona con algunos valores, especialmente el religioso. Este les permite aceptar la enfermedad ya que ellos todo lo colocan en manos de Dios, hay resignación, hágase Señor tu santa voluntad es la frase más empleada.

Un componente espiritual que prevalece sobre el material ocurre cuando la familia sabe que el paciente va a morir a causa de la enfermedad. Entonces ellos retornan a sus experiencias religiosas las cuales adquieren un mayor significado e importancia, rezan con mucha frecuencia pidiendo por la salud del paciente y se le alivien sus dolores y

penas.

El proceso de cambio o de formación de la actitud en los integrantes del grupo familiar se registra a través de la internalización; cuando ellos aceptan la influencia que tiene la enfermedad del cáncer en su forma de actuar y de sentir con respecto a su sistema de valores. Es evidente que este tipo de influencia redundará en una modificación de actitud que por lo general es de negación o resignación. De allí la importancia del manejo humano y psicológico de la familia que está sufriendo por la enfermedad mortal de uno de sus integrantes y que no tienen experiencia en el manejo de la situación: ellos quieren hablar, preguntar, tomar decisiones.

El proceso de decisiones se caracterizaría básicamente por una situación de conflicto, que está provocando tensión y necesidad de solución. La decisión que se tome debe hacerse en un determinado punto de la secuencia temporal de los acontecimientos.

Las actitudes influyen en la forma como el grupo familiar percibe la realidad del problema de salud. Generalmente la familia muestra un comportamiento diferente de sus actitudes en un momento dado porque en ese momento pueden es-

tar siendo evocado otras actitudes más fuertes que son la verdadera causante del comportamiento que se observa al interior del grupo familiar.

La actitud está presente todo el tiempo en la interacción humana. Ella nos permite explicar la conducta de la gente. Así mismo tenemos que los valores son categorías generales dotadas también de componentes afectivos y de elementos capaces de predisponer al individuo a una determinada conducta, difiriendo de las actitudes por su generalidad. Unos pocos valores pueden encerrar infinidad de actitudes. El valor religión por ejemplo involucra actitudes en relación con Dios, con la iglesia, etc.

Una de las formas de exteriorizar una actitud es a través de un prejuicio como una forma de encarar los problemas internos de inseguridad y de sentimientos de inferioridad. La exteriorización de las actitudes consiste en manifestar clara e indiscutiblemente las posiciones que defienden o protegen el yo contra ciertos estados de ansiedad provocados por problemas internos.

Es importante que un individuo cambie de actitud cuando esta recibe incentivos. Es así como las familias del paciente deben tener por lo menos una actitud de colabora -

ción y optimismo ante la enfermedad y el tratamiento.

De acuerdo a lo anterior tenemos que partir del momento en que una actitud empieza a formarse, estará cambiando, o por lo menos, está sujeta a cambios. Su proceso de cambio o de formación se registra a través de la internalización cuando una persona acepta una influencia porque es congruente con su sistema de valores.

El cáncer a pesar de los adelantos en el diagnóstico y en el tratamiento sigue siendo una enfermedad enigmática. El 75% de las familias que tienen un enfermo de cáncer presentan actitud de pánico, de horror, de alejamiento, de dolor y es el anuncio seguro de soledad, angustia, agonía y se habla en el cáncer de sobrevida y no curación.

El modo de abordar un problema reside en comportarse como si tal no existiese. En el texto las terribles simplificaciones tratan sobre la negación, refiriéndose de la siguiente manera: "La primera y principal razón para negar determinados problemas se debe probablemente a la necesidad de una fachada social aceptable. Entre sus resultados inmediatos se cuentan los así llamados SECRETOS A VOCES, en estas familias llamadas así porque todo el mundo las conoce y, a pesar de ello, se supone que

toda la familia sabe". (9)

Una actitud frecuente que presentan las familias donde uno de sus miembros tiene cáncer es la negación de la enfermedad. Tanto el paciente como sus familiares saben de la enfermedad real, pero hacen como si no lo supieran: él cree que ellos lo ignoran y viceversa. En resumen, se presenta una situación teatral en la cual el personaje principal es el paciente mismo que actúa su papel trágico. La familia evita con frecuencia eludir la situación real del enfermo que tiende a crear un juego de mentiras en el que el paciente tiene que participar lo cual incrementa su sentimiento de soledad y angustia.

En la unidad de radioterapia del Hospital Universitario de Cartagena se han dado casos en que los familiares niegan el diagnóstico médico reacción natural por el temor que le tienen a la enfermedad. La negación es muy importante, normal y saludable contra situaciones o informaciones que amenazan la vida. Pero la intensa y prolongada negación puede impedir buscar atención médica inmediata o rechazar las orientaciones y tratamiento médico-social porque no se acepta el diagnóstico.

9. CETEG Centro de estudio Técnicas Grupales Mendoza, Material Impreso, mimeografiado, P. 62

Cuando no se puede seguir manteniendo una actitud de negación, esta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento. Por qué nosotros? por qué ahora cuando empezaba a disfrutar de la vida? por qué no aquel mafioso o drogadicto? por qué no a los criminales que asesinan, pero gozan de buena salud. Esta frase es más frecuente cuando el enfermo es joven y ha gozado de buena salud, por lo mismo es difícil de afrontar por la familia.

Será útil entender que el objeto de la ira pudiera ser la familia, Dios, el destino, los médicos, las enfermeras, el trabajador social, el hospital o la enfermedad misma. Un sentimiento de culpa invade a menudo la mente de los integrantes del grupo familiar. El sentido de culpabilidad puede referirse al quebramiento de ciertas normas: el no haber cumplido con ciertas obligaciones religiosas o familiares. Una reacción más común entre los familiares del paciente afectado con cáncer es la depresión y pesimismo. Este y la tristeza son dos sentimientos que se apoderan fácilmente de toda la familia cuando reciben la fatal noticia de que uno de ellos padece la enfermedad mencionada arriba, el impacto emocional es sufrido por todos.

Algunos enfermos sufren períodos de agresión, depresión, o tristeza que sus allegados no pueden entender. Otros

cambian de actitud frente a su familia y amigos. A menudo los problemas de conducta del enfermo de cáncer surgen de dificultades en las relaciones con los familiares. En algunos casos su conducta puede ser causa principal del problema de adaptación; en otras situaciones pueden estar desconcertadas por la conducta del enfermo y no saben como reaccionan.

Generalmente el paciente no sabe nada de su enfermedad, en cambio es frecuente que la familia conozca ya el caso, lo cual les produce cierta tensión, cierto alejamiento - que evita comunicar la verdad. El enfermo desea hablar sobre su futuro, mientras que la familia pretende evitar en lo posible esos temas de conversación ya que a veces le es difícil ocultar la verdad.

Generalmente los padres, uno de los cónyuges, la hija más apegada o el hijo mayor ansian saber la verdad, ser depositarios de ellos y no comunicarla a los demás para que no sufran.

Se observa que los factores orgánicos como sexo, edad, profesión, trabajo también tiene influencia en el aspecto psicológico de estas familias. Las respuestas emocionales manifestadas ante el cáncer son variables y dependen -

den de varios factores como: desarrollo psicológico previo de cada persona, su grado de educación, el haber tenido experiencias previas con otras enfermedades, el grado de soporte emocional ante situaciones difíciles en el cual las buenas relaciones familiares, de amistad, compañeros de trabajo, de estudio serán complementarias para la recuperación del paciente.

Las actitudes de los valores afectan tanto el volumen como la dirección del cambio familiar. Ninguna familia ha sido igualmente dinámica en todos sus aspectos y sus valores determinan como se desarrolla su inventiva. Al margen de su actitud general hacia el cambio cada una tiene numerosas actitudes y valores que se adhieren a sus objetivos y actividades.

"Don Jackson cree que la familia se regula así mismo a través de sus patrones de comunicación." (10) La comunicación verbal es una de las formas principales de regular la interacción pero, el comportamiento no verbal

10. MASSHALL, Lung, "Direcciones para construir Teoría de Desarrollo de Familia". Material Mimeografiado, U de Cartagena. P. 8

es de igual importancia. La habilidad de comunicarse adecuadamente está asociada con el concepto personal que tenga el individuo de si mismo.

En la comunicación se presentan dos niveles: uno es lo que se dice y el otro lo que se expresan verbalmente - con el tono, volumen, fuerza de la voz y no verbal con expresión facial, movimiento de ojo y posición de cuerpo. En nuestra experiencia hemos encontrado que la comunicación entre los integrantes del grupo familiar se realiza a través de gestos y opiniones que expresan. Los gestos más característicos son: resignación, tristeza, indiferencia, el diálogo, es poco dando lugar a los conflictos familiares. En algunas familias hemos observado gestos como: estrechar la mano del paciente con cariño, ayudarlo a sentar en la silla, establecen contacto visual, están atento a cualquier detalle del paciente.

Uno de los problemas con que se enfrenta un grupo familiar es el de la comunicación entre sus miembros. Esta es cuestión de la estructura del grupo familiar y de la proximidad física y social de sus miembros.

Actualmente se ve en algunas familias la falta de comunicación entre sus miembros. Esto crea un desequilibrio en

en las relaciones familiares lo cual trae como consecuencia la hostilidad, disgusto, tensión y a veces hasta el rompimiento familiar.

Algunas veces, para comunicarse, emplean el diálogo, tan necesario para la superación de crisis, pues tiene la virtud de sustentar una toma de conciencia y de producir una revisión de actitudes. Mediante él se puede llegar a aclarar situaciones difíciles y sobrevivir cualquier obstáculo que sufra la estabilidad del grupo familiar.

El nivel de comprensión que existe entre los integrantes del grupo familiar es la base que determina como serán sus relaciones. En otras palabras, mientras mejor se comprendan más satisfactoria serán las relaciones. Cuando la comunicación no existe, o deja de existir entre los miembros del grupo familiar, las relaciones no tienen base que las sostengan y caen fácilmente.

3. CONCLUSION

Hemos considerado a través de este trabajo, algunos aspectos relacionadas con las actitudes familiares hacia el paciente, la enfermedad y el tratamiento y, especialmente nos hemos tenido en algunos aspectos prácticos para ayudar en la orientación familiar cuando en ésta exista problemas de salud.

Teniendo en cuenta la formación familiar y el enriquecimiento grupal de la misma, la intervención práctica al interior de ésta no puede ser tomada como única alternativa porque cada realidad que se quiere transformar es diferente.

De acuerdo al grupo familiar disfuncional se hace necesario adoptar y crear alternativas y estrategias de trabajos a las características específicas de la realidad.

Por esto se recomienda a los profesionales que van a intervenir la problemática de salud a nivel familiar, que

conozcan los factores que inciden en la misma y la forma como la familia lo enfrenta. Así mismo se deben realizar talleres donde participen los integrantes del equipo interdisciplinario para trazar planes educativos, preventivos y de promoción acerca de la salud en la familia dando tratamiento profesional, trabajando con los recursos físicos y psicológicos del grupo familiar a fin de que éste haga uso de ellos para la solución de sus problemas.

Este tratamiento debe darse a través de orientaciones, explicaciones sobre los aspectos que atañen la vida en familia tales como: el económico, el religioso, lo social, lo psicológico empleando pautas o medidas de interrelación (diálogo, solidaridad, cooperación, participación) que vayan a cambiar los aspectos disfuncionales del grupo.

La familia que se va a tratar puede ser completa e incompleta, vivir todos sus miembros bajo el mismo techo o no; puede influir algún familiar no sanguíneo pero si significativo; puede estar constituida por una, dos o más generaciones que conviven.

Es así como el Trabajador Social debe observar el sistema familiar realizando deducciones que le permitan transformar su experiencia en un mapa familiar en el cual basaría sus objetivos terapéuticos.

4. PROPUESTA DE TRABAJO

4.1. TRATAMIENTO SOCIAL A LA FAMILIA.

Esta propuesta está dirigida en primera instancia a los profesionales que trabajan con familias que tienen a uno de sus integrantes afectado con cáncer quienes en un momento dado deben afrontar la problemática de la disfuncionalidad del grupo. Sin embargo, es una propuesta que se puede generalizar a cualquier grupo disfuncional, cuando esa disfuncionalidad se debe a que un miembro debe ser rehabilitado.

El objetivo de esta propuesta es que al finalizar el presente trabajo el profesional, los familiares en estudio y a quien interese éste en condiciones de tratar adecuadamente el enfermo canceroso.

Conviene desarrollar todos los esfuerzos actualmente emprendidos a fin de preparar a la familia para que asista a uno de sus miembros cuando es afectado con la enfermedad

del cáncer. Es necesario igualmente trabajar por el desarrollo de servicios perfectamente adaptados a las necesidades físicas y psicológicas del paciente y su familia.

El enfoque terapéutico del grupo familiar donde existe una persona con esta enfermedad requiere asistencia en el aspecto familiar: económico, religioso, social y psicológico. El trabajador social debe orientar a la familia la que con el paciente necesita comprensión e instrucción, o también se debe hablar con ella, explicarles la situación, despejarles las dudas e inquietudes, orientarlos, teniendo en cuenta, juntamente con los miembros de la familia al igual que el enfermo pasa por diferentes etapas o fases de adaptación como son: negación, ira, resignación. El desconocimiento de esto implica una actuación al azar, y de espaldas a la realidad sobre lo que se trabaja.

Una vez que el trabajador social evalúa las características del grupo familiar se debe decidir el enfoque terapéutico más adecuado a cada familia, este comprende: tratamiento propio del proceso de transición familiar al enterarse de la enfermedad que sufre uno de sus integrantes, medidas de interrelación (diálogo, solidaridad, cooperación, participación), medios profesionales (orientación médica, social, psicológica), medios dirigidos a cambiar

los aspectos disfuncionales del grupo familiar: programas preventivos, educativos, grupos de apoyos, relajación.

El tratamiento del grupo familiar puede efectuarse de varias formas dependiendo del tipo de familia al cual está dirigido. Veamos algunas de estas.

ADECUACION DEL MEDIO AMBIENTE FAMILIAR. Esta se inicia con una adecuada y oportuna información a los componentes de la familia sobre la enfermedad que sufre el paciente - de tal manera que todos sepan cual es la mejor forma de - atender y de compartir el problema que aqueja al familiar y lograr así un mejor ambiente anímico para que el paciente sienta el calor humano de los grupos y comprenda él el deseo que tiene todos de colaborar.

COMUNICACION. Es importante establecer una buena comunicación entre familia y paciente; entre éstos y los profesionales que atienden el caso.

En nuestro concepto el tratamiento social debe incluir la familia procurando mantener su forma de vivir o mejorar su estilo de vida, respetar sus creencias y costumbres y participar conjuntamente paciente y familia en la toma de decisiones que sean necesarias implementar en un

momento dado.

El tratamiento social debe ser integral, es la forma apropiada de tratar racionalmente a estas familias, pues, se tiene en cuenta los aspectos físicos, intelectuales, emocionales, sociales, espirituales, religiosos y humanísticos. Pero en este tratamiento debe hacerse incapie en el manejo en equipo donde intervengan muchas disciplinas que buscan el bienestar del paciente y su familia; de tal manera que el paciente siga teniendo vigencia como persona que piensa, que es importante, que todavía pueden tomar decisiones.

Los familiares dedicados a su cuidado necesitan tener equilibrio emocional y dedicar un tiempo determinado para discutir problemas sobre su manejo, resolver inquietudes y analizar posibilidades de tratamiento.

Los problemas emocionales causados por la enfermedad del cáncer tienen un significado especial para el paciente, su familia y amigos, así como para el personal que esté a su cuidado; por esta razón no deben ser ahogados con tranquilizantes ni antidepresivos. La angustia, el temor, la inquietud, el sentido de culpabilidad son respuestas normales ante una situación real. Estas reacciones

deben expresarse, aceptarse y discutirse, muchos pacientes y sus familiares escogieran la negación de la enfermedad, sus emociones o el diagnóstico; la negación puede ser temporalmente un mecanismo de defensa y debe ser respetado. El equipo interdisciplinario debe ser honesto; no guardar silencio o tomar una actitud de tranquilidad profesional, debe hablar, explicar, planear, pronosticar, ayudar, soportar, compartir con los familiares. La frase no debe ser cómo se le informa al paciente y su familia, sino cómo compartir con el paciente y su familia la problemática que están sufriendo en esos momentos.

En conclusión el tratamiento social para el paciente y su familia debe ser realizado por un equipo interdisciplinario que tenga un enfoque integral de la situación en la esfera psíquica, física, moral e intelectual y establecer una empatía y una comunicación adecuada entre paciente y familia. El momento de decir la verdad crea una gran tensión al equipo interdisciplinario y a los familiares que pretenden en muchos casos quedar en silencio, con lo cual se bloquea la conversación que quiere tener el enfermo sobre su inseguridad, sus inquietudes, sus dudas, sus preocupaciones, sus temores. Consideramos que la información debe ser dosificada de acuerdo al paciente, al estado de ánimo de sus familiares, al tiempo de evolución de la en -

fermedad y de lo que realmente quiere saber sus familiares y el mismo paciente. Para ello se necesita tacto, - diplomacia y una estrecha relación y atención a los cambios que presenten en su comportamiento; debe mantenerse siempre la esperanza de una recuperación..

En cualquier caso, no es el ideal que el enfermo y sus familiares desconozcan absolutamente su situación. La recomendación no se expresa en términos de conocer o desconocer la verdad médica, sino en la forma de relacionarse con el enfermo y con los acompañantes en el trance dramático - de la dolencia, la inseguridad, sus dudas, sus preocupaciones, sus temores,

Hay familiares que exigen una información franca, directa, real, otros quieren muy poca información: por ejemplo en el grupo de estudio en el Hospital Universitario muchas veces se presentaron casos en que algunos nos decían: "Señorita, yo sé que mi pariente tiene un tumor y que es una enfermedad grave, tendrá cura o se aliviará un poco, también hay que esperar la voluntad de Dios.

La experiencia adquirida en este centro hospitalario nos indica que si se tiene un contacto permanente con el paciente y su familia es él quien muchas veces decide el mo-

mento de recibir la información.

Al respecto, Fidel Delgado 1982 dice: "El estado anímico del paciente y sus familiares y las características de la enfermedad marcan las pautas sobre como informar en una forma dosificada, tan malo es el vacío informativo que causa angustia, depresión, confusión, etc, como la saturación informativa de quien solo quería saber algo y se le sambulle en las complicadas técnicas y en las intrigas médicas al contarle todo".

El estudio de los aspectos familiares es de gran importancia para la intervención del trabajador social en problemáticas presentadas a nivel de recuperación social del individuo y su familia. La terapia de familia constituye una alternativa grupal para el profesional que atiende problemas de salud. Para realizarla se deben tener presente varios factores, que van desde la disfuncionalidad del grupo hasta la disponibilidad terapéutica.

El trabajador social debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento de la familia, que lo ayude analizar a la misma. Este comprendería los siguientes puntos:

- 1.. Que el problema familia se defina como mutuo al interior del grupo, es decir, que si algo la afecta no es problema de uno solo sino de todos los miembros, por lo tanto no se puede partir de una culpabilidad.

2. Buscar que las soluciones sean para todos y que todos ofrezcan su parte de colaboración a la solución del conflicto.

3. Lograr que los acuerdos a que se lleguen satisfagan a todas las partes.

4. Tener una visión muy clara de los propósitos que se tienen y comunicar a los demás correctamente. Una forma de dificultar la solución de un problema es el no ser explícito en lo que se quiere.

5. Que los miembros de la familia estén en igualdad de condiciones, ninguno sintiéndose con más poder que el otro, siendo consciente de la interdependencia - que se debe dar en la estructura familiar.

6. Tener una actitud de comprensión hacia la posición del otro aprendiendo a evaluar la situación desde la óptica del otro.

7. Expresar, sin herir a los demás, los sentimientos negativos.
8. Tener mutua confianza y mutua colaboración de tal manera que cada miembro se sienta seguro y apoyado por la familia.
9. El manejo de un paciente con cáncer requiere el esfuerzo conjunto de las distintas disciplinas médicas (trabajo interdisciplinario).
10. Es más importante prevenir el cáncer que combatirlo; he aquí la importancia de programas de prevención.
11. Que el equipo interdisciplinario esté disponible para resolver las inquietudes del paciente y su familia.
12. Tratar adecuadamente al paciente y su familia teniendo en cuenta la parte somática y afectiva que influye en la recuperación, manteniendo el debido respeto por las creencias, costumbres, valores y modo de pensar de cada familia.
13. Mantener una adecuada y dosificada comunicación entre el equipo interdisciplinario, el paciente, la familia.

14. Que al paciente no solo se le elabore una buena historia clínica sino también social (familia) para partir de la base que el cáncer no es solamente una enfermedad orgánica sino que afecta la esfera emocional del paciente y la comunidad que lo rodea.

Con base al esquema conceptual que utilice el trabajador social y a la problemática real que atiende debe elaborar un programa que tenga que ver con las interacciones familiares y los problemas que se originan en la misma cuando uno de sus miembros es afectado por la enfermedad del cáncer.

Este programa estaría desarrollado de la siguiente forma:
Para quién?. Para la familia que tienen paciente con diagnóstico de cáncer para trabajar con ellos en grupos de apoyo porque toda persona en un momento de crisis de salud, - por lo menos, debería tener acceso a una orientación especializada brindada por profesionales (médicos, trabajador social, psicólogo, enfermera), la cual le permitiría desarrollar sus capacidades como grupo para manejar en forma participativa y positiva en el proceso de recuperación del paciente. El trabajo se desarrollaría por sesiones donde se tratarían temas referentes a:

1. Importancia de la ayuda mutua en el grupo familiar.
2. Cambios en las relaciones familiares como manejarlos.
3. Responsabilidad del grupo familiar en la cooperación con el médico, trabajador social, psicólogo.
4. Reacción de la familia ante el cáncer, mitos, miedos, y realidad.

El propósito del tratamiento familiar ante el cáncer o cualquier otra enfermedad es la de que con la orientación de los profesionales, los integrantes del grupo familiar se acerquen entre sí con el fin de aliviar el sentimiento de angustia y depresión y, a la vez, proporcionar una experiencia de confianza y apertura al relacionarse con agentes externos (trabajo, escuela, iglesia, etc.); crear una situación en la cual la familia aprenda a manejar su problema, es decir, que ellos mismos sean gestores de plantearse alternativas de solución.

Considerando que la vida en familia del enfermo es importante por la situación psicosocial que se presenta en el grupo, es de sumo interés que los familiares que tienen paciente, sepan o tengan conocimiento de como deben tratarlo.

La participación activa, positiva y colaboradora del grupo familiar con respecto al tratamiento es de vital

importancia ya que se crea una atmósfera relajante, tranquilizante en el paciente y su grupo familiar, porque de un modo u otro estos elementos inciden directa e indirectamente en la recuperación o no del enfermo; con la manifestación de cariño, amor, comprensión y esmero que pone en cada uno de sus actos le permite sentir la seguridad que contará con su apoyo en su recuperación, sin llegar a la sobreprotección porque así estaría produciendo trastornos en él, es decir, que de la actitud que asuma ante la enfermedad y el tratamiento estará incidiendo directamente en el estado anímico de éste teniendo en cuenta que hace parte de una familia: tiene esposa, hijos, padres, etc, quienes están angustiados y quieren tener información, atender mejor al enfermo, quieren estar mejor preparados. Empero los individuos que no son plenamente aceptados por su grupo familiar y no se sienten totalmente integrados en él se sienten aislados. Los aislados probablemente son propenso a sentirse inquietos e inseguros, ansian la aceptación.

El trabajador social debe acomodarse al sistema familiar hasta tal punto que permita experimentar y evaluar la tensión y el dolor experimentado por los integrantes de dicho grupo. Una de las funciones de este profesional consiste en ayudarlos, esto incluiría: Evaluación de

la estructura familiar, crear circunstancias que permitan la transformación de esta estructura. Esto es significativo para todos los miembros de la familia particularmente para el paciente.

"En terapia familiar la transformación de estructura es destinada en términos de cambio en la posición mutua de los miembros de la familia, con una modificación consciente de su seguimiento complementario. En la terapia familiar la transformación o reestructuración del sistema familiar conduce al cambio. (11).

Por lo general el trabajador social conjuntamente con otros profesionales evaluará la familia para desarrollar objetivos terapéuticos basados en esa evaluación intervendrán de un modo tal que les facilite la transformación del sistema en la dirección de esos objetivos.

El trabajador social deberá controlar el impacto de la terapia familiar y de las circunstancias de la vida de la familia y estar dispuestos a proporcionar orientación profesional.

11.

ANDOLFI, Mauricio. Op.. Cit. Pág. 166

"El contenido terapéutico se relaciona en forma estrecha con las experiencias de la vida cotidiana de la familia. La dinámica y la estructura de una familia se transmiten a través del orden de esas comunicaciones". (12)

El trabajador social debe aceptar la organización y estilo de la familia y observar sus pautas transaccionales y la fuerza de ellas, o sea, evaluar el dolor de uno de sus integrantes por ser excluidos al existir una dependencia en relación con él, o de otro modo al ser confirmado en el seno de la familia.

El trabajador social deberá reconocer el predominio de determinados temas familiares y participar conjuntamente con sus miembros. Deberá seguir el camino de la comunicación, descubriendo cuales son los que están abiertos, los que están parcialmente cerrados y cuales enteramente bloqueados. Cuando el trabajador social traspasa los umbrales familiares debe estar alerta ante los mecanismos de estabilidad del sistema familiar.

12. ANDOLFI, Mauricio. Op. Cit. Pág. 178

el trabajador social debe acomodarse a la familia e intervenir de un modo en que ésta pueda aceptar la realidad de la enfermedad y sus consecuencias al interior del grupo. Teniendo en cuenta que en este caso la unidad de análisis no es solamente el individuo sino, la familia cuya cualidad emergente excede la suma de las individuales que la constituyen.

BIBLIOGRAFIA

ANDER, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social.

ANDOLFI, Mauricio. Terapia para la Resolución de Problemas
Barcelona, Buenos Aires, Paidas 1984.

BARROS SIERRA, Elsie; HENRIQUEZ R, Prisciliana; OROZCO M.
María del Carmen, "Las Relaciones Interpersonales en la
Familia y su Incidencia en el Farmacodependiente". Te-
sis de grado. Universidad de Cartagena, Facultad de -
Trabajo Social, 1986.

BEVON, James, "Guía Médica de Primeros Auxilios, Pinter-
Colombia Ltda.

CLIFFODT, Morgan. "Introducción a la Psicología, 2ª Edi-
ción Aguilar, 1970. P. 450 -540

CONEO Melendez, Giomar; CUETO Hernández Magola, LAUFARIE
Peña Rosa, "Las relaciones interpersonales Inadecuadas
en la Familia y su influencia en las alteraciones del
comportamiento en el niño.

CRESCIONI Neggers de Gladys. Vocabulario Culto. Ed. Nacio-
nales. Printer, Bogotá 1979.

DELGADO Fidel, "Información al Enfermo y la Familia". BARCE-
lona, España, Impreso en Bogotá 1982.

DICCIONARIO Psicológico. "La Psicología Moderna" de la A_Z
3ª Edición.

DICCIONARIO de Psicología 2F-P, Ediciones Riodnero, Madrid,
1979.

ENCICLOPEDIA de las Ciencias, Volúmen 9, Ciencias Humanas
II, México, Cumbre, 1983, ps. 24-25 83-89

ENCICLOPEDIA Lexis 22, Tomo 9, Valencia-Barcelona. Círculo de Lectores 1979, Pág. 2.488

FOLLETO American Cancer Society. Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer.

FORMACION de Problemas, "Las terribles simplificaciones" CETEG, Centro de Estudios Técnicos grupales Mendoza, Material Impreso mimeografiado.

GAVAGNIS, María Esther. "Tiene usted una familia Feliz" Revista del Jueves. Octubre 23 de 1986.

HALEY Jay: "Terapia para resolver Problemas", Amorrortu, Editores, Buenos Aires, 1980.

HEINZ, Dirks. psychologie. La Psicología descubre al hombre traducción de Juan masana Ronquillo.

HOFFMAN De Moreno, María Helena. A los 77 años Bette Davis venció al cáncer. Revista del Jueves, Enero 1986.

HORTON, Paul B. y CHESTER L. Hunt, "Sociología 2ª Edición Mc. Graw-Hill latinoamericana.

HINOJAL, Isidro Alfonso, "Sociología de la Medicina", aspectos Teóricos y Empíricos, Editorial Tecnos, Madrid, 1977.

JIMENEZ Díaz Nancy, SERRANO Ledezma Yaneth, BELTRAN, mendoza Bettina, "Relaciones del núcleo Familiar con el Menor afectado por parálisis cerebral". Tesis de grado, Universidad de Cartagena, Facultad de Trabajo Social, 1981.

JUNG, Masshall. "Direcciones para Construir Teoría de Desarrollo de Familia". Universidad de Cartagena, Material Impreso, mimeografiado.

KRAMER, Ann, Life and Science. The human animal. El hombre cuerpo, mente, salud. Traducido por Romano Haces, Luis Bogotá, Printel Colombia 1985.

LA ESTRUCTURA FAMILIAR en los Sectores Populares Urbanos, Lucero Zamudio y Hernando Clavijo, 1984. 2ª Ed. Bogotá Colombia.

MINUCHIN, Salvador y FISHMAN H. CH. "Técnicas de Terapia Familiar", 1ª Ed. Barcelona-Buenos Aires, Paidas 1984.

MINUCHIN, Salvador. "Familias y Terapia Familiar", Gránica Editor, Barcelona, 1977.

MUÑOZ Héctor, El dolor hiere cada vez más personas. Reunión Científica. EL ESPECTADOR. Bogotá, Febrero 14 de 1984.

NATHAN W., Ackerman, Ediciones Hormes, S.A.E., Editorial Paidas, Buenos Aires, Ediciones 1974.

PACHON De Serna, Constanza. Estamos ganando la guerra contra el cáncer. Revista del Jueves, Febrero de 1986.

PINILLOS De Bernal Dalia, Nuevo Enfoque para enfrentar el Cáncer. EL ESPECTADOR, Bogotá Octubre 23 de 1986.

PEREZ De Beltrán María Mercedes. "Yo Vencí el Cáncer" Revista del Jueves, Junio 19 de 1986.

QUILLET, Enciclopedia Autodidacta. Tomo I. 26ª Edición. Cumbre 1975, México, Págs. 498-501.

REVISTA Nuestra Lucha, Organo de Divulgación. Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, No.1, Octubre 1985, Pág.10 No.2 Enero-Febrero de 1986 Págs.10,11,18,19. Bogotá.

REVISTA Despertad. Publicada en Colombia por Sociedad de Biblias y Tratado. La Torre del Vigía de Pensilvania Bogotá, Octubre 22 de 1986 No.20 "Cáncer. Cómo dar apoyo moral a sus víctimas" Págs. 23-27. Octubre 8 de 1986, No. 9 "El Cáncer. Qué progresos hemos hecho?. Págs. 3-16

RODRIGUEZ, Aroldo. Psicología Social. 6ª Edición, México Trillos, 1982.

SANIN VELASQUEZ, Alvaro, Familia, Terapia y Sociedad, Bogotá, Universidad Santo Tomás 1982.

SANYES T. Mónica P., Quienes tuvimos cáncer somos personas con una segunda oportunidad. Revista del Jueves. Enero de 1987.

TUREGANO, José F. La Medicina y la Salud, Enciclopedia para la Familia, Madrid. Miñón.

VASQUEZ Alberto, De Orlando, Zutema. "La Familia como Sistema. Material Impreso mimeografiado.

VASQUEZ Alberto, "La Teoría de los Sistemas y la Terapia Familiar", Material Impreso mimeografiado.

----- "Conferencia de Terapia Familiar, Por la Familia como sistema.

APENDICE

GUIA DE OBSERVACION.

- Comportamiento de los miembros de grupo.
- Comunicación: gestos, opiniones que expresan.
- Integración del grupo: solidaridad (responsabilidad de los miembros del grupo). Cooperación.
- Historia familiar (descripción del hogar en que se desarrolla el paciente, lugar que ocupa, relaciones familiares, ambiente psicológico del hogar).

A través de la observación se describió las actitudes de la familia hacia el paciente, la enfermedad y el tratamiento, características personales y cualidades de la misma, capacidad familiar, comportamiento.

ENTREVISTA DIRIGIDA A LA FAMILIA.

FECHA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADO _____

DIRECCION _____

1. Composición familiar.

NOMBRE EST.CIVIL EDAD SEXO PARENTESCO OCUPACION NIV.EDUC.

2. Saben ustedes qué enfermedad tiene el paciente?.

SI _____ Cuál _____ (continua).

NO _____ Por qué _____ (pase a la No.9)

3. Socialmente para usted qué es el cáncer?.

4. Creen ustedes que el cáncer es curable?.

SI _____

NO _____

Por qué

5. Qué representa para la familia que uno de sus miembros esta afectado con cáncer?.

6. Conocen ustedes algún tipo de orientación profesional para la familia donde haya un paciente afectado con - cáncer?.

SI _____ Cuáles _____

NO _____ Por qué _____

7. Saben ustedes en que consiste estas orientaciones?.

SI _____ Explique?._ _____

NO _____ Por qué _____

8. Qué opinan sobre la orientación profesional que se le brinda a la familia cuando uno de sus miembros es afectado con cáncer?.

9. Se ha asignado a alguien para acompañar al paciente a las citas médicas - Social?.

SI _____ Quién?._ _____

NO _____ Por qué?._ _____

10. Cómo son las relaciones de ustedes con el paciente?.

11. Piensan ustedes que la enfermedad los ha hecho cambiar en la forma de relacionarse con el paciente?.

SI ____ En que forma? _____

NO ____ Por qué? _____

12. Cómo es el diálogo que se establece entre los miembros del grupo familiar con el paciente?.

13. Hablan ustedes acerca de la enfermedad con el paciente?.

SI ____ Que aspectos? _____

NO ____ Por qué? _____

14. Aparte de ustedes que otras personas conocen la enfermedad del paciente.

15. Qué representa para ustedes el hecho de que ellos estén enterados. _____

16. Han cambiado las relaciones del paciente con sus amigos?.

SI _____ En que forma?.

NO _____ Por qué?.

17. Cómo hace sentir la familia al paciente?.

18. Cómo colabora la familia en la recuperación del paciente?.

19. Por qué colaboran?.

20. Cómo se comporta el paciente a raíz de la enfermedad?.

21. Qué opinan ustedes de ese comportamiento?.

22. En qué se desempeña actualmente el paciente?.

23. Antes de la enfermedad como eran las relaciones entre la familia y el paciente?.

24. Cómo son esas relaciones ahora?.

25. Creen ustedes que el cáncer es una enfermedad que ocasiona problemas?. SI ____ Cuáles ____ (Continue).

NO ____ Por qué _____ (Pase a la No.27).

26. Con qué frecuencia se presentan esos problemas?.

Constantemente _____

Temporalmente _____

Rara vez _____

Por qué? _____

27. Actualmente ustedes prefieren?.

No hablar de la enfermedad del paciente _____

No hablar del tratamiento _____

No hablar de su estado emocional _____

Por qué? _____

28. Si el paciente estudia:

28.1. Ha sido la enfermedad motivo o causa suficiente para impedir sus estudios.

SI _____ En que forma? _____

NO _____ Por qué _____

28.2. Ha sido causa de suspensión?.

SI _____

NO _____

POR QUE? _____

29. Si el paciente trabaja:

29.1. Ha sido la enfermedad motivo o causa suficiente para impedir su trabajo.

SI _____ En que forma? _____

NO _____ Por qué? _____

29.2. Ha sido causa de suspensión?.

SI _____ (Continue)

NO _____ (pase a la No.31).

30. Quién o quiénes han asumido esta responsabilidad y por qué?.

31. Se ha visto afectada la familia económicamente?.

SI ___ En que forma? _____

NO ___ Por qué? _____

32. Qué costo representa para ustedes la enfermedad?.
