

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA**

*Fabiola Cortés-Funes, Juan Pablo Bueno, Almudena Narváez, Anhara García-Valverde, Laura Guerrero-Gutiérrez*

*Unidad de Psico-Oncología, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre*

### **Resumen**

La experiencia de la enfermedad oncológica es un proceso que afecta también al grupo familiar, que constituye el sistema de apoyo primario y que se ve perturbado en su normal funcionamiento previo, asociado al malestar psicológico consecuente con la aparición del cáncer. El proceso de screening de malestar emocional en familiares de pacientes oncológicos, implica el uso de estrategias evaluativas tanto cuantitativas, como cualitativas que permiten determinar si el sistema de apoyo familiar dispone del conocimiento, las habilidades y las actitudes necesarias para ofrecer y mantener cuidados tanto al paciente como a ella misma. El estudio de Relación entre Funcionamiento Familiar y Adaptación Psicológica, tuvo como objetivo analizar de qué manera el funcionamiento y el apoyo social de la familia influiría en la adaptación al proceso oncológico, para ello se analizó el tipo de familia, su estructura y el nivel de ajuste psicológico. El procedimiento se basó en la aplicación de una Encuesta de Información Sociodemográfica, y de los test: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, Índice de Relaciones Familiares, Inventario Familiar de Autoinforme y el APGAR-F. Los resultados del estudio han permitido verificar niveles más elevados de afectación emocional en familiares. En cuanto a los test

### **Abstract**

The cancer experience is a process that affects the family, which is the primary support system and is disturbed to its normal performance, resulting psychological distress associated with cancer development. The screening process of emotional distress in relatives of cancer patients, involves the use of assessment strategies both quantitative and qualitative for determining whether the family support system has the knowledge, skills and attitudes necessary to provide care and maintain both patient herself. The study of relationship between family functioning and psychological adjustment was aimed to analyze how the functioning and family support would influence to its adaptation to the disease; for this goal, we analyzed the family type, its structure and psychological adjustment. The procedure is based on the application of a Questionnaire of social and demographic information, and test: Hospital Anxiety and Depression Scale, Family Relationship Index, Self-report Family Inventory and the APGAR-F. Study results let identified higher levels of emotional involvement in relatives group. As for family screening tests, there is considerable similarity in the results, to be seen in the three test that is a small percentage, the group of families that with characteristics of

---

### **Correspondencia:**

*Fabiola Cortés-Funes*

*Unidad de Psico-Oncología, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre*

*Avda de Córdoba s/n*

*28041 Madrid*

*E-mail: fcortesfunes.hdoc@salud.madrid.org*

de screening familiar, existe bastante similitud en los resultados, al apreciarse en los tres test que es un porcentaje pequeño, el grupo de familias que cumple con las características de los sistemas disfuncionales. Las familias funcionales presentaron menor afectación emocional.

**Palabras clave:** Funcionamiento familiar, adaptación psicológica, screening familiar, evaluación psicológica, evaluación familiar.

dysfunctional systems. Functional families had lower emotional involvement.

**Key words:** Family functioning, emotional distress, family screening, psychological assessment, family assessment.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermar, es un acontecimiento vital que no deja indiferente al ser humano. El enfermo es alguien que es hija/o, padre, madre, esposa/o, etc. por tanto, la enfermedad también sucede a la familia. Por este motivo, es importante considerar la idea de familia que maneja cada equipo o profesional, la cual influirá en la preferencia por determinados instrumentos de evaluación, así como también influirá en la derivación de la familia, dentro del equipo sanitario, al psicólogo.

Considerando la perspectiva de salud de la Organización Mundial de la Salud como biológica, psicológica y social, conlleva el deber de los profesionales a brindar atención al grupo familiar primario, como parte de la "unidad de tratamiento paciente-familia"; por tanto, la efectividad clínica implica no solo administrar un tratamiento, sino mejorar la salud de la población en general y, al trabajar con pacientes oncológicos, conduce a proteger no solo su calidad de vida o de muerte, sino a cuidar y/o educar a las familias de los pacientes.

La evaluación psicológica familiar no siempre ha de conducir a la definición de un problema o diagnóstico psicológico, sino que se debe aplicar como una medida sanitaria más con dos finalidades: poder identificar posibles crisis familiares relacionadas con el proceso oncológico para promover tempranamente que, en

la familia se adopten actitudes solidarias de cuidado intergeneracional y; registrar y conocer a la población de referencia con la que se trabaja, información que determinará la pertinencia de los distintos dispositivos asistenciales<sup>(1)</sup>.

Los distintos instrumentos de evaluación han sido diseñados para cuantificar comportamientos, tendencias, hábitos, aptitudes en frecuencia e intensidad. Requieren cumplir con cualidades específicas de fiabilidad, validez y en cuanto a especificidad y sensibilidad, con el objeto de poder comparar los resultados de la evaluación de las familias en diferentes contextos. No obstante, de acuerdo a las necesidades de cada centro o equipo, se pueden implementar y confeccionar nuevos instrumentos adecuados a las necesidades familiares o aspectos referidos concretamente al tipo de servicio que el equipo puede ofrecer a la familia<sup>(1)</sup>.

Existe un listado bastante amplio de instrumentos disponibles para su aplicación en población general, siendo los familiares de los enfermos considerados dentro de esta amplia categoría. A nivel cuantitativo los principales instrumentos de evaluación, considerados por Meseguer<sup>(1)</sup> aplicados dentro del ámbito de la Psiconcología son: *Perfil de estado de ánimo (POMS)*; *Cuestionario Autoinforme (SRQ)*; *Cuestionario general de salud (GHQ)*; *Inventario breve de síntomas (BSI)*; *Inventario de depresión de Beck (BDI)*; *Inventario de experiencias en duelo*; *Escala de eva-*

luación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III); Autoinforme de evaluación familiar (FAD); Escalas de ajuste diádico y de ajuste marital; Cuestionario para la evaluación del equipo de soporte (Stats support team assessment Schedule); Escala de evaluación de los cuidados según los familiares (FAMCARE SCALE); Cuestionarios de modos de afrontamiento (Ways of coping questionnaire); Cuestionarios de necesidades; Entrevistas estructuradas; Entrevista (Structured Clinical Interview for Diagnostic Nonpatient, SCID-NO).

El screening de malestar emocional para familiares, se complementa con la evaluación cualitativa, la misma que conduce a explicaciones funcionales, estructurales y sistémicas. Es un tipo de valoración orientada a responder al interrogante: "¿Tiene esta familia el conocimiento, las habilidades y las actitudes necesarias para ofrecer y mantener cuidados tanto al paciente como a ella misma, desde que inicia el contacto con el Equipo Sanitario y durante las distintas etapas del tratamiento y/o enfermedad?". Entre las principales herramientas que permiten realizar un análisis cualitativo familiar se pueden destacar las siguientes: *Entrevistas abiertas o en profundidad a los familiares; Entrevista semiestructurada o semiabierta; El grupo de discusión; Observación sistémica o codificada; Análisis funcional SODA-MECA; Escalas Análogo-visuales*<sup>(1)</sup>.

### **Relación entre funcionamiento familiar y adaptación psicológica en pacientes oncológicos y sus familiares**

La Unidad de Psicooncología, del Hospital Universitario 12 de Octubre, realizó un estudio sobre pacientes oncológicos y sus familiares. Entendiendo que, desde el momento del diagnóstico tanto pacientes, como sus familiares atraviesan por una situación de gran tensión emocional, lo cual supone un impacto con consecuencias físi-

cas y psicológicas. La presencia de determinadas manifestaciones está supeditada a muchas variables como: apoyo social, relación de pareja, estructura familiar, momento de inicio de la enfermedad, duración y tipo de tratamientos, incapacidad que produce, comprensión de la información y de la situación, entre otros. Dentro del ámbito de la Psicooncología, se ha prestado especial atención al estudio de variables psicológicas relacionadas con los familiares de pacientes, lo cual constituyó una línea base para emprender el estudio en mención.

El impacto recíproco entre funcionamiento psicosocial y familiar y la salud física ha sido considerado y estudiado desde los años 20, destacando desde entonces la importancia de la inclusión de la familia en el mundo de la medicina. La escuela sistémica considera a la familia como un conjunto de personas que constituyen un sistema dinámico de interacciones, cuya propiedad básica es que un cambio en uno de sus miembros, potencialmente provoca modificaciones sobre los demás y; como consecuencia, se redefine el sistema ante cada cambio<sup>(2)</sup>. Basados en esta definición, cuando un miembro de la familia tiene una enfermedad como es el cáncer, toda la familia se ve afectada, ya que es el contexto donde el paciente responde a la enfermedad oncológica y ha sido identificada como la fuente principal de cuidado del paciente<sup>(3)</sup>.

Un nuevo modelo sistémico de enfermedad lo sustenta Rolland, destacando la interacción y el contexto como variables determinantes de la función o disfunción, la cual se define con el ajuste entre el individuo y su familia, su contexto social y demandas psicosociales del problema de salud. Enfatiza en los procesos interactivos y las características de la familia, dentro de éstas: los estilos instrumental, afectivo, el desarrollo, el paradigma (creencias y valores) y la historia multigeneracional de

la enfermedad<sup>(4)</sup>. En relación a la enfermedad se valoran las demandas prácticas, afectivas, el desarrollo de las fases temporales, el significado atribuido y los datos históricos. En la presente investigación, la persona objeto de estudio es el paciente oncológico y su contexto va a ser su sistema familiar; este último se ve alterado por una intensa relación emocional con el paciente, y será el encargado de proporcionar los cuidados. Por ello, el familiar también se ve afectado por el problema que el paciente está teniendo<sup>(5)</sup>.

La relación entre la adaptación psicológica y factores familiares ha sido identificada en diversos estudios, como los llevados a cabo por Cassileth et al.<sup>(6)</sup> y Kissane<sup>(7)</sup>. Sin embargo, en otros no se confirma, como en el de Ell et al.<sup>(8)</sup> por lo que se requiere datos que permitan aclarar esta disyuntiva. El equipo de Psicooncología del Hospital 12 de Octubre ha considerado analizar las siguientes variables con miras al estudio en cuestión: la adaptación psicológica del paciente y del familiar que le acompaña al tratamiento, el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido tanto por el paciente como por la familia.

La enfermedad, en general, y el cáncer, en particular son situaciones de estrés, que como todo estímulo de ésta índole produce crisis y requiere, por consiguiente, de una adaptación psicológica; sin la cual, el resultado será la aparición de morbilidad emocional. Al respecto, la presencia de alteraciones psicológicas en pacientes oncológicos, refieren Derogatis et al., ha sido analizada y estudiada ampliamente; concluyendo, la gran mayoría de investigaciones, que alrededor del 47% de la población oncológica presenta algún trastorno mental y muestran signos y síntomas de estrés asociados al diagnóstico y al tratamiento recibido<sup>(9-12)</sup>. No obstante, Massie considera que la gran mayoría de manifestaciones psicológicas son reactivas al diagnóstico o tratamiento<sup>(13)</sup>.

Sin embargo, la afección que genera una enfermedad, en este caso el cáncer, puede ir más allá, produciendo crisis que desestabilizan la dinámica familiar, situación ante la cual las familias responden de múltiples maneras, unas niegan la crisis y mantienen rígidamente la estructura previa, otras se disuelven dejando desestructurada por completo la dinámica familiar<sup>(14)</sup>. La respuesta ideal, manifiesta Lederberg, sería una apropiada flexibilidad mientras la familia se va transformando y probando nuevas formas de comportarse, hasta adaptarse a la situación estresante<sup>(15)</sup>. Muchos estudios realizados con familias, se han centrado en muestras en las que el paciente es un hijo menor, pero existe una carencia de estudios acerca de la influencia de la enfermedad en la familia cuando el paciente es un adulto, por ello esta investigación aportará información útil y necesaria al respecto<sup>(16-19)</sup>.

La comunicación familiar ha sido estudiada por Barnes quien concluye que la comunicación efectiva reduce el conflicto y la fuerza de los roles, a la vez que promueve la cohesión y el soporte mutuo<sup>(20)</sup>. En otros estudios Kissane ha identificado como las variables más importantes: la cohesión familiar, la expresividad emocional y el nivel de conflicto. Estas sirven como parámetros para discriminar las familias adaptativas de las que tienen un afrontamiento pobre o riesgo psicopatológico<sup>(21)</sup>. Al respecto, Beavers ha desarrollado un modelo de funcionamiento familiar, que parte del constructo de competencia familiar: en qué medida la familia desempeña adecuadamente ciertas funciones, potenciando la separación y la autonomía evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente con los miembros de la familia. Es decir, la competencia y el estilo de funcionamiento, permiten comprender el funcionamiento familiar e individual ante una crisis<sup>(22)</sup>.

En cuanto a la relación de pareja, exis-

te amplia información documentada, pues constituye el núcleo básico de la familia. Las variables más frecuentemente estudiadas han sido la relación entre el estado psicológico del paciente y la pareja, la comunicación<sup>(20)</sup>, la comunicación del afecto y deseo de intimidad<sup>(23)</sup>, soporte social disponible, nivel de conflicto, influencia del tiempo en el ajuste de la pareja y el ajuste marital previo<sup>(24-26)</sup>.

Por último, el estudio del apoyo social, dentro del cual se incluyen el soporte familiar, el apoyo de personas externas al contexto familiar y del contexto sanitario; concluye que existen diferencias culturales en el tipo de apoyo otorgado. Adicionalmente, se destaca la poca importancia al tipo y la cantidad de apoyo proporcionado, sino la percepción subjetiva que el paciente tiene de ellos<sup>(27)</sup>.

La enfermedad oncológica se la puede dividir en distintas fases: la prediagnóstica que involucra la prevención primaria que fomenta la detección temprana. La fase diagnóstica que comprende la determinación de la enfermedad y la aplicación de tratamientos, tanto si es con fines curativos, como paliativos; adicionalmente, forman parte de esta fase la recurrencia o la remisión parcial y/o completa. Por último, en el caso del fracaso del tratamiento paliativo, una tercera fase comprende los cuidados al final de la vida y la muerte como tal. Todas estas etapas son cualitativamente diferentes tanto para pacientes como para familiares<sup>(28,29)</sup>. Por lo general, las investigaciones se han desarrollado entorno a las fases posteriores al diagnóstico y al final de la vida, existiendo cierta carencia respecto a estudios que ahonden sobre la adaptación en las fases intermedias, por lo cual el presente estudio pretendía cubrir este déficit<sup>(30-32)</sup>.

El objetivo planteado para la realización de la investigación, fue principalmente analizar de qué manera el funcionamiento de la familia va a influir en la adaptación

al proceso oncológico, para ello se analizó el tipo de familia, su estructura y el nivel de ajuste psicológico.

Se utilizaron y se analizaron comparativamente dos clasificaciones familiares funcionales/disfuncionales, de forma exploratoria, para ver cuál de las dos es más válida y fiable. La primera clasificación es la de Kissane<sup>(21)</sup> basada en el cuestionario FES<sup>(33)</sup> y la segunda clasificación es la de Beavers<sup>(22)</sup>.

Las variables con las que se trabajó en el estudio son las siguientes:

- Adaptación Psicológica: Considerada una reacción psicológica que se produce después de un acontecimiento estresante, caracterizada por síntomas ansiosos y depresivos que se manifiestan en el paciente oncológico y su familia como resultado del enfrentamiento a la enfermedad oncológica.

- Relaciones Familiares: Se distinguen, en el marco de la investigación, varias categorías de familias, basándose en las variables de cohesión, expresividad emocional, nivel de conflicto, liderazgo y estilo familiar. Las categorías familiares se las agrupa en tres subgrupos: familias funcionales, familias intermedias y familias disfuncionales.

En función de estas variables, se han establecido algunas hipótesis de trabajo que se buscaron confirmar o descartar mediante el estudio:

- En las familias funcionales se espera que el paciente y el familiar experimenten mejor adaptación psicológica a la enfermedad.

- En las familias disfuncionales se espera que el paciente y el familiar experimenten una peor adaptación psicológica a la enfermedad.

## MÉTODO

La investigación fue transversal, debido a que se realizó, en un momento determi-

nado posterior al diagnóstico y durante la fase de tratamiento, sin un conocimiento previo de los participantes, ni un seguimiento. En cuanto a la muestra, ésta fue recogida en el Hospital Universitario 12 de Octubre, perteneciente al área XI del INSALUD de Madrid en el Servicio de Oncología Médica. Los pacientes incluidos fueron los diagnosticados de cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon, por ser estos los tumores más frecuentes y con la finalidad de obtener una muestra homogénea con respecto a edad y sexo.

Los criterios de inclusión tanto de pacientes, como de familiares, fueron:

- Estar diagnosticado de una de las tres patologías del estudio (mama, pulmón, colon).
- Haber sido diagnosticado hace más de tres meses y menos de seis.
- Ser mayor de 18 años y menor de 75 años.
- Tener algún familiar o persona que acompañe durante las visitas al hospital, y
- Ser capaz de entender y contestar las preguntas.

En cuanto al procedimiento, se realizó una primera entrevista, efectuada a partir de los tres meses del diagnóstico oncológico. El paciente fue contactado telefónicamente para que acudiera con la familia que considerara significativa. La entrevista se basó en un formato elaborado ad hoc, exclusivamente para el presente estudio, en la misma se obtuvieron los datos sociodemográficos. Se procedió, entonces, a explicar el objeto del estudio con fines investigativos y se entregó el protocolo del estudio destacando la participación en el mismo con el carácter de voluntario. Se procuró, de acuerdo a la idiosincrasia de cada caso, que se contesten a las preguntas (cuestionarios, test) el mismo día para poder despejar dudas. El estudio estuvo basado en la recopilación de los datos tanto los sociodemo-

gráficos, como las respuestas al material psicométrico considerado para el estudio y el análisis estadístico de la información proporcionada. Los instrumentos de evaluación que se emplearon fueron:

*Información socio-demográfica:* Responde a un formato de entrevista estructurada que evaluó las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, número de hijos, número de personas con las que convive en el domicilio, nivel educativo, situación laboral; y como información adicional se recopiló información médica como: fecha del diagnóstico, diagnóstico oncológico, tratamiento recibido hasta el momento, enfermedades previas, antecedentes psicopatológicos y su tratamiento y abuso de sustancias.

En cuanto al familiar se refiere, los datos evaluados fueron: Situación laboral, relación con el paciente, si convive con el paciente o no, presencia de algún otro estresor, enfermedades previas, antecedentes psicopatológicos y su tratamiento y abuso de sustancias.

*Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983)<sup>(34)</sup>:* Es una escala frecuentemente utilizada para valorar respuestas emocionales de pacientes ante la enfermedad y el malestar emocional ocasionado por el contacto con la institución hospitalaria y la enfermedad. En estudio de validación, realizados con población española, se ha obtenido una alta fiabilidad tanto en la escala de ansiedad (0,77), como en depresión (0,83). La correlación test-retest es de 0,82 para la escala de ansiedad y de 0,8 en depresión<sup>(35)</sup>.

El instrumento es breve y muy fácil de contestar. Consta de 14 ítems, cuyo formato de respuesta es una escala Likert de 4 puntos. Para la valoración y codificación de los resultados, se establecieron los siguientes puntos de corte<sup>(36)</sup>: Alto: Entre 21 – 42 en la puntuación total; Moderado: Entre 8 – 21 en la puntuación total; Bajo:

Entre 0 – 7 en la puntuación total.

*Índice de Relaciones Familiares (Family Relationship Index, FRI)* (Kissane, 1998)<sup>(37)</sup>: Es un instrumento que proviene del Escala de Clíma Social Familiar de Moos et al.<sup>(38)</sup>. Es un test compuesto por ocho subescalas que evalúan el clima social, mediante la valoración de las características socio-ambientales, las relaciones interpersonales, los aspectos de desarrollo y la estructura básica de las familias. Las propiedades psicométricas de la escala han sido ampliamente contrastadas en diversas poblaciones obteniéndose una fiabilidad de 0,89<sup>(33)</sup>. Los 90 ítems del FES se agruparon en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales:

- Relaciones interpersonales entre los miembros de la familia,
- Aspectos de desarrollo de la familia y crecimiento personal y,
- Estabilidad, organización y estructuración familiar.

De los tres aspectos que evalúa el FES, la dimensión de relaciones conforma el FRI; el cual a su vez está integrado por tres subescalas: cohesión, expresividad y conflicto. La cohesión mide el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí. La expresividad revela el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos. El conflicto proporciona un indicador sobre el grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los

miembros de la familia. El FRI es una prueba breve, consta de 12 ítems con respuesta de verdadero o falso. Los estudios de validez demuestran un fiabilidad de 0,86<sup>(33,36)</sup>. Estas investigaciones han sido validadas en trabajos como el realizado por Ozono et al., quien ha analizado el FRI y ha correlacionado cada subescala con otras variables psicológicas, ha concluido que la percepción del apoyo y funcionamiento familiar está directamente relacionados con el malestar emocional de los miembros de la familia<sup>(39)</sup>.

Los resultados del FRI nos permiten tipificar a las familias en los grupos que se exponen en la tabla 1.

*Inventario Familiar de Autoinforme (Self-report Family Inventory SFI)* (Beavers, 1987)<sup>(22)</sup>: Es una escala compuesta por 36 ítems, está diseñada para evaluar las percepciones de los individuos sobre la competencia y el estilo de la familia. Se divide en 5 subescalas:

- Salud/competencia: Es la escala principal y la más amplia. Aborda temáticas relativas a la felicidad, el optimismo, la resolución de problemas y las habilidades negociadoras, el afecto familiar, la fuerza de las coaliciones paternas, el énfasis sobre la autonomía / individualidad y los patrones de culpabilidad / aumento de responsabilidad.

- Conflicto: Las puntuaciones “sanas”, indican niveles bajos de conflicto manifiesto no resuelto, lucha, culpabilización y discusión, con niveles elevados de negociación y aceptación de la responsabilidad

Tabla 1. **Tipología familiar**<sup>(36)</sup>.

TIPO DE FAMILIA	SUBTIPO
<b>Familias Funcionales</b>	Familias que brindan apoyo Familias que resuelven conflictos
<b>Familias Intermedias</b>	Familias Intermedias
<b>Familias en Riesgo</b>	Familias de humor variable Familias hostiles

Tabla 2. Tipología familiar SFI.

TIPO DE FAMILIA	SUBTIPO DE FAMILIA
Familias Funcionales	Familias óptimas Familias adecuadas Familias medias centrípetas Familias medias mixtas
Familias Intermedias	Familias medias centrífugas Familias limítrofes centrípetas Familias limítrofes centrífugas
Familias Disfuncionales	Familias severamente disfuncionales centrípetas Familias severamente disfuncionales centrífugas

personal en la resolución de situaciones conflictivas.

- **Cohesión:** Hace referencia a la satisfacción y la felicidad que consiguen estando juntos y mediante la cercanía familiar.

- **Liderazgo:** Valora, exclusivamente, valores fuertes y consistentes de liderazgo en la familia.

- **Expresividad emocional:** Relacionada con la competencia familiar global y valora las percepciones de sentimientos de cercanía, las expresiones físicas y verbales de sentimientos positivos y, la facilidad con que expresan los sentimientos de calidez y el afecto en general<sup>(22)</sup>.

Mediante estas cinco subescalas, el SFI permite identificar los tipos de familia que se exponen en la tabla 2.

*APGAR-Familiar* (Smikstein, 1978)<sup>(40)</sup>: Es una escala que refleja el estado del funcionamiento familiar según la visión del paciente, la unidad familiar como parte del tratamiento de atención médica; en conclusión, es una prueba de screening para obtener una visión general y rápida del funcionamiento familiar, por ello, a mayor puntuación, mayor satisfacción<sup>(1)</sup>. Está compuesta de 5 preguntas cerradas con

tres posibilidades de respuesta y hacen referencia a los componentes funcionales del APGAR-Familiar que son:

- **Adaptación:** Cómo se comparten los recursos, o el grado en que un miembro está satisfecho con la asistencia recibida cuando los recursos familiares son necesarios.

- **Asociación:** Cómo las decisiones son compartidas, o la satisfacción de los miembros con la reciprocidad en la comunicación familiar y en la resolución de problemas.

- **Crecimiento:** Cómo se comparte la crianza, o la satisfacción de los miembros con la libertad dentro de la familia para cambiar los roles y lograr un crecimiento físico o emocional o la maduración en sí del grupo familiar.

- **Afecto:** Cómo las experiencias emocionales son compartidas, o la satisfacción de los miembros con la intimidad y la interacción emocional que existe en la familia.

- **Recursos:** Cómo el tiempo (además, espacio y dinero) es compartido, o la satisfacción de los miembros con el compromiso de tiempo que se destina a la familia por sus miembros<sup>(1,41)</sup>.



## RESULTADOS

### Los datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos se exponen en la tabla 3.

La muestra fue bastante homogénea, como lo muestra la tabla 3, en cuanto a la participación tanto de hombres (46,5%), como de mujeres (53,5%) en el grupo de pacientes; presentando un cierto predominio de mujeres (69%) en el grupo de familiares. En total participaron 344 personas. De ellos, la gran mayoría fueron personas casadas, tanto en pacientes (78,7%), como en familiares (76,4%). Dentro del grupo de pacientes, fueron minoría las personas separadas o divorciadas (5,3%), mientras que, en el caso de los familiares, los viu-

dos obtuvieron el menor porcentaje de participación (1,9%).

Respecto a la situación laboral de los pacientes, alrededor del 70% se encontraban sin actividad laboral como tal, por baja debido a enfermedad, por jubilación o por desempleo en sí mismo, siendo tan solo un 4,1% de personas que se encontraban en activo. En cuanto a los familiares se refiere, más del 70% presentaban una actividad laboral entre en activo (48,1%) y personas que realizan labores domésticas (26%). En ambos grupos fue muy bajo el número de participantes estudiantes (0,6%).

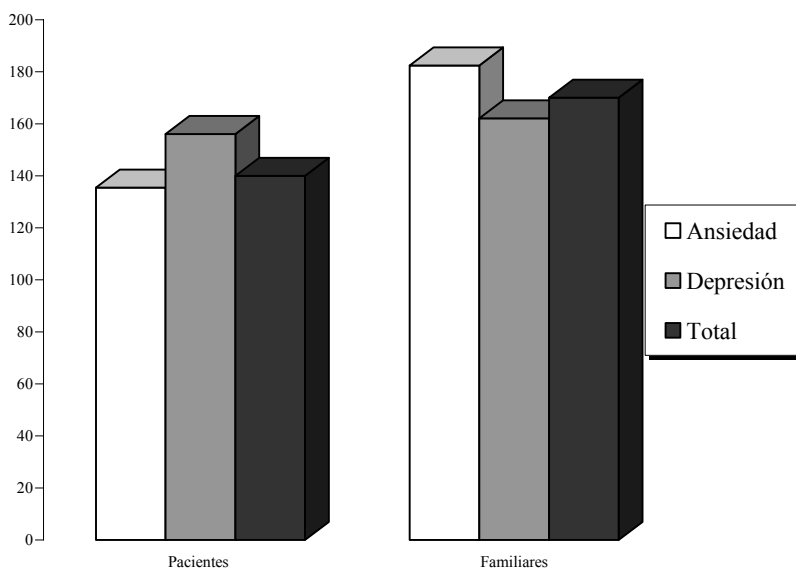
Finalmente, las medias de edad, entre los participantes fueron de 57,89 y 48,44 tanto para pacientes, como para familiares, respectivamente.

Tabla 3. **Datos sociodemográficos.**

	PACIENTES	FAMILIARES
N	173	171
SEXO	PACIENTES	FAMILIARES
Masculino	46,5%	31%
Femenino	53,5%	69%
ESTADO CIVIL	PACIENTES	FAMILIARES
Soltero	6,5%	17,2%
Casado	78,7%	76,4%
Viudo	9,5%	1,9%
Separado/divorciado	5,3%	4,5%
SITUACIÓN LABORAL	PACIENTES	FAMILIARES
En activo:	4,1%	48,1%
Amas de casa:	26,6%	26%
Estudiantes:	0,6%	0,6%
En paro:	7,1%	7,8%
Retirados/Jubilados:	26%	13,6%
Baja por enfermedad:	34,9%	2,6%
EDAD	PACIENTES	FAMILIARES
	57,89	48,44

Tabla 4. **Distribución HAD.**

NIVEL	TOTAL		PACIENTES		FAMILIARES	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	81	25,6	56	34,8	25	16,1
Moderado	178	56,3	80	49,7	98	63,2
Alto	57	18	25	15,5	32	20,6

Figura 1. **Ansiedad y depresión en el HAD.**

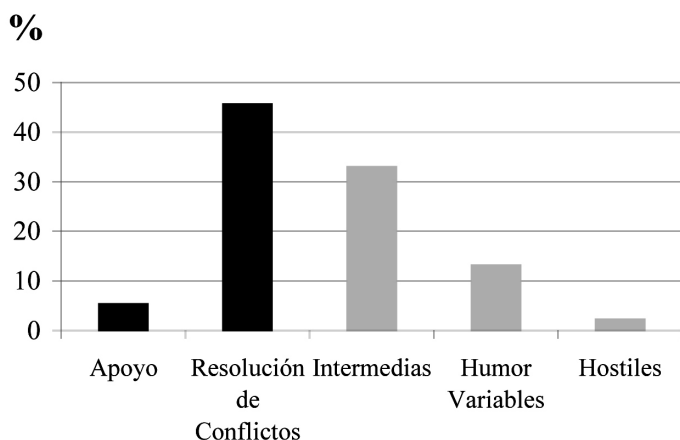
### HAD

Los resultados del HAD se exponen en la tabla 4.

En términos generales, los resultados obtenidos mediante el HAD, permitieron visualizar una clara tendencia hacia una puntuación moderada en los niveles de ansiedad y depresión, tanto en familiares (63,2%), como en pacientes (49,7%); valoración que superó el 50% de los pacientes y familiares; así lo indica la Tabla 2. No obstante, es destacable que las puntuaciones altas son mayores en los familiares, en relación con los pacientes, con un porcentaje de 20,6% de los primeros, a 15,5% en los segundos; y

a su vez, las puntuaciones bajas son bastante mayores en los pacientes (25,6%). Se encontró mediante una prueba de Chi cuadrado una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ) en escala ansiedad ( $p=0,000$ ), pero no en la de depresión. En la escala total del HAD se encuentra una diferencia significativa ( $p=0,002$ ). Analizando las variables que evalúa el HAD se puede distinguir que se presentaron niveles elevados de ansiedad en el grupo de familiares, mientras que en cuanto a depresión los niveles son muy similares entre ambos grupos. Para mayor claridad se puede apreciar en la figura 1.

Figura 2. **Tipología familiar FRI.**



*FRI*

De acuerdo a la tipología familiar que propone Moos, se muestra en la figura 2, el índice de presentación de los diferentes tipos de familias, pudiendo apreciarse, que en el estudio se presentó un amplio número de familias que se encuentran dentro de la categoría de Familias de Resolución de conflictos (45,7%), que sumados al 5,5% de familias de apoyo, representan prácticamente la mitad de los participantes, que supone pertenecen a familias funcionales. En el otro extremo, dentro de las familias disfuncionales, las intermedias alcanzaron el 33,1%, seguidas de las de humor varia-

ble con el 13,3% y una pequeña proporción cumplió con los criterios de familia hostil (2,4%).

De acuerdo a esta clasificación familiar y a los porcentajes de presentación en el presente estudio, la tabla 5 presenta las características de las familias funcionales que representaron la mitad de los participantes.

Por su parte, las familias disfuncionales o que presentan riesgo de morbilidad psicológica, representan la otra mitad del total de la muestra investigada, siendo las familias intermedias, las de más frecuentes. Sus características se exponen en la tabla 6.

Tabla 5. **Familias funcionales.**

FAMILIAS FUNCIONALES		
51%		
TIPOLOGÍA	PORCENTAJES	CARACTERÍSTICAS
Familias de Apoyo	5,5%	Alta cohesión, expresividad abierta, nivel de conflicto bajo, la presencia de morbilidad psicológica es baja.
Familias de Resolución de Conflictos	45,7%	Alta cohesión, expresividad emocional abierta, nivel de conflicto moderado, bajo riesgo de morbilidad esperable.

Tabla 6. **Familias en riesgo psicológicos.**

FAMILIAS EN RIESGO PSICOLÓGICO		
49%		
TIPOLOGÍA	PORCENTAJE	CARACTERÍSTICAS
Familias Intermedias	33,1%	Caracterizada por la cohesión moderada, pero también tienen tasas altas de morbilidad psicológica. No exigen atención.
Familias de Humor Variable	13,3%	Presentan ira en silencio, y se han encontrado elevadas tasas de depresión. Presentan altos niveles de control sobre la vida familiar, con una mayor rigidez y conformidad para las expectativas de la familia. La expresión de sentimientos puede ser bloqueada.
Familias Hostiles	2,4%	Son sistemas fracturados y caóticos, incluso hasta el punto de que los miembros se niegan a hablar el uno al otro durante varios años. Presentan las tasas más altas de morbilidad psicológica. No planean actividades cuidadosamente. La estructura y el orden están ausentes. Es un sistema que destruye el trabajo en equipo e inhibe cualquier capacidad de apoyo.

Tabla 7. **Distribución tipología familiar.**

TIPO DE FAMILIA	SUBTIPO FAMILIAR	PACIENTES	FAMILIARES
Familias Funcionales	De apoyo	5,3%	5,6%
	De resolución de conflictos	47%	44,4%
Familias en Riesgo	Intermedias	33,1%	33,1%
	De humor variable	13,2%	13,4%
	Hostiles	1,3%	3,5%

Al comparar los resultados de pacientes, con los de familiares, se puede identificar cierta similitud en la percepción de apoyo a nivel familiar y; por tanto, en las tipologías de familias y sus porcentajes en el presente estudio. Así lo muestra la Tabla 7 en la que las proporciones de las familias funcionales son muy similares, las de Apoyo representan un 5,3% en pacientes y un 5,6% en familiares. De igual manera, en las familias de Resolución de

Conflictos el 47% de los pacientes, no dista mayormente del 44,4% que alcanzaron en el grupo de familiares.

Fenómeno parecido ocurre con las familias en Riesgo de Morbilidad Psicológica, las familias intermedias presentaron la misma proporción en ambos grupos (33%), las de Humor Variable con porcentajes muy semejantes con 13% en pacientes y 13% en familiares.

Tabla 8. **Tipología familiar SFI.**

Tipología familiar	Porcentaje	Subtipo familia	Características
Familias Funcionales	48%	Familias Óptimas	Presentan alta capacidad negociadora, expresión individual clara y actitud mutua de afinidad. Dan la impresión de ser competentes, reconocidos y confiados, son espontáneos y disfrutan de la compañía de los demás, con expresiones claras y directas de sentimientos, actitudes y opiniones. Los padres suelen ser líderes claros.
	24,7%	Familias Adecuadas	Son sistemas relativamente sanos y competentes, que alientan y respetan la individualidad y la claridad de la expresión, pero la negociación de las diferencias es menos competente, la coalición paterna es relativamente débil. El logro de la autonomía y la individuación les resulta difícil.
Familias Intermedias	24,7%	Familias medias centrípetas	Presentan gran preocupación por las normas y la autoridad, se encuentran en búsqueda constante del control de los impulsos básicos de la familia por medio de un control manifiesto y autoritario. Las mujeres son predominantemente dependientes y emocionales. Los hombres suelen ser fuertes, callados y aferrados a la autoridad. Fomentan la interiorización y la represión.
		Familias medias mixtas	Muestran una conducta competitiva, dan una sensación de inconsistencia e inseguridad, los intentos de control son inconsistentes. Las parejas pueden dar una buena impresión ante la sociedad pero en privado tienen ataques hostiles y culpabilizaciones.
		Familias medias centrífugas	Tienden a controlar por medio de la autoridad y la intimidación, las cuales con el tiempo suelen ser ineficaces, por lo que recurren a la culpa y la manipulación. Son más frecuentes la ira y la culpabilización despectiva. La pareja es conflictiva y competitivamente hostil. Los hijos son manipuladores y suelen tener conflictos con la autoridad.
		Familias Límitrofes Centrípetas	El caos y la incomodidad son principalmente verbales, sus miembros normalmente encubren, somatizan o interiorizan las luchas por el control. La coalición paterna está radicalmente descompensada. Los límites generacionales se vuelven difusos. Los miembros se retraen y protegen, mediante intentos de individuación o de búsqueda de atención.
		Familias Límitrofes Centrífugas	Pueden ser más abiertas en la expresión de la ira. La coalición paterna presenta una conexión vaga y con alta frecuencia de batallas tormentosas. A los hijos se les brinda escaso apoyo. Solidaridad casi nula y predominio de la manipulación.
Familias Disfuncionales	2,5%	Familias Severamente Disfuncionales Centrípetas	Impide el crecimiento independiente y autónomo. Los hijos están incapacitados en su progresión. La coalición paterna no funciona como unidad y se la suplanta por una coalición padre-hijo. Se relacionan con miembros historial psicopatológico.
	0%	Familias Severamente Disfuncionales Centrífugas	Su apariencia exterior es vaga, con frecuentes ausencias, deserciones, huidas de algún miembro. Expresan con frecuencia hostilidad y se ridiculizan mutuamente. Se suelen herir unos a otros con insensibilidad al dolor ajeno. Los miembros, por lo general, se sienten mal, pero no saben cómo remediar la situación.

Tabla 9. **Distribución APGAR-Familiar.**

TIPOLOGÍA	TOTAL	PACIENTES	FAMILIARES
Familias con disfunción moderada a severa	6,9%	6,4%	7,4%
Familias funcionales	93,1%	93,6%	92,6%

**SFI**

La tipología familiar que maneja el SFI permite distinguir 9 tipos de familias, anteriormente mencionados. La tabla 8 permite identificar estos tipos familiares y sus porcentajes de presentación en el estudio realizado. En el estudio existe un predominio de familias funcionales entre las Óptimas (48%) y las Adecuadas (24,7%), seguido de las familias intermedias que entre todas ellas alcanzan un 24,7% del total de participantes. Finalmente, con un porcentaje bastante pequeño, las familias disfuncionales, tan solo presentó un 2,5% que cumplió con las características de las familias Severamente Disfuncionales Centrípetas.

**APGAR – Familiar:**

Con la finalidad de poder sistematizar la información de la investigación, se tomó como referencia los puntos de corte establecidos por Bellón et al.<sup>(41)</sup>, de tal manera:

1. Familias con disfunción moderada a severa: Puntuaciones menores a 7.
2. Familias funcionales: Puntuaciones mayores a 7.

Basados en esta distribución del APGAR, los resultados obtenidos demuestran una tendencia marcada hacia la funcionalidad en las familias, sobre el 90% de los participantes en total. Existen elevados niveles de similitud en la percepción sobre el funcionamiento familiar entre familiares y pacientes, con un 93,6% en pacientes y un 92,6% en familiares que califican como pertenecientes familias funcionales. Por consiguiente, las familias disfuncionales también presentan porcentajes similares,

6,4% en pacientes y 7,4% en familiares. Estos datos son reflejados en la Tabla 9, en la que se aprecia claramente la ausencia de diferencias, estadísticamente, significativas entre familiares y pacientes.

**Distribución entre las diversas escalas utilizadas:**

*Distribución APGAR-Familiar y HAD:* El estudio realizado, permite comprobar una de las hipótesis planteadas previamente, lo cual nos facilita esta comparación entre los resultados del HAD y APGAR-F, al verificar que las familias disfuncionales presentan niveles elevados de malestar emocional, reflejados en puntuaciones más altas en el HAD (47,4%), en relación a las familias funcionales en las cuales tan solo el 17,7% puntuó alto en el HAD. Las personas pertenecientes a familias funcionales, presentan un mayor porcentaje de malestar emocional bajo (27,1%) en relación a las familias disfuncionales (10,5). La figura 3 permite comparar con mayor facilidad estas diferencias y tendencias entre las dos tipología de familia que presenta el APGAR-F.

*Distribución FRI y HAD:* A nivel general, considerando las tipologías principales que maneja el FRI se identifican niveles más elevados de afección emocional en las familias en riesgo con un 25,2% en relación al 12,8% en familias funcionales. Existe un porcentaje bastante mayor, en los niveles bajos en las puntuaciones del HAD, en las familias funcionales (35,6%) en relación a las familias en riesgo (15,8%). Las puntuaciones medias, no presentan diferencias significativas, encontrándose alrededor del 50%. Esta

Figura 3. Comparación HAD-APGAR-F.

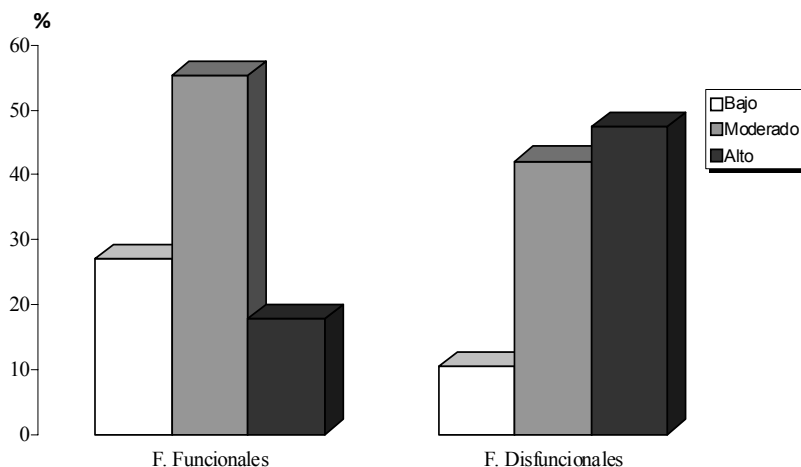
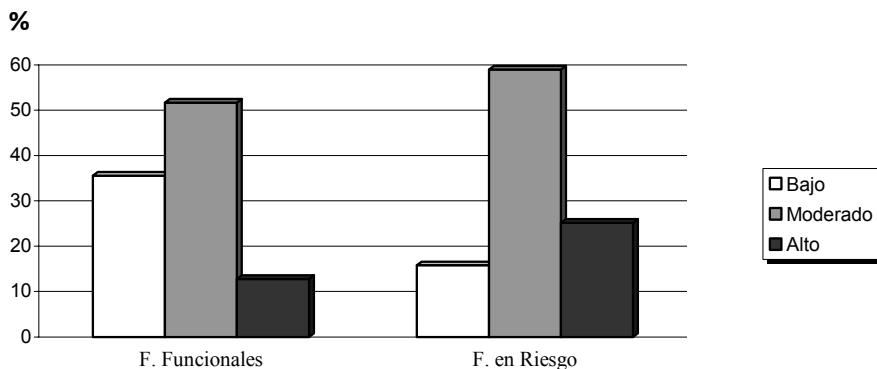


Figura 4. Comparación FRI-HAD.



información puede ser ampliamente visualizada en el Figura 4.

*Distribución SFI y HAD:* La amplia tipología familiar que maneja el SFI, permite realizar diversos análisis comparativos con el HAD. La figura 5 resalta un porcentaje bastante elevado de participantes pertenecientes a familias óptimas que puntúan bajo (63,2%) y moderado (45,2%) en malestar emocional, del total de personas que puntuaron bajo y moderado en el HAD. En el otro extremo, son las familias intermedias las que alcanzan niveles más elevados de ansiedad y depresión con un 34,8% seguidos de las familias óptimas con un 30,4% de entre todos los participantes

que obtuvieron niveles altos en el HAD. Cabe recalcar que, debido a su frecuencia (48%), las familias óptimas presentan porcentajes elevados en los tres niveles del HAD, efecto similar al que ocurre con las familias disfuncionales (2,5%) del total, por ello al realizar este análisis comparativo, alcanzan niveles bajos en relación a los otros tipo de familias.

Además, se puede distinguir diferencias en las puntuaciones en el HAD, en los distintos estilos de familias que maneja el SFI. Así las familias centrípetas son las que mayormente puntúan bajo (69,2%), y aunque son las familias intermedias las que presentan niveles más elevados de males-

Figura 5. Comparación SFI-HAD.

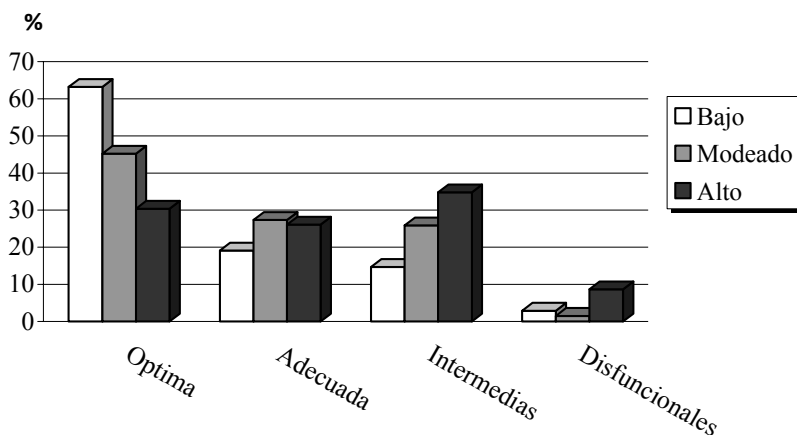
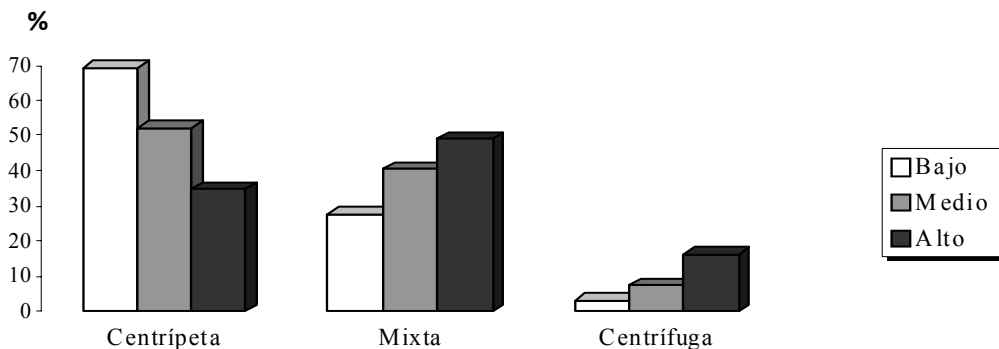


Figura 6. Estilos familiares SFI-HAD.



tar psicológicos en el HAD (49%), también las familias centrífugas, por porcentaje, quienes presentan puntuaciones altas en el HAD (16,3%) del total de personas que alcanzaron niveles elevados. La figura 6 permite visualizar con mayor claridad estas diferencias entre los estilos de familias.

**Correlaciones SFI-HAD:** La tabla 10 permite identificar las correlaciones que se presentan entre ciertas variables del HAD con las del SFI, mediante una prueba de Correlación de Pearson. Las escalas del SFI que alcanzan correlaciones significativas ( $p < 0.05$ ) con la ansiedad y la depresión, valoradas con el HAD son: *Conflicto* presenta una correlación positiva con ansiedad de 0,317 y con depresión de 0,253;

es decir, a mayor conflicto, mayor nivel de ansiedad y depresión. *Competencia*, igualmente, presenta una correlación positiva significativa de 0,204 con ansiedad y de 0,218 con depresión; por tanto, también, a mayor competencia/salud presenta la familia, mayores rasgos de ansiedad y depresión presentan.

**Correlaciones FRI-HAD:** Las tres variables o subescalas del FRI presentan correlación con el HAD. En cuanto a *cohesión* presenta una correlación negativa tanto con ansiedad ( $p = 0,005$ ), como con depresión ( $p = 0,001$ ). Por tanto, a mayor cohesión familiar, los niveles de ansiedad y depresión son menores; por ende, los índices totales del HAD también lo fue-



Tabla 10. **Distribución SFI-HAD. Correlación de Pearson.**

		HAD		
SFI	SUBESCALA	Ansiedad	Depresión	Total
	Salud/ Competencia	0,204 (p= 0,001)	0,218 (p=0,000)	0,234 (p=0,000)
	Conflicto	0,317 (p=0,000)	0,253 (p=0,000)	0,321 (p=0,000)
	Cohesión			
	Liderazgo			
	Expresividad Emocional			

Tabla 11. **Distribución FRI-HAD. Correlación de Pearson.**

		HAD		
FRI	SUBESCALA	Ansiedad	Depresión	Total
	Cohesión	-0,163 (p=0,005)	-0,191 (p=0,001)	-0,201 (p=0,001)
	Expresividad	-0,163 (p=0,005)	-0,147 (p=0,012)	-0,174 (p=0,003)
	Conflicto	0,158 (p=0,007)		0,139 (p=0,017)

ron. Respecto a *expresividad*, la correlación también es negativa en ambas escalas, con ansiedad (p=0,005) y con depresión (p=0,012); fenómeno que produce el mismo efecto que en cohesión, a mayor expresividad, los niveles de ansiedad y depresión bajan. Efecto contrario sucede con la variable *conflicto*, la cual presenta una correlación positiva con ansiedad (p=0,007); es decir, a mayor conflicto mayores niveles de ansiedad. No existe correlación significativa entre la subescala de depresión y la variable *conflicto*. Estos datos se exponen en la Tabla 11.

**CONCLUSIONES**

Este estudio ha permitido comprobar la importancia de la evaluación de la familia en la atención médica y la validez, para tal fin, de las tres escalas empleadas: Apgar-F, SFI y del FRI, en combinación con el HAD.

En el estudio se ha prestado especial atención a variables como: género, condición de la persona, es si paciente o familiar, y el tipo de relación que mantienen.

Basados en ello, se puede concluir que las tres escalas son suficientes para detectar las familias en situación de riesgo psicológico en oncología. No obstante, cada escala tiene su especificidad y debe ser usada con cuidado en función del objetivo:

APGAR-F: Se puede decir que ha sido el instrumento más rápido, pero con menor especificidad al definir a las familias.

FRI: Al respecto, se concluye, que es un test corto y proporciona algo más de información acerca de las categorías de familia, tiene buena concordancia entre el paciente y la familia, pero debe aún debe ser revisado (traducción).

SFI: Ha demostrado ser una buena prueba que brinda una amplia información sobre las dimensiones de la familia: el estilo, la competencia, el liderazgo, los conflictos, la expresividad y la cohesión. Es la prueba más larga de aplicar y corregir. Es sensible a los cambios en el ciclo de vida.

Por último, se establece que la práctica y una buena entrevista, también dan la capacidad para detectar y ayudar a las fami-

lias que están sufriendo, para que acepten y se beneficien de nuestra intervención.

El análisis estadístico, presentado en los resultados previos, permite concluir que las cuatro hipótesis planteadas al inicio se comprueban mediante el presente estudio (Figuras 3, 4, 5, y 6); de esta manera:

- Se ha podido observar que las familias funcionales presentan una mayor adaptación psicológica, al alcanzar niveles más bajos en los resultados del HAD.

- Por su parte, las familias disfuncionales presentan peor adaptación psicológica, dato concluyente que se puede verificar en los cuadros comparativos de las distintas escalas con el HAD, en donde alcanzan niveles mucho más altos de puntuación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Meseguer Hernández C. La Evaluación Psicológica de la Familia. In: Die Trill M, López E, editores, Aspectos Psicológicos en Cuidado Paliativos. Madrid: Editorial ADES, Aula de Estudios Sanitarios, 2000; p. 403-28.
- Meseguer Hernández C. Preocupaciones y necesidades de la familia del enfermo en fase terminal. En: López-Imedio E. Editor. Cuidados paliativos en enfermería. Madrid: Editorial Panamericana, 1998; p. 237-43.
- Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Mulder M, Sanderman R, Van den Bos G. Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *Gerontologist* 2000;40(6):738-46.
- Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Fam Process*, 1987;26(2):203-21.
- Meizoso R. La enfermedad en la familia. La enfermedad en el hospital y en el marco institucional. En: orientación y terapia familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias. Edit. Fundación Mapfre Medicina; 1994:21-38.
- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA. A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 1985; 55:72-6.
- Kissane D, Bloch S, Burns I, Patrick JD, Wallace CS, McKenzie DP et al. Perceptions of Family Functioning and Cancer. *Psychooncology* 1994;3(4):259-69. Doi: 10.1002/pon.2960030408.
- Ell K, Nishimoto R, Mantell J, Hamovitch M. Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *J Psychosom Res* 1988; 32(4-5):429-38.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasefsky S, Schmale AM. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-7.
- Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationships with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol* 1993;32:623-6.
- Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996; 78: 1131-7.
- Harter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A. et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37:1385-93.
- Massie MJ, Muskin PR, Stewart DE. Psychotherapy with a woman at high risk for developing breast cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20(3):189-97.
- Lewis FM. Family Structure and stress. *Fam Process* 1986; 25: 235-247.
- Lederberg M. The family of the cancer patient. In: Holland J, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press. 1998. p. 981-93.
- Kazak AE, Barakat LP, Meeske K, Christakis D, Meadows AT, Casey R, et al. Post-traumatic stress, family functioning, and

- social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):120-9.
17. Rait D, Ostroff J, Smith K, Cella D, Tan C, Lesko L. Lives in a balance: Perceived family functioning and the psychosocial adjustment of adolescent cancer survivors. *Fam Proces* 1992; 32: 383-97. Doi:10.1111/j.1545-5300.1992.00383.x
  18. Compas B, Worsham N, Ey S, Howell D. When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychol* 1996; 15:167-75. Doi:10.1037//0278-6133.15.3.167
  19. Dale B, Altschuler J. In sickness and in health: the development of alternative discourses in work with families with parental illness. *J Fam Ther* 1999; 21: 267-83. Doi:10.1111/1467-6427.00119
  20. Barnes J, Kroll L, Lee J, Burke O, Jones A, Stein A. Factors predicting communication about the diagnosis of maternal breast cancer to children. *J Psychosom Res* 2002; 52: 209-14. Doi:10.1016/S0022-3999(02)00296-9
  21. Kissane DW, Bloch S. Family grief. *Br J Psychiatry* 1994;164:728-40.
  22. Beavers WR, Hampson RB. Familias exitosas: evaluación, tratamiento e intervención. Barcelona: Paidós. 1995.
  23. Leiber L, lumb MM, Gerstenzang M, Holland J. The communication of affection between cancer patients and their spouses. *Psychosom Med* 1976;38:379-89.
  24. Lewis FM, Woods NFHEE, Bensley L. The Family's functioning with chronic illness in the mother: The spouse's perspective. *Soc Sci Med* 1989;29(11):1261-9.
  25. Lewis FM. Strengthening family support. *Cancer* 1990; 65:752-9.
  26. Weihs K, Enright T, Howe G, Simmens S. Marital satisfaction and emotional adjustment after breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 1999;17:33-49.
  27. Goldberg RJ, Wool M, Tull R, Boor M. Teaching brief psychotherapy for spouses of cancer patients: As of a codable supervision format. *Psychother Psychosom* 1984; 41: 12-9.
  28. Northouse L. The impact of cancer on the family: an overview. *Int J Psychiatry Med* 1984; 14: 215-42. Doi:10.2190/C8Y5-4Y2W-WV93-QDAT
  29. Cruzado JA. Tratamiento psicológico en paciente con cáncer. Madrid: Editorial Síntesis S.A. 2010.
  30. Wellisch D, Jamison K, Pasnau R. Psychosocial aspects of mastectomy: II. The man's perspective. *Am J Psychiatry* 1978;135:543-6.
  31. Kissane DW, Bloch S, Dowe DL, Snyder RD, Onghena P, McKenzie DP, et al. The Melbourne Family Grief Study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. *Am J Psychiatry* 1996; 153(5):650-8.
  32. Kissane DW, Bloch S, Onghena P, McKenzie DP, Snyder RD, Dowe DL. The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 659-66.
  33. Moos RH. Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: Resolving the case of the Family Environment Scale. *Fam Process* 1990; 29:2; 199-208. Doi: 10.1111/j.1545-5300.1990.00199.
  34. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatry Scand* 1983; 67(6): 361-70. Doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
  35. Neipp MC, López-Roig S, Terol MC, Leyda JI, Massuti B, Pico C, et al. Evaluación de ansiedad y depresión con la escala H.A.D. en población oncológica española: un estudio preliminar de validación. I Congreso Nacional de Psico-Oncología. 1998.
  36. Caro I, Ibañez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
  37. Kissane D, Bloch S, McKenzie M, McDowall A, Nitzan R. Family grief therapy: A preliminary account of a new model to

- promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psychooncology* 1998; 7:14-25. Doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1<14::AID-PON313>3.0.CO;2-D
38. Moos RH, Moos BS, Trickett EJ. *The climate scales: Family, work, correctional institutions and classroom environment scales*. Madrid: TEA, 1984.
  39. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A, Okamura H, Nakagawa S, et al. Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents. *Psychooncology* 2009; 19: 545-52. Doi:10.1002/pon.1606
  40. Smilkenstein G. The family Apgar: A proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6:1231-9.
  41. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Aten Primaria* 1996;18:289-96.