Estilos de relaciones familiares y resiliencia en familias de niños y adolescentes oncológicos
Investigación empírica en el Hospital Garrahan

Styles of family relationships and Resilience in the family system of oncological children and adolescents
Empirical research in Garrahan Hospital

Verónica M. Rodríguez
Universidad del Salvador
Gabriela Real
Pontificia Universidad Católica Argentina

Resumen

La psico-oncología es una disciplina relativamente moderna que surge como respuesta a los diferentes retos psicosociales que plantea la atención al enfermo de cáncer: su problemática emocional, el manejo del dolor y los cuidados paliativos, entre otros. Se analizaron las deficiencias interaccionales familiares y la resiliencia total en los padres de 154 niños y adolescentes, entre 8 meses y 16 años de edad, respectivamente, en tratamiento oncológico. Se aplicó la escala Faces III de Olson y se analizaron los resultados.

Abstract

Psycho-oncology is a relatively new discipline arising in reply to the different psycho-social challenges posed by caring of cancer patients: their emotional involvement, how to handle pain and provide palliative care, among others. Inter-action family deficiencies and Total resilience were analyzed in the parents of 154 children and adolescents undergoing oncological treatment.

FACES III Olson scale was applied and results were analyzed.

Correspondencia: Verónica M. Rodríguez
e-mail: veronicarod@coopenet.com.ar

Palabras clave: Cáncer, Adaptación Ambiental, Interacciones familiares, Intervención Familiar, Acercamiento de Tratamiento Interdisciplinario, Niños, adolescentes.
Key words: Cancer, Environmental Adaptation, Family Interaction, Family Intervention, Interdisciplinary Treatment Approach, Children, Adolescents.

Introducción

El problema aquí investigado parte de parte de la formulación del siguiente problema: ¿de qué manera es posible acompañar a los familiares de niños y adolescentes en tratamiento oncológico, para que, a su vez, ellos puedan acompañarlos y ayudarlos en las distintas fases de la enfermedad? En un intento de dar respuesta a tal pregunta se construyó una solución tentativa; primero se otorgó valor a las deficiencias interaccionales familiares, desde ellas se construyó una medida transversal de Resiliencia Sincrónica, en las dimensiones: cohesión y flexibilidad del sistema familia.

El análisis de los resultados de la escala "Faces III" permitirá un acercamiento a la realidad de estas familias que conviven con el cáncer de alguno de sus hijos. Considerando que determinados factores de naturaleza conductual y de aprendizaje influyen en el riesgo de contraer cáncer y en su posible evolución. Por tanto, se considera de vital importancia la valoración de otros parámetros distintos a los rigurosamente biológicos; el conocimiento que aportará el estudio de los *estilos relaciones familiares prevalentes* donde uno de sus miembros padece de cáncer, nuevas puertas hacia la comprensión de la enfermedad, su aparición, diagnóstico y pronóstico, tanto así como al descubrimiento de nuevas técnicas de abordaje psico-oncológico.

Se aplicó la "Escala Faces III" de Olson, Porter & Lavee (1985), a familiares de niños y adolescentes atendidos en el Hospital Garrahan, en el período febrero-mayo de 2005[1].

La investigación se transformó en una propuesta de psicología preventiva.

Los datos de la realidad exigieron leer las evidencias, y se perfiló una senda tendiente a fortalecer la relación "unidad hospitalaria-familia del paciente", para promover actitudes y comportamientos resilientes[2], es decir, incorporarlos como factores protectores a la familia y a la unidad hospitalaria.

El reconocimiento de factores de naturaleza conductual y de aprendizaje influyen en el riesgo de contraer la enfermedad, pone de relieve la importancia de la valoración de los parámetros familiares además de los estrictamente biológicos, considerando al cáncer como una enfermedad que no puede tratarse como un elemento aislado en la persona. (Matthews-Simonto y Simonto, 1995).

Los aprendizajes básicos del ser humano: caminar, hablar[3], comer, cómo resolver problemas, se aprenden en la familia (Cyrulnik, 2004). Sus miembros procesan información, la organizan, codifican y atribuyen sentido según la cultura.

La percepción de los procesos vividos en la interacción familiar interna difiere de lo observado externamente. Los procesos familiares siguen una lógica psicológica. Responden al posicionamiento de cada miembro en el sistema, en cambio, la observación externa corresponde a estructuras del observador.

La teoría sistémica se refiere a "la familia" –como sistema– que establece relaciones con otros sistemas (salud, educación) y en sus subsistemas (conyugal, filial).

En el presente trabajo se analizará la importancia y la forma de evaluar la *resiliencia del sistema familia*, es decir, cómo la familia desarrolla su capacidad de cohesión y flexibilidad con el fin de elaborar estrategias de prevención de problemas en las relaciones interpersonales familiares, teniendo presente la enfermedad oncológica de un hijo como factor altamente estresante. Carl Simonto afirma que las emociones influyen significativamente en la salud y en la curación de la enfermedad. Sin embargo, aunque las variables psicológicas puedan tener un papel importante, por la influencia de conflictos emocionales en la génesis y tratamiento del cáncer-oncología psicosocial (Simonto, 1993), la importancia de los determinantes biológicos es superior.

Importancia del estudio

Son escasas las investigaciones empíricas desde un enfoque sistémico. Su importancia radica en que las deficiencias interaccionales familiares tienen correlación negativa con variables sociodemográficas tales como: edad, estado civil, nivel de instrucción. Las deficiencias interaccionales dificultan la vida de niños y adolescentes, pero no se trata del sufrimiento que el discurso de los adultos recita. Los adultos, lejos de involucrarse en la búsqueda de una solución, se expresan en el no hablar, o en el "de esto no se habla".

Cáncer infantil: estudio sobre estilos de relaciones familiares y resiliencia del sistema familia

La psico-oncología es una disciplina relativamente moderna que surge como respuesta a los diferentes retos psicosociales que plantea la atención al enfermo de cáncer: su problemática emocional, el manejo del dolor y los cuidados paliativos, entre otros. Las complejas situaciones personales, médicas y terapéuticas a que han de enfrentarse estos pacientes y sus familias les hacen particularmente susceptibles al desarrollo de problemas psicosociales de importancia y a una franca disminución de su calidad de vida. La psico-oncología tiene como objetivo la atención integral del paciente en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales manteniendo un permanente diálogo con el resto de las especialidades médicas.

Cuando un cáncer afecta a un niño o a un joven lo hace, etiológica y sintomáticamente, en forma distinta que a los adultos. Por ejemplo, muchos de los tipos de cáncer que se dan en la adultez son resultado de la exposición a agentes productores de cáncer como tabaco, dieta, sol, agentes químicos y otros factores que tienen que ver con las condiciones ambientales y de vida. Mientras que las causas de la mayoría de los tipos de cáncer pediátricos son, todavía, desconocidas. Otra diferencia a destacar es que el cáncer infantil tiene mayormente un mejor pronóstico que el de adultos. Sin embargo, el diagnóstico de cáncer es siempre una experiencia inesperada y devastadora, mucho más si se trata de un cáncer infantil. Padres y familiares suelen vivirlo como una sentencia de muerte que, al menos inicialmente, elimina todos los sentimientos de esperanza.

A pesar de los avances de la clínica oncológica, la mayoría de los padres reaccionan al diagnóstico de cáncer de manera casi idéntica, implicando para la mayoría de ellos, una inseparable conexión con la muerte.

El contexto que envuelve a la enfermedad, desde el diagnóstico, seguido por el tratamiento y evolución, amenaza las estructuras actuales de la familia. El tratamiento médico de niños y adolescentes implica cargas emocionales y prácticas, desconocidas para los padres, además de la amenaza de la pérdida.

Deben aceptar los rigores del tratamiento sin garantías de cura y sabiendo el sufrimiento que le causará al niño. Por otra parte, tienen que afrontar gastos económicos considerables y la ruptura de rutinas familiares.

Los niños y adolescentes pasan por las mismas etapas que los adultos frente a una enfermedad: rabia, negación, regateo, depresión y aceptación. La mayor dificultad está en escucharlos y comprenderlos (Kübler Ross, 1997) por cuanto se sienten solos y necesitan calor humano.

La sociedad reconoce la importancia de las familias sin acercarle oportuna ayuda. En muchas oportunidades “El apoyo les llega cuando el estrés las transformó en un sistema imposibilitado de desempeño” (Olson en Falicov, 1991,

p. 99). La preocupación por el colapso de la familia hace necesario comprender los procesos capaces de promover y desarrollar resiliencia, fortaleza de las relaciones familiares. (Walsh, 2004)

El estrés generado por la enfermedad oncológica cuestiona a la familia en lo referente a ¿Qué aconteció y qué acontece en ella? ¿Quiénes van a estar en la familia en el futuro? ¿Cuál es el tiempo de la duración de las relaciones familiares actuales? ¿Cómo será la familia luego de los resultados del tratamiento?

El ámbito familiar puede considerarse definido por dos parámetros no idénticos y ni siquiera siempre unidos: el de la convivencia doméstica y el de las relaciones sentimentales o afectivas intensas. (Buendía, 1999)

Olson considera que el "desarrollo familiar rara vez ha sido estudiado en forma sistemática". (Olson en Falicov 1991:99) Desde la década de los 60 distintos autores describen los procesos normativos por los que atraviesa la familia. En los años 80 Stinnett, Chesser, Defrain y Knaub[4] (1980) focalizaron los aspectos fuertes de la familia; Walsh, en la publicación en Clinical implications of the family life cycle (Rockville y Aspen 1983), describe los procesos evolutivos intrafamiliares, los distintos enfoques teóricos y principios del enfoque sistémico de la resiliencia en "Resiliencia familiar–estrategias para su fortalecimiento" (Walsh, 2004).

Modelo circumplejo

Wiggins (1996) *define el Modelo Circumplejo* como un sistema de dos coordenadas, representadas como ejes horizontal y vertical. El sostenimiento es representado en el eje horizontal por la variable *cohesión*. La dominancia se representa en el eje vertical por la variable *flexibilidad*. Las dos coordenadas suministran una estructura en la que todas las conductas interpersonales pueden representarse como combinaciones de aquellos dos ejes.

Al investigador le permite evaluar un amplio campo de conductas interpersonales de manera no redundante y le alertan acerca de la existencia de lagunas o déficit en la extensión de los campos.

El *modelo circumplejo* de los sistemas maritales y familiares de Olson se centra en las tres dimensiones fundamentales de los sistemas maritales y familiares: *cohesión, flexibilidad* y comunicación.

Frente al funcionamiento de la vida familiar se observan dos posturas: la familia funcional ("feliz, normal") y la disfuncional ("problemática, patológica").

Una tercera posición radica en la posibilidad de estudiar grupos de familias con instrumentos de la clínica, sin compararlas con las denominadas "familias normales". Sabemos acerca de las características de las "familias problemas", y la probabilidad de que las "familias normales" carezcan simplemente de esas características.

La perspectiva de *contrastar los valores de las variables cohesión y flexibilidad familiar*, en familias afectadas por el estrés propio del ciclo vital y del estrés circunstancial –familias con hijos en tratamiento oncológico– es un camino para conocer los *aspectos positivos* y los *recursos* que ellas disponen. La evaluación familiar, fuera del ámbito clínico, ubica la investigación de los problemas de la familia como un producto necesario e imprescindible para su fortalecimiento. Comprender el comportamiento familiar desde la perspectiva relacional, promueve la investigación psicológica contextualizada.

El comportamiento de los padres influye en el de sus hijos, especialmente en aquellas conductas dirigidas a la superación y resolución de problemas (Bar-on et al., 2000). Estas conductas dejan una marca especial en los comportamientos futuros de los hijos (Cichetti, 1993; Puerta de Klinkert, 2002).

El enfoque de la resiliencia del sistema familia promueve la transformación de las diferencias de estilos de relaciones familiares en el abordaje de distintos estresores, en estrategias de fortalecimiento de la familia, en contextos culturales. Podemos preguntarnos ¿Cuáles son los estilos de relaciones familiares prevalentes de las familias con hijos en tratamiento oncológico?

Este enfoque procura identificar y destacar ciertos procesos interaccionales esenciales que permiten a las familias soportar y salir airosas de los desafíos vitales disociadores (Walsh, 2004). Como señala Daniel Rodríguez (2002):

"la resiliencia es un concepto fácil de entender pero difícil de definir, e imposible de ser medido o calculado exhaustivamente" (p.195). Se considera probable que las interacciones familiares puedan influir en el tratamiento oncológico, y que el desarrollo de comportamientos resilientes promueva el desarrollo de medidas preventivas.

Los estudios sobre resiliencia personal dan cuenta de los *rasgos y predisposición* individual, relatan aspectos del afecto, el apoyo recibido, la existencia de una estructura de proyecto personal, límites sensatos y bien definidos (Walsh, 2004; Cyrulnik, et al., 2004).Para Mata (2005):

> La discrepancia entre real e ideal evalúa el nivel de satisfacción individual con el sistema familiar actual. Al mismo tiempo, el ideal provee una idea de cuál es el monto y la dirección del cambio deseado. [...] Teóricamente la discrepancia entre ideal y percibido es importante, desde que ella provee una medida de la satisfacción existente en el actual sistema familiar...La discrepancia entre ideal y percibido provee una medida inversa de la satisfacción familiar. (pp. 34-35)

Se denomina resiliencia del sistema familia a la medida de la tensión provocada por el monto y dirección del cambio percibido por un miembro de la familia en un ciclo determinado. El instrumento Faces III evalúa las relaciones interpersonales en las dimensiones cohesión y flexibilidad.

Los resultados de Faces III en padres, no se basan en una u otra dimensión, sino en la interacción de las dos dimensiones: *flexibilidad y cohesión*, es decir, en el desarrollo de la comunicación en las interacciones interpersonales.

Las relaciones interpersonales no se basan en una sola dimensión, por ejemplo, el afecto o la actividad compartida, sino que tienen un carácter pluridimensional, en el que las distintas dimensiones se combinan sin que necesariamente coexistan en perfecta sintonía, aunque no lleguen a ser completamente extrañas entre sí.(Gimeno Collado, A., 1999, p.67)

A partir de las consideraciones teóricas precedentes esta investigación se propuso el siguiente objetivo general:

- *Estudiar*, desde el sistema hospitalario, estilos de relaciones familiares y capacidad de resiliencia del sistema familia, de niños y adolescentes, en atención hospitalaria ambulatoria.

Metodología

El diseño de la investigación es expost-facto. Para llevar a cabo la investigación se utilizó la "Escala Faces III" de Olson (Olson, Porter & Lavee, 1985). La misma se centra en las tres dimensiones fundamentales de los sistemas maritales y familiares: cohesión, flexibilidad y comunicación, que surgen de un agrupamiento conceptual de más de cincuenta conceptos elaborados para describir la dinámica marital y familiar. Es un modelo conceptual empíricamente emparentado con otros modelos de familia, como el modelo sistémico de Beavers y el modelo de familia de McMaster. La escala Faces III es la 3ª versión de una serie de escalas Faces desarrolladas por Olson para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: *la cohesión y a flexibilidad familiar.*

La hipótesis fundamental del modelo circumplejo es que los sistemas de pareja y de familia equilibrados tienden a ser más funcionales que los sistemas desequilibrados. Olson lo elaboró en un intento por salvar la separación que típicamente se da entre la investigación, la teoría y la práctica. (Olson, D. & Ma. Cubbin, H.I. et al, 1989).

Los estudios sobre el desarrollo familiar provienen de la clínica, desde distintas teorías y enfoques. Ellos abrieron el camino del estudio de la resiliencia familiar. La mayoría se han centrado en contrastar a las familias que tienen dificultades para afrontar enfermedades (físicas, mentales); consecuencias del abuso sexual, descuido físico y maltrato emocional, con las "familias normales" que han sido utilizadas principalmente como grupos de control. A raíz de esa experiencia "las "familias normales" por derecho propio no han constituido el tema central en una investigación". (Olson en Falicov, 1991).

En los estilos de relaciones *familiares entrelazadas* los roles no son claros y suelen pasar de una persona a otra. Hay valores extremos de proximidad emocional y se exige lealtad familiar. Estas relaciones se caracterizan por una *intimidad extrema*, la fusión de los miembros da lugar a la *hiperdependencia*. Hay mandato de someterse a los intereses comunes, y las actividades por separado se ven como una deslealtad. (Alcaide, Rabean & Guala, 1998).

En familias con *relaciones vinculadas* el tiempo que pasan juntos es más importante que el tiempo que se pasa solo. La intimidad entre padres e hijos es elevada; hay más unión que separación, y el tiempo junto es importante, aunque se permite el tiempo a solas. Son más las actividades compartidas que las individuales. (Walsh, F. & Olson, D.H. (1989)

En las *interacciones familiares aisladas* el aislamiento no es tan extremo como en el sistema de relaciones *familiares no comprometidas*. Los límites generacionales son claros, con alguna intimidad entre padres e hijos. Las caracteriza, además, la prevalencia de la separación por sobre la unión, y los espacios separados con participación en el espacio familiar. El interés afectivo es poco frecuente, pues los límites generacionales son rígidos y es baja la intimidad entre padres e hijos, consecuencia lógica de ello, es el predominio del aislamiento.

En las interacciones familiares *caóticas* –flexibilidad extrema– el dejar hacer lo que quieran resulta ineficaz y acarrea incoherencias e indulgencias al momento de procurar establecer un límite. El cambio frecuente de reglas impone un estilo de relación familiar incoherente, experiencia que dificultará la asimilación de las limitaciones físicas y económicas que conlleva el tratamiento oncológico.

Los estilos de *relaciones flexibles* se caracterizan por el liderazgo igualitario y un enfoque democrático de la toma de decisiones. Los roles son compartidos, y cuando es necesario hay un cambio fluido. Las reglas pueden cambiarse y se adecuan a la edad.

En las *relaciones estructuradas* los padres tienden a tener un liderazgo un tanto democrático, y algunas negociaciones incluyen a los hijos. Los roles son estables, compartiéndose algunos de ellos. Hay ciertos cambios en las reglas, y otras están firmemente consolidadas.

En las *rígidas*, las negociaciones tienden a ser limitadas, imponiendo el líder la mayoría de las decisiones. Los papeles están estrictamente definidos y las reglas no cambian.

El panorama que abren los diferentes estilos de relaciones familiares, remite a la diversidad de reacciones imprevisibles de los padres frente al diagnóstico oncológico. La importancia de comprender los estilos de familia se relaciona con las modificaciones en el comportamiento frente al paciente.

Descripción de la muestra

La muestra es incidental, no se homogeneizó ni se asignaron sujetos, está integrada por madres y padres: 83% de sexo femenino y 17% sexo masculino. La muestra quedó constituida por madres (n= 130), padres (n= 24). Se partió del presupuesto de que las familias estaban expuestas a las mismas condiciones de estrés.

La implementación de la autoadministración de la escala se realizó a padres del niño enfermo, en el tiempo de espera previo al turno del tratamiento. La sala de juego, especialmente diseñada para la recreación de los pequeños pacientes oncológicos, y la sala de espera del Hospital de Día del Garrahan fue el lugar que permitió a los familiares responder la escala, propiciando un bajo costo de implementación.

Se utilizó la escala Faces III del Modelo Circumplejo de Olson, ya que el análisis de los resultados, comparados con variables demográficas y psicológicas, permite un acercamiento a la realidad familiar. El constructo de familia ideal sirve para evaluar la familia real y para originar cambios. (Gimeno Collado, A., 1999, p.118).

La escala Faces III informa sobre los valores de las dimensiones: *cohesión y flexibilidad*. Con este instrumento se asigna valor a las deficiencias interaccionales familiares. En una población dada el porcentaje de los valores de *cohesión y flexibilidad extremos* de las relaciones familiares percibidas revelan, desde la perspectiva del método circumplejo, interacciones familiares deficientes. Los extremos de la dimensión *cohesión* corresponden a relaciones no comprometidas y a relaciones entrelazadas; sumadas a los valores de *flexibilidad*, de relaciones rígidas y de relaciones caóticas, el promedio de esos valores proporciona una estimación de las interacciones familiares deficientes.

Deficiencias Interaccionales Familiares

Los valores de deficiencias interaccionales familiares surgen del promedio de los valores extremos de una población. Esos valores toman en el modelo circumplejo un sentido nuevo, por cuanto la diferencia entre la familia deseada y la familia real percibida presenta una compleja combinación que es producto de la construcción de la familia ideal. Interviene la reflexión conciente sobre lo que se está viviendo, los valores y los deseos de modificación, así como del conocimiento de los distintos miembros de la familia y sus necesidades. Esta es la dimensión de la vida familiar que acrecienta la funcionalidad y la satisfacción. Está más apoyada en la variable *flexibilidad* que en la *cohesión* y en la diferencia de valores entre lo real y lo ideal en cada dimensión. Lo deseado como ideal de relaciones familiares expresa la capacidad de modificación de los valores de *cohesión* y de *flexibilidad*, "está altamente condicionado por el contexto cultural." (Gimeno Collado, 1999, p.119)

La resiliencia del sistema familiar

El análisis estadístico de las dimensiones cohesión y flexibilidad familiar se realiza de acuerdo con el baremo, pero en forma separada, es decir, los valores de la dimensión real, separada de los valores ideales. Luego se da lugar a dos operacionalizaciones del constructo de Resiliencia (Vanistendael, 1998, p. 59) en el contexto del paradigma Circumplejo como las diferencias entre niveles extremos según su tendencia a estados equilibrados, considerando el contraste entre percepción real e ideal del Faces III. A su vez se operacionaliza el concepto de medio adverso a través del Índice de *Deficiencias Interaccionales*

Familiares, el cual se corresponde con los denominados Cambios de *Segundo Orden* (Olson, D. 1985).

El medio adverso (componente necesario en toda referencia al concepto de resiliencia) es para el sujeto –en este caso– su mismo posicionamiento deficiente en el sistema familiar. Decimos deficiente en tanto se orienta (según sus puntajes obtenidos en Faces Ideal) hacia estados extremos del sistema. Al decir orientación, estamos haciendo referencia al efecto de contraste entre las perspectivas real e ideal observadas en un mismo momento vital para el sujeto. Vale señalar que se trata de una estimación sincrónica de la resiliencia.

Dicha orientación constituye un posicionamiento que predispone a la persona a un tipo de interacciones que siguiendo la lógica (circumpleja) del cambio de segundo orden dará por resultado, estados desbalanceados en el sistema familiar.

Se elaboró el concepto de sistema desequilibrado en contextos de interacciones disfuncionales en correspondencia a los Cambios de Segundo Orden. Consecuentemente se identifica el concepto de sistema equilibrado en contextos de interacciones disfuncionales como efecto resiliente familiar en correspondencia con los Cambios de Primer Orden. Y se desarrolla el coeficiente numérico.

Se construyó una medida de resiliencia transeccional del sistema familia individual a partir de las variables *flexibilidad y cohesión* de la escala Faces III de Olson.

Se estima la tensión del contraste percibido, actuando como contexto de las relaciones familiares, a su vez, en el contexto social, cultural y económico en el cual vive la familia.

El puntaje directo de las fórmulas individuales de familia real percibida, es el resultado baremizado de Olson, transformado en puntaje bipolar tanto en cohesión como en flexibilidad (interpretación circumpleja).

- *Fórmula deficiencias interaccionales familiares*: semisuma de los valores absolutos de los extremos tanto de cohesión real como de flexibilidad real sobre dos.
- *Fórmula de resiliencia de cohesión*: el complemento del valor absoluto de la semisuma del total de cohesión real e ideal en los puntales bipolares (interpretación circumpleja).
- *Fórmula de resiliencia de flexibilidad*: el complemento del valor absoluto de la semisuma del total de flexibilidad real e ideal en los puntales bipolares (interpretación circumpleja).
- *Fórmula de resiliencia total del sistema*: promedio de las resiliencias parciales.
- *La resiliencia máxima es 1*, complemento del valor absoluto de la semisuma del total de cohesión real e ideal en los puntales bipolares (interpretación circumpleja) funciona lo más cercano al 0.

La estimación de la medida del contraste de la tensión entre familia real percibida y la deseada, es lo que se denomina *resiliencia del sistema familia*.

Resultados

Los resultados de la administración de la escala Faces III de Olson a 154 madres y padres de niñas-niños en tratamiento oncológico, provee información suficiente sobre deficiencias interaccionales familiares, resiliencia de cohesión, de flexibilidad y resiliencia total del sistema familiar.

Variables sociodemográficas

Sexo: El 83% son de sexo femenino y 17% sexo masculino, distribuidos: el 39% en edades entre 30 á 35; de 36 á 39 años el 16%; de 26 á 29 el 15% y el 12% entre 40 á 45 años. Con porcentajes menores en las franjas de 21 á 25 años; de 46 á 49 y de 50 á 57 años.

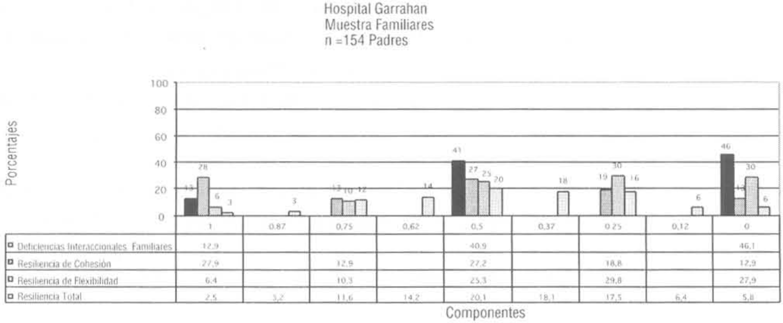
Escolaridad: El 21% no respondió el ítem. En las respuestas se observó que la escolaridad alcanzada por los familiares es de un 24% de secundaria completa; primaria completa el 17%; un 10% de terciario completo y un 4% de estudios universitarios completos. Los estudios incompletos ascienden a un 14% en el secundario; bajando a un 5% a nivel universitario; a un 3% de primaria incompleta; y un 2% en el terciario.

Número de hijos: Predominan las familias con dos y tres hijos (29% y 24% respectivamente) e hijo único el 18%. La muestra responde a características de familias en transición en cuanto al subsistema filial en el número de hijos, el cual caracteriza un estilo de familia y el ambiente psicológico de percepción de la familia. Las familias con cuatro hijos ascienden al 11%.

Estado civil: El 45% de las madres de la muestra están casadas y el 14% de los padres; los guarismos de madres solteras ascienden al 24%; en cambio, en los padres sólo el 4% son solteros. Las madres separadas alcanzan el 3% y los padres el 1%. Se observó un 1% de madres viudas; un 2% de concubinas y no respondió un 1% de madres y un 2% de padres.

Composición familiar

En la muestra se observó que el 59% de la muestra consideran que la fa-milia está compuesta por uno de los cónyuges y los hijos; Hijos solamente el 27%; hijo/a y concubino/a, el 10%; cónyuge, hijos y nieto el 1%; sin respuesta 1%.



	1	0.87	0,75	0,62	0,5	0,37	0 25	0,12	0
▫ Deficiencias Interaccionales Familiares	12,9				40,9				46,1
▫ Resilencia de Cohesión	27,9		12,9		27,2		18,8		12,9
▫ Resilencia de Flexibilidad	6,4		10,3		25,3		29,8		27,9
▫ Resilencia Total	2,5	3,2	11,6	14,2	20,1	18,1	17,5	6,4	5,8

Revista de Psicología. UCA. 2007. Vol 3. Nº 5

Relaciones familiares

Las deficiencias interaccionales familiares se focalizan en tres grupos, los valores del 46% de la muestra indican ausencia de deficiencias interaccionales; el 41% asciende al 0,5 de dificultades; llegando al 13% del máximo estimado de 1.

Resiliencia del sistema familia

En la muestra los valores de resiliencia del sistema familia son mayores que los de deficiencias interaccionales. No perciben deficiencias interaccionales el 46% de los padres de 71 niños y adolescentes; el 41% perciben un 0,5% (padres de 63 niños y adolescentes); en el nivel crítico de 1 de deficiencias interaccionales familiares la resiliencia juega un papel definido para el 13% de padres de 20 niños y adolescentes.

En la dimensión cohesión la muestra se agrupó en cinco conjuntos de estilos de relaciones familiares.

El máximo de cohesión (1) se observó en el 28% de la muestra, lo cual indica *relaciones familiares entrelazadas*, caracterizadas por el liderazgo errático o limitado de los adultos.

En el 13% de la muestra se observó 0,75 de resiliencia de cohesión, es decir, que las *relaciones familiares tienden a ser vinculadas*, hay proximidad emocional y una lealtad a la relación.

Cierto aislamiento emocional, que caracteriza a las *relaciones familiares aisladas*, se observó en el 19% con valores del 0,25.

Las relaciones familiares no comprometidas se dan en el 13% y suelen tener una separación emocional extrema. Hay poco compromiso entre los miembros de la familia, mucha separación e independencia personal.

A estas características tiende el 27% de la muestra en el que se observó un 0,5 de resiliencia de cohesión.

La *resiliencia de flexibilidad* máxima: 1 observada en la muestra total asciende a 6%. El liderazgo limitado o errático caracteriza a las *relaciones familiares caóticas*, con el consiguiente fracaso de los padres en el control de los hijos, lo cual se rechaza.

El 10% perciben *relaciones familiares flexibles* de 0,75 de resiliencia de cohesión.

El 30% de los padres se ubican en un 0,25 de resiliencia de cohesión, por lo que se puede inferir que las relaciones familiares son estructuradas.

En el 28% de la muestra no se observó valores de resiliencia en la dimensión flexibilidad. La ausencia de valores nos habla de *relaciones familiares rígidas*, que se dan cuando uno de los padres es el jefe y controla mucho. A estas características tiende también el 25% de la muestra con valores en la dimensión cohesión del 0,5.

Discusión

En la población de la muestra se detectó una gama de estilos de relaciones familiares y resultados discriminados de deficiencias interaccionales familiares y de resiliencia del sistema familia en las dimensiones cohesión, flexibilidad y total.

La composición familiar percibida por los padres se diferenció en dos grupos, caracterizados: uno por la integración del sistema conyugal y filial, y otro al sistema filial y conyugal incompleto, limitado a un cónyuge, un cónyuge excluye al otro, ó se autoexcluye. La composición familiar limitada al subsistema filial y el sistema conyugal incompleto se dieron en los diferentes estados civiles. Resulta útil considerar una de las funciones básicas de la familia: la protección, que en la población de la muestra se considera cubierta por cuanto se preocuparon para que el hijo/a acceda al servicio hospitalario de alta complejidad.

En la muestra se registraron respuestas en composición familiar en las que un cónyuge se excluye o excluye al otro y donde integran a los hijos; limitada la composición familiar al subsistema filial; o al filial incluyendo al parental de tercera generación (abuelos). Frente a estas manifestaciones: qué pasaría en la relación entre la familia y el sistema de salud si se incluyeran los miembros del sistema conyugal, o bien, cuál es la relación del cónyuge excluido con el sistema de salud que atiende al hijo/a. La relación dinámica cónyuge excluido, cónyuge auto excluido, ¿condiciona o limita el ejercicio de la patria potestad en el sistema hospitalario?

"Uno de los factores que han contribuido de forma importante al cambio de las relaciones es la disminución progresiva de la dependencia entre los cónyuges" (Buendía, J.1999, p.17) Este desarrollo sociocultural coloca a las instituciones y al Estado en el lugar social que antes ocupaba la familia.

La existencia de relaciones interpersonales que no funcionan se mantienen "porque confiamos en que cambiarán (…) porque nos enseñaron que todas las relaciones deberían funcionar" (Kübler Ross, E. 2002, p.73).

Se puede afirmar que los padres que respondieron la escala se encontraban en una situación límite –ver al hijo, luchar por la vida–. Con frecuencia no saben cómo actuar con los *nuevos roles* que deben adoptar en este particular ciclo vital familiar, signado por el estresor enfermedad, en el que *se definen* los nuevos roles. Es posible que en el cambio pudieran emerger deficiencias interaccionales familiares, las cuales tienden a resolverse por las consecuencias y lesiones que generan y no antes, si bien es una circunstancia previsible.

Cabe preguntarse si ¿el estrés causado por la enfermedad del hijo motiva estos valores o la familia se caracteriza por bajos niveles de cohesión?

Las familias con un *estilo de relaciones familiares deseado* expresan expectativas de cambios mínimos en la disciplina y el liderazgo; la participación de los hijos en aspectos de la disciplina y la identificación del ejercicio de la autoridad. Los valores máximos de deseabilidad de cambio los ubican en la unión emocional y lo relacionado con los roles y las reglas. Por lo tanto, estos comprometen a la variable cohesión y flexibilidad, y los mínimos sólo a esta última.

En ese sentido se considera que los cambios de comportamiento de los familiares y amigos, muchas veces, hacen que el paciente conozca el diagnóstico antes de ser informado por el médico. (Kübler Ross, 1997). Esta apreciación responde a la importancia del rol de la familia en la comunicación de lo que les acontece con el paciente. Enfrentan una situación nueva, desconocida, no prevista. Necesitan superar el sentimiento de culpabilidad, para luego reflexionar sobre la intranquilidad que provoca este cambio, para lo cual debieran despedirse de la ira, la protección, la autosuficiencia. Es decir, que el dolor se transformaría en sabiduría de vida.

Los equipos médicos se sentirían menos frustrados ante los procesos oncológicos si entendieran mejor los estilos de relaciones familiares, si sencillamente hablaran del futuro con los pacientes y familiares.

En la muestra se observó que surgen valores mínimos en la *dimensión cohesión*, en lo referente a límites familiares, tendiendo a realizar actividades solamente dentro de la familia.[5]

En ese sentido también en la *dimensión flexibilidad* los roles y las reglas arrojan valores mínimos, si bien señalan que es muy importante para ellos la

unión familiar. Además expresan valores máximos de unión emocional y en los factores relacionados con el desempeño de roles y funciones.[6]

En las actividades domésticas hay una marcada tendencia a la no diferenciación de responsabilidades en las tareas del hogar. La enfermedad requiere una reorientación casi total de los valores familiares, metas y expectativas para el futuro. La integridad y estabilidad familiar están amenazadas porque la homeostasis interactiva es redefinida por la enfermedad[7].

Se observó que las familias perciben la importancia de la unidad familiar tanto en los valores máximos como en los mínimos. Este concepto es relevante como recurso, por conferir sentido a relaciones interpersonales familiares, constitutivas del significado de la vida familiar, para el miembro del sistema familia, que expresa percibirla.[8]

Si bien en la muestra los valores de cohesión y flexibilidad señalan diferencias entre las percepciones del sistema familia, esos mismos valores que las diferencian, las reúne en la capacidad de resiliencia del sistema familia que posee cada una, como posibilidad de desarrollo. En la tensión del contraste de valores en cohesión y flexibilidad percibida las familias son desafiadas en su capacidad de desarrollo y de protagonismo de otros estilos de relaciones familiares.

Las familias de niños afectados se enfrentan con una crisis emocional en el momento del diagnóstico. De acuerdo con los valores de resiliencia de cohesión y flexibilidad, se trabajará con los familiares los pilares de la resiliencia: tengo personas; soy una persona; estoy; puedo.

La enfermedad desafía la relación entre los padres, los hermanos y el balance completo de la vida familiar, desde el enfoque de la resiliencia es una oportunidad para desarrollar el pilar puedo hablar, buscar, controlarme, encontrar.

Las estrategias de prevención parten del ayudar a toda la familia a comprender la enfermedad, cada uno en su propio nivel de desarrollo, cada miembro parte de "*soy una persona y estoy dispuesto*"; y en el animar a aceptar la necesidad de un tratamiento activo, con un seguimiento prolongado en la seguridad de contar con *personas que confían y quieren incondicionalmente*, que *ponen límites*, que muestran que *vale la pena* intentar superar la adversidad.

La promoción de la resiliencia personal en familiares, activa la resiliencia del paciente, los cambios saludables que decidan, transforman el dolor en relaciones interpersonales generadoras de factores protectores de resiliencia, independientemente del desenlace de la enfermedad. Con toda probabilidad las familias al no percibir que se las compara con otra familia, expresen una actitud favorable hacia el tránsito desde el dolor sin sentido, a recibir todo el apoyo necesario para desarrollar factores protectores, y dar así, sentido y significado al dolor.

La salud psico-social del niño que es diagnosticado de cáncer depende, en gran medida, de la salud psicosocial de la familia. Por ello, toda la familia (padres, hermanos, abuelos, etc.) debería de estar implicada en la valoración, apoyo y cuidado que lleven a cabo los servicios psicosociales.

Este ofrece certezas sobre la resiliencia potencial del sistema familia, como recurso existente en las familias para desarrollar factores protectores y posibilidades de cambio en sus relaciones interpersonales. La experiencia nos permite pensar que es factible detectar en poblaciones la correlación positiva entre estilos de relaciones familiares y estresores del ciclo vital, para ser trabajados en el sistema hospitalario, por profesionales especializados.

Los índices de deficiencias interaccionales familiares y de resiliencia del sistema familiar hallados dan cuenta de rasgos y predisposiciones para el diseño de medidas preventivas. En el momento de informar el diagnóstico e integrar la familia en el proceso terapéutico, es importante el conocimiento de los estilos de expresión de los afectos; estructura de relaciones de apoyo familiar actual y deseado; experiencia y deseabilidad de límites existentes en el núcleo familiar.

Esta experiencia permite pensar que es factible detectar en poblaciones hospitalarias las deficiencias interaccionales familiares y la resiliencia del sistema familia en el ciclo vital: familias con hijos hospitalizados, para ser trabajados por profesionales especializados.

Conclusiones

La resiliencia del sistema familia transforma la intensificación de la autoprohibición de expresar sentimientos abrumadores, en una relación interpersonal activa ante los sentimientos frente a los cuales familia y equipos médicos se hallan impotentes. En la capacidad de resiliencia del sistema familia los diferentes actores responden a la adversidad de la enfermedad oncológica, desde la incertidumbre de lo desconocido, la finitud del hombre.

El conocimiento de los diferentes estilos de relaciones familiares facilita la compresión de lo que acontece en la familia al enfrentar el estrés del diagnóstico oncológico y el estrés de enfrentar nuevos roles familiares. Desde esta perspectiva el afrontamiento será desde la intensificación de sentimientos abrumadores, o, desde la admisión de una circunstancia familiar posible de superar. El afrontamiento desde la adversidad que puede ser superada por el desarrollo de resiliencia del sistema familia requiere de los padres la decisión de decidir si continúan girando sobre las necesidades generadas por el diagnóstico hijo oncológico, o abandonan ese camino para responder a la adversidad.

El mérito de comprender la familia no desde el padecimiento, sino desde el estrés circunstancial –hijo en tratamiento oncológico– lleva a los diferentes actores a recorrer el camino de conectar el conocimiento de una capacidad –resultado provisto por un instrumento clínico Faces III de Olson– con el despliegue de la fortaleza del sistema familia, abierto a desarrollar factores protectores resilientes.

Este estudio muestra el contraste entre deficiencias interaccionales familiares y resiliencia del sistema familia. La escala Faces III de Olson es apropiada para evaluar –en contextos no clínicos– a conjuntos de personas. Para correlacionar diagnóstico con etapa de tratamiento, edad del hijo en tratamiento oncológico, con deficiencias interaccionales familiares y resiliencia del sistema familia, es necesario implementar estudios de población que tuvieran como requisito la ética de la confidencialidad, permitan la comparación de datos obtenidos por la misma persona.

Bibliografía

ALCAIDE, S. M.; RAVENNA, A. E., & GUALA, M. del C., La mediación en la escuela, 1º edición, Ediciones Homo Sapiens, Rosario, Argentina: 1998.

APPEL, S. Cáncer infantil: Diagnóstico y tratamiento, Fundación N. Flexer, Buenos Aires: 1997.

BAIDER, L. Taller sobre Técnicas de Intervención Familiar en Psicooncología, Clínica Universitaria de Navarra (CUN) y de la Sociedad Española de Psicooncología. Navarra: 2002.

BAR-ON, D.; ELAND, J.;KRELL, R.;MOORE, Y.;SAGI, A.; SORIANO, E.; SUEDFEL, P.; VAN der VELDEN, P.G.& VAN IJZENDOORN, M.H. (1998). Multigenerational Perspectivas on doping with the Holocaust Experience: An

Attachement perspectivas for Understanding the Developemental Sequelae of Trauma across Generations. En Internacional Journal of Behavioral Development,22,(2),315-338. Citado por Kotliarenco, D.; Mardones, F. Melillo, A., Suárez Ojeda, N. Actualizaciones en Resiliencia, Colección Salud Comunitaria, Serie Resiliencia, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, 2001.

BELLAK, L. Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo, Ed. El Manual Moderno, México: 1993.

BUENDIA, J. Familia y Psicología de la Salud, 1º edición Ediciones Pirámide, Madrid: 1999.

CICHETTI, D. (1993) citado por Kotliarenco, M.A.& Cáceres, I. (1998). La Resiliencia como 'adjetivización' del proceso de desarrollo infantil, Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires: 2000.

————(1999). Algunas particularidades metodológicas en los estudios sobre resiliencia, Santiago de Chile: Kotliarenco, M. A. & Cáceres, I.

CYRULNICK,B. (1995). La Naissance du sens, Hachette Littèratures. (Trad.Cast. Pino Moreno, M.). Del gesto a la palabra.Barcelona: Gedisa, 2004. (2003). La resilience:le réalisme de l'espérance, Fondation pour l'Enfance. Paris: Éditions Érès. (Trad.Cast. Fernández Aúz, T y Eguibar, B.). El realismo de la esperanza. Barcelona: Gedisa Editorial, 2004.

ERIKSON, E.H. (1950). Childhood and Society. Nueva Cork: W.W. Norton & Co. (Trad. Cast. no hay datos) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Hormé, 1959.

FALICOV, C. (comp.). Family Transitions. Continuity and Change over the Life Cycle. The Guildorf Press, New York: 1988, por acuerdo con Mark Paterson & Associates (Trad. Cast. Varcálcel, Z. J.) Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: 1991, Amorrortu única edición en castellano autorizada por The Guildorf Press c/o Mark paterson & Associates, Colchester, Inglaterra.

GALENDE, E. (2004). En Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad, Capítulo I, en Resiliencia y subjetividad- Los ciclos de la vida. Melillo, A., Suarez Ojeda, E. y Rodríguez, D. Compiladores, Buenos Aires: Paidós.

GIMENO COLLADO, A. (1999) La Familia: el desafío de la diversidad. Barcelona: Editorial Ariel.

KÜBLER-ROSS, E.(1997). The Wheel of Life. (Trad. Cast. Brito, A.). La Rueda de la Vida. Barcelona: Ediciones B Grupo Z ,2003.

————(1999). On Children and death. (3th.ed.) (Trad.Cast. Alcocer, A.) Los niños y la muerte, Barcelona: Ed. Luciérnaga.

————(2000). Life Lessons. (Trad. Cast. Morera, V.) Lecciones de Vida. Buenos Aires: Javier Vergara Editor,2002.

MATA, E. A. (2005). Estructuras familiares y comportamientos adictivos. Revista Argentina de Clínica Neurosiquiátrica, Año XV, 12, (1), 34-35.

MATTHEWS-SIMONTO, S. (1984) The healing family. Bantam Books: Toronto ; New York. (Trad. Cast. Roselló Toca, E.). Familia contra enfermedad, efectos sanadores del ambiente familiar., Madrid: Ed. Los libros del comienzo, 1993.

MATTHEWS-SIMONTO, S; SIMONTO, C. O.; S, CREIGHTON, J.L (1986). Getting well again (5th. ed.). Bantam Books: London, (Trad. Cast. Roselló Toca, E.). Recuperar la salud (una apuesta por la vida) Madrid: Ed. Los libros del comienzo, 1995.

OLSON, D. & DEFRAIN, J. (2000) Marriage and family: Diversity and strengths. (3rd. Ed.), Mountain View, CA, EE.UU: Mayfield Publishing.

OLSON, D. (2000) Circumplex Model of Marital y Family Systems, Journal of Family Therapy 22,144-167, The Association for Family Therapy and Sistemic Practice.

OLSON, D.H.; DE FRAIN, J. & OLSON, A. K. (1999) - Building Relationships: developing skills for Life. Minneapolis, EE.UU: Life Innovations

OLSON, D. H. (1994). Comemtary Curvilinearity Survives: The Worlds Is Not Flat - Family Proces 33, 471-478.

————(1988). Family Transitions.Continuity and Change over the Life Cycle. The Guilford Press, New York: 1988, FALICOV, C. (compiladora). (Trad. Cast. Trad. Cast. Varcálcel, Z. J. Transiciones de la familia. Amorrortu, Buenos Aires: 1991.

————(1993). Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. En: Walsh, F. ed. Normal Family Processes. Nueva York/ Londres: The Guildorf press.

OLSON, D.H. & MC. CUBBIN, H.I., BARNES, H., LARSEN, A., MUXEN, M., & WILSON, M. (1989). Families: What makes them work, (2nd.ed.). Minneapolis, EE:UU: Life Innovations Inc.

OLSON, D., MC.CUBBIN, H., BARNES, H., LARSEN, A., MUXEN, M. & WILSON, M. (1992). Family inventories (2dn.ed.). Minneapolis, EE.UU: Life Innovations.Inc.

OLSON,D.H.; PORTER, J. & LAVEE,Y. (1985) Adaptación Schmidt, V. (1999, 2000) Materia: teoría y técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico. Módulo Cátedra I Facultad de Psicología, UBA, Traducción de la Escala: Faces III.

PUERTA DE KLINKERT, Ma. P. (2002.). Resiliencia: La estimulación del niño para enfrentar desafíos. Buenos Aires: Editorial Lumen.

RODRIGUEZ, D. Citado por GALENDE, E. en Resiliencia y subjetividad - Los ciclos de la vida. MELILLO, A.; SUAREZ OJEDA, E. Y RODRÍGUEZ, D. COMPILADORES, Ed. Paidós. Buenos Aires: 2004, pp.23 a 31.

S.I.O.P (2000). Recomendaciones sobre aspectos psicosociales en oncología pediátrica. Buenos Aires: Fundación N. Flexer.

VANISTENDAEL, S. (1998). Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo. Cuadernos del BICE (3era. ed.). Secretariado Nacional para la Familia. Buenos Aires: Oficina del Libro (CEA).

WALSH, F. & OLSON, D.H. (1989). Utility of the Circumplex Model with severely dysfunctional family systems. In OLSON,D.H., RUSSELL,C.S. and SPRENKLE, D.H. (Eds.). Circumplex Model: Systemic Assesment and Treatment of Families. (2a. ed.). New York: Haworth.

WALSH, F. Strengthening Family Resilience, The Guilford Press, Nueva York: 1998. (Trad. Cast. Wolson, L.) Resiliencia familiar - Estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

WIGGINS, J.(1996). Escalas de Adjetivos Interpersonales. Adaptación española Alejandro Ávila –Espada. Manual. Publicaciones de Psicología aplicada. Serie menor nº 241. Madrid: Tea Ediciones, S.A.

ZAMPONI, J. & PEREYRA, M. (1997). Validación de la Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales (FACES III) en una Población Argentina. Material facilitado por la Universidad Adventista del Plata. Entre Ríos, Argentina.

Notas

[1] Se agradece el apoyo imprescindible de la Dra. Susana Rodríguez, la Dra. Marta Lamberti y el Equipo del Hospital de Día del Hospital Dr. Juan Garrahan.

[2] Elisabeth Rübler-Ross (2003: 301) "Promocionar la curación psíquica, física y espiritual de niños y adultos mediante la práctica del amor incondicional". (La rueda de la Vida) Stefan Vanistendael "Una familia que funcione bien dedicará a sus miembros una aceptación incondicional: Las investigaciones sobre resiliencia no indican que la ausencia de aceptación genere necesariamente un problema, sino que la aceptación contribuye a reforzar la capacidad de resiliencia del niño ante los percances." (1998:27)

[3] Cyrulnick el niño "comprende que la palabra remite a la cosa"…en diez meses aprende vocablos.

[4] STINETT, CHESSER, DEFRAIN & KANAUB, en OLSON, D. en FALICOV, C. (comp.) Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida, Única edición en castellano, Amorrortu editores, Buenos Aires: 1991. Traducción: Zoraida J. Varcálcel. Título original Family Transitions. Continuity and Change over the Life Cycle.

[5] Las relaciones familiares entrelazadas, suscitan consecuencias directas sobre el sentido de identidad individual. Afectándolo gravemente. La identidad personal es la identidad del grupo familiar. Proporcionando deficiencias en funciones del Yo, tales como la Prueba de Realidad, el Sentido de Realidad del Sí Mismo y del Mundo y las Relaciones Objetales. (Bellak,L. 1973)

[6] El cambio de reglas frecuente –característica de relaciones familiares caóticas– impone un estilo de relación incoherente, experiencia que dificultará la asimilación de las limitaciones físicas y económicas que conlleva el tratamiento oncológico.

[7] El tipo de relaciones familiares rígidas, pareciera oponerse a las dos anteriores (estructuradas y flexibles). Siendo el extremo opuesto de las relaciones flexibles, las rígidas conllevan graves dificultades en la adaptación a los cambios. Y en situaciones específicas, como el diagnóstico de cáncer y su posterior tratamiento, en alguno de los miembros del grupo familiar, la rigidez imposibilita el ajuste apropiado. Generando consecuencias, en la evolución y pronóstico de dicha enfermedad.

[8] El tipo de relaciones familiares vinculadas, pareciera ser, para muchos, el "ideal". Sin em-

bargo, como "ideal" posible, facilita el desarrollo de identidades personales íntegras, con una dependencia madura, y un sentimiento de confianza básica (Erikson, E. 1950) en sí mismo y en el mundo.