

El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología

Esperanza Torrico Linares*, Carmen Santín Vilarinho, Montserrat Andrés Villas,
Susana Menéndez Álvarez-Dardet y M^a José López López

Universidad de Huelva

Resumen: La Psicooncología es una disciplina reciente que carece de un marco teórico propio. En su lugar se ha ido nutriendo de otras disciplinas de la Psicología como la Psicopatología o la Psicología de la Salud. Nosotros planteamos en nuestro trabajo que una alternativa válida para afrontar el tratamiento y sobre todo la investigación con pacientes oncológicos podría ser el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner. Este modelo nos permite evaluar e intervenir en todas aquellas variables que inciden directa o indirectamente sobre el paciente. Variables que van a ser decisivas a la hora de que la persona se adapte a su enfermedad y que en muchas ocasiones olvidamos cuando planificamos una intervención o investigación.

Palabras Claves: Psicooncología; modelo ecológico, Bronfenbrenner; psicología de la salud.

Title: The Bronfenbrenner' ecological model as theoretical framework of the Psychooncology

Abstract: The Psychooncology is a recent discipline that lacks an own theoretical mark. In their place she has left nurturing of other disciplines of the Psychology like the Psychopathology or the Psychology of the Health. We outline in our work that a valid alternative to confront the treatment and mainly the investigation with patient oncológicos could be the Ecological Model of Bronfenbrenner. This model allows us to evaluate and to intervene in all those variables that impact direct or indirectly on the patient. Variables that will be decisive when that the person adapts to her illness and that in many occasions we forget when we plan an intervention or investigation.

Key Words: Psychooncology; ecological model; Bronfenbrenner; health psychology.

I. Introducción

Los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos suscribirán sin reservas que los factores que influyen en la aparición y curso de ésta enfermedad son tan variados y numerosos como complejos. Además, se sitúan a diversos niveles y pueden ejercer su influencia de una forma directa y/o indirecta sobre el enfermo, manteniendo importantes interconexiones entre sí. La familia, los amigos, las condiciones laborales, el personal sanitario, o la organización hospitalaria, pueden llegar a convertirse en elementos facilitadores o disruptores en las vidas de estas personas, llegando incluso a afectar el curso y pronóstico de la enfermedad. Esto hace que el cáncer deba ser entendido como una enfermedad compleja, en la que se intrincan múltiples variables. No obstante, la investigación psicooncológica, en muchas ocasiones,

no ha tomado en consideración esta singularidad, diseñando trabajos muy parcelados en los que, generalmente, sólo se analiza al paciente sin tener en cuenta otras circunstancias que lo envuelven. Entendemos que para dar respuesta de forma eficaz y certera a las reacciones psicológicas que experimenta el enfermo de cáncer, debemos asumir un marco teórico que sea capaz de situar la variedad e interrelación de todos los factores en los que está inmerso el paciente.

Guiados por este objetivo, exploramos algunos de los modelos teóricos existentes que cumplieran con la premisa básica de abarcar, en la medida de lo posible, el mayor número de variables que pudieran incidir de alguna manera en el paciente oncológico. La revisión realizada nos llevo a la conclusión del que el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979 1986, 1992, 1999) se ofrecía como uno de los más amplios y eficaces para abordar la problemática de este tipo de enfermos.

Tras un análisis bibliográfico del campo de la psicología de la salud y la psicopatología,

* **Dirección para correspondencia:** Esperanza Torrico Linares. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva. Avda. de las Fuerzas Armadas, 3. Campus del Carmen. 21007 Huelva (España). Email: torrico@uhu.es

comprobamos que ya se habían llevado a cabo algunas investigaciones que asumía los principios de este autor. De especial importancia nos pareció la realizada por Broder (1996), donde la autora intenta explicar la génesis de los síntomas depresivos desarrollados por adolescente de padres separados y/o divorciados, desde esta perspectiva. También, encontramos la aplicación del modelo ecológico por parte de Corcoran (2001) en programas de prevención de embarazos entre jóvenes. Por otra parte, Grzywacz y Fuqua (2000) asumen este modelo para el tratamiento y prevención de los problemas de salud. Estos autores resaltan como algunos de los conceptos de este modelo tienen una demostrada influencia sobre la salud, y argumentan los beneficios que obtendrían los profesionales sanitarios con la aplicación de los mismos. En nuestro país existe un trabajo pionero que intenta asumir parte de estos presupuestos, el realizado por Durá e Ibáñez (1987) en el cual se propone un Modelo Integrado de Información al paciente oncológico, donde se recogen diferentes niveles de análisis (sistema persona, micro-social, y macrosocial).

II. Análisis del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner y su aplicación a la Psicooncología

Hace un par de décadas, el psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner mantenía que la mayor parte de la psicología evolutiva de la época hacía referencia a *la conducta extraña de los niños en situaciones extrañas con adultos extraños* (Bronfenbrenner, 1979). Con una afirmación tan radical este autor resumía en parte sus críticas hacia la investigación tradicional, realizada en situaciones clínicas muy controladas y contextos de laboratorio, investigaciones que carecían en gran medida de validez, pues no reflejaban necesariamente las reacciones y comportamientos del mismo sujeto en situaciones de la vida real. A pesar de que estos planteamientos no son absolutamente originales (hay claros antecedentes que el mismo autor reconoce, como las tesis de Kurt Lewin, 1936 o de Barker y

Wright, 1954), al hablar de los marcos teóricos que defienden una visión integral, sistémica y naturalística del desarrollo psicológico entendido como un proceso complejo, que responde a la influencia de una multiplicidad de factores estrechamente ligados al ambiente o entorno ecológico en el que dicho desarrollo tiene lugar, es imposible no asociarlos, casi en exclusiva, con Bronfenbrenner y su Modelo Ecológico. El primer inconveniente que podemos encontrar al aplicar este modelo a la Psicooncología es que los postulados del mismo hacen fundamentalmente referencia al desarrollo psicológico y han sido, por tanto, aplicados y desarrollados básicamente por disciplinas como la psicología evolutiva o la psicología de la educación. Sin embargo, conforme desarrollemos sus tesis nos daremos cuenta que son fácilmente trasladables.

El postulado básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrecen poco de la realidad humana. Afirmar que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea no supone, ciertamente, ninguna novedad. Como ya comentábamos, Lewin (1936) fue uno de los pioneros que mantuvo que la conducta surge en función del intercambio de la persona con el ambiente, lo cual expresó en la ecuación $C = F(PA)$; (C = conducta; F = función; P = persona; A = ambiente). Lo que a nuestro juicio sí resulta original desde los postulados de Bronfenbrenner es tener en cuenta el ambiente “ecológico” que circunscribe al sujeto. Esto lleva al autor a considerar el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos (también cambiantes). Pero este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos (Bronfenbrenner, 1979).

La traducción que hemos de hacer a nuestra disciplina es que el paciente irá adaptándose

a los ambientes que le rodean y forman parte de su vida cotidiana (familia, amigos, hospital/consulta, trabajo, etc.) y viceversa (también los entornos próximos deberán transformarse en función de las nuevas circunstancias personales del sujeto cuando éste enferma). Hay que tener en cuenta que éstos no son los únicos in-flujos que el sujeto va a recibir, ya que existen otros contextos más amplios (ideología, cultura, políticas sanitarias, etc.) que van a influenciarlo.

De estas premisas surge lo que Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979, 1992) denomina el “ambiente ecológico” entendido como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente (Figura 1).

Desde esta óptica el contexto en el que vive y se desarrolla el enfermo incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que ejercen influencias directas y/o indirectas (Figura 2).

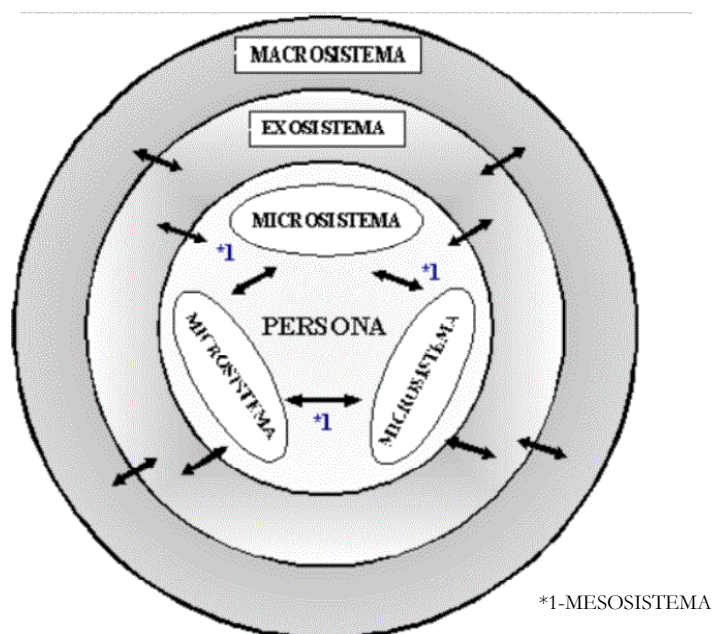


Figura 1: Modelo ecológico de Bronfenbrenner

A continuación describiremos cada uno de estos sistemas desde los postulados del autor y la aplicación que proponemos de los mismos a la Psicooncología.

II.1. Microsistema

Es el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos (Bronfenbrenner, 1976, 1977a,

1977b, 1979, 1992). En el caso del enfermo oncológico habrá que evaluar y considerar las siguientes cuestiones, además de valorar su actual estado psicológico:

- 1.- **El ambiente cercano del enfermo suele verse incrementado por entornos que llegan a convertirse en cotidianos** como son: el hospital/la consulta, los enfermos con los que coincide en el ámbito hospitalario, las asociaciones a las que acuden en busca de ayuda, etc (Figura 3). Esto conllevará, por un lado que sus microsistemas cotidianos aumenten en número y por otro, que la dinámica de funcionamiento de cada uno de ellos se torne más

complejo. Es esencial tomar en consideración (sobre todo de cara al diseño de una investigación) como estos nuevos

contextos pueden estar afectando y/o modificando las conductas del sujeto.

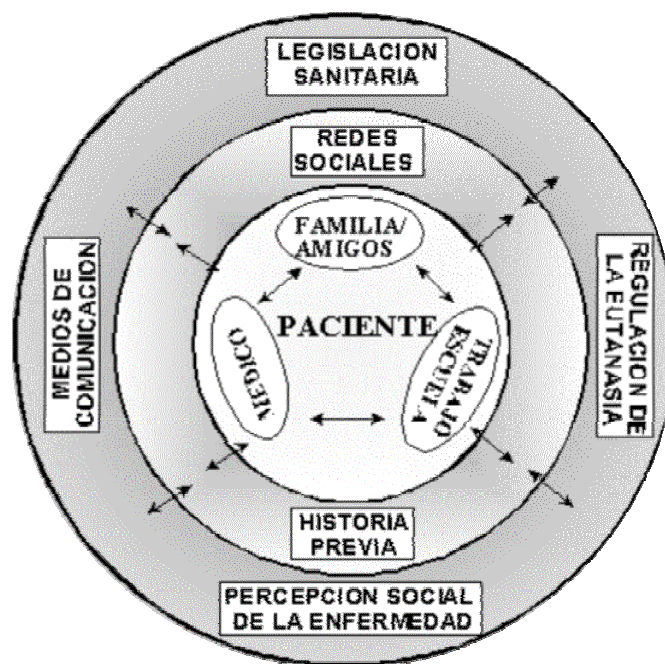


Figura 2: Modelo ecológico de Bronfrenbrenner aplicado al paciente oncológico

2.- Cada uno de los medios citados (familia, amigos, trabajo/escuela, hospital/consulta, asociaciones, otros pacientes) han de desglosarse en multitud de variables y factores que interaccionan e influyen en el sujeto directamente. Algunas de ellas son las propias características personales, actitudinales y conductuales de los sujetos implicados en los diferentes entornos.

En la Figura 4 se observa la variabilidad de aspectos que tendremos que contemplar tanto en la evaluación como en el tratamiento del enfermo oncológico, puesto que forman parte de sus ambientes más cercanos, en los que se desarrolla cotidiana y habitualmente y que tendrán un peso decisivo en la recuperación del enfermo o en su adaptación a la evolución de la enfermedad.

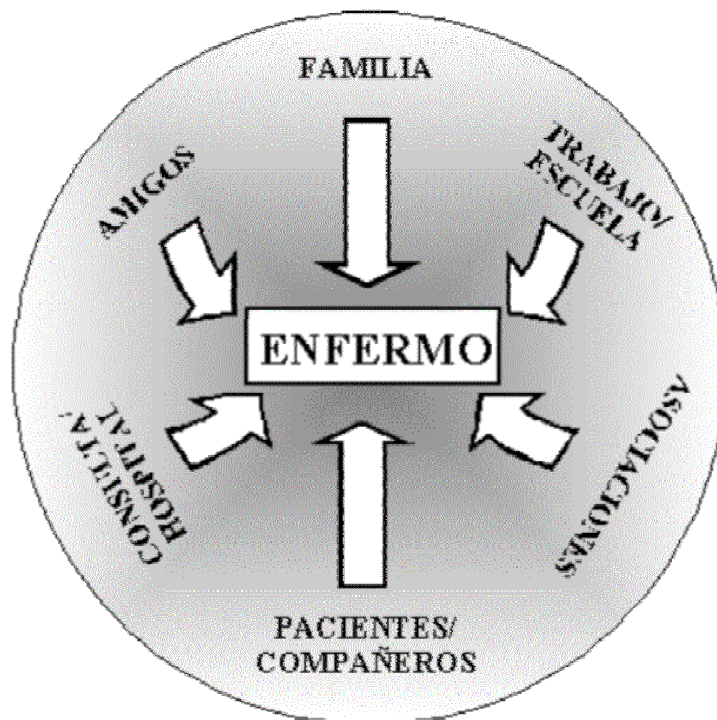


Figura 3: Microsistemas que influyen en el enfermo oncológico

- 3.- El paciente se convierte en el punto de partida del análisis de múltiples variables individuales y relacionales, algunas de ellas serán propias de él pero otras pertenecerán a diferentes personas y/o entornos, lo cual no impedirá que su relevancia para el enfermo sea tal que le pueda llegar a afectar tanto o más que sus propias características personales. Por ejemplo, si la percepción que la familia, los amigos o los compañeros de trabajo tienen sobre la enfermedad neoplásica es muy negativa, y la visión que poseen y transmiten al enfermo es que no existe la posibilidad de curación, es de esperar que este reaccione inadecuadamente ante el diagnóstico y/o tratamientos (Torrico, 1995).
- 4.- La evaluación y posterior intervención que tendremos que realizar no podrá ceñirse al paciente sino que tendrá que abarcar parte del microsistema que está determinando las actitudes que el paciente mantiene. De las actitudes que presenten las personas más cercanas al enfermo dependerán en gran medida las que este mantenga.
- 5.- La relación que el enfermo establece con otros pacientes puede ser decisiva en el ajuste y adaptación que tenga ante el diagnóstico y/o tratamientos. Este tipo de interacciones pueden ser positivas (caso de algunas asociaciones de enfermos oncológicos) o negativas, como algunas de las que se entablan en el ámbito hospitalario, donde suelen relatarse los historiales y las incidencias en la evolución de la enfermedad por parte de otros pacientes y donde el afectado suele ser informado de síntomas y pronósticos que, en muchos casos, poco tienen que ver con su caso. En la medida de lo posible deberíamos neutralizar aquellas informaciones erróneas que se le estén proporcionando al paciente y valorar el impacto que han podido tener en él.

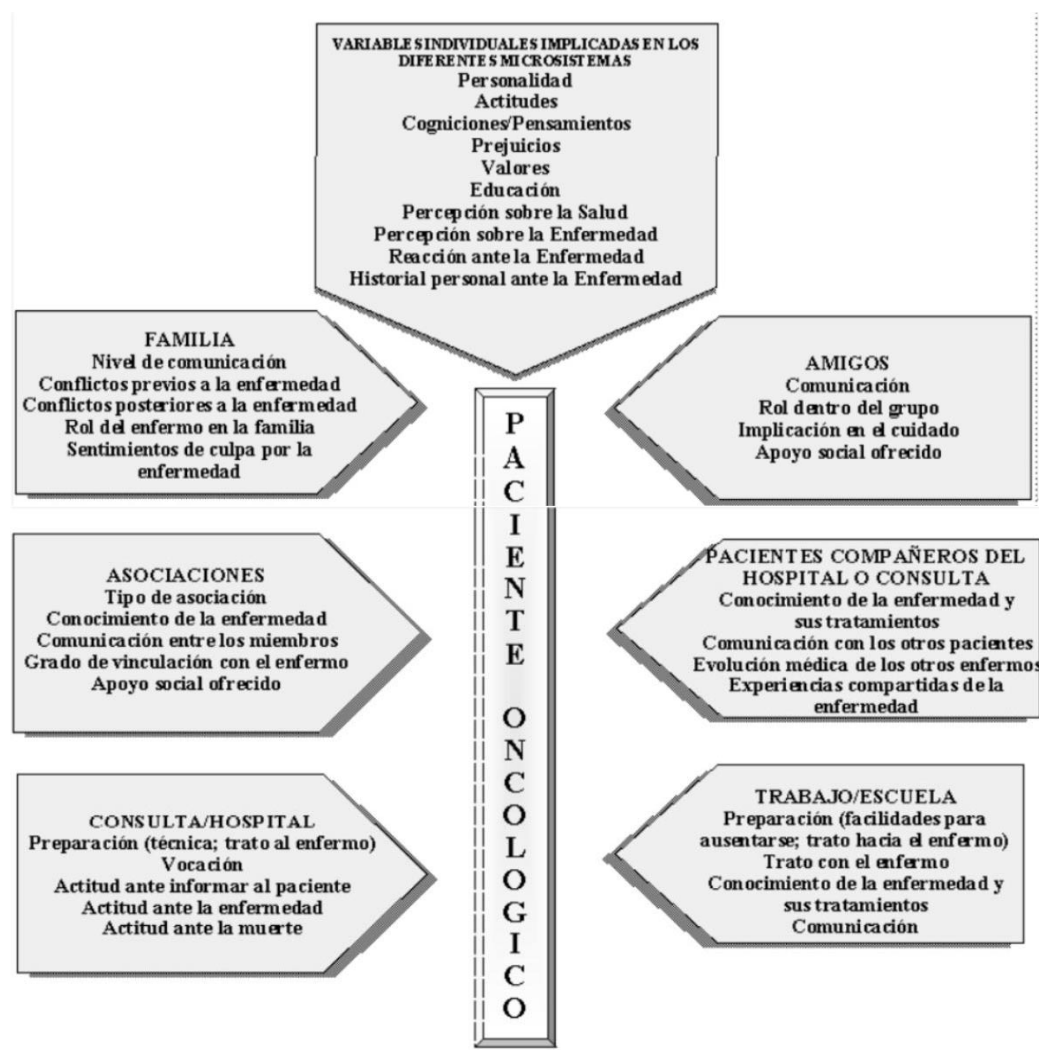


Figura 4: Variables implicadas en los diferentes contextos que forman el microsistema del paciente oncológico.

- 6.- **La relación que el paciente mantiene con el personal sanitario**, especialmente con su médico, y la capacidad de ambos para establecer una adecuada vía de diálogo donde la información y comunicación sean fluidas. Esto facilitará, en gran medida, que el enfermo pueda expresar sin reservas sus dudas y temores y que adquiera un conocimiento real y objetivo de cuál es su tipo de neoplasia, las posibilidades de tratamien-

to existentes y la posible curación, si la hubiera. Facilitar al paciente estos datos le ayuda a mantener ciertos elementos de control sobre la situación y por ende hace disminuir sus niveles de ansiedad y/o angustia (Durá, 1990). De igual manera, se considera que se puede disminuir el riesgo de trastornos psicológicos y mejorar la adaptación de estos enfermos si se potencia un ade-

cuado manejo de la información (McQueen y Hurt, 1997).

- 7.- **Si el paciente ha experimentado un cambio significativo en su rol personal, familiar, laboral y si éste le está incidiendo negativamente.** Tal y como señalábamos con anterioridad, la persona que enferma ve como su entorno crece con la interacción de otros ambientes (hospital, asociaciones, etc.) pero además ve como su propio rol personal cambia. A este hecho Bronfenbrenner lo denomina transición ecológica, que “se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno, o de ambos a la vez. La vida adulta se caracteriza, entre otras cosas por : encontrar un trabajo, cambiar de trabajo, perder el empleo, casarse, tener un hijo, o temas más universales: enfermar, ir al hospital, sanar, volver al trabajo, jubilarse y la última transición: morir. Toda transición ecológica es, a la vez, consecuencia e instigadora de los procesos de desarrollo” (Bronfenbrenner, 1979, pp 46). El autor nos advierte que cuando una persona cambia su rol, se produce, casi de forma inmediata, un cambio en cómo se trata a esa persona, ella misma altera su forma de actuar e incluso lo que piensa y siente sufre una transformación.

Estas modificaciones de roles son fácilmente observables en el mundo hospitalario en el que la persona catalogada de “enferma” es, a menudo, tratada tanto por sus familiares como por el personal sanitario desde una postura “paternalista”. La familia decide qué debe o no conocer de su enfermedad, qué información de su pronóstico se le suministrará e incluso si tiene o no que saber que va a morir. En cuanto al personal sanitario, suele aceptar las directrices que marca la familia aceptando los pactos de silencio descritos por Kubler-Ross (1975). Es evidente que para conocer hasta qué punto la persona ha transformado su conducta y emociones en función del nuevo rol que ha asumido (o le ha obligado a asumir el en-

torno) debemos valorar tanto las nuevas percepciones y/o reacciones psicológicas del paciente como los del ambiente que le rodea. De nada servirá que el paciente quiera seguir desempeñando la funciones y actividades que había realizado hasta el momento si la familia lo “destituye” y le asigna una posición más pasiva de la que hasta ahora desarrollaba. Así, la persona ve transformado su rol ecológico, la mayoría de las veces sin contar con él, viendo cómo sus funciones familiares, laborales, sociales, culturales han sido cambiadas, invalidadas o reemplazadas.

- 8.- **El apoyo social recibido por parte de todos los entornos en los que esta inmerso el enfermo.** De hecho, ésta es una de las variables que ha tomado en consideración la Psicooncología como uno de los factores que más influye y determina cómo el enfermo va a afrontar su enfermedad (Flórez, 1999), entendiendo que puede mediar en la respuesta que dé a la misma (Flórez, 1999; Salas, 2001), aumentar o disminuir su calidad de vida (Daniels, Guppy, 1997; Morales, Granada, Guerrero, Penedo, Muñoz, 1997; Danoff, 1998; Ashing, 1999; Flórez, 1999; Matthews, Aikens, Helmrich, Anderson, Herbst, Waggoner, 1999; Herranz, Gavilan, 1999) o sus niveles de estrés (Fernández, Torres, Díaz, 1992; Die Trill, 1996; Solomo, 2001). En sentido positivo podemos encontrar cómo hay familias y/o amigos que instan al enfermo a que siga con sus relaciones sociales (saliendo como habitualmente lo hacía) y/o trabajo en la medida de sus posibilidades. Ya se ha demostrado que este tipo de apoyos sociales son altamente beneficiosos para los pacientes, ya que suelen disminuir los niveles de estrés que experimenta el enfermo (Herranz y Gavilan, 1999).

- 9.- **La reacción emocional de la familia ante el diagnóstico y pronóstico del paciente.** Encontramos como en ocasiones, el hecho de que el ser querido este vivo es considerado por la familia como suficiente, no prestando atención a las dificultades que

han supuesto para él, ni el diagnóstico, ni los tratamientos, ni las secuelas de ambos. En estas situaciones, el paciente suele no mostrar sus miedos, demandas, ilusiones o deseos ya que percibe que estos no son considerados o son desvalorados frente al hecho de estar vivo (García, Fernández, Gómez, Salinas, 1996).

Como podemos observar, son muchas las variables que deberíamos controlar a la hora de valorar si el paciente se ajusta mental o emocionalmente a su nueva situación. Sin embargo, la psicología clínica y/o de la salud ha prestado una desigual atención al binomio persona-ambiente, ignorando en ocasiones este último.

II.2. Mesosistema

Según Bronfenbrenner (1979) “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (Bronfenbrenner, 1979, pp 44). Es decir, vendría a representar la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto. En el paciente oncológico influye igualmente las relaciones existentes entre los microsistemas que le rodean, los más significativos y las interconexiones que pueden establecerse entre ellos se muestran en la Figura 5.

En este segundo nivel deberíamos evaluar tres bloques de interrelaciones: las vinculadas al flujo de información, las relacionadas con la potenciación de conductas saludables y las asociadas con el apoyo social. Entre las que merecen una especial atención estarían:

1.- Flujo de información:

1.1.- Grado y tipo de comunicación e información entre el personal sanitario y la familia. Es de vital importancia que la familia conozca el estado físico y psíquico del enfermo. Esto les ayudará a hacer más efectiva la ayuda que le presten y a conocer más objetivamente la realidad del paciente. Evitará, por tanto, que “ignoren”

sus necesidades y/o deseos. De ahí, el interés de valorar como se ha establecido la interrelación entre estos entornos.

1.2.- Grado y tipo de comunicación e información entre el personal sanitario y los amigos del paciente. El objetivo de esta exploración será el mismo que en el caso anterior.

1.3.- Grado y tipo de comunicación e información entre el personal sanitario y las asociaciones, ONG (Organizaciones no gubernamentales), y/o voluntariado que atiende a estos pacientes. Es necesario que la persona reciba en todo los contextos, que él percibe como “conocedores” de su enfermedad, la misma información. Las discrepancias que en ocasiones se producen crean confusión en la persona afectada, dándole falsas esperanza o transmitiéndole unas actitudes derrotistas ante su pronóstico. Por ello, deberemos de valorar el grado de concordancia que existe entre estos entornos.

1.4.- Grado y tipo de comunicación e información entre los pacientes del hospital y/o consulta que son compañeros del enfermo y la familia y/o amigos. Como anteriormente comentábamos, las informaciones que se reciben en los hospitales pueden ser muy esperanzadoras o muy derrotistas, es importante establecer que información a adquirido la familia en el contexto hospitalario por parte de otros enfermos para valorar el grado en que esta puede afectar al paciente.

2.- Potenciación de conductas saludables:

2.1.- Adecuación entre las instrucciones del personal sanitario y las prácticas saludables potenciadas en el hogar por la familia. La familia ha de asumir con la mayor exhaustividad posible las indicaciones que el médico les haga sobre dietas, ingesta de alcohol y/o medicamentos, consumo de tabaco, esfuerzos físicos, etc. Una excesiva protección o despreocupación en estos aspectos puede ser vital en el desarrollo de la enfermedad. El paciente puede padecer bien un control férreo que le

genere unos altos niveles de ansiedad (que habría que sumar a los ya asociados a su diagnóstico) o por el contrario verse inmerso en una actitud de excesiva permisividad por parte de la familia que en nada ayudará a la recuperación del enfermo.

De todos es conocido el efecto que determinadas sustancias como el alcohol, el tabaco o la dieta tienen sobre la promoción y/o evolución del cáncer (Bayés, 1991).



Figura 5: Relaciones que se establecen en el mesosistema.

- 2.2.- Adecuación entre las instrucciones del médico y las prácticas saludables potenciadas por los amigos. También las redes sociales del paciente pueden llegar a tener un papel relevante en su recuperación. Si los amigos conocen y aceptan las indicaciones realizadas por el personal sanitario pueden ayudar al enfermo en aquellos contextos en los que es más probable que la persona adopte conductas de alto riesgo para la evolución de su enfermedad (bares, restaurantes, lugares de ocio, etc.).
- 3.- Apoyo social
 - 3.1.- Apoyo social que ofrece el hospital y/o asociaciones a la familia del paciente. La

familia del enfermo también se siente afectada tras el diagnóstico, llegando a ser tan estresante para los familiares como para el enfermo, lo cual puede obstaculizar el apoyo que podrían proporcionar a éste (Koop, 1995). En algunos casos, el soporte instrumental será de vital importancia para que la familia pueda adaptarse a la nueva situación, (casos en los que se necesita atención domiciliaria o ayuda de los servicios sociales) y este determinará las reacciones que se generen entre los familiares y por ende las que puedan transmitir al paciente (sensación de estorbo, de carga pesada, de inutilidad). Este

tipo de apoyo se hace más necesario en aquellas familias compuestas por personas mayores en las que las conductas de cuidado hacia el enfermo, dada la edad, se hacen muy difíciles de llevar a cabo y donde la ayuda externa es imprescindible. De ahí, que establecer el nivel de soporte emocional y/o instrumental que tienen los familiares por parte de las instituciones y/o asociaciones para hacer frente a esta situación sea esencial.

- 3.2.- Apoyo social que ofrecen los amigos a la familia del paciente. En este caso el apoyo que se espera es de tipo emocional, es necesario que los familiares se vean arropados y comprendidos por su entorno social de forma que también ellos cuenten con la oportunidad para poder expresar sus miedos, dudas e inseguridades.
- 3.3.- Facilidad/imposibilidad que el sistema sanitario oferta en sus horarios para adecuarlos a los horarios laborales del paciente y viceversa. Aquí hablaríamos del soporte instrumental que las instituciones y/o empresas pueden facilitar. Si la interconexión entre estos contextos fuera fluida daría lugar a políticas más flexibles en los horarios tanto de atención al usuario como laborales. Naturalmente, este tipo de relaciones dependerá también de elementos que pertenecen al macrosistema del sujeto (políticas sanitarias, políticas laborales, etc.). Aunque, en ocasiones, si se estableciera una adecuada relación entre el personal sanitario y la empresa en la que trabaja el enfermo podría ayudar a entender que el paciente, aunque durante algunos días deba estar ausente del trabajo, con posterioridad debe incorporarse a su puesto, aunque con unas tareas más livianas de las que estaba desempeñando. Esto facilitaría mantener la "normalidad" en su vida y evitaría la tan comentada estigmatización de estas personas (Hersh, 1984; García, Fernández, Gómez, Salinas, 1996).

II.3. Exosistema

"Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc.)" (Bronfenbrenner, 1979, pp 44).

El paciente de cáncer puede también verse afectado, en parte, por los roles, características y relaciones de contextos o situaciones ajenos a él, en los que ni siquiera está físicamente presente. Es decir, cada microsistema que rodea al enfermo y que hemos descrito, a la vez, esta inmerso en sus propios microsistemas (familia, amigos, trabajo, etc.) en los que el paciente no esta presente pero que pueden influir en él (Figura 6). Este tercer nivel nos aleja del enfermo oncológico y determinaran factores de incidencia indirecta en su vida. Será, además, el más difícil de evaluar y el más complicado sobre el que intervenir. Algunos de los ejemplos que podrían ilustrar este nivel serían:

- 1.- En cuanto a las redes sociales: Reacción de los miembros de la red social de apoyo de determinados miembros del microsistema familiar a los que el paciente no conoce. Así un familiar puede llegar a ocultar la enfermedad del paciente por miedo a los comentarios o por el contrario reaccionar con optimismo y sin derrotismo ante la enfermedad porque un compañero de trabajo que pasó por lo mismo, le anima y apoya.
- 2.- Historia previa: Muerte en el pasado, de forma desagradable y por la misma enfermedad de otros miembros de la familia, a los que el sujeto ni siquiera conoció.
- 3.- Satisfacción con las relaciones que el médico tenga con otros miembros del personal sanitario. El trabajar en un servicio en el que el personal cuente con los recursos necesarios para afrontar su propia ansiedad y donde se encuentre apoyado tanto a niveles técnicos como humanos le facilitará su

quehacer profesional, lo cual repercutirá positivamente en el trato a los pacientes.

- 4.- Facilidades/dificultades que la institución y/o empresa en la que trabajan los familiares den para ausentarse para así poder ayudar al paciente. En ciertos momentos como la administración de los ciclos de quimio-

terapia el paciente necesitará que lo acompañen al Hospital, así como ser atendido los días posteriores a dicho tratamiento. Si las empresas en las que trabajan los familiares no facilitan que se ausenten esos días el paciente quedará desprotegido y sin una asistencia necesaria.

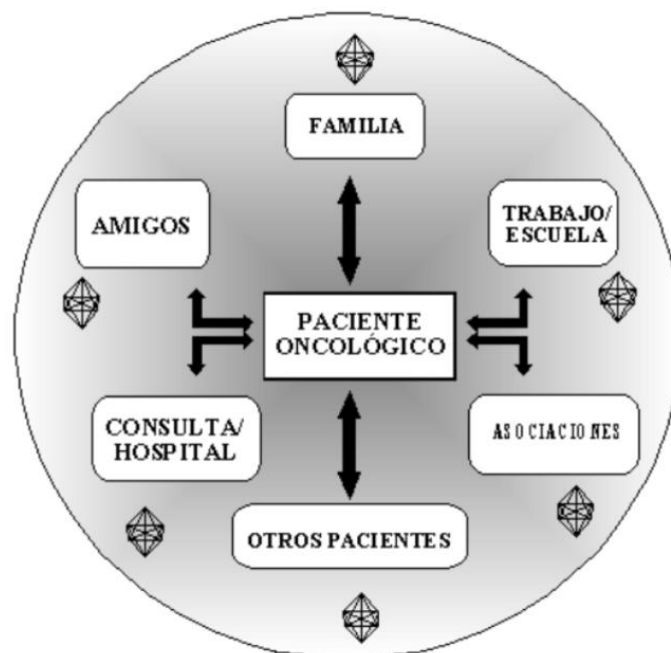


Figura 6: Exosistema que rodea al paciente oncológico..

II.4. Macrosistema

Finalmente, y situándonos en un plano más distante pero igualmente importante, es necesario tomar en consideración la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social. Bronfenbrenner nos llama la atención sobre el siguiente aspecto: “en una sociedad o grupo social en particular, la estructura y la sustancia del micro-, el meso- y el exosistema tienden a ser similares, como si estuvieran contruidos a partir del mismo modelo maestro, y los sistemas funcionan de manera similar. Por el contrario, entre grupos sociales diferentes, los sistemas constitutivos

pueden presentar notables diferencias. Por lo tanto, analizando y comparando los micro-, meso- y los exosistemas que caracterizan a distintas clases sociales, grupos étnicos y religiosos o sociedades enteras, es posible describir sistemáticamente y distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales” (Bronfenbrenner, 1979, pp 27-28).

Cuando aplicamos estos concepto a la Psicooncología podríamos resaltar algunos elementos que influyen directamente en el paciente neoplásico (Figura 7). Si analizamos detenidamente algunos de estos factores debemos concluir:



Figura 7: Macrosistema en el que está implicado el paciente oncológico..

- 1.- La necesidad de evaluar las prácticas institucionales en lo referente a: frecuencia de visitas a un enfermo hospitalizado, derecho u obligación de ser informado, derecho a elegir el tipo de tratamiento, horarios en los que se aplican los tratamientos, derecho a elegir el momento de la propia muerte (eutanasia), etc. En nuestro país estos factores dependen en gran medida de la legislación sanitaria vigente, tanto a nivel nacional como las propias peculiaridades sanitarias que tenga cada Comunidad Autónoma. Pero también de las ideologías existentes, como es el caso de la eutanasia, e incluso del nivel económico del que disfrute, lo cual le posibilitará mayores recursos sanitarios.
- 2.- Las actitudes que el sujeto percibe en sus entornos cotidianos están, en buena parte, en función de la imagen más general que la sociedad tenga de la enfermedad, sustentada en gran medida por el tratamiento que le dan los medios de comunicación. Como señala Ibáñez (1990) el paciente neoplásico tiene que enfrentarse a una enfermedad dolorosa, en muchos casos mortal, pero también ha de hacer frente al significado socio-cultural que el término “cáncer” lleva implícito. La solución no estriba en ocultar la verdad pero sí en desmitificar el cáncer haciendo una mayor incidencia en la posible prevención del mismo (Bayés, 1991) y resaltando sus posibilidades de curación.
- 3.- Las políticas gubernamentales y autonómicas determinan qué áreas sanitarias se establecen como prioritarias (tanto a nivel preventivo, asistencial y de investigación) y, en gran medida, la calidad de la atención médica y psicológica que reciba el enfermo estará en función de estas variables.
- 4.- Por último, comentar que la actual situación de afluencia de inmigrantes a nuestro país, hace necesario que este nivel de análisis (macrosistema) deba ser aplicado con especial rigor a esta población. Tal y como Bronfenbrenner nos señala, la cultura, religión y etnia de una persona van a influir al

resto de niveles (micro-, meso- y exosistema) de su ambiente ecológico. La diversidad cultural y racial en la que empezamos a estar inmersos hace que debamos plantearnos que las evaluaciones e intervenciones médicas y/o psicológicas que han sido válidas hasta ahora pueden que no lo sean para este colectivo. De ahí que debamos prestar especial atención a las características y peculiaridades que una determinada etnia o religión pueden imprimir en la vida diaria de estas personas. Recordemos, por ejemplo, que algunas religiones prohíben la aplicación de cualquier hemoderivado. También la clase social y estatus económico de una comunidad específica concretarán los recursos disponibles para el sujeto. El acceso que tenga a las prestaciones sanitarias (en el caso de los inmigrantes ilegales este puede ser nulo), la información que dispongan de los síntomas primarios para acudir con prontitud al médico, etc.

Otro caso que merece especial atención es la importancia que para determinadas etnias, como la gitana, tiene el estar acompañando a su familiar hospitalizado. Esto ocasiona ciertos conflictos en los servicios hospitalarios cuando 10 o 15 personas desean mantenerse en la habitación con el enfermo.

La asistencia integral que proponemos con la aplicación del Modelo Ecológico hace imprescindible contemplar estos elementos, tenerlos en consideración y, en la medida de lo posible, asumir esas características diferenciales de cada macrosistema, ya que esto favorecerá tanto la adaptación mental y emocional del paciente como la evolución adecuada de su enfermedad.

III. Consideraciones metodológicas para al aplicación del Modelo Ecológico

En este sentido, Bronfenbrenner introduce el concepto de "Validez ecológica" para referirse a: "la medida en la que el ambiente que los su-

jetos experimentan en una investigación científica tiene las propiedades que el investigador piensa o supone que tiene" (Bronfenbrenner, 1979, pp 49). En esta línea, el autor, nos recuerda que lo que realmente hay que considerar es cómo la persona percibe el ambiente más que como pueda existir en la realidad objetiva. En ocasiones, dada la gravedad de la neoplasia que el paciente presenta (bien por el buen o el mal pronóstico que ésta tiene) presuponemos que la persona no debe desarrollar ningún tipo de alteración psicológica o que por el contrario debe estar altamente afectada. Este tipo de asunciones nos pueden llevar bien a no explorar adecuadamente las reacciones del paciente o a subestimarlas, o por el contrario a "patologizar" innecesariamente algunas de las conductas que manifiesta y que con una perspectiva diferente del observador se entenderían como simples reacciones emocionales (Montoya, 1992). En este sentido, Ibáñez (1990) ya nos advertía del peligro que se corre de no entender, en ocasiones, las reacciones depresivas de los pacientes como simples reacciones emocionales reactivas a nivel fisiológico o normales y adaptativas ante el impacto del diagnóstico, más que como una patología psicológica y/o psiquiátrica necesaria de tratamiento.

IV. Conclusiones

El Modelo Ecológico presenta una serie de componentes que son conceptos familiares en otras disciplinas (ciencias sociales, políticas, de la conducta, etc.), la novedad que aporta es la atención que se presta a las interconexiones ambientales (micro-, meso-, exo-, y macrosistema) y el impacto que estas pueden tener sobre la persona y su desarrollo psicológico. Las ventajas que nos ofrece esta teoría en su aplicación a los pacientes oncológicos son las siguientes:

- 1.- Considerar al paciente como una persona en progresiva acomodación a sus entornos inmediatos (también cambiantes): familia, amigos, hospital, etc., e influida por las relaciones que se establecen entre estos contextos y otros más grandes en los que está incluido

(sociedad, cultura, ideología, etc.). Tomar en consideración estos aspectos nos ayudará a discernir qué reacciones son propias del enfermo y cuáles están provocadas por los entornos más inmediatos (micro-, mesosistema) o más distantes (exo-, macrosistema) y nos facilitará perfilar intervenciones más adecuadas, no solo centradas en el paciente.

- 2.- La consideración de las posibles necesidades, no solo del paciente sino de sus entornos más cercanos y la intervención directa sobre estos, favorecerá el ajuste del paciente a su enfermedad.
- 3.- El considerar como el enfermo percibe el ambiente, más que como pueda existir en la

realidad objetiva y/o presuponga el observador, evitará la infra o supervaloración de determinadas reacciones psicológicas.

Por otro lado, la mayor desventaja que presenta este Modelo es la complejidad que imprime al diseño de una investigación, al instar al control de un mayor número de variables y respetar, en la medida de lo posible, que se desarrollen en ambientes naturales (por ejemplo, en la casa de los enfermos), no clínicos o controlados (consulta psicólogo, hospital) mediante técnicas menos restrictivas como son los cuestionarios y/o inventarios psicológicos, dando preferencia a la observación.

Referencias

- Ashing, G.K. (1999). Quality of life and psychosocial outcomes in long-term survivors of breast cancer: A focus on African-American women.
- Barker, R.G. y Wright, H.F. (1954). *Midwest and its children; the psychological ecology of an American town*. Evanston, Illinois: Row Peterson.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1977a). Lewinian space and ecological substance. *Journal of Social Issues*, 33(4), 199-212.
- Bronfenbrenner, U. (1977b). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. En R.Vasta (Ed.), *Six theories of child development: revised formulations and current issues*. (Pp 187-249). Bristol: Jessica Kingsley Publisher.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S.L. Friedman (Ed.), *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts* (pp 3-38). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Broder, R.J. (1996). Ecological risk factors for symptoms of depression among adolescents from separated and divorced families. *Dissertation Abstracts International*, 56 (9-B), 5160.
- Corcoran, J. (2001). Multi-systemic influences on the family functioning of teens attending pregnancy prevention programs. *Child and adolescent social Work Journal*, 18(1), 37-49.
- Daniels, K. y Guppy, A. (1997). Stressors, locus of control, and social support as consequences of affective psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*. Apr. 2 (2), 156-174.
- Danoff, B.S. (1998). Coping with early stage breast cancer: Which strategies predict psychological adjustment?. *Dissertation Abstracts Internacional Section B : The Sciences and Engineering*. Apr. 58 (10-B).
- Die Trill, M. 1996. Rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer. En M. González Barón (Ed.), *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Durá, E. (1990). *El dilema de informar al paciente con cáncer*. Valencia: Nau Llibres.
- Durá, E. e Ibáñez, E.(1987). Algunas consideraciones y un modelo acerca del tema de la información en Psicología Oncológica. En E. Ibáñez (Ed.), *Psicología de la Salud y Estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Fernández Ríos, L., Torres, M. y Díaz, L. (1992). Apoyo social: Implicaciones para la psicología de la salud. En M.A Simón (Ed.), *Comportamiento y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Flórez, J.A. (1999). *Personalidad, estrés y cáncer: una aproximación ética e integral en la asistencia*. Madrid: ZENECA Farma.
- García Girón, C., Fernández Pérez, Y., Gómez Navarro, J. y Salinas Hernández, P. (1996). Los supervivientes de cáncer. En M. González Barón (Ed.), *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Grzywacz, J. y Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26(3), 101-115.
- Herranz, J. y Gavilan, J. (1999). Calidad de vida y cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaringológica Española*, May. 50 (4), 276-282.
- Hersh, J. (1984). Aspectos psicosociales de los pacientes cancerosos. En V.T. De Vita, S. Hellman y A.S. Rosenberg (Eds.), *Principios de Práctica de Oncología. Tomo I*. Barcelona: Salvat
- Koop, P.M. (1995). Stress, appraisal and coping with cancer. *Dissertation Abstracts Internacional Section A: Humanities and Social Sciences*. Oct. 56 (4-A):1543.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Ibáñez Guerra, E. (1990). Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer. En E. Ibáñez (Ed.), *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Lewin, K. (1936). *A dynamic theory of personality*. Nueva York: McGraw-Hill. (Trad. Cast.: *Dinámica de la personalidad*, Madrid, Morata).
- Matthews, A.K., Aikens, J.E., Helmrich, S. P., Anderson, D.D., Herbst, A.L. y Waggoner, S.E. (1999). Sexual function and mood among long-term survivors of clear-cell adenocarcinoma of the vagina or cervix. *Journal of Psychosocial Oncology*. 17 (3-4), 27-45.
- McQuellon, R.P. y Hurt, G.J. (1997). The psychosocial impact of the diagnosis and treatment of laryngeal cancer. *Otolaryngol. Clin. North. Am.* 30 (2), 231-241.
- Montoya Carrasquilla, J. (1992). *Cáncer avanzado: control de síntomas*. Madrid: Laboratorios Delagrangue.
- Morales, M.P., Granada, O., Guerrero, G., Penedo, C. y Muñoz, V. (1997). *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*. Oct. 18 (9), 25-30.
- Salas, V. (2001). Depresión y cáncer. Una apreciación psiconeuroendocrinológica de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer. *Interpsiquis* 2001 (2)
- Solomon, G.F. (2001). Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias. *Interpsiquis* (2)
- Torrico, E. (1995). *Actitudes ante el cáncer: De lo temido a lo vivido*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

(Artículo recibido: 3-12-2001, aceptado: 17-5-2002)

