

Funcionamiento Familiar de Hijos/as Adolescentes de Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer

Rosario Costas Muñiz¹

Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Resumen

En este estudio se exploró los síntomas psicológicos y se analizó la relación e impacto del funcionamiento familiar, desde la perspectiva de los/as paciente/sobreviviente, la pareja cuidador/a y sus hijos), en el funcionamiento psicológico de 51 hijos/as adolescentes de pacientes de cáncer. Los hallazgos revelaron que los/as adolescentes exhibieron sintomatología en niveles clínicos. La expresividad familiar y una relación marital satisfactoria de los pacientes/sobrevivientes son los factores protectores de un mejor ajuste psicológico de los/as hijos/as. Las intervenciones con adolescentes que enfrentan el cáncer de un padre o madre requieren un cernimiento de riesgo del funcionamiento psicológico y familiar e intervenciones orientadas al sistema.

Palabras Claves: Cáncer, adolescencia, funcionamiento familiar, funcionamiento psicológico.

Family Functioning of Adolescents Children of Cancer Patients and Survivors

Abstract

This study explored the psychological symptoms and analyzed the relationship and impact of the family functioning, from the point of view of parents and their adolescent children, on the psychological functioning of 51 adolescents facing parental cancer. Findings revealed that the adolescents exhibited clinically significant symptoms. Family expressiveness and marital satisfaction reported by the patients/survivors are protective factors and are related to a better psychological adjustment of the adolescents. Interventions with adolescents facing parental cancer require risk assessments of their psychological and family functioning and interventions focusing on the family system

Keywords: Cancer, adolescence, family functioning, psychological functioning.

El ajuste psicológico de los y las adolescentes a la condición de cáncer de un padre o madre ha sido escasamente estudiado (Faulkner & Davey, 2002), las intervenciones con esta población son casi inexistentes (Kristjanson, Chalmers & Woodgate, 2004) y no existe literatura revelante con Latinos/as. El impacto del cáncer no se limita al paciente, esta condición impacta a todo el sistema familiar, sus miembros, la rutina y la vida familiar (Northouse & Peters-Golden, 1993). A pesar de que los/as hijos/as adolescentes de pacientes de cáncer son miembros de este sistema, la mayoría de la literatura de enfoque psicológico o social sobre esta condición, está enfocada en la experiencia de el/la paciente con cáncer, la pareja del paciente y la experiencia familiar de tener un/a hijo/a paciente de cáncer (Faulkner & Davey, 2002).

La adolescencia es un momento de crisis donde se reportan un aumento de conductas de riesgo y un momento caracterizado por una lucha entre la independencia y la formación de una identidad propia (Jessor,

1991). En el caso del diagnóstico de una enfermedad crónica en la familia, se manifiesta el conflicto entre el deseo de separación y el deseo de estar física y emocionalmente involucrados en el proceso. Para familias con hijos o hijas adolescentes, la etapa de desarrollo de la familia gira en torno a la separación gradual del hijo/a. Esta tarea suele ser comprometida por las responsabilidades y demandas (tareas de cuidado) nuevas impuestas a los hijos/as adolescentes. Éstos pueden reaccionar involucrándose excesivamente o separándose prematuramente del sistema familiar. Esta etapa familiar (familias con hijos/as adolescentes) es la que es considerada con mayor nivel de conflicto cuando un padre o madre ha sido diagnosticado/a con cáncer (Veach & Nicholas, 1998).

Los estudios conducidos con hijos/as ya sea infantes, pre-adolescentes y/o adolescentes han demostrado que éstos/as se ven afectados de diversas formas al tener un padre o madre con cáncer. Algunos estudios reportan que los/as hijos/as de los pacientes/ sobrevivientes (P/S) exhiben mayores niveles de depresión y ansiedad que muestras normativas (Heiney, et al., 1997; Huizinga, et al., 2005b; Flahault & Sultan, 2010; Kissane, et al.,

¹ Universidad de Puerto Rico, recinto de Río Piedras, Puerto Rico; costasrosario@gmail.com

1994; Siegel, et al., 1992; Siegel, Karus & Raveis, 1996; Visser, et al., 2005).

Sin embargo, otros estudios han reportado niveles similares de depresión y ansiedad o síntomas internalizantes de hijos/as de pacientes / sobrevivientes de cáncer (HAPSC) e hijos/as de padres saludables (Harris & Zakowski, 2003; Huizinga, et al., 2003; Lindqvist, et al., 2007) y muestras normativas (Hoke, 2001; Thastum, et al., 2009; Visser, et al., 2007; Welch, Wadsworth & Compas, 1996).

A pesar del gran impacto que tiene el cáncer en el sistema familiar, la literatura sugiere que estas familias reportan que son más expresivas, organizadas, sociales y tienen menos conflictos que familias de muestras normativas (Gazendam-Donofrio, et al., 2007).

En cuanto a la composición familiar, varios estudios han encontrado que el estado marital de los padres y madres o la presencia de ambos padre y madre, parece no tener impacto en los niveles de ansiedad y depresión de los/as adolescentes (Davey, et al., 2005; Welch, et al., 1996).

En términos del vínculo entre las relaciones familiares y el funcionamiento psicológico, la literatura revela que el funcionamiento familiar impacta el ajuste psicológico de los/as hijos/as de pacientes de cáncer (Edwards, et al., 2008; Gazendam-Donofrio, et al., 2007; Kissane, et al., 1994; Lewis & Hammond, 1996; Lindqvist, et al., 2007; Watson, et al., 2006). La calidad de la relación paterno-filial predice el funcionamiento (Lewis, Hammond & Woods 1993), problemas conductuales (Huizinga, et al., 2003, Watson, et al., 2006), emocionales (Huizinga, et al., 2003) y mayor ansiedad de los/as adolescentes (Lewis & Darby, 2003).

La calidad de las relaciones familiares puede ser evaluada en tres áreas: cohesión, conflicto y expresividad o comunicación familiar. Los/as hijos/as adolescentes de pacientes de cáncer reportan menos cohesión y expresividad familiar y mayor conflicto familiar que sus padres y madres (Kissane, et al., 1994). Las familias con alto conflicto, baja expresividad y cohesión familiar presentan niveles más altos de disfunción psicológica (hostilidad, paranoia, depresión, ansiedad), peor funcionamiento social y los/as hijos/as exhiben altos niveles de hostilidad (Kissane, et al., 1994).

La cohesión familiar, se ha encontrado asociada a problemas emocionales y conductuales entre hijos/as de pacientes (Edwards, 2008; Gazendam-Donofrio, et al., 2007; Huizinga, et al., 2003) y a un aumento de estrés en los/as adolescentes (Edwards, 2008). La comunicación es crucial durante la adolescencia y en especial entre familias que enfrentan la condición de cáncer. Familias con pacientes con condición de cáncer que expresan sus emociones abiertamente, presentan menores niveles de disfunción psicológica (Gazendam-Donofrio, et

al., 2007) y la falta o problemas de comunicación está asociada a problemas emocionales y conductuales en los y las adolescentes (Edwards, 2008). Sin embargo, en términos generales, las familias que enfrentan la condición se comunican abiertamente y con pocos problemas (Gazendam-Donofrio, et al., 2009).

Los conflictos en la diada marital pueden impactar seriamente el sistema de los/as hijos/as (Lewis, et al., 2000) y alto nivel de calidad marital está relacionado a mejor funcionamiento de los/as hijos/as (Lewis & Hammond, 1996; Lewis, et al., 1993). Sin embargo, un estudio encontró lo contrario reportando que el desajuste marital no afecta el funcionamiento del/la adolescente (Lewis & Darby, 2003).

El propósito de este estudio es explorar el ajuste psicológico y analizar la relación e impacto del funcionamiento familiar desde la perspectiva del padre o madre paciente o sobreviviente (P/S), su pareja cuidador/a (PC) y sus hijos/as adolescentes (HA) en el funcionamiento psicológico de los/as adolescentes. Se plantean cinco hipótesis: (1) Los HA reportan niveles elevados de síntomas de depresión y ansiedad al compararlos/as con muestras normativas. (2) Los HA reportan elevados niveles de cohesión, expresividad y bajos de conflicto familiar. Los HA reportarán menos síntomas de depresión, desesperanza y ansiedad cuando (3) vivan con ambos padres vs. con madre soltera; (4) reporten mayor cohesión, expresividad y menos conflicto familiar y (5) sus padres y madres reporten mayor cohesión, expresividad, satisfacción marital y menos conflicto familiar.

Método

El Comité Institucional de Sujetos Humanos en la Investigación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras autorizó la conducción de este estudio. Los padres y madres de los/as participantes en este estudio fueron reclutados en los eventos de Relevo por la Vida de la Sociedad Americana del Cáncer de Puerto Rico. Se contactaron a los y las pacientes y/o sobrevivientes si cumplían con los criterios de inclusión: haber recibido tratamiento para el cáncer en los últimos dos años y tener hijos/as entre las edades de 12 a 18 años. Aproximadamente 85% de pacientes y sobrevivientes consintieron en participar. Se contactó a los padres y madres y se obtuvo consentimiento informado de éstos/as y asentimiento de los y las adolescentes. Participaron 51 hijos/as adolescentes (12-18 años), sus padres o madres pacientes/sobrevivientes y cuidadores/as completando un cuestionario que medía el funcionamiento familiar, depresión, desesperanza, ansiedad y características demográficas. Los padres y madres completaron una escala que media satisfacción marital.

Depresión

La versión en español del CES-D fue utilizada para medir los síntomas depresivos de los participantes (Radloff, 1977). El CES-D consiste de 20 preguntas. Cada pregunta se mide en una escala que fluctúa desde (0) “raramente o nunca o menos de una vez a la semana” hasta (3) “la mayor parte del tiempo o 5-7 días a la semana”. Una puntuación total de 16 o más, es indicativo de niveles clínicos de depresión (Radloff, 1977).

Ansiedad

La versión en español de la escala de estado de ansiedad del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo se utilizó para medir la ansiedad de los participantes. La medida consiste de 20 preguntas con una escala de cuatro puntos midiendo la intensidad de la ansiedad que varía desde (1) “nada” hasta (4) “mucho” y mide los sentimientos subjetivos de aprehensión, nerviosidad y ansiedad en el momento. La validación y aceptación de la medida ha sido realizada con poblaciones hispanas (Spielberger, 1971).

Funcionamiento Familiar

La dimensión de relación de la Escala de Ambiente Familiar fue utilizada en este estudio. Esta dimensión mide la cohesión, expresividad y conflicto familiar de los/as encuestados/as (Edwards & Clarke, 2005). La medida consiste de 27 preguntas siendo contestada con cierto o falso. Esta medida ha sido utilizada con poblaciones puertorriqueñas (Cruz-Arrieta, 1998; De León, Stefanisko, & Corteza, 1999; Munet-Vilarí & Egan, 1990; Ortiz-Longo, 1997).

Satisfacción Marital

El estrés marital de los padres y madres fue medido a través de la escala de estrés global del Inventario de Sat-

isfacción Marital. Ésta es una medida de auto informe de 21 preguntas que se contesta con cierto o falso. La escala de estrés global ha mostrado consistencia interna con muestras hispanas (Reig-Ferrer, Cepeda-Benito & Snyder, 2004).

Análisis de datos

Los análisis se realizaron en tres etapas para investigar la relación entre depresión, desesperanza, ansiedad y las variables de funcionamiento familiar. La primera etapa consistió de la examinación de las estadísticas descriptivas. La segunda etapa se basó en establecer la asociación preliminar entre las medidas. La tercera etapa consistió de realizar análisis de regresión múltiple para establecer la asociación entre las variables de funcionamiento familiar y funcionamiento psicológico.

Resultados

Poco más de la mitad de los/as hijos/as de los pacientes y/o sobrevivientes son féminas (55%) y un 45% son varones. El promedio de edad de esta muestra de adolescentes es de 15 años. La mayoría de los/as hijos está cursando escuela superior (47%), siguiéndole un 22% cursando escuela intermedia. La gran mayoría de los y las adolescentes (82%) viven con ambos padre y madre. Casi la mitad de los y las jóvenes (42%) son hijos/as de pacientes con cáncer de seno, continuando en mayor frecuencia, hijos/as de madres con cáncer vaginal (22%). Poco más de la mitad de los/as padres/madres (53%) cuentan con el tumor en remisión y la otra mitad están en etapa temprana (19%) y etapa avanzada (28%).

Tabla 1.
Características Demográficas de la Muestra (N = 51)

Característica	n(%)
Género	
Femenino	28 (54.9)
Masculino	23 (45.1)
Edad*	15.59 (2.57)
Nivel Educativo	
Escuela Elemental	5 (10.2)
Escuela Intermedia	11 (22.4)
Escuela Superior	23 (46.9)
Graduado de escuela superior o diploma	10 (20.4)
Estado marital de padre/madre	
Soltero-a/viudo-a/divorciado-a	9(18)
Casados-as/ cohabitando	41(82)

Tabla 1 continued

Lugar del cáncer ²	
Seno	21(42)
Vaginal (uterino, cervical)	11(22)
Cerebro	8(16)
Otro	9(18)
Etapas	
Temprana (1 & 2)	9(19.2)
Avanzada (3 & 4)	13(27.6)
Remisión	25(53.2)

La primera hipótesis es parcialmente aceptada. El promedio de depresión ($M = 20.78$) y de ansiedad ($M = 44.49$) de los/as adolescentes están en niveles altos al compararlos/as con muestras normativas y un 64% de éstos/as presentan síntomas clínicos. El promedio de desesperanza de los/as HA ($M = 2.86$) están en un nivel mínimo.

La segunda hipótesis fue aceptada. El conflicto familiar de los/as adolescentes es significativamente

menor y la expresividad familiar de los y las jóvenes es mayor al compararlos/as con muestras normativas. La cohesión familiar reportada por los/as adolescentes es ligeramente mayor que la muestra normativa, sin embargo, no es estadísticamente diferente a ésta.

La tercera hipótesis es rechazada, los/as hijos/as de pacientes/ sobrevivientes de madres solteras no reportan mayores niveles de depresión que hijos/as viviendo con la pareja de padres.

Tabla 2

Correlaciones para las Variables de Ajuste y los Factores Personales

Variable	Depresión	Desesperanza	Ansiedad
Relaciones Familiares			
P/S	-.37**	-.26	-.28*
Pareja	-.29	-.08	-.15
Hijos/as	-.57***	-.36*	-.55***
Cohesión Familiar			
P/S	-.37**	-.20	-.29*
Pareja	-.35*	-.20	-.25
Hijos/as	-.46***	-.22	-.38**
Conflicto Familiar			
P/S	.32*	.17	.26
Pareja	.24	.01	.07
Hijos/as	.46***	.20*	.47***
Expresividad Familiar			
P/S	-.23	-.33*	-.13
Pareja	-.02	.10	.04
Hijos/as	-.35**	-.43**	-.36**
Satisfacción Marital			
P/S	.55***	.25	.42**
Pareja	-.04	.09	.04

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

La cuarta y quinta hipótesis son aceptadas. Los síntomas de depresión de los y las adolescentes se encuentran fuertemente asociados a la percepción de pobre funcionamiento familiar reportado por los/as

adolescentes y estrés marital reportado por pacientes y sobrevivientes. Mayores síntomas de depresión de los/as adolescentes están asociados moderadamente con la percepción de pobre funcionamiento familiar

de los/as pacientes/sobrevivientes, menor cohesión y mayor conflicto reportado por padres/madres pacientes/sobrevivientes e hijos/as y menor expresividad familiar reportada por hijos/as.

La desesperanza de los/as adolescentes correlaciona moderadamente con la percepción de pobre expresividad y funcionamiento familiar de hijos/as. La ansiedad de los/as jóvenes se encuentra fuertemente asociada a un pobre funcionamiento familiar reportado por los/as hijos/as y asociado moderadamente a la percepción de pobre funcionamiento familiar de los/as pacientes/sobrevivientes, baja cohesión reportada por pacientes/

sobrevivientes e hijos/as, alto conflicto de hijos/as, alta expresividad familiar reportada por hijos/as y estrés marital percibido por pacientes/sobrevivientes.

Los modelos de regresión prediciendo los síntomas psicológicos de depresión, desesperanza y ansiedad resultan ser significativos. La expresividad familiar reportada por los/as adolescentes predice significativamente menor depresión, desesperanza y ansiedad. Mayor estrés marital reportada por pacientes/sobrevivientes predice mayores síntomas de depresión de sus hijos/as.

Tabla 3.
Modelos de Regresión Prediciendo los Síntomas Psicológicos (N = 51)

Variable	B	SEB	β	F	p	AR ²
Depresión		7.76	.001	.39		
Cohesión Familiar	-.78	.89	-.13			
Conflicto Familiar	.60	.87	.11			
Expresividad Familiar	-2.37	1.02	-.29*			
Estrés Marital del P/S	.70	.25	.42**			
Desesperanza				3.11	.03	.16
Cohesión Familiar	.01	.30	.01			
Conflicto Familiar	.06	.29	.04			
Expresividad Familiar	-.99	.34	-.42**			
Estrés Marital del P/S	.10	.09	.21			
Ansiedad				5.41	.001	.29
Cohesión Familiar	-.17	.90	-.03			
Conflicto Familiar	1.47	.88	.29			
Expresividad Familiar	-2.42	1.03	-.32*			
Estrés Marital del P/S	.35	.26	.22			

Nota: * p < .05, ** p < .01

Discusión

Los hallazgos revelan que los/as hijos/as de pacientes/sobrevivientes exhiben mayores niveles de depresión y ansiedad que muestras normativas, consistente con otros estudios (Flahault & Sultan, 2010; Heiney, et al., 1997; Huizinga, et al., 2005b; Kissane, et al., 1994; Siegel, et al., 1992; Siegel, et al., 1996; Visser, et al., 2005). Este hallazgo revela la importancia de atender y proveer servicios de salud mental, no sólo a los pacientes, sino también a los familiares de éstos. La desesperanza de los/as adolescentes se encuentra en niveles mínimos. Este hallazgo puede deberse a la naturaleza del tipo de paciente reclutado/a. En este estudio no se reclutó una gran proporción de pacientes en etapa avanzada, terminal o con peor pronóstico, los/as cuales podrían tener hijos/as que exhiban mayores niveles de desesperanza. Esta variable no se le ha prestado mucha atención en la literatura, pero se podría especular que podría variar

dependiendo del estado y pronóstico del paciente. Por otro lado, también puede variar dependiendo de otras características de la enfermedad y circunstancias de las familias.

El marco teórico de este estudio se basó en la teoría de sistemas. Dentro del marco de sistemas, la familia es un conjunto de unidades interdependientes, continuamente operando para mantener un nivel de funcionamiento que balancea la constancia y responsividad de sus miembros/as (Issel, Ersek & Lewis, 1990). Desde una perspectiva de teoría de sistemas, el estrés vinculado a una enfermedad de alguno de los padres afecta el equilibrio o balance del sistema. Es por esto que en este estudio se incorporaron medidas de funcionamiento familiar desde la perspectiva de padres, madres e hijos/as.

En esta muestra los niveles de cohesión y expresividad familiar son mayores y el conflicto familiar menor, al compararlos con la muestra normativa de

validación del instrumento. Este hallazgo también ha sido reportado en la literatura por otros estudios. Gazendam-Donofrio y colegas (2007) encontraron que las familias con un diagnóstico de cáncer funcionan más adecuadamente de acuerdo a los familiares. Forrest y colegas (2009) encontraron que los esposos de pacientes de cáncer de seno comentaban que su relación con sus hijos/as se había vuelto más cercana después del proceso del cáncer. Lindqvist y colegas (2007) por otro lado, encontraron que los/as adolescentes reportaban niveles similares de funcionamiento familiar que adolescentes controles. El cáncer puede ofrecer la oportunidad a la familia de reajustar sus patrones de funcionamiento y a través de este reajuste las familias se pueden tornar más cohesivas y el conflicto puede ser relegado para facilitar la adaptación.

En términos generales, mayor expresividad familiar y menor estrés marital son los mejores predictores, entre las variables familiares, de menores síntomas psicológicos de los/as jóvenes. La literatura consistentemente reporta el impacto del funcionamiento familiar en el ajuste psicológico de los/as adolescentes, en términos de mejor auto-estima (Lewis & Hammond, 1996; Lewis & Darby, 2003), funcionamiento general de los/as hijos/as (Gazendam-Donofrio, et al., 2007; Lewis, et al., 1993), menores problemas externalizantes (Lewis & Darby, 2003), menores problemas conductuales y emocionales (Huizinga, et al., 2003; Thastum, et al., 2009), ansiedad (Lewis & Darby, 2003) y problemas externalizantes (Watson, et al., 2006). Lewis y Darby (2003) encontraron que inclusive una relación positiva con un sólo padre o madre impacta positivamente el funcionamiento de los/as hijos/as.

La expresividad familiar resulta ser el mejor predictor de las variables familiares, prediciendo significativamente menores síntomas de depresión, desesperanza y ansiedad en la muestra de hijos/as adolescentes, consistente con lo reportado en otros estudios (Edwards & Clarke, 2004). La importancia de la expresividad familiar, o la habilidad de actuar abiertamente y expresar los sentimientos directamente, puede deberse a que los/as hijos/as de padres y madres que se comunican más abiertamente pueden adaptarse mejor a una crisis como el cáncer. Kristjanson y colegas (2004) encontraron que los/as adolescentes en su estudio tenían altas necesidades de información y estas necesidades estaban pobremente satisfechas dentro y fuera de la familia, éstos/as se sentían excluidos/as de las discusiones de la enfermedad y percibían a sus madres pacientes exhibiendo control excesivo sobre la información.

Altos niveles de expresividad sugiere que las familias con cáncer se comunican más abiertamente y su intercambio es más constructivo, sintiéndose más cercanos/as los/as unos/as a los/as otros/as y hablando

más frecuentemente (Gazendam-Donofrio, et al., 2007). Por otro lado, sólo el reporte de expresividad del/la paciente/ sobreviviente y no el del/la adolescente o el padre o madre cuidador/a está relacionado a menor desesperanza. Es posible que la percepción de los/as pacientes/ sobrevivientes sobre la habilidad de los familiares de expresarse abiertamente, tenga mayor influencia en los síntomas de desesperanza de los/as adolescentes, que la propia percepción de la expresividad familiar del joven o la de los padres o madres cuidadores/as.

A pesar de que la cohesión familiar reportada por los/as adolescentes no resulta ser un predictor significativo de menores síntomas si se encuentra relacionado con los síntomas de depresión y ansiedad de los y las jóvenes. De igual forma, el reporte de mayor cohesión de los/as pacientes/ sobrevivientes está asociado a los síntomas de depresión y ansiedad y el reporte de los padres y madres cuidadores/as, a la depresión de los/as adolescentes. La literatura puntualiza la importancia de la cohesión familiar. Varios estudios han encontrado una asociación entre la pobre cohesividad familiar y los problemas emocionales y conductuales de los y las adolescentes (Edwards, et al., 2008; Gazendam-Donofrio, et al., 2007; Huizinga, et al., 2003). Sin embargo, el impacto de la cohesión familiar reportada por los/as adolescentes es secundaria al de la expresividad familiar en los síntomas. Este hallazgo puede ser explicado por las dinámicas de la etapa de desarrollo en que se encuentran los/as adolescentes o por la etapa de la condición en que se encuentra el/la paciente/ sobreviviente.

Christ, Siegel y Sperber (1994) encontraron que los/as adolescentes con padres o madres en la etapa terminal se sentían culpables de desear separarse de sus padres y madres, con mantener sus metas y con querer escapar de la enfermedad. Una mayor cohesión familiar puede estar en conflicto con estos deseos y necesidades de el/la adolescente. Gazendam-Donofrio y colegas (2007), por su parte encontraron, discrepancias entre la percepción de la cohesión familiar de padres, madres y adolescentes. En su estudio, los padres y madres describían a las familias como menos controladoras, mientras los/as adolescentes las percibían como más cohesivas. Esta diferencia entre los reportes de los padres, madres e hijos/as puede darse debido a que durante la adolescencia el/la hijo/a busca separarse de la unidad familiar formando su propia identidad. En hogares con un padre o madre crónicamente enfermo/a los/as adolescentes tienden a asumir más responsabilidades y tareas, retrasando su lucha por la independencia y autonomía, pasando más tiempo con la familia. Los/as adolescentes pueden interpretar estas dinámicas como cohesividad y aglutinamiento y los/as padres/

madres como dinámicas normales. Estas diferencias en la percepción de las dinámicas familiares y el sentido de culpa que pueden sentir los/as hijos/as de padres y madres crónicamente enfermos/as pueden explicar la contribución secundaria de la cohesión familiar en el funcionamiento emocional de los/as adolescentes en este estudio.

El reporte de conflicto familiar de los y las jóvenes está relacionado a mayores síntomas de depresión y ansiedad de los/as adolescentes. Por su parte, el reporte de conflicto de los/as pacientes/ sobrevivientes se encuentra asociado solamente a los síntomas de depresión de los/as adolescentes. Al igual que con la cohesión familiar, la literatura puntualiza la importancia del conflicto familiar en el ajuste emocional de los/as hijos/as de pacientes. Varios estudios (Kissane, et al., 1994) han encontrado una asociación entre mayor conflicto familiar y los problemas emocionales y conductuales de los y las adolescentes. Sin embargo, en este estudio el impacto del conflicto familiar es secundario al de la expresividad familiar. Este hallazgo puede deberse a dos posibles explicaciones: al igual que con la variable de cohesión, un grado de conflicto puede ser necesario en las dinámicas familiares para lograr adaptarse a las tareas de la etapa de desarrollo de la adolescencia y es posible que el conflicto familiar sea dirigido sólo al padre o madre cuidador/a.

Ohannessian (2007) reporta que el nivel de conflicto familiar típicamente aumenta mientras los/as adolescentes negocian con sus padres y madres aumentos de autonomía. Como fue mencionado anteriormente, el desarrollo de autonomía es una tarea de desarrollo que requiere de distanciamiento que puede contribuir a mayor conflicto en el núcleo familiar. Aunque en términos generales, en este estudio, menor conflicto familiar se encuentra relacionado a mejor funcionamiento de los/as adolescentes, es posible que la percepción de conflicto dirigido al padre o la madre sea diferente; y que niveles bajos de conflicto familiar puedan ser señal de un buen funcionamiento familiar o de dinámicas sutiles que entorpecen el desarrollo de el/la adolescente.

Mayor estrés marital reportado por los/as pacientes/ sobrevivientes predice mayores síntomas de depresión y ansiedad de los/as adolescentes. Es importante señalar que el reporte de insatisfacción marital de los/as pacientes/ sobrevivientes es mejor predictor del funcionamiento de los/as hijos que la cohesión y conflicto familiar. Varios estudios han señalado, el gran impacto de la calidad de la relación marital en el ajuste de los/as hijos (Lewis, et al., 2000; Lewis, et al., 1993) y un sólo estudio encontró que el desajuste marital no afecta el funcionamiento del/la adolescente (Lewis & Darby, 2003). Por lo tanto, desde una perspectiva de sistemas, se puede esperar que las tensiones entre las relaciones

primarias pueden afectarse unas a otras, siendo las fronteras entre ellas permeables (Lewis, et al., 1993).

Otro hallazgo importante es que sólo el reporte del/ la paciente/ sobreviviente y no el del padre o madre cuidador/a, sobre la calidad de relación marital, la cohesión, conflicto y expresividad familiar, se encuentran relacionados al funcionamiento de los/as hijos. Este hallazgo puede deberse a dos razones. Es posible que los/as pacientes/ sobrevivientes tengan una percepción más certera de las variables familiares y/o que su percepción del funcionamiento familiar tenga mayor impacto en los/as hijos/as. Por otro lado, es posible que el género del progenitor/a tenga un mayor impacto y ya que la muestra de pacientes/sobrevivientes era mayoritariamente femenina; pueden tener una percepción más confiable del funcionamiento de sus hijos/as. Varios estudios han encontrado una mayor influencia del funcionamiento del padre o madre paciente en sus hijos/as que el padre o madre sano/a. Thastum y colegas (2009) encontró que los/as adolescentes estaban más vulnerables a la depresión del padre o madre enfermo/a que el padre o madre cuidador/a. Lewis y colegas (1993), por su parte, encontraron que las preocupaciones de las madres sobre su matrimonio puede afectar más negativamente la crianza de sus hijos/as.

Por otro lado, las diferencias en el impacto del funcionamiento familiar los/as hijos/as también puede deberse a que los/as hijos/as mantienen mejor comunicación con sus madres y por lo tanto, éstas tienen una percepción más confiable sobre el funcionamiento de la familia. Huizinga y colegas (2005a), por ejemplo, encontraron que los/as hijos/as perciben la comunicación con los padres cuidadores/as como menos abierta que los con las madres enfermas. En conclusión, la literatura revela que las madres pacientes tienen mejor percepción del funcionamiento familiar y de sus hijos/as y que su propio funcionamiento tiene mayor influencia en el ajuste de los/as hijos/as que el de los padres saludables.

La principal limitación de este estudio es que la muestra fue reclutada por disponibilidad, y por lo tanto, los hallazgos de este estudio no pueden ser generalizados a la población de hijos/as adolescentes puertorriqueños de pacientes y sobrevivientes de cáncer. Otras limitaciones son: el tamaño de la muestra, baja representación de pacientes/sobrevivientes varones y de parejas cuidadoras fémimas, la pobre-representación de padres o madres con el tumor activo, la no inclusión de instrumentos de medidas de conductas externalizantes y las medidas basadas en el auto-reporte de los/as participantes. Estas limitaciones a su vez pueden limitar la validez de los hallazgos.

Se recomienda que en el caso de los/as adolescentes que presentan sintomatología psicológica intervenir terapéuticamente con un modelo sistémico. Las inter-

venciones familiares pueden enfocarse principalmente en mejorar la expresividad y la comunicación familiar entre padres/ madres e hijos/as, normalizando las preocupaciones y obstáculos que los padres y madres enfrentan para comunicar y hablar sobre la condición y facilitando la adquisición de estrategias de comunicación asertivas. Otras estrategias que pueden adquirir los padres y madres es aprender a escuchar a sus hijos/as sin consolarlos prematuramente para que puedan expresar su sentir; desarrollar formas para que la familia pueda interpretar la enfermedad y su impacto, atribuyéndole significados individuales y familiares y reorganizar las actividades familiares para que mantengan actividades no relacionadas a la condición, facilitando la cohesión familiar.

Para lidiar más efectivamente con el conflicto familiar, se pueden enseñar a las familias a desarrollar estrategias para manejar el conflicto sin evadirlo, facilitándole la adquisición a los familiares de destrezas efectivas de resolución de conflictos. Por otro lado, se debe procurar recomendar a los padres y madres terapia de pareja en los casos en que las parejas enfrentan tensiones maritales, ya que los problemas de la pareja, como problemas de poder, intimidad y relación sexual pueden afectar al sub-sistema de los hijos/as y no pueden ser plenamente trabajados en sesiones familiares.

Referencias

- Christ, G. H., Siegel, K., & Sperber, D. (1994). Impact of parental terminal cancer on adolescents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 604-613.
- Cruz-Arrieta, E. (1998). *Parental stress, personal authority, and family environment of Puerto Rican women* (Disertación Doctoral). CUNY, New York: New York.
- Davey, M., Gulish, L., Askew, J., Godette, K., & Childs, N. (2005). Adolescents coping with mom's breast cancer: Developing family intervention programs. *Journal of Marital & Family Therapy*, 31(2), 247-258.
- De León, B., Stefanisko, M., & Corteza, B. L. (1999). College enrollment and academic success among Puerto Rican women. En Y. M. Jenkins (Ed.), *Diversity in college settings: Directives for helping professional* (pp. 129-148). Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.
- Edwards, B., & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*, 13(8), 562-576.
- Edwards, B., & Clarke, V. (2005). The validity of the family relationships index as a screening tool for psychological risk in families of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 14(7), 546-554.
- Edwards, L., Watson, M., St. James-Roberts, I., Ashley, S., Tilney, C., Brougham, B., ... Romer, G. (2008). Adolescent's stress responses and psychological functioning when a parent has early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(10), 1039-1047.
- Faulkner, R. A., & Davey, M. (2002). Children and adolescents of cancer patients: The impact of cancer on the family. *American Journal of Family Therapy*, 30(1), 63-72.
- Flahault, C., & Sultan, S. (2010). On being a child of an ill parent: A Rorschach investigation of adaptation to parental cancer compared to other illnesses. *Rorschachiana*, 31(1), 43-69.
- Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., & Stein, A. (2009). Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(1), 96-103.
- Gazendam-Donofrio, S. M., Hoekstra, H. J., van der Graaf, W. T. A., van de Wiel, H. B. M., Visser, A., Huizinga, G. A., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Family functioning and adolescents' emotional and behavioral problems: when a parent has cancer. *Annals Of Oncology*, 18(12), 1951-1956.
- Gazendam-Donofrio, S., Hoekstra, H., van der Graaf, W., Visser, A., & Huizinga, G. (2009). Parent-child communication patterns during the first year after a parents cancer diagnosis. *Cancer*, 115(18), 4227-4237.
- Harris, C. A., & Zakowski, S. G. (2003). Comparisons of distress in adolescents of cancer patients and controls. *Psycho-Oncology*, 12(2), 173-182.
- Heiney, S., Bryant, L., Walker, S., Parrish, R., Provenzano, F., & Kelly, K. (1997). Impact of parental anxiety on child emotional adjustment when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 655-661.
- Hoke, L. A. (2001). Psychosocial adjustment in children of mothers with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 10(5), 361-369.
- Huizinga, G. A., van der Graaf, W. T. A., Visser, A., Dijkstra, J. S., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2003). Psychosocial consequences for children of a parent with cancer: a pilot study. *Cancer Nursing*, 26(3), 195-202.
- Huizinga, G. A., Visser, A., van der Graaf, W. T. A., Hoekstra, H. J., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005a). The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Annals of Oncology*, 16(12), 1956-1961.
- Huizinga, G. A., Visser, A., van der Graaf, W. T. A., Hoekstra, H. J., Klip, E. C., Pras, E., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005b). Stress response symptoms in adolescent and young adult children of parents diagnosed with cancer. *European Journal of Cancer*, 41(2), 288-295.
- Issel, L., Ersek, M., & Lewis, F. (1990). How children cope with mother's breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3), 5-12.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Burns, W. I., Patrick, J. D., Wallace, C. S., & McKenzie, D. P. (1994). Perceptions of family functioning and cancer. *Psycho-Oncology*, 3(4), 259-269.
- Kristjanson, L. J., Chalmers, K. I., & Woodgate, R. (2004). Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 111-119.
- Lewis, F. M., Behar, L. C., Anderson, K. H., Shands, M. E., Zahlis, E. H., Darby, E., & Sinsheimer, J. A. (2000). Blowing away the myths about the child's experience with the mother's breast cancer. In L. Baider, C. L. Cooper, & A. K. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (2nd Ed., pp 201-221). Sussex, GB: John Wiley & Sons.
- Lewis, F. M., & Darby, E. L. (2003). Adolescent Adjustment and Maternal Breast Cancer: A Test of the "Faucet Hypothesis". *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(4), 81-104.
- Lewis, F. M., Hammond, M. A., & Woods, N. F. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(4), 351.
- Lewis, F. M., & Hammond, M. A. (1996). The father's, mother's, and adolescent's functioning with breast cancer. *Family Relations*, 45(4), 456-465.

- Lindqvist B, Schmitt F, Santalahti P, Romer G, & Piha J. (2007). Factors associated with the mental health of adolescents when a parent has cancer. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(4), 345-351.
- Munet-Vilari, F., & Egan, M. (1990). Reliability issues of the family environment scale for cross-cultural research. *Nursing Research*, 39(4), 244-247.
- Northouse, L., & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Seminars in Oncology Nursing*, 9(2), 74-82.
- Ohannessian, C. (2007). Parental cancer and its effects on adolescents and their families. *Annals of Oncology*, 18(12), 1921-1922.
- Ortiz-Longo, C. A. (1997). *Relationship between student personality style, perception of family environment, and classroom functioning of mainland Puerto Rican children* (Disertación Doctoral). Temple University, Philadelphia: Philadelphia.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reig-Ferrer, A., Cepeda-Benito, A., & Snyder, D. K. (2004). Utility of the Spanish translation of the Marital Satisfaction Inventory-Revised in Spain. *Assessment*, 11(1), 17-26.
- Siegel, K., Mesagno, F. P., Karus, D., Christ, G., Banks, K., & Moynihan, R. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal of The American Academy of Child And Adolescent Psychiatry*, 31(2), 327-333.
- Siegel, K., Karus, D. & Raveis, V. H. (1996). Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(4), 442.
- Spielberger, C. D. (1971). Development of the Spanish edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Revista Interamericana de Psicología*, 5(3), 145-158.
- Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Steck, B., Zacharia, R., Baldus, C., & Romer, G. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioral functioning of children where a parent has cancer. *Cancer*, 115(17), 4030-4039.
- Veach, T. A., & Nicholas, D. R. (1998). Understanding families of adults with cancer: Combining the clinical course of cancer and stages of family development. *Journal of Counseling & Development*, 76(2), 144-156.
- Visser, A., Huizinga, G. A., Hoekstra, H. J., van der Graaf, W. T. A., Klip, E. C., Pras, E., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. *Psycho-Oncology*, 14(9), 746-758.
- Visser, A., Huizinga, G. A., Hoekstra, H. J., van Der Graaf, W. T., Gazendam-Donofrio, S. M., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Emotional and behavioral problems in children of parents recently diagnosed with cancer: A longitudinal study. *Acta Oncologica*, 46(1), 67-76.
- Watson, M., St. James-Roberts, I., Ashley, S., Tilney, C., Brougham, B., Edwards, L., Baldus, C. & Romer, G. (2006). Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 94(1), 43-50.
- Welch, A. S., Wadsworth, M. E., & Compas, B. E. (1996). Adjustment of children and adolescents to parental cancer. Parents' and children's perspectives. *Cancer*, 77(7), 1409-1418.

Received 01/06/2011

Accepted 01/06/2011

Rosario Costas Muñiz. Universidad de Puerto Rico, Rio Piedras, Puerto Rico