

Medicina familiar

La familia en el proceso
salud-enfermedad

José Luis Huerta González



Biblioteca de Medicina Familiar



Editorial Alfíl

**MEDICINA FAMILIAR.
LA FAMILIA EN EL PROCESO
SALUD-ENFERMEDAD**

Medicina familiar. La familia en el proceso salud–enfermedad

José Luis Huerta González

Miembro Activo del
Colegio Potosino de Medicina Familiar, A. C. y
del Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A. C.
Diplomado del Consejo Mexicano de Certificación
en Medicina Familiar, A. C.
Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar
No. 49 del IMSS en San Luis Potosí, S. L. P.
Adscrito de la Consulta Externa del
Hospital Central
“Dr. Ignacio Morones Prieto”
de San Luis Potosí, S. L. P., México.
Autor de capítulos del PAC–MF y PIAC CIMF



**Editorial
Alfil**

**Medicina familiar. La familia
en el proceso salud–enfermedad**

Todos los derechos reservados por:

© 2005 por Editorial Alfil, S. A. de C. V.

Insurgentes Centro 51–204, Col. San Rafael

06470 México, D. F.

Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57

e–mail: alfil@editalfil.com

ISBN 968–7620–42–0

Primera edición, 2005.

Dirección editorial:

José Paiz Tejada

Editor:

Dr. Jorge Aldrete Velasco

Directora de la Biblioteca de Medicina Familiar:

Dra. Georgina Farfán Salazar

Diseño de portada:

Arturo Delgado–Carlos Castell

Impreso por:

Solar, Servicios Editoriales, S. A. de C. V.

Calle 2 No. 21, Col. San Pedro de los Pinos

03800 México, D. F.

Contenido

Presentación	VII
Prólogo	XI
1. La familia en el proceso salud–enfermedad	1
2. La familia como unidad de estudio	9
3. El estudio de la salud familiar	57
4. Consideraciones terapéuticas en medicina familiar	119
5. Relación médico–paciente	137
6. Repercusiones familiares de la enfermedad crónica	153
7. Medicina familiar: sinónimo de atención integral a la salud	163
8. Escuela para padres	171
Índice alfabético	181

Presentación

La medicina familiar, especialidad iniciada en México desde 1971, aún sigue en etapa evolutiva, por lo que continúa la búsqueda de conocimientos y experiencias específicamente nacionales. Hasta el momento se ha publicado poco material bibliográfico para el estudio integral de la familia con el enfoque de esta especialidad por médicos mexicanos, y por esa causa los residentes aún estudian en copias de documentos y libros producidos en otros países, que, aunque contienen las bases del conocimiento, carecen de la vinculación con la realidad y el matiz que da la práctica.

Esta obra ha sido escrita por un médico familiar cuya formación y actividad profesional se han llevado a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se cuenta con un sistema de atención médica organizado por niveles de atención, siendo la medicina familiar la puerta de entrada al mismo. Lo anterior se constituye en un marco perfecto para desarrollar las diferentes dimensiones de la disciplina, tendientes a cuidar la salud y la enfermedad del individuo, la familia y la comunidad, con estrategias para la prevención, curación, rehabilitación y paliación de los padecimientos más frecuentes. Por otro lado, al tener adscritas familias por médico, se facilita la posibilidad de conocer a las personas para atenderlas en sus problemas biológicos, sociales, psicológicos y espirituales.

El autor ha tenido no sólo la experiencia de la práctica clínica, sino que además ha incursionado en las áreas de la administración de servicios de salud, la docencia y la investigación, con lo que ha podido ampliar su campo de observación, aunado, desde luego, al interés permanente por el estudio de cuanto esté relacionado con el estudio de la familia y de la medicina que la atiende.

La autenticidad de este libro se basa en la secuencia de la temática, iniciada con la descripción de la familia ante el proceso salud–enfermedad, desde la conceptualización de salud y las determinantes de enfermedad, conceptos abstractos pero interesantes que rebasan la visión reduccionista de la patología eminentemente biológica explicada por una relación causa–efecto lineal. Con este enfoque, es fácil comprender por qué el especialista en medicina familiar tiene que recurrir a las ciencias sociales y de la conducta que le permitan estudiar y comprender a las familias que atiende, ya que cada una tiene una historia de vida única e irrepetible y sus características se ven reflejadas en sus integrantes; por ello se refiere que la familia constituye tanto un riesgo como un recurso para el cuidado de la salud. A modo de ejemplo: no es lo mismo atender la diabetes de un albañil que la de un empresario, ya que sus estilos de vida son diferentes y, aunque la fisiopatología sea la misma, la comprensión de la enfermedad y la de sus cuidados son totalmente distintas.

Por lo mismo, se hace un recorrido por los principales elementos para el estudio del individuo y su familia, que van desde la conceptualización hasta los complejos procesos de la dinámica, lo que sirve de plataforma para conocer y aplicar el estudio de la salud familiar. La revisión de este tema permitirá al lector comprender las indicaciones del estudio de familia, iniciando con la historia clínica individual, para concluir con los diversos instrumentos que identifican el estado de salud de la familia, su diagnóstico y su manejo. Cabe hacer mención de que ésta es la metodología que el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar pide a los aspirantes de la Certificación o Recertificación, por lo que este libro se constituye en una excelente guía para residentes y médicos. Consideramos que se satisface así la necesidad que se tenía, porque todavía estudiamos en diversos documentos que se encuentran muy dispersos y poco accesibles, sobre todo si pensamos en los médicos de todo el ámbito nacional.

Por su enfoque eminentemente preventivo, la medicina familiar necesita de una alta tecnología en salud, y sus más exitosas intervenciones se enfocan en mantener el equilibrio y la funcionalidad, motivo por el cual se le conoce como tecnología blanda. Tal es el caso de las inmunizaciones, la educación para la salud o el manejo de los factores de riesgo. Un elemento distintivo de esta práctica se refiere a la relación que el médico establece con el paciente y su familia, ya que de ello depende la integración de un estudio veraz, y es la base primordial de la adherencia al tratamiento. Debido al poder curativo de la palabra y la confianza, el paciente busca al facultativo como al mejor de los medicamentos para sus males. Por ello es preciso el dominio de la técnica de entrevista y sus aplicaciones.

En cuanto al panorama epidemiológico, la práctica médica atraviesa por una experiencia inédita, producto de la sobrevida de la población y las enfermedades propias del envejecimiento. La población presenta padecimientos incurables con los que tiene que convivir hasta la muerte y para los que no estamos preparados

ni los pacientes ni los médicos. Por ello se analiza cómo afecta esta situación al enfermo y a su familia, a fin de poder acompañarles durante la enfermedad y, si es necesario, hasta la muerte, con la finalidad de ofrecer alivio y cuidados paliativos basados en el conocimiento del proceso de duelo y un gran sentido humano.

Existe poco material relacionado con la preparación de los padres para el cuidado de su hijos: por ello es recomendable revisar el capítulo de *Escuela para padres*; consideramos que, como médicos de contacto primario, tenemos una deuda con la población, porque, además de los maestros de la escuela primaria, somos los profesionales más cercanos a la gente y, aunque no se demande abiertamente esta necesidad, es fácil observar que existen enormes requerimientos de orientación, desde los aspectos elementales de higiene y nutrición hasta la educación sexual o la prevención de las adicciones, por mencionar algunos problemas emergentes.

Tengo la seguridad que este material será de interés para diversos profesionales de la salud que atienden familias, ya que durante la práctica profesional y por el contacto con diversos grupos, se ha percibido una necesidad sentida y expresada de contar con un libro que integre la teoría con la experiencia de un médico actualizado y altruista.

Dra. Georgina Farfán Salazar

Fundadora y Expresidenta

Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar, A.C.

Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C.

Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C.

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

Prólogo

José Luis Huerta González

*Todo es efímero,
pero si crees que nada lo es,
todo será eterno.*

En los últimos tiempos ha causado gran controversia la pérdida paulatina del carácter humanista de la práctica médica, lo cual se impugna como resultado de la conjunción de diversos factores causantes y reforzadores del antiguo modelo biomédico. Dicho modelo conceptualiza a toda entidad nosológica en términos de daño o lesión y soslaya las dimensiones psicosociales, económicas y culturales de la enfermedad. La medicina familiar contrasta con ese modelo de la práctica médica tradicional, lineal y reduccionista, y se apeg a al modelo biopsicosocial que parte de una visión integral del hombre e incluye su interacción, a través del tiempo y del espacio, con el ambiente.

Esta atención integral, orientada hacia la familia, requiere de la participación de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario de profesionales de la salud que aporte perspectivas complementarias de conocimientos, actitudes y habilidades. Lo anterior, en un ambiente de trabajo que les permita centrar la atención en las necesidades totales del paciente y su familia a través de una adecuada comunicación, interacción y cooperación recíproca.

Múltiples situaciones evidencian claramente una práctica médica orientada hacia la “curación” de síntomas que, a fin de cuentas, redundan en una pobre atención médica al dejar de lado la identificación de factores de riesgo, la aplicación de medidas preventivas y, sobre todo, al ignorar las motivaciones y expectativas del paciente, porque, una cosa es cierta, no se puede curar a quien no se conoce.

El libro *Medicina familiar: la familia en el proceso salud–enfermedad* es una introducción al estudio de la familia, y tiene la finalidad de ofrecer un marco de referencia que permita a los miembros del equipo de salud dejar de ver al paciente como un ente aislado y desvinculado del contexto más importante, que es la familia, fuente potencial de salud para sus propios integrantes y excelente recurso para mantener y preservar el derecho esencial del hombre y la sociedad: la salud. Constituye una guía que facilita la elaboración del estudio de salud familiar al ofrecer de manera práctica y objetiva los elementos necesarios para efectuar sistemáticamente dicho estudio, así como los fundamentos para un mejor desempeño de las actividades del equipo de salud. Está dirigido a profesionales de la salud interesados en el estudio de la familia, por lo que resultará de interés y utilidad a médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, así como a estudiantes para quienes su unidad básica de estudio y trabajo cotidiano sea la familia, tanto en los aspectos preventivos como en los curativos y asistenciales y en cada una de las etapas de su ciclo vital.

En este trabajo se abordan aspectos generales sobre la importancia de la familia como unidad de estudio, su evolución y los elementos de análisis del grupo familiar, la relación médico–paciente, la entrevista clínica y las implicaciones de la orientación y la psicoterapia familiar en el primer nivel de atención. El aspecto central del libro se encuentra en lo concerniente al estudio de la salud familiar, en el cual se analizan los elementos fundamentales que permiten elaborarlo. En la última parte de esta revisión los temas contemplan en su contenido la importancia de lo antedicho: las repercusiones familiares del enfermo crónico, la importancia de la medicina familiar en la atención médica integral, así como el papel de las escuelas para padres como alternativa de prevención de disfunciones familiares.

La recopilación de los aspectos más relevantes del pensamiento de múltiples autores facilita la tarea de acercarse a teorías y conceptos sobre el estudio de la familia de una manera concreta y sin la complejidad de obras más profusas y especializadas, lo que permitirá al equipo de salud efectuar una labor de interacción con familias más efectiva que redunde en beneficio de ellas mismas.

*Pero yo estoy labrando, como con cien abejas,
un pequeño panal con mis palabras,
porque una palabra no es el pájaro
que vuela y huye lejos.
Porque no es el árbol bien plantado.
Porque una palabra es el sabor
que nuestra lengua tiene de lo eterno.
Por eso hablo.*

Agradecimientos

En la elaboración de este libro intervinieron muchas personas que me brindaron su apoyo a través de múltiples formas: correos, libros, revistas y artículos, pero, sobre todo, por medio de su conversación y sus ideas. A todos ellos les manifiesto mi más grande agradecimiento, especialmente a los médicos del Colegio Potosino de Medicina Familiar, así como a los doctores Javier Domínguez del Olmo, Jorge Chávez Hernández, Raúl Vázquez Compeán, José Gerardo Mendoza Blanco, Georgina Farfán Salazar, Pilar Martínez Navarro, Marco Vinicio González Rubio, Sergio Viera Niño, Lic. Francisco Zúñiga Uribe, Ing. Ma. Claudia Monsiváis Gámez, Psic. Ma. del Carmen Muñoz de la Peña y Prof. Amauri Fernando Huerta González.

Gracias también a Elia, José Luis, Andrés y Fernando, a quienes dedico este trabajo.

La familia en el proceso salud–enfermedad

La familia construye lo esencialmente humano del hombre.

Ackerman¹

En 1948 la ONU estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y el de su familia. Definió de manera muy general que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o afección. Este concepto fue ampliado en 1978 en la reunión de Alma Ata, donde se consideró a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo.^{2,3}

Entre las normas que rigen el cuidado de la salud, el *derecho a la salud* es un aspecto que debe situarse dentro de la ética médica. Involucra como protagonista directo al usuario de los servicios de salud, y es considerado uno de los derechos fundamentales del ser humano, tal como se ha expresado dentro de los postulados cardinales de la ONU y de la OMS. A este respecto, el llamado derecho a la salud es un concepto que permanece en el campo de lo utópico, ya que nadie puede sustraerse en forma absoluta a los efectos del ambiente, de la herencia o de los estilos de vida prevalentes. En cambio, lo que sí es posible es poner en práctica medidas para disminuir los riesgos de la enfermedad o actuar de manera concreta para restaurar la salud perdida. Por eso es más apropiado hablar del **derecho a la protección de la salud**, que es la forma en que se introdujo en nuestra Ley fundamental.⁴ En México, desde 1983, el derecho a la protección de la salud se elevó a rango

de garantía constitucional, y entró en vigor la Ley General de Salud, que establece los mecanismos del Sistema Nacional de Salud; dos años más tarde se conformó la Secretaría de Salud, encargada de normar dicho Sistema. Tales adaptaciones legislativas han constituido un avance social de suma importancia, dadas las marcadas diferencias en los niveles de salud de nuestra población.

Artículo Cuarto Constitucional:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción decimosexta del Artículo 73 de esta Constitución.

Los hechos mencionados han dado lugar a la aparición de múltiples términos y conceptos que no pocas veces han sido motivo de confusión. Dada su importancia, conviene definir que por *primer nivel de atención* se conoce a uno de los tres niveles operativos de la organización de servicios de salud, en tanto que *atención primaria a la salud* es la estrategia que constituye el primer elemento en el proceso permanente de asistencia sanitaria y que surge a raíz de la reunión de Alma Ata como un enfoque alternativo al problema de salud individual y colectivo,⁵ enfoque conceptual y operativo que representa el impulso más importante que la atención a la salud ha recibido en los últimos tiempos.

El *contacto primario* es una forma de otorgar la asistencia médica que enfatiza la importancia de la primera atención que se da y que asume la responsabilidad continua del paciente, tanto en el mantenimiento de la salud como en la terapéutica de la enfermedad.⁶ Hoy en día, el desarrollo científico y los avances tecnológicos han generado recursos que permiten no solamente atender la enfermedad, sino también ejercer acciones que favorezcan la salud, a lo cual se le ha denominado *atención primaria*, misma que sólo puede ofrecerse durante el estado de salud, antes de que aparezca el daño; es decir, se ocupa anticipatoriamente de los factores de riesgo por medio de acciones que inciden sobre el estado de salud. En cambio, la atención secundaria se ocupa del daño, de la atención a la enfermedad, es expectante y sujeta a demanda. Esta última es la práctica médica tradicional, la cual, por ser producto en muchas ocasiones de mentalidades tecnologizadas, resulta impersonal, costosa y fragmentada, y olvida que las personas enferman como un todo y no como partes.^{7,8}

En la actualidad se entiende que la mejor protección al individuo deriva de la mejor atención al grupo social en que vive; que el criterio de prevención de las enfermedades y sus secuelas debe privar sobre el de curación y que, consecuentemente, la asistencia médica debe realizarse primordialmente en los lugares de residencia de los individuos.⁹ Esto significa un cambio fundamental que permite entender que la salud integral no sólo es resultado de acciones médicas, sino de

la totalidad de situaciones socioeconómicas y culturales del complejo ecológico en que viven los grupos humanos y que se expresa en lo que puede denominarse la calidad de la vida.

La medicina conforma una profesión compleja que es ejercida de mejor manera y con mayor profundidad por quienes a su capacidad científica añan la habilidad para conocer y dominar los avances técnicos, como la física de las radiaciones y, mejor todavía, por quienes a todo esto le suman la capacidad de conocer mejor la naturaleza humana.¹⁰ Actualmente los aspectos emocionales de la enfermedad juegan un papel muy importante, y la manera en que la gente siente y se comporta en respuesta al medio ambiente y a las influencias culturales depende en gran medida de la forma, duración e intensidad de sus síntomas e incapacidad.¹¹

En un mundo cada vez más despersonalizado en el que el materialismo, la tecnocratización y la sobrepoblación propician que se valore a las personas en razón de lo que producen y poseen, la familia continúa siendo la única institución en la que la persona es amada, no por lo que tiene o realiza, sino simplemente por lo que es.

León Kass¹²

El hombre, el ser más evolucionado de la escala biológica, es paradójicamente el más desvalido e incapaz de subsistir por sí mismo, ya que para lograrlo necesita depender de su relación con otros seres humanos que satisfagan sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales. Dice Haley¹³ que tratar a un solo individuo por sus síntomas es como suponer que una vara tiene un solo extremo, y agrega que la causa de la conducta humana no se localiza tanto dentro del individuo sino en un contexto social más amplio, su familia en primer término. Según Richardson: “Decir que el paciente tiene familia equivale a afirmar que el órgano enfermo es parte del individuo”, y aunque ambos hechos parecen obvios, por mucho tiempo ninguno de los dos recibió el debido reconocimiento por parte de la profesión médica.¹⁴

Para comprender cabalmente el proceso salud-enfermedad, es fundamental partir del hecho de que, para el médico, la unidad mínima de estudio debe ser la familia, la cual, en su devenir histórico, se ha convertido en un complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes; sin embargo, en medicina, la unidad de tratamiento ha sido tradicionalmente la que conforman el paciente y su médico; por ello no es frecuente que el proceso salud-enfermedad se entienda en función de la unidad familiar,¹⁵ ni que se piense en la familia como unidad homeostática, determinante de dicho proceso.

Estos conceptos quedan de manifiesto cuando, por ejemplo, la economía familiar o el cuidado de los hijos se alteran a causa de la enfermedad del padre o la madre; y cuando otras enfermedades, sobre todo aquéllas que alteran la armonía

de la familia, como la depresión, el alcoholismo o la drogadicción, no sólo afectan al miembro que la sufre, sino que repercuten en todo el conjunto familiar.¹⁶ La mala salud reduce la productividad, la capacidad para el logro y el ejercicio del empleo, del desarrollo intelectual y de la participación social y política.¹⁷

La salud de los individuos está influida por la vida familiar, y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros.

I. McWhinney

La familia ha sido motivo de estudio de las más diversas disciplinas; sin embargo, hasta épocas recientes la medicina se ha propuesto estudiarla sistemática y científicamente, lo cual se debe en gran parte al enfoque ecológico con el que se ha visto al proceso salud–enfermedad, en el que el individuo deja de ser analizado como un ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.¹⁸ De ahí que, desde la perspectiva de una sociedad en funcionamiento, Fromm llama sana a una persona cuando es capaz de cumplir con sus roles sociales y participar en la reproducción de la sociedad.¹⁹ Por su parte, Frenk señala que la salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.²⁰

Desde una perspectiva de la acción, la salud debe ser percibida como un todo integrado por varios componentes, algunos de los cuales pueden estar afectados por daño, enfermedad o riesgo, y coexistir, en el mismo individuo o población, con otros que no lo están, mismos que pueden ser motivo de acciones promocionales. En otras palabras, la salud es inherente a la vida y, mientras exista vida, hay componentes de salud que se pueden y deben preservar o promover.³

El proceso salud–enfermedad no debe ser comprendido como simples estados opuestos, sino como una expresión de todo el proceso vital con grados diversos de equilibrio entre el organismo y su ambiente; es decir, es un proceso que consta de una ecología. Tampoco es posible considerar a la enfermedad únicamente como una alteración biológica, sino, como lo señala Martínez Cortés, una experiencia llena de significados que viven tanto el enfermo como quienes lo rodean. Es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico y/o mental de una persona y afecta su bienestar al llevarlo a la pérdida del equilibrio que mantiene la composición, estructura o función del organismo. En consecuencia, es importante darse cuenta de que la salud no puede ser entendida dentro de los limitados confines de la experiencia individual, y de que una visión más amplia de este proceso debe comprender también la dinámica del grupo familiar.¹ Mediante el conocimiento de

los psicodinamismos de la familia en relación con el proceso salud–enfermedad es posible, para los profesionales de la salud, alcanzar una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos, tanto del paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno.

El concepto integral de salud que en la actualidad tiene unánime reconocimiento puede resumirse en los siguientes puntos:¹⁰

1. La salud, en tanto expresión de vida plena, es un valor humano de alta jerarquía.
2. La salud es un proceso dinámico de equilibrio del hombre consigo mismo y con el medio circundante: físico, biológico y social.
3. Salud y enfermedad interactúan de continuo en el ambiente social con expresión individual.
4. Salud y enfermedad se influyen recíprocamente, siendo entre sí a la vez causa y efecto una de la otra.

El reconocimiento de la forma como evoluciona la enfermedad influye sobre el curso de la misma. Existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculadas con la dinámica individual, familiar y la del propio padecimiento:

- a. Aparición aguda o gradual.
- b. Evolución progresiva, constante o episódica.
- c. Desenlace prematuro, de pronóstico fatal o sorpresivo.
- d. Posibilidad de incapacitar cognoscitiva, cinética y sensorialmente, así como de ocasionar pérdida de energía, imagen y control corporal, de identidad personal y de relaciones íntimas.

El deslinde de las diferentes fases de la enfermedad, al igual que una evaluación acertada de la familia que incluya la etapa del desarrollo en la que se encuentra, su historia de enfermedades y pérdidas, sus reacciones ante las crisis, el rol del enfermo antes de la aparición de la enfermedad y el paradigma familiar relacionado con el control, conducirán a un manejo adecuado de la enfermedad, que es el objetivo de toda práctica terapéutica.²¹

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, los problemas de salud pueden ser agrupados de la siguiente manera:

1. Problemas de salud física que afectan fundamentalmente al individuo (faringitis, bronquitis, artritis, etc.).
2. Problemas de salud física individual, que, por sus características, pueden alterar el funcionamiento del grupo familiar (enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus u otras enfermedades invalidantes y mortales).

3. Problemas de salud mental que afectan al individuo pero que repercuten en la familia, ya sea como causa o efecto (alcoholismo, drogadicción, colon irritable, trastornos de ansiedad, etc.).
4. Problemas de salud familiar que son propiamente del grupo y que, según la Clasificación Triaxial de la Familia,²² pueden ser subdivididos en:
 - a. Aspectos del desarrollo familiar.
 - b. Disfunción de los subsistemas familiares.
 - c. Dimensión global de la disfunción familiar.

La salud familiar, al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales, debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital de la familia;²³ es por eso que la misma enfermedad, diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo, tiene distintas consecuencias en lo que respecta a la atención y tratamiento de los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Hablar de la salud familiar implicaría hacer alusión a la prevalencia e incidencia de enfermedades en una familia determinada.²⁴ Sin embargo, el enfoque para evaluar a la familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman, ya que la visión integral del proceso salud–enfermedad identifica al paciente, no como un ente aislado y fragmentado, sino como un elemento dentro del contexto social que es su familia, en donde la interacción de factores biopsicosociales resulta definitiva. De ahí que la familia como grupo adquiera una entidad diferente a la entidad de la simple suma de sus componentes.²³ La utilización del concepto de salud familiar implica, entonces, la explotación de la capacidad de la familia para cumplir con sus funciones, dentro de las cuales se encuentra incluida la de formar individuos sanos, tanto física como mentalmente. Esta visión favorece el otorgamiento de una atención longitudinal e integral de primer contacto, encaminada no sólo a la reparación del daño, sino también al mantenimiento del completo estado de salud y bienestar del individuo y su grupo familiar.

No obstante lo anterior, la familia no sólo es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, sino también un excelente recurso para mantener y preservar ese derecho esencial del hombre y la sociedad que es la salud.

REFERENCIAS

1. **Ackerman NW:** *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires, Hormé, 1982.
2. Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud: *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. México, UNAM, 1981.

3. **Beteta PE, Cano GE, Carrasco PJ et al.:** Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Educ Méd Salud* 1992;26:298–425.
4. **Sepúlveda B, Soberón G, Soni J, McGregor C:** Ética y medicina. *Gac Méd Méx* 1984; 120:269–280.
5. **López-Reyes JC, Juárez-Campa M:** Integración, docencia, servicio e investigación en el área de la salud. *Salud Pública Méx* 1988;30:714–728.
6. **Spitzer WO:** El mérito intelectual de la medicina familiar. *Rev Fac Med UNAM* 1979;22: 16–24.
7. **Álvarez–Manilla JM:** Atención primaria a la salud. *Salud Pública Méx* 1988;30:676–682.
8. **McWhinney IR:** Family medicine in perspective. *N Engl J Med* 1975;293:676–682.
9. **Díaz del Castillo E:** La educación en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Med IMSS* 1976;18:415.
10. **Rivero–Serrano O:** La influencia de los estudios previos y de los servicios de salud en que se educa. *Gac Méd Méx* 1991;127:180–185.
11. **Ennos DD, Sultan P:** *The sociology of health care*. EUA, Praeger Publishers, 1977.
12. **Carmichael LP:** Introducción a la medicina familiar. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:17–20.
13. **Haley J:** *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1985.
14. **Richardson HB:** *Patients have families*. New York, The Commonwealth Fund, 1948.
15. **Sauceda GJ, Foncecerra MM:** La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Méd IMSS* 1981;19:155–163.
16. **Somolinos PJ, Martínez CF, Sepúlveda B, De la Fuente R, Laguna R et al.:** Etapas de la educación médica en México. *Gac Méd Méx* 1984;120:213–228.
17. **Kaplan M:** El derecho a la protección a la salud y el estado social de derecho. En: Soberón AG et al.: *Derecho Constitucional a la protección a la salud*. México, Porrúa, 1986:37–65.
18. **Santacruz VJ:** La familia como unidad de análisis. *Rev Méd IMSS* 1983;21:348–357.
19. **Fromm E:** *El miedo a la libertad*. Barcelona, Planeta–De Agostini, 1985.
20. **Frenk J:** La nueva salud pública. OPS: *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica No. 540, 1992:75–93.
21. **Robles FT, Eustace JR, Fernández CM:** *El enfermo crónico y su familia*. México, Nuevo Mar–CEMIC, 1987.
22. **Tseng WS, McDermott J:** Triaxial family classification. *J Child Psychiatry* 1979;18:22–43.
23. **Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI:** Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Sanit Panam* 1985;98:144–155.
24. **Revilla L:** La disfunción familiar. *Atención Primaria* 1992;10:582–583.

La familia como unidad de estudio

ASPECTOS HISTÓRICOS

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad. Es la más antigua de las instituciones sociales humanas y, según Ralph Linton, sobrevivirá mientras exista nuestra especie.^{1,2}

Ante las vicisitudes de la historia, la familia ha mostrado una extraordinaria capacidad de resistencia, lo cual viene a contradecir aquellas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio. Esta capacidad de resistencia ha quedado demostrada cuando, por ejemplo, ante alguna catástrofe, sucumben sociedades complejas y no sobrevive sólo un grupo de individuos, sino una pluralidad de familias.³

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin,¹ debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial.

Aunque la familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen, entre otros, la consideraron como una institución so-

cial histórica cuya estructura y función es determinada por el grado de desarrollo de la sociedad global.⁴

En sus trabajos acerca de la familia, Morgan describió por etapas el curso completo del desarrollo social humano, desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual hasta la civilizada familia monogámica, la cual él veneraba fervientemente: “La completa experiencia previa y el progreso de la humanidad culminaron y cristalizaron en esta institución”. Sin embargo, no existen pruebas de ese estado de promiscuidad total del que también hablaba Bachofen, por lo que esta vieja teoría ha sido paulatinamente relegada. Al respecto, la serie de evidencias y estudios científicos señala, entre otros hechos, que los únicos primates que viven en hordas sexualmente promiscuas son los monos araguatos de América del Sur, una especie muy alejada de nuestra propia línea de descendencia.² Se cuenta también con el hallazgo de parejas sepultadas en una misma tumba en lugares funerarios antiguos que demuestran que la monogamia era generalmente practicada en el paleolítico.⁴ Asimismo, han sido desechadas por inconsistentes las teorías de Freud acerca de la horda primitiva y el asesinato del padre original. Estas teorías afirmaban que el primer tipo de familia humana era patriarcal, y en ella el varón jefe tenía prioridad sobre todas las mujeres de su grupo; por eso expulsaba a los hijos a medida que crecían y se hacían adultos competidores, situación que generaba odio en ellos, quienes terminaban matando al padre, con los consecuentes sentimientos culpígenos del caso.^{5,6}

En 1861, Johann Jakob Bachofen, en su obra *Derecho materno*, sostenía también que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual y que el parentesco se determinaba por línea materna, esto debido al desconocimiento de que la fecundación ocurría por medio del contacto sexual y al hecho de que, al ser varios los hombres que se relacionaban con la misma mujer, resultaba imposible saber quién era el padre. Como consecuencia surgió la *ginecocracia*, o sea el dominio femenino absoluto sobre las nuevas generaciones. A esta situación se le atribuyen causas económicas, ya que la dedicación del hombre a los peligros de la caza permitía que la mujer quedara como el elemento estable de la familia, con una fuente segura y permanente de bienes, como era la agricultura. Esto la hacía económicamente más valiosa que el hombre, para quien la caza resultaba ser una actividad insegura y eventual.^{7,8}

A McLennan se deben los datos sobre la *exogamia* y *endogamia*, *poliandria* y *poligenia*.

- **Exogamia** (del griego *exo*: fuera de, y *gameín*: casarse). Consistía en la costumbre masculina de buscar pareja en otras tribus. Era una estrategia de los grupos sociales para establecer alianzas con otros.
- **Endogamia** (del griego *éndon*: dentro, y *gámos*: boda). Unión matrimonial dentro del grupo de miembros o individuos de una misma casta, tribu o lina-

je, con la prohibición de hacerlo fuera, lo que aislaba al grupo del intercambio con otras poblaciones de la especie.

- **Poliandria.** Una sola mujer comparte simultáneamente varios hombres, frecuentemente hermanos y que invariablemente viven bajo el mismo techo. Es un tipo de familia que lleva al matriarcado, y es poco frecuente.
- **Poligenia.** Un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos. Por lo general tales mujeres habitan con sus hijos y son visitadas por el progenitor.

Lewis H. Morgan enfatizó la influencia de la sociedad sobre la forma y estructura de la familia, la cual nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona como consecuencia del desarrollo de la técnica y la economía.⁴ Las etapas fundamentales de la evolución de la familia definidas por Morgan en 1877 fueron tomadas por Engels en su obra *El origen de la familia, la sociedad privada y el Estado*, quien las enriqueció con las aportaciones del marxismo, resaltando la importancia de la génesis de la familia, las relaciones de producción y estableciendo una íntima conexión entre familia y Estado como eslabones de un mismo proceso.^{5,8}

Morgan señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia:^{4,7-9}

- **Familia consanguínea:** predominan las relaciones incestuosas entre hermanos, siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales recíprocas.
- **Familia punalúa o familia por grupo:** la prohibición del incesto incluye a los hermanos. Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.
- **Familia sindiásmica o patriarcal:** la división de las tareas, necesaria por el desarrollo de la agricultura, lleva a la conformación de este tipo de familia en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad. En ésta se funda el principio de autoridad absoluta del jefe de la familia.
- **Familia monogámica:** tiene su origen en la forma anterior, y se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.

Las teorías de Morgan se completan con la descripción de los *gens*, un conjunto de familias unidas por determinados lazos de parentesco, que al escindirse por un aumento en su densidad daban lugar a dos *gens* hermanas. A su vez, un conjunto de *gens* formaba una *fatria*, y dos o más *fatrias* una *tribu*.

Muchos de los conceptos sobre el origen y evolución de la familia han sido obtenidos de contradictorios relatos de viajeros, de sus observaciones y vastas reconstrucciones “históricas” sobre las instituciones sociales, por lo que en gran

parte pueden considerarse como meras suposiciones, algunas de las cuales parecen más probables que otras, aunque sin poder ser científicamente demostradas. Es el caso, por ejemplo, de las ahora dudosas aseveraciones de Morgan con relación a los tipos consanguíneo y punalueno de familias observadas en Hawái y otros sitios en que, posterior al estado inicial de promiscuidad, los hombres se casaban regularmente con sus propias hermanas. Esta deducción se basaba, probablemente, en las costumbres comunes de matrimonio y en la forma, quizá mal interpretada, que en esos lugares empleaban para describir y dirigirse a los parientes. Ahora se sabe que en aquel tiempo los hawaianos no tenían palabras acuñadas para parentescos como el de “tío”, “tía”, “sobrino”, “sobrina”, es decir, todos los tíos eran llamados por el mismo vocablo que designaba a padres y madres, y todos los sobrinos eran nombrados por el mismo de hermano y hermana, situación que probablemente dio lugar a la confusión.¹⁰

Esta serie de hechos permite comprender que lo conocido sobre la organización primitiva del hombre ha llevado al reconocimiento de una tendencia central acerca del mantenimiento de relaciones sexuales permanentes, lo que de una u otra manera genera la institución familiar. Dicha institución está conformada por un grupo en permanente evolución que a través del tiempo ha sufrido diversas transformaciones, causadas fundamentalmente por factores económicos y culturales y, en menor grado, por costumbres, leyes y valores. Por otro lado, resulta imposible trazar con precisión el nacimiento y desarrollo de la familia como expresión social del instinto biológico que lleva al hombre a asegurar la reproducción de la especie. Sin embargo, es evidente que dicha institución siempre ha existido, y ha desempeñado hasta la actualidad y en todo el mundo el papel primordial que caracteriza a la cultura de la civilización a la que pertenece.

ELEMENTOS DE ESTUDIO

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad,¹¹ por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

Definición

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus*, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico. En la era del nomadismo, con el término de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto

que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.^{8,12} En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra “familia” suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, “en familia”.¹¹

El término familia puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que ésta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes. Sin embargo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente partir de una adecuada especificación de la terminología. De esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

Para el Pape León XIII (1818–1903), “la familia es una sociedad de extensión limitada, pero, con todo, una verdadera sociedad, anterior a cualquier Estado o nación, con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del Estado”.¹³ La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el *Diccionario de la Lengua Española* dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.¹⁴ La palabra linaje hace referencia, según Warner, a un grupo dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la “línea del apellido” (líneas de descendencia unilaterales). De tal forma, en nuestro medio las familias resultan ser *patrilineales*, y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son *matricéntricas*.

El censo canadiense¹⁵ define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. Según *The United States Census Bureau*,¹⁶ la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados entre sí por lazos sanguíneos, de matrimo-

nio o adopción. La primera definición incluye los conceptos de matrimonio, familia nuclear y seminuclear (ésta como complicación del desarrollo familiar), en tanto que la segunda es más amplia por señalar los vínculos que determinan parentesco. En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran, además, como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción,¹⁷ que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia. El primero de ellos está fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y por su sentido de pertenencia a una familia específica, en tanto que el segundo se logra a través de la participación en los diferentes subsistemas familiares y en grupos extrafamiliares.¹

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano,¹⁸ y según los socialistas Frédéric Le Play y Proudhon⁴ “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza.

Es un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo. Es por eso que no debe ser entendida sólo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. La teoría sistémica (referida por Steinglass) define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.¹⁹

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son:

- **Subsistema conyugal:** se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr

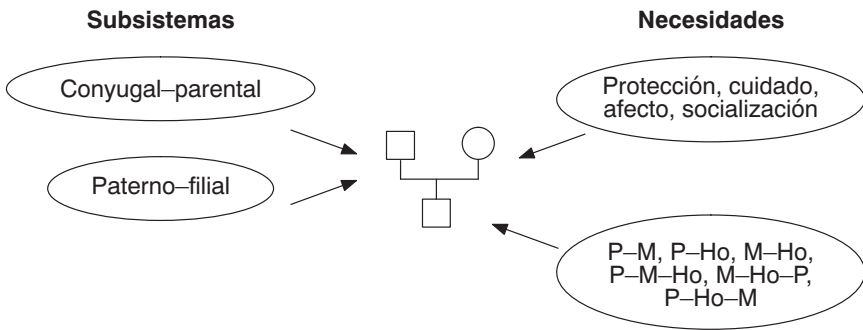


Figura 2-1. Subsistemas en la estructura de una familia nuclear.

un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. Asimismo, debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial propio.

- **Subsistema paterno-filial:** el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, ya que, al aparecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal; no es simplemente asumir nuevos roles.
- **Subsistema fraterno:** constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En él aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. La definición interaccional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar.¹⁵

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad. Cada una de las partes está dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre sí.

Sin embargo, existe interdependencia entre cada uno de estos sistemas, de manera que al definir a cualquiera de ellos se hace necesaria la participación de los otros dos.⁵

*El ser humano no existe sin la sociedad
y hay que estudiar a ésta en aquél y viceversa.*

J. J. Rousseau

Para Ackerman, la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud, y afirma: “hemos estado inclinados a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta”, cuando que las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de enfermedad y salud.²⁰

Es posible, entonces, definir a la familia como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas. Poseen formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva.

Roles familiares

Los miembros de una familia están ligados por una serie de lazos que los unen como familia y que conforman una relación reticular.

Los vínculos familiares se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Biológicamente, a través de la familia, la especie se perpetúa, hecho que sólo puede cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas, y ligados económicamente para la provisión de sus necesidades materiales.²⁰ Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la existencia del individuo y que se manifiestan igualmente en la vida familiar.

Desde 1928, Burgess sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia

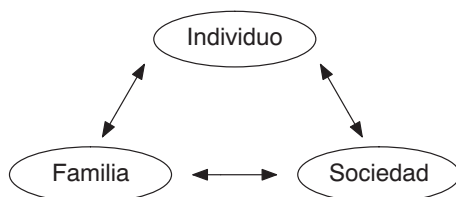


Figura 2-2.

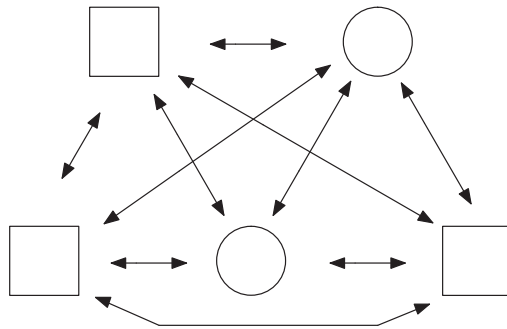


Figura 2-3.

una posición definida por un determinado número de roles.⁴ Los roles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo, adquieren un significado propio sólo dentro de una estructura familiar y una cultura específicas. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes con relación a las funciones que tienen que cumplir en su seno, y ellos, a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del rol que se les imparte.²⁰ La manera en que la familia asigna dentro de ella los diferentes roles está estrechamente relacionada con su estilo de vida.²¹ Los roles familiares se refieren a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas u objetos. Es un modelo extraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia, y describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibidas de la persona en ese rol.²² Implica las funciones asumidas o asignadas, tanto instrumentales como afectivas, que cada uno de los integrantes de la familia lleva a cabo. Pueden ser múltiples y simultáneas, así como funcionales y disfuncionales. La multiplicidad de roles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable, y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:

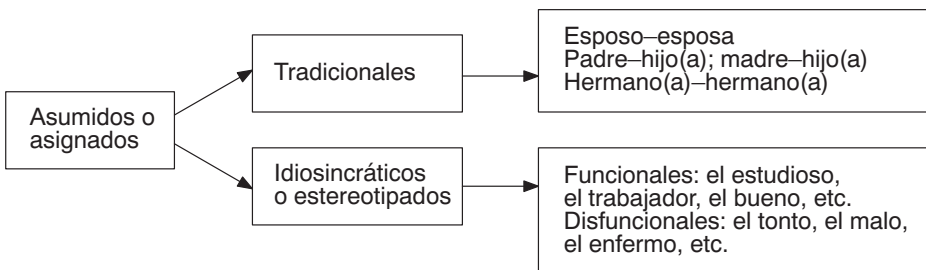


Figura 2-4. Clasificación de los roles familiares.

Cuadro 2–1. Clasificación de los roles familiares

Instrumentales	Afectivos	Ambos
Provisión de recursos (dinero, alimentación, vestido, vivienda, transporte, etc.)	Apoyo y crianza Gratificación sexual en los adultos (proveen apoyo y bienestar a la pareja y al resto de los integrantes)	Desarrollo de habilidades Sistemas de control y mantenimiento (sirven de apoyo y guía en el desarrollo de las personas e incluyen la capacidad de liderazgo, toma de decisiones, etc.)

- **Aceptados:** si cada uno se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él.
- **Flexibles:** de tal manera que se puedan llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostasis familiar.
- **Complementarios:** los roles tradicionales siempre significan pares. No se puede desempeñar el papel de esposa sin marido ni el de padre sin hijos, etc.

Además, deben resultar satisfactorios e intercambiables en las situaciones en que se requiera. Los roles disfuncionales resultan ambiguos, matizados de rivalidad y competencia, rígidos, no complementarios y en ocasiones invertidos; por ello, reflejan patología, tanto individual como familiar.

En el modelo de McMaster²³ los roles familiares son definidos como patrones repetitivos de conducta por medio de los cuales los miembros de la familia cumplen ciertas funciones. Se clasifican como se indica en el cuadro 2–1.

Ciclo vital de la familia

La tarea de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso, conforme la vieja familia pierde energía y muere.²⁴

La madurez es un proceso que permite un desarrollo continuo en busca de un estado de perfección que nunca termina. Sólo puede definirse por el grado y la calidad de su presencia en cada una de las etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida, que van desde el nacimiento hasta cierto grado de madurez y la muerte. Así como sucede con el individuo, lo mismo acontece con la familia.

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. La comprensión de tales estados de transición familiar, así como de los del ciclo de desarrollo individual, permite al médico elaborar hipótesis acerca de los problemas que surgen en sus pacientes

Cuadro 2–2. Ciclo vital de la familia

Etapa	Fase	Característica	Duración
Constitutiva	Preliminar	Noviazgo	Indefinida
	Recién casados	Sin hijos	Hasta el nacimiento del primer hijo
Procreativa	Expansión	Nacimiento del primer hijo	Hijo mayor, del nacimiento a 2.5 años
		Hijos preescolares	Hijo mayor, de 2.5 a 6 años
	Consolidación y apertura	Se inicia la socialización secundaria	Hijo mayor, de 6 a 13 años (edad escolar) Hijo mayor, de 13 a 20 años (adolescencia)
Dispersión	Desprendimiento	Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos	
Final	Independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro	
	Disolución	Vejez de la pareja Viudez	Hasta la muerte del cónyuge Hasta la muerte del miembro restante

y estar en condiciones de ayudar a las familias a prever cada una de las situaciones y prepararse para ellas.

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.²⁵ El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución, y constituye, según Estrada Inda,²⁶ un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.²⁷

Reuben Hill y Evelyn Duvall observaron que cada miembro de las generaciones joven, media y mayor en la familia tiene sus propias tareas evolutivas cuyo logro depende del éxito de las tareas de los demás y contribuye al mismo.²⁵ Las tareas para el desarrollo son las actividades que deben efectuar los integrantes de la familia antes de pasar a la siguiente etapa de su ciclo vital. El cumplimiento oportuno de estas acciones los lleva a una vida sana y funcional, en tanto que su incumplimiento resulta ser fuente de constantes conflictos y tensiones.

En 1957, Duvall clasificó el ciclo vital de la familia en ocho etapas, relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza.

La familia comienza con la unión de una pareja, en muchos casos por medio del matrimonio, y tras un cierto periodo de tiempo, dependiendo del número de hijos, su crecimiento se reduce de nuevo a la pareja inicial, con la cual se cierra el ciclo. En esto estriba el concepto de “familia conyugal”, ya que la pareja no sólo es el núcleo central del grupo, sino también, prescindiendo del divorcio, su única parte permanente que determina la duración del ciclo de vida familiar, aunque otras situaciones igualmente la pueden modificar, como la edad en que la pareja se une, el número de hijos y la secuencia de nacimientos.³ Como es natural, no todas las familias pasan de modo secuencial por el ciclo completo. Un hijo puede permanecer en el hogar tras alcanzar la edad adulta y puede quedarse en él hasta que fallecen los padres. Cuando las personas divorciadas con hijos vuelven a casarse, pasan al mismo tiempo por varias etapas.²⁸

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo.⁴ Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas, a su vez, por varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar.²⁹ La etapa **constitutiva** de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos, aunque no necesariamente independientes ni separados de sus respectivas familias de origen. Termina con el nacimiento del primer hijo.

La fase **preliminar**, en la cual se sientan las bases de lo que será la vida futura en pareja, es el noviazgo, que, definido como “el encuentro histórico de dos biografías que convergen”,³⁰ resulta fundamental para comprender muchos de los fenómenos que suceden en las fases siguientes. La elección de pareja no es un hecho al azar, ya que generalmente se da a través de una selección voluntaria, influida en cierto modo por el enamoramiento, por esa compulsión neurótica, como la llama Freud, que por sus características en muchas ocasiones deja de lado la capacidad de juzgar acertadamente con quién vivir en armonía por el resto de la existencia. No obstante, la mayoría de las parejas se adaptan a su situación marital, aunque no a todas les resulta completamente satisfactoria o estable.

La libertad para elegir con quién vivir está basada, pues, en el amor, pero “el gran amor nace de un gran conocimiento del objeto amado”, dice Leonardo da Vinci. Por eso es que, mientras más coincidan los intereses y antecedentes de ambos, más probabilidad hay de que la vida en pareja sea duradera. Medalie³¹ señala que las parejas que se tratan durante dos o más años se divorcian o separan con menos frecuencia que las que se unen después de un breve periodo de noviazgo.

*“Sería un buen detalle y todo un gesto de tu parte,
que coincidiéramos, te dejaras convencer y fueras
tal como yo siempre te he imaginado”.*

Joan Manuel Serrat (*Sería fantástico*)

Cuando menos existen tres factores que influyen en el proceso de elección de pareja.⁶

- Residencia en una determinada comunidad.
- Pertenencia a determinada clase social.
- Involucramiento en un determinado círculo social.

Sánchez Azcona³² señala que, además, la pareja debe cubrir los siguientes requisitos para poder constituirse como tal: haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social; reconocer creencias afines; contar con antecedentes educativos y culturales semejantes; tener expectativas económicas similares, así como actitudes parecidas con respecto a la vida sexual. No obstante lo anterior, existen múltiples razones por las que muchas parejas deciden casarse o vivir juntas: atracción sexual o sentimental, deseo de independizarse de sus familias de origen; anhelo por procrear hijos; temor a la soledad y a la soltería; necesidad de reafirmar su identidad sexual; embarazo inesperado, mismo que conlleva, entre otras, la desventaja de ya no disponer del tiempo suficiente para adaptarse a vivir en pareja por la llegada prematura de los hijos. Independientemente de los motivos de su unión, una de las tareas que enfrenta la nueva pareja es la negociación de su relación con la familia de origen del cónyuge, la cual, a su vez, debe adaptarse a la separación de uno de sus miembros o a la inclusión de un integrante más, si es que éste se incorpora a la familia, situación que implicaría la asimilación del nuevo subsistema conyugal en el marco del funcionamiento de la familia de origen. Por eso se dice que, en las más tradicionales sociedades, el matrimonio es algo más que la unión de dos personas, entraña relaciones entre grupos completos de gente.¹⁰

Afirma Octavio Paz que la estabilidad de la familia reposa en el matrimonio, que se convierte en una mera proyección de la sociedad, sin otro objeto que la recreación de esa misma sociedad.³³

*“Las culturas presentan muchas diferencias,
pero todas las sociedades que sobreviven
están fundadas en el matrimonio.”*

David W. Murray

Uno de los principios ideales del funcionamiento familiar depende de que cada uno de los cónyuges esté bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de su familia para formar su propio hogar. En la fase de **recién casados**, la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión matrimonial mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus respectivos padres, a fin de lograr un territorio libre de la influencia de ellos, sin que esto implique romper con los

lazos afectivos que los unen. “El matrimonio, señala Haley, no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas”.

Con relación a esta fase del ciclo vital de la familia, la pareja debe llevar a cabo el establecimiento de las siguientes actividades básicas que señala Duvall (referido por Medalie):³¹

- Un hogar.
- Sistema de ingreso y distribución de dinero.
- Sistema de patrones de responsabilidad.
- Relaciones sexuales mutuamente satisfactorias.
- Sistema funcional de comunicación.
- Relaciones funcionales con ambas familias de origen.
- Interacción con amigos, asociaciones, grupos, etc.
- Concepto filosófico de la vida como pareja.
- Sistema de planificación familiar.
- Educación y superación ininterrumpida de ambos.

Conforme los cónyuges efectúan la negociación de reglas y llevan a cabo su progresivo ajuste sexual, resulta sumamente importante la práctica de la regulación de la natalidad, así como la evaluación de los intereses y valores de su pareja.

La omisión de estas tareas puede ocasionar sentimientos de culpa, embarazos no deseados, conflictos sexuales y propagación de infecciones sexuales transmisibles.

...en una sociedad en la que se comparte sistemáticamente el trabajo entre hombre y mujer... un soltero es en realidad sólo medio ser humano

C. Levi-Strauss

En la etapa **procreativa** se inicia la *expansión* del grupo familiar, ya sea por embarazo o por la adopción de los hijos, e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años. Corresponde al periodo en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres.

Al inicio de esta etapa la pareja debe adaptarse al proceso del embarazo. Posteriormente, con el nacimiento del primer hijo, deben efectuar otra serie de ajustes para modificar sus roles exclusivamente maritales y así enfrentar los requerimientos propios de la paternidad, lo cual puede generar serias dificultades, sobre todo cuando el hijo no satisface las expectativas de uno o ambos padres. Esta fase conlleva peligros potenciales ante una serie de adversidades como la dificultad del subsistema parental para crearle un ambiente psicológico adecuado a la familia en crecimiento, o para organizar a los niños de diferentes edades y a la familia como grupo.

Pueden surgir problemas en el manejo de los aspectos de cercanía y distancia, tanto en el subsistema conyugal como entre el paterno-filial, así como conflictos para la resolución de triangulaciones en los que se involucra a alguno de los hijos ante las dificultades no resueltas de la pareja.¹ Por ello, es necesaria la existencia de límites claros que permitan al niño el acercamiento a sus padres y lo excluyan de las funciones psicológicas propias de los esposos.³⁰ Por otro lado, además de una clara, directa y sencilla comunicación de sentimientos, actitudes y demandas, la relación paterno-filial requiere la disposición de los padres para estimular en el niño el desarrollo de una adecuada disciplina, evitando castigos frecuentes e incongruencia en la forma de educar, ya que tales actitudes generan agresividad, pobre autoestima, confusión y comportamientos hostiles y manipuladores de los hijos.

Así como los cónyuges adoptaron el rol de padres en esta fase, es importante el reajuste de las relaciones que deben efectuar con sus familias de origen para incluir el rol de los demás parientes, sobre todo el de los abuelos.

En esta etapa ocurre la fase **consolidación** de la familia y comienza la *apertura* hacia el exterior.

Dice Savater³⁴ que, a diferencia de los demás seres vivos, que nacen ya siendo lo que definitivamente son, el hombre llega a serlo por medio del aprendizaje, el cual se da, en primera instancia, dentro de la familia a través de la “socialización primaria”. Después, la escuela, los grupos de amigos, el lugar de trabajo, etc., llevarán a cabo la socialización secundaria, en cuyo proceso el niño adquirirá conocimientos y competencias de alcance más especializado. Esta fase inicia con la separación incipiente del primero de los hijos, que se da a través del proceso de socialización secundaria al ingresar a la escuela, y termina al finalizar su adolescencia, época en la que los hijos suelen dejar el grupo doméstico y dar inicio así a la etapa de dispersión.

En este momento de la vida familiar resulta fundamental la adquisición de conocimientos que los padres deben tener sobre las características del crecimiento y el desarrollo de sus hijos, así como acerca de la alimentación, higiene, inmunizaciones, etc.

Por otro lado, los lapsos largos en la fase de expansión familiar, originados por razones culturales que propician matrimonios tempranos y familias con muchos hijos, pueden provocar patrones de morbilidad materna importantes, ya que aumenta la exposición a los riesgos del embarazo, de la multiparidad y de los embarazos tempranos y tardíos.

De estas situaciones surge la necesidad de implementar y llevar a cabo programas de control prenatal y planificación familiar que incidan sobre los hechos mencionados, además de actividades tendientes a prevenir enfermedades y a mantener el bienestar biopsicosocial de todos los miembros de la familia mediante el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud.

Dispersión

Una de las principales tareas de los padres en las etapas anteriores ha sido la de facilitar la autonomía de sus hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su propio grupo social. En la familia con hijos en edad escolar es de trascendental importancia abordar aspectos como el ingreso de los niños a la escuela; el incremento y facilitación de la socialización; la estimulación de la responsabilidad y los logros escolares; orientación sobre sexualidad, drogadicción y alcoholismo, entre otros. Al llegar a la adolescencia, los padres deben confrontar la difícil tarea de aceptar la diferenciación de roles de los hijos mayores, así como su paulatina separación del hogar, lo cual ocurre en esta etapa. El *desprendimiento* de los hijos comienza con la salida definitiva del hogar del primero de los hijos, lo cual puede ocurrir cuando aún la familia no termina de cursar la etapa procreativa. Durante este tiempo, los límites familiares deben ser más flexibles para permitir al adolescente moverse dentro y fuera del sistema familiar. Esta etapa termina con la salida del último de los hijos, momento en que la pareja debe ser capaz de ajustarse al final del periodo parental, mientras que sus hijos, ahora adultos, dan lugar a la formación de nuevas familias.

Los momentos más proclives para el surgimiento de patología en un grupo familiar son los de entrada o salida de miembros al sistema.

J. Haley

La familia incorpora nuevos miembros sólo por medio del nacimiento, adopción o matrimonio, y es dejada por ellos de modo definitivo sólo a través de la muerte o la separación radical de los esposos.³⁵

Etapas familiares finales

Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para la pareja aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa. Sin embargo, si previamente las funciones parentales superaron o nulificaron a las maritales por la excesiva atención centrada en los hijos, la ausencia de éstos puede ocasionar crisis individuales o de pareja importantes. Estas crisis también pueden conducirlos al fortalecimiento de su unión si logran resolverlas favorablemente, o llevarlos a una separación mayor o a una intolerable relación, si se percatan de que ahora ya nada tienen en común. En esta etapa adquiere gran relevancia estimular e incrementar la convivencia y la comunicación entre la pareja por medio de la práctica de actividades conjuntas, así como mantener vigentes los vínculos familiares con las ge-

neraciones más jóvenes y más viejas. Igual importancia tiene la promoción de cambios en los estilos de vida que prevengan o retarden la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas.

Esta etapa comprende dos fases:

- **Independencia:** inicia cuando la pareja queda nuevamente sola. En esta fase debe llevarse a cabo el ajuste final del rol de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia.
- **Disolución:** la pareja debe enfrentar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás miembros de la familia residual; la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

La vejez, parafraseando a Santiago Ramón y Cajal, es un proceso crónico, necesariamente mortal, que todos debiéramos evitar y que, sin embargo, todos deseamos. Es una etapa en el ciclo de vida del ser humano en la que al viejo hay que llamarlo viejo, como al niño lo llamamos niño en su niñez y tal como amorosamente le dicen al padre en muchos lugares: “mi querido viejo”. Viejo es como ellos mismos prefieren ser llamados en vez de ancianos, abuelos y de todos esos epítetos que se acuñan y que frecuentemente resultan confusos, como adulto mayor, gente grande, tercera edad, adulto en plenitud, vejez, etc. Términos que surgen, quizás, como muestra del miedo a las palabras o de la vergüenza que para muchos implica llegar a viejo.

Carlos Fuentes, en su obra *La frontera de cristal*, dice: “La ‘pena’ como sinónimo de ‘vergüenza’ es una particularidad del habla mexicana, igual que decir ‘mayor’ en vez de ‘viejos’ para no ofender a éstos...”.

Viejos, hasta que la edad aparece como un crimen, una enfermedad, una miseria que te cancela como ser humano.

Carlos Fuentes (*La frontera de cristal*)

En general, la enfermedad del viejo trasciende más profundamente en el núcleo familiar que cuando se presenta en otros grupos de edad. Las características de mayor fragilidad, el mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas no susceptibles de curación y de secuelas invalidantes, ponen en peligro al individuo ante la amenaza de dependencia y muerte. El grado de dependencia física, mental o ambas, será determinante en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones, a veces de manera permanente, que deben enfrentar las personas que rodean al viejo.³⁶

El buen funcionamiento de la pareja en esta etapa debe ser mantenido de acuerdo a su declinación fisiológica mediante la exploración de nuevas opciones en los roles familiares y sociales. La limitación física, la aparición de enfermedades cró-

nicas o las propias de la edad, además de otros eventos críticos como el síndrome del nido vacío, la jubilación o la muerte, son situaciones que deben ser oportunamente abordadas por el equipo de salud, ya que por su trascendencia en la familia requieren de una adecuada programación de actividades para la óptima atención integral al paciente en su vejez.

La planeación para el final de la vida familiar resulta tan difícil como planear el principio; por ello, los conflictos encontrados en esta etapa son habitualmente exacerbados por la escasa preparación y capacidad para ajustarse a un nuevo patrón familiar, así como a la dificultad para aceptar la pérdida del cónyuge y hacer frente a la soledad y a la inseguridad en esta última etapa de la vida.^{11,37}

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas, como el continuar viviendo solo, casarse nuevamente, mudarse al hogar de alguno de sus hijos o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas.

*“Cuando te aletíe la vejez aprenderás a vivir, sabrás que los hijos se te van,
que no te agradecen nada; que se comen hasta tu recuerdo”*
J. Rulfo (*El llano en llamas*)

En las últimas décadas, el ciclo vital de la familia ha ido sufriendo ciertas modificaciones que se caracterizan por el alargamiento de la esperanza de vida, la jubilación cada vez más temprana, la disminución de la natalidad y la demora en la incorporación de la población juvenil a la vida adulta.³⁸

En cada uno de los diferentes periodos del desarrollo, la familia necesita adaptarse y reestructurarse constantemente.

Existen familias con etapas mixtas, es decir, con características de dos o más fases, como en las reconstruidas o en las que uno de los hijos continúa viviendo indefinidamente dentro del grupo doméstico; en tanto que en el sistema de familias extensas el ciclo es de expansión y contracción, sin un comienzo ni un final definidos,³⁷ ya que los hijos pasan a la adolescencia mientras más hermanos van naciendo, luego los adolescentes se vuelven adultos y los padres se convierten en abuelos, y así sucesivamente.

La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto de los aspectos físicos como de los psicológicos y sociales. Por ello, el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada una de sus etapas del desarrollo permite al equipo de salud prever fenómenos y actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud del grupo familiar.

COMUNICACIÓN EN FAMILIA

La comunicación está en el fondo de todos los aspectos de la medicina.³⁹

La comunicación forma parte de nuestros actos más importantes; por eso ha sido caracterizada como el aspecto más dinámico de la sociedad humana. Por medio de ella expresamos nuestras ideas y sentimientos, manifestamos opiniones e interpretamos la vida. La comunicación carece de sentido si no se contempla como un intercambio, como el contacto intelectual del hombre con sus semejantes.

La comunicación se efectúa por medio de símbolos, que pueden ser palabras, gestos o acciones. Se refiere tanto a la conducta verbal como a la no verbal dentro de un contexto social dado, y significa compartir; implica además, interacción e intercambio. La interacción, según Watzlawick, es una serie de mensajes intercambiados entre personas. La comunicación incluye todos los símbolos y claves que las personas utilizan para dar y recibir un mensaje; no consiste en la transmisión del significado, pues los significados no son transmisibles ni transferibles. Sólo los mensajes se transmiten, y los significados no están en el mensaje, sino en los usuarios.⁴⁰⁻⁴²

Las señales sólo tienen el significado que el individuo les da por experiencia o convenio; por ello, sólo es posible elaborar mensajes con base en significados conocidos.

Muchos problemas de comunicación se deben a la suposición de que las palabras usadas tienen para unos el mismo significado que tienen para otros.

Proceso es cualquier fenómeno que presenta una continua modificación a través del tiempo. Es el resultado de la dinámica del movimiento que relaciona los elementos entre sí; por lo tanto, no contempla los elementos en forma lineal, sino conformados en una estructura en la que cada uno de ellos influye sobre los demás. La teoría de la comunicación refleja un proceso.

Elementos de la comunicación

Aristóteles consideró tres componentes de la comunicación: orador, discurso y auditorio. Similares a éste son la mayoría de los modelos de comunicación, aunque en cierta forma más complejos. Desde 1947, uno de los más utilizados es el de Claude Shannon y Warren Weaver, que, aunque se refería a comunicación electrónica, resultaba útil para describir la comunicación humana. En su estructura más simple el proceso de la comunicación se establece a través de los siguientes elementos:

- **Fuente o emisor:** persona con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación.

- **Mensaje:** forma en que se expresa el propósito de la fuente. Es lo que se quiere decir. Los mensajes se reciben a través de señales o símbolos a los que atribuimos un significado. Por ejemplo, la luz roja del semáforo es la señal que transmite el mensaje: *alto, prohibido pasar*.
- **Encodificador:** componente encargado de tomar las ideas de la fuente para traducirlas en un código, el cual consiste en un conjunto de señales o símbolos que, al ser estructurados, permiten integrar un significado.
- **Canal:** medio o conducto del mensaje.
- **Receptor:** persona que recibe el mensaje del emisor al otro extremo del canal.

- **Decodificador:** componente que descifra el código en el que el mensaje es enviado a fin de darle una forma que pueda ser interpretada por el receptor.
En la comunicación de persona a persona, el encodificador es el conjunto de facultades motoras de la fuente que permite la emisión del mensaje, en tanto que el decodificador es el conjunto de facultades sensoriales del receptor que permite captarlo.

- **Retroalimentación:** aquello que proporciona a la fuente la información del éxito obtenido en conseguir su objetivo, con lo cual se ejerce un control sobre los futuros mensajes que la fuente encode. Por ser un proceso de interacción entre individuos, la comunicación da lugar a que el receptor modifique su conducta, pero este cambio ocasiona que el emisor también modifique la suya por medio de la retroalimentación. Sólo cuando existe retroalimentación podemos decir que se establece una verdadera comunicación, pues este movimiento constante en que los papeles de emisor y receptor se alternan y permiten el flujo de mensajes es el proceso de comunicación. Si este componente no se da, el proceso queda simplemente en información.
- **Contexto:** conjunto de experiencias y significados por medio del cual los signos adquieren un sentido determinado. Para que exista un mensaje que sea comprendido totalmente por el receptor y pueda lograrse la retroalimentación es necesario que tanto el emisor como el receptor conozcan el contexto en el que está integrado dicho mensaje.
- **Barreras o ruido:** factores que distorsionan la calidad de la señal. Son interferencias que, al mezclarse con las señales emitidas, pueden enmascarar, deteriorar o destruir el mensaje.

El estudio de la comunicación humana respecto a las manifestaciones observables de la relación puede dividirse en las siguientes áreas interdependientes, sugeridas por Morris y Carnap:⁴²

- a. **Sintáctica:** comprende los problemas relativos a la transmisión de información (codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia, etc.).

- b. Semántica:** se centra en el significado de la comunicación (toda información compartida presupone una convención semántica).
- c. Semiótica:** constituye la teoría general de los signos y los lenguajes.
- d. Pragmática:** estudia los efectos de la comunicación sobre la conducta.

Axiomas de la comunicación

En 1967, Watzlawick, Beavin y Jackson⁴² formularon una serie de *propiedades simples de la comunicación*, que encierran consecuencias interpersonales básicas y que han pasado a ser fundamentales para la comprensión de la interacción humana. Son especialmente útiles para entender el proceso de la comunicación familiar, cuyos principios son los siguientes:

- 1. No es posible no comunicarse.** Hay una propiedad de la conducta que es tan básica que por ello suele pasarse por alto: no hay nada que sea lo contrario de conducta. Desde el primer instante en que dos o más personas interactúan, todo es comunicación: sus gestos, palabras, silencios, presencia o ausencia. Todo lleva un mensaje, porque la no-comunicación no existe, ya que toda conducta es comunicación y es imposible no comportarse. En general, se tiene la idea de que permanecer en silencio es no comunicarse, y en realidad aun sin hablar cualquiera puede llegar a comunicar toda una serie de conductas y actitudes, tales como tristeza, alegría, temor, enojo, etc.

*...una austeridad verbal que en vida convirtió a su mujer
en una de las más hábiles descifradoras del silencio...*

A. Mastretta (*Mal de amores*)

Sin embargo, a través del silencio, es posible rechazar la comunicación cuando se desea evitar el compromiso inherente a ella. Otro intento de no comunicar es por medio de descalificar o invalidar la comunicación del otro. Las descalificaciones comprenden una amplia gama de fenómenos comunicacionales tales como autocontradicciones, incongruencias, tangencializaciones, cambios de tema, oraciones incompletas, malentendidos, estilo oscuro o manierismos idiomáticos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales, etc. A este tipo de comunicación recurre todo aquél que se siente obligado a comunicarse, pero que al mismo tiempo desea evitar el compromiso implícito en dicha comunicación. La imposibilidad de no comunicarse es un fenómeno de interés no sólo teórico, ya que, por ejemplo, constituye una parte integral del “dilema” esquizofrénico. Si la conducta esquizofrénica se observa dejando de lado las consideraciones etiológicas, parecería que el esquizofrénico tra-

tara de no comunicarse. Pero, puesto que incluso el sinsentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación, el esquizofrénico enfrenta la tarea imposible de negar que se está comunicando y, al mismo tiempo, de negar que su negación es una comunicación.

Desde la infancia hemos aprendido y practicado las técnicas verbales y no verbales para lograr el objetivo de la comunicación, que es producir una respuesta. Las expresiones no verbales tienden a producirse en relación inversa a las expresiones verbales ineficaces o que no expresan los verdaderos sentimientos, y pueden indicar actitudes o rasgos que contradicen directamente las opiniones expresadas verbalmente. Según Ackerman,²⁰ los miembros de la familia que no expresan sus opiniones tienden a apelar más a formas no verbales de expresión que los que se expresan más plenamente con palabras.

- 2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero y es, por ende, una metacomunicación.** Cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos, y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación, estaremos empleando conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, sino que se refieren a ella. En tal caso, hablamos de metacomunicación. Otros autores⁴¹ la han definido como la aptitud de aclarar las dudas acerca del contenido literal del mensaje enviado y de verificar si el receptor lo recibió en forma correcta, con la intención y el contenido deseado. Toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Ésta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información. Los aspectos de la comunicación son (figura 2-5):

- a. Contenido o referencial:** transmite información objetiva acerca de los hechos, opiniones, sentimientos, experiencias, etc. Transmite los datos de la comunicación.
- b. Relación:** define la naturaleza de la misma entre quienes se comunican. Implica el conjunto de valores secundarios que rodean a las palabras y que definen cómo debe entenderse dicha comunicación.

Si sólo se hace una interpretación puramente denotativa de lo que se oye o se lee, se pierden de vista los matices y una parte importante del significado. Comprender los significados connotativos de un mensaje implica que se manejen los códigos culturales y sociales en los que ese mensaje está inscrito. Por ejemplo, en el nivel denotativo, la madre dice: “Doctor, mi hijo está enfermo”, en tanto que en el connotativo involucra sus intenciones y sentimientos: “¡Estoy muy preocupada! ¡Ayúdeme a comprender!”. En la medida en que este nivel metacomunicativo sea entendido por el médico, la madre se sentirá satisfecha y estará en mejores condiciones para apegarse

Contenido (denotación)	Relación (connotación)
Significado, definición literal de una palabra o concepto	Interpretación, intención, asociaciones y sentimientos que rodean a las palabras
¡Fuera de aquí!	
Vete (lo que se dice)	Ya no me quieres (lo que se siente)

Figura 2-5. Aspectos de contenido y de relación de la comunicación.

a las indicaciones médicas.^{31,42} Las familias disfuncionales se caracterizan por un constante interés acerca de la naturaleza del nivel de relación, en tanto que el aspecto vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Quienes se comunican, durante su intercambio de mensajes siempre introducen lo denominado por Bateson y Jackson como la “puntuación de la secuencia de los hechos”. Es decir, la comunicación no puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios, sino como una cadena de vínculos superpuestos, cada uno de los cuales resulta comparable a una secuencia estímulo–respuesta–refuerzo.

En los experimentos convencionales sobre aprendizaje, la secuencia de ensayos repetidos está puntuada de tal manera que es siempre el experimentador quien proporciona los “estímulos” y los “refuerzos”, mientras que el sujeto proporciona las “respuestas”. En la comunicación, definida también como una secuencia prolongada de intercambios, las personas de hecho puntúan la secuencia de modo que uno de ellos tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc., sobre el otro, estableciéndose entre ellos patrones de intercambio que constituyen reglas de contingencia con respecto al intercambio de refuerzos.

La puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. A menudo resulta difícil creer que dos individuos pue-

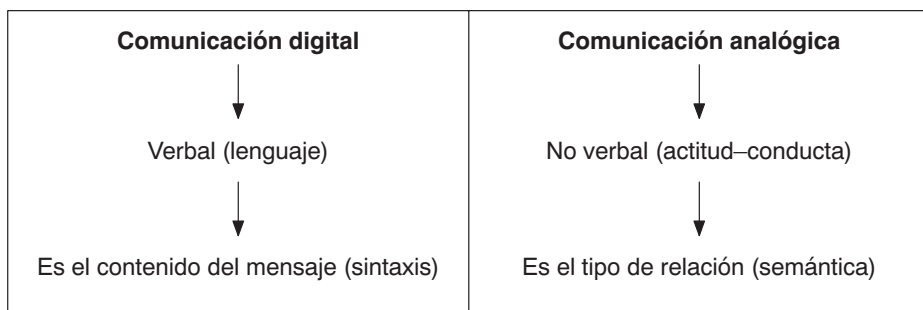


Figura 2-6. Comunicación digital y analógica.

dan tener visiones tan dispares sobre muchos elementos de su vida en común, y, sin embargo, el problema radica fundamentalmente en su incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de puntuar su interacción, la cual resulta ser de una naturaleza oscilatoria del tipo: sí-no-sí-no-sí-no... infinita.

- 4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.** El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, en tanto que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones (figura 2-6).

a. Comunicación digital: se refiere al lenguaje empleado para designar objetos o cosas. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo a la sintaxis lógica del lenguaje. No existe ningún motivo por el cual las cuatro letras g-a-t-o denoten a un animal en particular, es decir, no hay correlación entre ninguna palabra y el objeto que representa, excepto en las palabras onomatopéyicas.

b. Comunicación analógica: se refiere a la comunicación no verbal en la que los símbolos y signos empleados son similares o análogos a los objetos representados. En este término se incluyen posturas, gestos, expresiones faciales, cadencia de las palabras, etc.

El hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicos como los digitales, hecho de gran trascendencia, ya que (si no es que todos) la mayoría de sus logros civilizados resultarían impensables sin el desarrollo de un lenguaje digital. Dado que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro relacional, cabe suponer que ambos modos de comunicación, el digital y el analógico, no existen independientes, sino que se complementan entre sí en cada mensaje. Asimismo, el as-

pecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica.

5. **Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.** En la relación simétrica cada uno de los participantes tiende a igualar su conducta recíprocamente y a reducir al mínimo las diferencias; se comportan como si tuvieran el mismo nivel. Cada uno de ellos tiene derecho a iniciar la acción, criticar al otro, dar consejo, etc. Este tipo de relación tiende a volverse competitiva; por ejemplo, si uno comenta que ha tenido éxito en alguna empresa, el otro a su vez hace lo mismo. Los individuos en esta relación destacan su igualdad y su simetría recíproca. Los casos más obvios de esta relación se dan entre grupos de iguales, en el subsistema fraterno, por ejemplo.

En la relación complementaria las personas que interactúan tienen estatus distintos, y la que parece ocupar una posición superior en el contexto social o cultural inicia la acción y la otra la sigue. Así, los dos individuos se adecúan o complementan entre sí porque, aunque diferentes, se ajustan mutuamente en un equilibrio dinámico. La relación complementaria más común es la existente entre la madre y su hijo pequeño, o la que establecen médico y paciente.

Ninguna relación bipersonal es constante en todas las circunstancias de un mismo tipo. Las relaciones maduras pueden ser denominadas “paralelas”, pues hay en ellas una alternancia de transacciones complementarias y simétricas.⁴³

Con relación a los axiomas de la comunicación descritos, cabe aclarar que fueron postulados con un carácter tentativo, informal y preliminar; además, sus autores los catalogan como heterogéneos entre sí, en tanto tienen su origen en observaciones muy variadas de los fenómenos de la comunicación.

COMUNICACIÓN FAMILIAR

La forma de comunicarse dentro de la familia es un indicador de su grado de funcionalidad, y debe evaluarse de acuerdo a los siguientes niveles (cuadro 2–3):⁴⁴

- El primer nivel describe qué se está comunicando. Si el “qué” está relacionado con los sentimientos, se trata de comunicación **afectiva**. Si lo está con el cumplimiento de tareas habituales cotidianas o con labores mecánicas, se le denomina comunicación **instrumental**.
- El segundo nivel se refiere a que la entrega del mensaje se lleve a cabo en forma **clara** o **enmascarada**, según sea su calidad.
- El tercer nivel se relaciona con el receptor del mensaje. Puede ser **directa**, cuando se enfoca a quien va dirigido, y **desplazada** o **indirecta**, cuando se utiliza algún intermediario.

Cuadro 2–3. Niveles de comunicación familiar

Nivel de comunicación	Ejemplo
Instrumental	“Cómprame zapatos”
Afectiva	“Soy muy feliz”
Clara	“Eres demasiado mentiroso”
Enmascarada	“Todos los hombres son iguales”
Directa	“Juan, te echo mucho de menos”
Desplazada	“Dile a esta persona que se vaya”

En las familias disfuncionales la comunicación afectiva es la primera en verse afectada, y a medida que el conflicto es mayor es más factible que la comunicación se vuelva enmascarada y desplazada. Las familias con una comunicación clara, directa, sin generalizaciones inadecuadas, congruente en cuanto a la compatibilidad del lenguaje verbal y no verbal y dentro de un marco emocional de apoyo, habitualmente son funcionales y cuentan con las condiciones propicias para resolver sus problemas vitales de una manera más sutil, solidaria y afectiva. Las que presentan características contrarias a las señaladas generalmente viven en un ambiente hostil y destructivo.^{31,41}

*El amor es el silencio más fino,
el más tembloroso, el más insoportable.
Jaime Sabines (Los amorosos)*

FUNCIONES DE LA FAMILIA

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.⁴⁵

Según Maslow,⁴⁶ el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades, que son:

- **Fisiológicas:** aire, agua, alimentos, sexualidad.
- **Seguridad:** orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas.
- **Sociales:** amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.
- **Estima:** respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.

- **Realización personal:** satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio, etc.).

Es prioritaria la satisfacción inicial de las necesidades fisiológicas, al menos parcialmente, antes de buscar satisfacer las subsecuentes, ya que de ello depende en gran medida la salud biológica de un individuo. Deben ser cumplidas de manera conjunta y recíproca dentro del contexto del grupo familiar, y complementadas posteriormente con otras instituciones sociales. En gran medida, la homeostasis familiar está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes, lo cual favorece el mantenimiento de una unión estable durante un cierto lapso de tiempo, con el fin de favorecer el desarrollo saludable de los hijos, así como el cumplimiento de las funciones más diversas.

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas. En ningún caso debe contentarse con satisfacer sólo las necesidades biológicas,²⁰ ya que eso no basta para el completo desarrollo del individuo, que tiene necesidad de aportaciones intelectuales y afectivas. De acuerdo con lo anterior, las funciones específicas de la familia son las siguientes:

- Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja. De hecho, esta función de la familia con relación a los hijos está señalada en el Artículo Cuarto de la Constitución Mexicana, que a la letra dice: “Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a su salud física y mental”.

Ejemplos de situaciones que traducen deficiencias en el cumplimiento de la función del cuidado son: esquema de inmunizaciones incompleto, deficientes hábitos alimentarios, detecciones incompletas o no efectuadas (Papanicolaou, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer mamario, etc.), mala higiene personal, violencia intrafamiliar.

- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos. Algunos hechos que indican deficiente cumplimiento de la función del afecto son: mala adaptación conyugal, unión marital entre adolescentes, hijos sobreprotegidos y dependencia emocional de la pareja de sus familias de origen.
- A través de la socialización, es posible:
 - Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que se asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias.

- Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, para favorecer la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.
- Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros de la familia en forma individualizada.

Una familia enfrenta problemas en la socialización cuando hay, por ejemplo: ausencia de uno de los padres, toxicomanías, desempleo o inestabilidad laboral, delincuencia, problemas legales, conflictos con las familias de origen, prostitución, huida del hogar o retraso escolar, entre otros.

- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, con el fin de garantizar la supervivencia de la especie.

Las situaciones que indican problemas en el cumplimiento de esta función son, entre otros: pareja en edad reproductiva sin empleo de método de planificación familiar, embarazo no deseado o no planeado, abortos espontáneos o provocados, disfunción sexual, infertilidad, embarazo en adolescentes, excesivo número de hijos.

- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.

Las disfunciones en esta área pueden ocurrir cuando hay inestabilidad laboral, enfermedades relacionadas con la pobreza, dependencia económica de las familias de origen, separación o divorcio, incapacidad laboral, cambios repentinos en el nivel económico, diferentes expectativas entre padres e hijos, cambios frecuentes de domicilio o de ciudad, etc.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.^{20,47}

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo.

DINÁMICA FAMILIAR

*Todas las familias felices se parecen entre sí;
cada familia infeliz lo es en su propia manera.*

L. Tolstoi⁴⁸

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Satir utiliza los términos de familia nutridora o conflictiva, a fin de hacer una referencia más descriptiva de los mismos aspectos.

Dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia.

La **dinámica familiar** es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar,^{49,50} dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.⁵¹ Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante, no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto a otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde, además, el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.⁵²

*...pero nunca imaginé que el estar feliz incluyera
¿sabes? tanta tristeza.*

M. Benedetti (*Andamios*)

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar; por ello, explorar cómo son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella; este equilibrio,

denominado por Jackson como **homeostasis familiar**, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. De esta forma surge el denominado **paciente identificado**, a quien se le designa así en vez de llamarlo por el rol idiosincrásico que los demás le han dado: el enfermo, el malo, el culpable, etc. La familia determina que es éste el miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar, y cumplen con la función de mantener la homeostasis del grupo, es decir, el equilibrio en las relaciones familiares. Es por ello que el síntoma es reforzado por la familia misma.^{40,53}

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos; por eso la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros,⁴¹ y el mantenimiento de este equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla sus funciones eficazmente.

...probablemente sea una realidad universal el que la vida de la familia esté marcada por crisis y conflictos, adaptación e inadaptación.

I. McWhinney

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.⁵¹

Desde el punto de vista de la teoría general de sistemas, el estudio de la familia permite considerar a la familia como un sistema relacional que tiende a la homeostasis, no como la suma de una serie de comportamientos individuales separados, sino como algo que, aun incluyendo a los elementos que la componen, de alguna manera los supera y articula en un conjunto funcional. El todo es más que la suma de sus partes. La totalidad es definida como lo opuesto de la sumatividad, y es una característica de los sistemas abiertos: “el conjunto de las partes constituye algo más y distinto de la suma de éstas”. En el caso de la familia, ésta es mucho más que la suma de sus componentes, de tal forma que los elementos que la integran, al interrelacionarse, producen una organización biopsicosocial en constante cambio y crecimiento.⁵⁴

Sinergia es la acción mutua y recíproca de energías. Es un proceso dinámico que se produce cuando la acción combinada de dos o más elementos proporciona mayor y mejor efecto o resultado que la acción por separado de cada uno de ellos, de manera que el total es algo más que la suma de sus elementos, los cuales, por su parte, conservan su propia individualidad. En un verdadero proceso sinérgico-

co se crea algo nuevo sin que los elementos originales combinados pierdan su identidad. Una sociedad con sinergia elevada es aquélla en la cual toda acción o destreza que aventaja un individuo aventaja al mismo tiempo a la colectividad. De esto se desprende que las características de una familia son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros, ya que las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contrarreacciones en los demás y en ellos mismos.

DISFUNCIÓN FAMILIAR

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:⁵⁵

- **Comunicación:** en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.
- **Individualidad:** la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- **Toma de decisiones:** la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más ver quién va a “salirse con la suya” y, consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- **Reacción a los eventos críticos:** una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Por ejemplo, el conflicto estimado, no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos, se puede presentar al médico familiar como depresión en un adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o los niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes.

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de familias disfuncionales suelen:

- Utilizar muy frecuentemente los servicios de salud.
- Denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas.

- En el caso de pacientes adultos, hacerse acompañar innecesariamente por un familiar.
- Dificilmente encontrarle sentido a su problema actual.
- Consultar por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales o de relación, o por manifestaciones somatoformes o trastornos por ansiedad.

En una elevada proporción, estas situaciones no son detectadas ni tratadas médicamente en forma adecuada,⁵¹ quizás por la formación biomédica tradicional que soslaya los aspectos psicosociales del proceso salud–enfermedad y constituyen indicios que deben alertar al médico sobre la conveniencia de trabajar en el contexto personal e interpersonal, más que en el contexto clinicopatológico.

EVENTOS CRÍTICOS FAMILIARES

El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.⁵⁶

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida.

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

*Una crisis familiar es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia.*⁵⁶

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.^{35,57} Los eventos críticos pueden asociarse a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos. Son de dos tipos:

- **Crisis normativas** (evolutivas o intrasistémicas).
- **Crisis paranormativas** (no normativas o intersistémicas).

Las crisis **normativas** o evolutivas (cuadro 2–4) están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia, y son definidas como situaciones planeadas, espera-

Cuadro 2-4. Crisis normativas

1. Etapa constitutiva: matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen; cónyuges adolescentes; problemas de adaptación sexual; diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja
2. Etapa procreativa: embarazo, diferentes expectativas sobre el embarazo, nacimiento del primer hijo, dificultad para asumir el rol parental, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescencia, ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos, etc.
3. Etapa de dispersión: separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos, etc.
4. Etapa familiar final: padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez, etc.

das o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Se refieren a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia, por lo cual se les llama también *intrasistémicas*. Se acompañan por complejas transformaciones en los roles familiares que implican fuentes de ambigüedad con respecto a las reglas que gobiernan la conducta de los miembros de la familia y a las expectativas en torno de ellas.³⁵ Se sabe que los periodos de transición en las familias pueden ser fuente de estrés intenso y dar lugar a la aparición de manifestaciones somáticas.²⁵

Las crisis evolutivas, que marcan la transición de una etapa a otra, son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, compromisos intrafamiliares o extrafamiliares según el momento, lo que va dando forma a la identidad de cada uno y del grupo.²⁵

Las crisis **paranormativas** (cuadro 2-5) son experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior (*intersistémicos*), que, aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia. Las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, como divorcio, alcoholismo y actividades criminales, entre muchas otras, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico. Estas crisis usualmente se asocian con grandes periodos de disfunción durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación y para la identificación de los recursos necesarios para resolverlas.^{16,35,56} Tanto los eventos críticos normativos como los paranormativos pueden ser de dos tipos:

- **Instrumentales:** surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria.
- **Afectivos:** son aquéllos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar.

Cuadro 2–5. Crisis paranormativas

-
1. Familiares: abandono o huida del hogar. Relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, separación y/o divorcio. Rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, incorporación de otras personas a la familia por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia extensa. Expulsión de la escuela
 2. Enfermedades o accidentes: abortos, esterilidad o infertilidad, complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Infecciones de transmisión sexual, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales, amputaciones, enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, toxicomanías, suicidio
 3. Económicas: cambios bruscos en el nivel socioeconómico, problemas económicos graves, deudas, hipotecas, etc.
 4. Laborales: cambios de puesto u horario de trabajo, huelgas, pérdida del empleo, desempleo prolongado
 5. Legales: conductas delictivas, juicios, actividades criminales, pérdida de la libertad
 6. Ambientales: emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos, inundaciones) o provocados (terrorismo, guerras)
-

*La vida de los hombres tiene dos únicos sentidos: el amor y el trabajo,
y le dedicamos mucho más tiempo al trabajo que al amor.*

E. Poniatowska

Estas características, instrumentales o afectivas, no se muestran aisladas, sino que con frecuencia interactúan y se potencian entre sí. Habitualmente se niegan, no se desean reconocer o se proyectan evadiendo responsabilidades; o bien se malinterpretan, adaptan o adecúan a otras condiciones de la vida familiar, razón por la cual los problemas y conflictos tienden a perdurar y a exacerbarse frecuentemente.

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros.⁵⁴ Las crisis en ocasiones pueden suceder simultáneamente en varios miembros, así como presentarse varios eventos críticos a la vez, como cuando en una familia en etapa procreativa la madre cursa su tercer embarazo al tiempo que el primer hijo recién ha ingresado a la escuela, el segundo presenta enuresis y el esposo ha cambiado de empleo. Cada una de las etapas del ciclo vital familiar conlleva crisis, por lo que la familia requiere de tantos periodos de adaptación e integración como eventos críticos se presentan, los cuales tienen lugar, generalmente, en espacio y tiempos breves.

Ante la presencia de estos eventos críticos, al estudiar a una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda (cuadro 2–6), así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el

Cuadro 2–6. Identificación de eventos críticos

-
- ¿Qué problemas o conflictos identifica la familia y quién lo hace?
 - ¿A quién se lo comunican?
 - ¿Qué alternativas de solución surgen?
 - a. ¿Son adecuadas?
 - b. ¿Quién toma las decisiones?
 - c. ¿Cómo se ejecutan?
 - d. ¿Quién lo hace?
 - ¿Qué resultados obtienen?
 - ¿Con qué recursos cuenta la familia para enfrentar los problemas?
 - ¿Qué flexibilidad tiene la familia para recibir influencias del medio externo?
-

resto de la familia. La forma como se evalúa la funcionalidad familiar se revisa posteriormente.

Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de estos factores tensionantes.³⁵

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas,¹ lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.⁵⁸

ESTRUCTURA FAMILIAR

Al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera como interactúan los miembros de una familia se le denomina **estructura familiar**.³⁵ Esa trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia constituye las pautas transaccionales a través de las cuales una familia funciona. Por ejemplo, si una madre dice a su hijo que beba su jugo y éste lo hace, esta interacción define quién es ella en relación con él y viceversa, en un contexto y momento dados.¹

La estructura familiar es la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a los siguientes parámetros:

- **Jerarquía:** la familia, como cualquier otro sistema, debe tener jerarquías, es decir, diferentes niveles de autoridad que sean parte de las reglas que gobiernan la organización familiar. Para que esta estructura de poder sea funcional, requiere de cierta flexibilidad que permita efectuar cambios ante eventos críticos en cada contexto de la vida familiar, de manera que padres e hijos tengan bien definidos sus distintos niveles de jerarquía y exista una complementariedad de funciones entre la pareja.

En esencia, la autoridad no consiste en mandar, y debería servir para ayudar a crecer a los miembros más jóvenes de las familias. En demasiadas ocasiones los padres no educan para ayudar a crecer a sus hijos, sino para satisfacerse modelándolos a la imagen y semejanza de lo que ellos quisieran haber sido.³⁴ Algunos terapeutas de familia (referido por Velasco y Sinibaldi) consideran que una jerarquía clara e inequívoca constituye un requisito indispensable para el adecuado funcionamiento familiar; señalan, además, que no deberían existir diferencias jerárquicas entre individuos de la misma generación (subsistemas horizontales) y que la parentalización (inversión de roles entre padres e hijos), así como cualquier otro patrón jerárquico confuso, invertido o poco claro, debe ser considerado disfuncional o inadecuado.⁵⁹

- **Límites:** son las reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales mediante las cuales es posible establecer una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento de la familia.
- Los límites intergeneracionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen las funciones particulares de padres e hijos, diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos en la convivencia familiar. Cuando los límites son firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía. Sin embargo, es deseable que conserven cierta permeabilidad que permita acercamientos y expresiones de afecto.
- Los límites individuales se refieren al espacio que deben guardar los miembros de una familia entre sí. Varían desde el *amalgamiento* hasta la *desvinculación*. En el primero, el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia hacia la familia, lo cual implica una desmedida cesión de su autonomía personal. Las familias amalgamadas tienen límites muy impermeables hacia el exterior y demasiada permeabilidad en los límites entre sus subsistemas, que se vuelven difusos y dan lugar a que la diferenciación individual entre ellos sea escasa. Esta relación no traduce necesariamente una gran unión o solidaridad familiar, sino la inseguridad personal que se maneja cediendo libertad para recibir protección.

En cambio, en las familias desvinculadas, existe una excesiva permeabilidad hacia el medio externo, mientras que los límites entre sus subsistemas son muy impermeables. La autonomía personal es muy respetada, pero se pierde el sentido de unidad y pertenencia, con lo cual el individuo se ve aislado al estar impedida la comunicación abierta y clara con los otros miembros de la familia. En ambos tipos de familias la organización de los roles es inestable y la disciplina ineficaz.

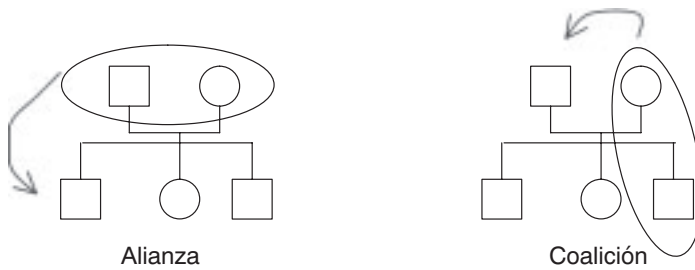
Las familias funcionales actúan entre estos extremos, de tal forma que se mantienen unidas, estimulando el crecimiento individual de sus miembros y respetando su autonomía.

- Los límites externos son el grado de interrelación existente entre la familia como un todo y otros sistemas, como sus familias de origen, sus centros de trabajo y las instituciones con las que tiene contacto (sociales, culturales, recreativas, educativas y de salud), entre otros. Los límites externos difusos o muy permeables pueden impedir el desarrollo de sentimientos de pertenencia e identidad familiar, en tanto que los rígidos o impermeables con el exterior pueden restringir las potencialidades y limitar la autonomía e independencia de sus miembros.
- **Centralidad o territorio:** se refiere al espacio que cada cual ocupa en un determinado contexto. Por ejemplo, un padre puede tener poco territorio o centralidad debido a su posición periférica dentro del grupo doméstico, sobre todo cuando se limita a su rol instrumental de proveedor e interacciona escasamente con el resto del grupo. En muchas familias, los hombres, por el solo hecho de serlo, tienen mayor centralidad, en tanto que las mujeres se ven marginadas y con menor territorio, lo cual es una de las canonjías del machismo o, como lo llama Maccoby,⁶⁰ de la masculinidad compulsiva.
- **Geografía o mapa:** es el esquema que representa gráfica y sencillamente la organización de una familia y proporciona datos para entender la dinámica del grupo familiar.
- **Alianzas (alineamiento):** alude a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de una familia, designa una afinidad positiva entre ellos y resulta potencialmente neutra. Son funcionales cuando incluyen a miembros de la misma generación o subsistema o se dan entre personas del mismo sexo; sin embargo, Wynne (referido por Velasco y Sinibaldi) postula que tales alianzas tienden de manera automática a aislarlas.⁵⁹ Cuando se vuelven rígidas y persistentes (sobreinvolucramiento) o cuando se dan entre miembros de diferente generación con intención de oponerse o excluir a otra parte del sistema o a otro miembro de la familia, dan lugar a alianzas disfuncionales llamadas *coaliciones* (figura 2-7).

Una de las principales funciones de la familia consiste en brindar apoyo a sus integrantes. Cuando uno de éstos se encuentra afectado por una situación estresante, los otros miembros sienten la necesidad de ajustarse a sus nuevas circunstancias.

Esta acomodación puede limitarse a un subsistema o difundirse en el seno de toda la familia. La desviación de conflictos conyugales involucrando a uno de los hijos generalmente reduce el peligro del subsistema conyugal, pero afecta al hijo, cuya utilización rígida en estos conflictos asume diversas formas:

- Triangulación:** es el involucramiento de un tercero en la interacción de la pareja, en cuyo caso la pareja en conflicto presiona abiertamente al hijo para

**Figura 2–7.** Alianzas.

que se una a él en contra del otro, y cada vez que el niño lo hace, automáticamente se le define como si traicionara a aquél a quien no se unió, y cada movimiento que hace en esta estructura disfuncional es tomado como un ataque. La triangulación, al igual que otros patrones transaccionales, puede ocurrir en familias funcionales, que, a diferencia de las francamente disfuncionales, tienden a cambiar a otras formas de confrontación o negociación de conflictos que les permitan el aprendizaje, el crecimiento y la solución de los problemas.

- b. Desviación:** la pareja está ostensiblemente unida; sin embargo, cuando aparece el conflicto, éste es desviado para proteger o culpar al hijo de la situación. La negociación del conflicto conyugal a través del hijo sirve para mantener a la pareja en una armonía ilusoria. La desviación del conflicto puede ser de dos maneras:
 - **De ataque:** los padres consideran al hijo como la fuente de los problemas familiares y le asignan roles idiosincrásicos disfuncionales, como “el malo” o “el problema”, y, a pesar de que el conflicto persiste, la pareja se une en contra del hijo.
 - **De protección:** los padres definen al hijo como enfermo o débil y eluden sus problemas para unirse y “protegerlo”.
- c. Coalición estable:** uno de los padres (generalmente la madre) se une con el hijo en una coalición transgeneracional rígida y permanente en contra del otro progenitor, quien puede continuar luchando por ganarse el apoyo del hijo aunque no lo consiga, o bien darse por vencido y no buscar más acercarse a él. El rol del padre excluido varía de acuerdo al grado en que la pareja trate de romper la coalición.

Cada una de estas situaciones disfuncionales del grupo familiar influye de diversas formas en la psicopatología infantil, ya sea que generen, exacerben o perpetúen trastornos de conducta en los niños, como poco aprovechamiento escolar, angustia, destructividad o conducta sociopática, entre otros que dificulten su tra-

tamiento. En general, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse de acuerdo a las circunstancias, de modo que permita a todos los miembros, como grupo, enfrentar nuevas situaciones sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus integrantes.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura.

La familia como fenómeno histórico es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global.⁴

Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida.¹¹ En nuestro medio, el sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí; en ellas, cada persona es miembro de dos familias:

- **Familia de origen**, en la que nace y obtiene el estatus de hijo y de la cual se aleja para dar lugar a la
- **Familia de procreación**, que se conforma a través del matrimonio o de la simple unión con su pareja.

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre; pueden ser tradicionales o modernas, según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. Existen familias urbanas y rurales en base al enfoque demográfico y, desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales o disfuncionales. Según los límites en su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; y por las características ocupacionales del jefe de familia pueden agruparse en familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, etc. En el campo de las ciencias de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Para ello, se hace necesario conocer sus características demográficas, es decir, su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de otras personas sin

parentesco, además de las características familiares que resultan de las complicaciones en su desarrollo. Luis Leñero⁶¹ señala la significativa diversidad de tipos familiares mediante una clasificación basada en tres factores macroestructurales:

- a. Cultura y subcultura de las comunidades a que pertenecen:
 1. Indígena.
 2. Rural tradicional.
 3. Urbana.
- b. Estratificación socioeconómica y de clase según los niveles de subsistencia y actividad económica:
 1. Marginado y subproletario.
 2. Popular proletario.
 3. Medio.
 4. Elitista de dominio.
- c. Ubicación geosocial de acuerdo a:
 1. La región en que habiten.
 2. Las redes de relación ecológica que mantengan.
 3. Su grado de sedentarismo o migración.

Según su conformación, se definen los siguientes tipos de familia:

- Familia nuclear (*conyugal, biparental, elemental o biológica*): es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.
- Familia seminuclear (*monoparental o uniparental*): familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial,¹² es decir, de distintos padres) o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja. El médico familiar debe poner especial atención a las familias seminucleares que son consecuencia de alguno de los eventos críticos accidentales mencionados, ya que en muchas de ellas se afecta su evolución en los aspectos afectivos, educativos y económicos. La ausencia del padre o de la madre implica que la pareja restante o uno de los hijos asuman o se les asignen nuevos y distintos roles que ocasionan una presión extra, misma que en las familias biparentales no se encuentra. Esta situación facilita evidentemente la aparición de patología, tanto biológica como psicosocial, y puede exacerbar la ya existente, con el consecuente incremento de la utilización de los servicios de salud. Aunque las familias nucleares tienden a ser más funcionales que las seminucleares,⁶² Maccoby sostiene que aun en las familias que no tienen padre las mujeres sumamente productivas logran criar hijos productivos.⁶⁰

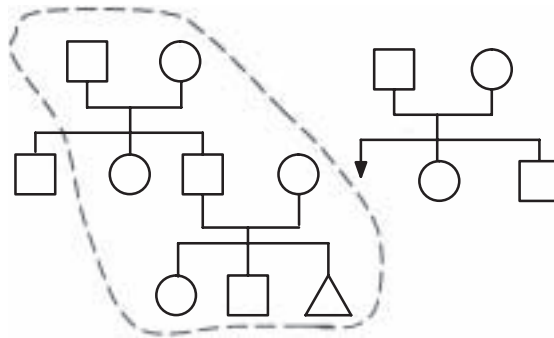


Figura 2-8. Familia extensa.

- Familia consanguínea (*asociada, multigeneracional*): es aquélla en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. En este tipo de familias es importante clarificar los límites y las funciones familiares, así como fortalecer la organización jerárquica. Se subdivide en:
 - **Familia extensa:** es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal.
 - **Familia semiextensa:** consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.

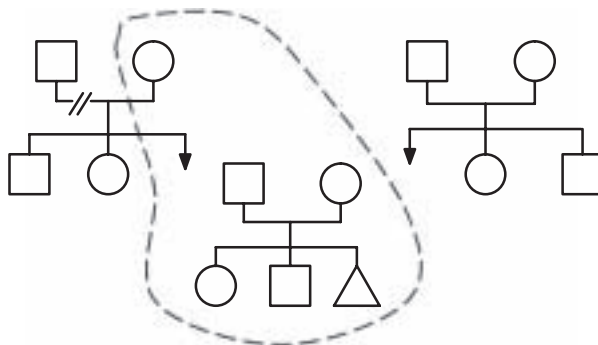


Figura 2-9. Familia semiextensa.

Ante los eventos críticos de cualquier índole, el recurso más importante para enfrentarlos es la propia familia. Esta función de apoyo es mejor ejercida en las familias extensas; sin embargo, en la cultura moderna la familia tradicional extensa tiende a transformarse en familia nuclear mediante el proceso que lleva a la sociedad a la industrialización y a la urbanización. Dicha transformación se manifiesta, sobre todo, en el tamaño y composición del grupo familiar, así como en sus relaciones internas y sus funciones económicas y sociales, entre otras.

La presencia en el hogar de un pariente puede modificar su estatus positiva o negativamente,⁶³ de manera que la presencia del padre o la madre de uno de los cónyuges puede convertirse en una excelente ayuda en la socialización o cuidado de los hijos, pero en otras ocasiones su presencia motivará frecuentes conflictos entre la pareja, que pueden dar lugar a la aparición de diversos síntomas en algunos de sus miembros. La estructura y las funciones de la familia son influenciadas por diversas situaciones, entre las que destacan los movimientos migratorios, los aspectos socioeconómicos de la comunidad, la carencia de recursos y la escasez de viviendas, hechos que quizá justificarían las características de las familias extensas y compuestas. Estas situaciones afectan la salud de los integrantes de la familia, lo que a su vez influye sobre la estructura, funciones y homeostasis del grupo. Es por ello que la comprensión y el estudio de estos parámetros estructurales permiten al equipo de salud llevar a cabo acciones oportunas y eficaces que redunden en beneficio de la funcionalidad familiar.

- Familia compuesta (*ampliada*): puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.).
- Familia múltiple: son dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo. Pueden ser extensas o compuestas, según haya o no parentesco.
- Familia extensa modificada:^{3,37,64,65} se refiere al sistema de *redes familiares* y sus pautas de ayuda mutua. Este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio principal de afiliación al sistema o red. La estructura de esta unidad se basa tanto en los lazos de afecto como en la selección, ya que la misma cultura puede incluir ciertos mecanismos para incorporar a individuos no familiares a dicha red familiar por medio de parentescos ficticios, tales como el compadrazgo. De esta manera, la consanguinidad tiende a ser más un mero reconocimiento social que una relación estrecha, y este parentesco, al estar basado en la elección, se torna en amistad.

El *apoyo social* es un proceso interactivo en el que las necesidades sociales básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, así como las instrumentales o económicas del individuo, son satisfechas dentro

de la red social en que se encuentra inmerso. En dichas redes sociales las personas mantienen su identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquieren nuevos contactos sociales. Algunas características de estas redes sociales son:

- Número de personas que las integran.
- Frecuencia de contactos.
- Grado en que los miembros de la propia red pertenecen simultáneamente a otras redes.
- Composición y homogeneidad.
- Grado de intimidad y confidencialidad de los contactos en el seno de la red.
- Calidad del apoyo facilitado.

Las actividades de la familia extensa modificada y redes sociales de parentesco son básicamente:

- Cuantitativas o estructurales, que hacen referencia al número de personas y contactos sociales a los que puede recurrir el individuo. Implican la ayuda mutua económica y financiera, así como el intercambio de bienes y servicios regular u ocasionalmente, sobre todo durante situaciones críticas; el auxilio en tareas domésticas, compras, cuidado de los niños, etc.; actividades sociales a través de visitas, recreaciones y en ceremonias.
- Cualitativas o funcionales. Se refieren a aspectos de apoyo que causan en el individuo sentimientos de bienestar afectivo y que le aportan cariño, reconocimiento, consejo o guía. Este apoyo tiene un significado subjetivo y existe únicamente cuando induce determinados sentimientos en el individuo que lo recibe.

La importancia de estos conceptos radica en que el equipo de salud, en su práctica médica integral, es centro de apoyo al que recurre la población que carece de redes sociales adecuadas o funcionales en su vida cotidiana. El restablecimiento o la aceptación de la enfermedad, el cumplimiento de los planes terapéuticos y la óptima utilización de los servicios de salud están mediatizados en gran medida por la existencia de una red social satisfactoria que, aportando el soporte social necesario, mejora las expectativas de salud y facilita la adherencia terapéutica.⁵⁹ En una familia funcional existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.

- **Equivalentes familiares** (*sistemas familiares alternos*): bajo este término se conoce al grupo de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar propiamente, como lo hacen las parejas estables de homosexuales, grupos de amigos que viven juntos, etc.⁶⁵ Pueden considerarse funcionales si no producen patología individual o grupal y si conservan los parámetros mencionados respecto a la dinámica familiar funcional.

- **Grupo doméstico:** en nuestro medio, la familia nuclear como unidad de procreación sigue siendo la forma tradicional más frecuente, incluso considerada como prototipo. Sin embargo, en la actualidad existe una gran variedad de organizaciones familiares totalmente distintas a la norma de la familia nuclear, por lo que el concepto de grupo doméstico alcanza relevancia ante lo restrictivo de la idea de familia en relación al proceso salud-enfermedad y de las funciones médicas operativas.

Un huésped o la empleada doméstica deben ser considerados dentro del hogar como miembros importantes, ya que obligan a la familia a asumir responsabilidades extras, modifican funciones y roles y crean tensiones grupales que pueden favorecer un ambiente propicio para la enfermedad.

El grupo doméstico es aquél cuyos miembros comparten los siguientes criterios:

- **Criterio de locación:** comparten la unidad residencial.
- **Criterio funcional:** establecen una relación dinámica.
- **Criterio de parentesco:** existen relaciones de consanguinidad, afinidad o lazos de dependencia y obligaciones recíprocas.

Aquellos miembros con relación de parentesco que ya no vivan en la misma casa, tales como hijos o hermanos que se hayan ido, aunque vivan cerca o compartan actividades conjuntas, como la comida o el trabajo, al no cumplir con el criterio de locación no son considerados como parte del grupo doméstico, aunque siguen siendo miembros de la misma familia. Asimismo, se considera a los visitantes, invitados y sirvientes que sean residentes semi-permanentes como miembros de dicho grupo, ya que dependen de la autoridad del jefe del hogar y de la organización económica del mismo.

Según Fortes, el grupo doméstico u hogar es una unidad que puede incluir generaciones sucesivas, tanto verticales (abuelos, padres, hijos) como laterales (hermanos, primos, cuñados), unidas por matrimonio, filiación o consanguinidad, y que está organizada para proveer los recursos necesarios para mantener y criar a sus miembros. En base a esto, los grupos domésticos pueden estar conformados por familias tanto nucleares como extensas, compuestas o múltiples. De esta forma, la definición funcional de grupo doméstico como unidad de atención médica incluye en el núcleo familiar a todas las personas que conviven e interactúan en una misma unidad residencial, entre las cuales hay lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y que por lo general, aunque no siempre, están ligadas por lazos de parentesco.^{4,10}

Aunque es obvio que nadie carece de familia, ya que todos somos padres o hijos de alguien y ese vínculo nos hace tener o haber tenido una familia de origen, se ha denominado **sin familia**⁶³ a aquellas personas separadas y viudos sin hijos, solteros separados de su núcleo familiar y a los jóvenes que por necesidades de



Figura 2–10. Complicaciones del desarrollo familiar.

estudio o trabajo viven carentes de grupo doméstico, sin que este hecho implique necesariamente un rechazo a la vida familiar.

Según las complicaciones del desarrollo familiar, se puede tipificar a la familia según las siguientes categorías (figura 2–10):

- **Familia interrumpida:** ocurre por la separación o divorcio de los padres.
- **Familia contraída:** se da por la muerte de uno de sus miembros. Cuando es uno de los cónyuges quien ha fallecido, el tipo de familia resultante, al igual que el anterior, es una familia seminuclear o monoparental, en el caso de que su composición (padre o madre e hijos) así lo indique.
- **Familia reconstruida** (*familia reestructurada, reconstituida o binuclear*): Está conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos han tenido una unión previa, con o sin hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos. Por ejemplo, un hombre viudo que se casa con una mujer divorciada con hijos tiene que llevar a cabo un proceso de integración en su nueva familia.

Los problemas en las familias con alguna complicación en su desarrollo surgen por diversos motivos, sobre todo cuando no se logran acuerdos acerca de aspectos instrumentales o predominan sentimientos negativos ante la separación o el divorcio, situaciones que tienen graves implicaciones tanto en lo emocional como en lo económico y que afectan no sólo a la pareja sino también, y de manera muy importante, a los hijos. Las dificultades se presentan, asimismo, cuando, ante la pérdida de uno de sus integrantes, la familia no logra adaptarse, más aún si previamente había una dinámica familiar disfuncional. El problema para establecer límites, nueva división de roles y reglas en las familias reconstruidas favorece el desarrollo de síntomas entre sus miembros, sobre todo en los sistemas familiares rígidos y resistentes al cambio.

La **clasificación triaxial de la familia**⁶⁶ (cuadro 2–7) es un sistema que estudia la compleja naturaleza de las disfunciones familiares, agrupándola en tres dimensiones. La importancia de este sistema de clasificación radica en la visión

Cuadro 2-7. Clasificación triaxial de la familia

-
- Eje I. Aspectos del desarrollo familiar
 - a. Disfunciones del desarrollo
 - b. Complicaciones y variaciones del desarrollo
 - Eje II. Disfunción en los subsistemas familiares
 - a. Conyugal
 - b. Paterno-filial
 - c. Fraterno
 - Eje III. Disfunciones de la familia como sistema
 - a. Estructurales y funcionales
 - b. Sociales
-

multidimensional que se obtiene de la disfuncionalidad familiar, como se verá posteriormente.

Clasificar o tipificar a la familia sirve únicamente como punto de referencia, por lo que en la práctica se debe comprender la especificidad de cada familia en particular.

REFERENCIAS

1. **Minuchin S:** *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa, 1979.
2. **Linton R:** La historia natural de la familia. En: Fromm E, Horkheimer M, Parsons T: *La familia*. 5ª ed. Barcelona, Península, 1978:5-29.
3. **König R:** *La familia en nuestro tiempo*. Madrid, Siglo XXI, 1981.
4. **Michel A:** *Sociología de la familia y del matrimonio*. Barcelona, Península, 1974.
5. **Caparrós N:** *Crisis en la familia*. Madrid, Kargieman, 1981.
6. **Leñero L:** La familia. México, EDICOL-ANUIES, 1976.
7. **López RF:** Evolución de la agregación social. En: López RF: *Introducción a la sociología*. 33ª ed. México, Porrúa, 1983:63-77.
8. **Engels F:** *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Madrid, SARPE, 1983.
9. *Historia de la familia*. España, Everest, 1973.
10. **Lienhardt G:** *Antropología social*. México, Fondo de Cultura Económica, 1966.
11. **Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI:** Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Sanit Panam* 1985;98:144-155.
12. **Medalie JH:** Cambios en los patrones sociales y su interrelación con la familia y la salud. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:43-50.
13. MD Publications: *La familia humana*. MD 1989;4:70-85.
14. *Diccionario de la Lengua Española*. 19ª ed. Madrid, Espasa-Calpe, 1970.
15. **Elkin F:** *The family in Canada*. Ottawa, The Vanier Institute of the Family, 1964.
16. **Wamboldt FS:** Social and family behavior. In: Wiener JM: *Behavioral science*. Pennsylvania, John Wiley, 1987:171-182.
17. **Meissner WW:** Aspectos psiquiátricos del estudio de la familia. En: Ackerman NW, Auerswald EH, Elderkin B *et al.*: *Grupoterapia de la familia*. Buenos Aires, Paidós, 1976:157-198.
18. **Goode WJ:** La familia como elemento en la estructura social. En: Goode WJ: *La familia*. México, UTEHA, 1982:12-18.

19. **Gómez-Clavelina FJ et al.:** Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-47.
20. **Ackerman NW:** *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires, Hormé, 1982.
21. **Epstein NB, McAuley RG:** Estudio de los problemas emocionales dentro del sistema familiar. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:275-281.
22. **Jackson DD:** El estudio de la familia. En: Ackerman NW, Auerswald EH, Elderkin B et al.: *Grupoterapia de la familia*. Buenos Aires, Paidós, 1976:157-198.
23. **Epstein NB, Bishop DS:** Problem centered systems therapy of the family. In: Gurman AS, Kniskern DP (eds.): *Handbook of family therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1981.
24. **Hoffman L:** *Fundamentos de la terapia familiar*. México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
25. **Vargas P:** El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, Sem FYC y CIMF, 1997:36-48.
26. **Estrada IL:** *El ciclo vital de la familia*. México, Posadas, 1982.
27. **Bader E, Mainets T:** Strategies for working with families. *Can Fam Phys* 1991;37:377-380.
28. **McWhinney IR:** *Medicina de familia*. Barcelona, Mosby/Doyma Libros, 1995.
29. **Huerta-González JL:** *Guía para la elaboración del Estudio de Salud Familiar*. México, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", 2000.
30. **Monroy VA:** La educación de la sexualidad dentro del ciclo de vida de la familia. En: Manatou JM, Giner VJ (eds.): *Planificación familiar y demografía médica. Un enfoque multidisciplinario*. México, 1985:327-332.
31. **Medalie JH:** Etapa pre y postmatrimonial temprana. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:147-162.
32. **Sánchez AJ:** Etapas de la familia. En: *Familia y sociedad*. México, Joaquín Mortiz, 1976: 25-52.
33. **Paz O:** *El laberinto de la soledad. Postdata. Vuelta a El laberinto de la soledad*. 3ª ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1999.
34. **Savater F:** *El valor de educar*. Barcelona, Ariel, 1997.
35. **Kornblit A:** *Somática familiar*. Barcelona, Gedisa, 1984.
36. **Mejía MJ, Ortiz HD:** La familia. En: Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujizzo Z, D'hyver C: *Geriatría*. México, McGraw-Hill, 1999:8-13.
37. **Infante-Castañeda C:** Bases para el estudio de la interacción redes sociales-usos de servicios de salud. *Salud Pública Méx* 1988;30:175-196.
38. **Urdániz AP et al.:** Aspectos arquetípicos del envejecimiento: del Eros al Tánatos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27(2):127-132.
39. **Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G:** Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;37:377-388.
40. **Berlo KD:** *El proceso de la comunicación*. 3ª ed. México, El Ateneo, 1985:29.
41. **Satir V:** *Psicoterapia familiar conjunta*. 2ª ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1986.
42. **Watzlawick P, Helmick B, Jackson DD:** *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1971.
43. **Jackson DD:** Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. En: Sluzki EC: *Interacción familiar*. 2ª ed. Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1974: 164-195.
44. **Epstein NB, Sigal JJ, Rakoff V:** *Family categories schema*. The family research group of the Department of Psychiatry, Jewish General Hospital, Montreal, in collaboration with McGill University Human Development Group Study.

45. **Hevia RP:** Participación de la comunidad en la atención primaria a la salud. *Salud Públ Méx* 1985;27:402–409.
46. **Maslow AH:** *Motivation and personality*. New York, Harper & Row, 1954.
47. **Macías AR:** *El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica*. En: 1er Simposium sobre la Dinámica y Psicoterapia de la Familia. México, Instituto de la Familia, A. C., 1981: 12–28.
48. **Tolstoi L:** *Ana Karenina*. Barcelona, Orbis–Fabbri, 1992.
49. **Jackson DD:** The study of the family. *Fam Pract* 1965:4–9.
50. **Frugé E, Crouch M, Bray J:** Dinámica y salud familiares. En: Rakel RE: *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. España, McGraw–Hill–Interamericana, 2000: 33–51.
51. **Revilla AL:** La disfunción familiar. *Atención Primaria* 1992;10:582–583.
52. **Chagoya BL:** Dinámica familiar y patología. En: *La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano*. 2ª ed. México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1980:53–66.
53. **Rakel RE:** *Textbook of family practice*. 4ª ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1990.
54. **Andolfi M:** *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Buenos Aires, Paidós, 1985.
55. **Satir V:** *Peoplemaking*. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1972.
56. **Smilkstein G:** The family in crisis. En: Rosen GM: *Behavioral science in family practice*. Appleton–Century Crofts, 1980.
57. **Ingamells D:** Crisis intervention. A practitioner's guide. *Aust Fam Phys* 1989;18:1393–1399.
58. **Chagoya BL:** Psicoterapia familiar. En: Rivera JL, Vela A, Arana J: *Manual de psiquiatría*. Madrid, Karpos, 1980:1048–1054.
59. **Velasco ML, Sinibaldi JF:** *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México, El Manual Moderno, 2001.
60. **Maccoby M:** El carácter nacional mexicano. En: Bartra R: *Anatomía del mexicano*. 1ª ed. México, Plaza y Janés, 2002:243–256.
61. **Leñero L:** Estereotipos, tipos y neotipos de familias en México. En: *La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano*. 2ª ed. México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1980:91–138.
62. **Saldívar DR:** *Estudio comparativo de la funcionalidad familiar en familias nucleares versus familias seminucleares*. Trabajo de investigación para obtener el Diploma de especialista en Medicina Familiar. México, UNAM, Facultad de Medicina, ISSSTE, Unidad Académica “Dr. Pedro Bárcena Hiriart”, San Luis Potosí, 1998.
63. **Revilla AL, Aragón A, Muñoz MA, Pascual J, Cubillo J:** Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1991;8: 104–111.
64. **Sussman MB, Burchinal LG:** La red familiar del parentesco en la sociedad urbana–industrial de los Estados Unidos. En: Anderson M: *Sociología de la familia*. México, Fondo de Cultura Económica, 1980:95–113.
65. **Revilla AL, Fleitas L:** El apoyo social y la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1991;8:664–666.
66. **Tseng WS, McDermott J:** Triaxial family classification. *J Child Psychiatry* 1979;18:22–43.

El estudio de la salud familiar

La enfermedad que sufre un individuo puede afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, del mismo modo que el grupo familiar influye en la salud de sus integrantes.¹ Por ello, ante la enfermedad del paciente en el contexto de sus características físicas, emocionales y sociales, éstas no deben ser consideradas separadamente, ya que no existen estados patológicos que carezcan de implicaciones emocionales y sociales en su etiología o repercusiones en su manejo. Asimismo, son muy raros los trastornos sociales que no afectan de algún modo el funcionamiento orgánico del individuo. En ocasiones una de estas áreas es dominante, por lo que se debe poner mayor énfasis en ella; en otros casos, sin embargo, el médico científico con formación humanística debe prestar la misma atención a todas ellas en cada uno de sus pacientes.²

La medicina familiar tiene como objeto de estudio la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud–enfermedad, por lo que considerar a la familia como unidad de estudio tiene las siguientes implicaciones básicas:

- a.** El énfasis en el diagnóstico y tratamiento se aplica a la familia como un todo. Así, cualquier situación en que algún miembro del grupo se vea afectado hará que se tome en cuenta el efecto sobre todo el sistema familiar. La inconveniencia para el médico familiar de centrar la atención exclusiva e indefinidamente en un solo miembro de la familia radica en la posibilidad de desviarse de uno de sus principales objetivos, que es identificar factores de riesgo comunes en toda la familia, los cuales pueden ser causa de enfermedad individual o colectiva o de disfunción en la familia como un todo.

Algunas situaciones por las que debe iniciarse el manejo simultáneo del paciente y su familia son las siguientes:

Enfermedades infecto-contagiosas: mientras el paciente es atendido, se investiga su medio ambiente y al resto de la familia se le trata simultáneamente, ya que, por ejemplo, carecería de sentido dar indicaciones médicas a un individuo con escabiasis sin tratar al mismo tiempo a quienes están en estrecho contacto con él. El descubrimiento o la sospecha de trastornos con tendencia genética requiere de la consideración e investigación prioritaria de todo el grupo familiar de procreación y de las familias de origen de cada cónyuge. Un evento crítico accidental en un miembro de la familia, por ejemplo el diagnóstico de una enfermedad grave o mortal como cáncer, SIDA o infarto al miocardio, entre otros, no sólo afectará al resto de los integrantes, sino que influirá en el manejo y rehabilitación del enfermo. De allí la importancia de incluir al grupo familiar en el manejo de cada caso.

El tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas resulta difícil sin la intervención y la comprensión de la familia hacia la enfermedad. Por otro lado, la actitud de la familia puede ser determinante en el seguimiento o interrupción de tratamientos médicos y quirúrgicos, por lo cual se hace necesario involucrar a todo el grupo en el inicio de programas preventivos, terapéuticos o de manejo de este tipo de enfermos.

Las alteraciones psiquiátricas o la presencia de conflictos interpersonales no podrían ser diagnosticadas ni tratadas satisfactoriamente sin la evaluación de la situación familiar y la participación de todos los miembros, sobre todo de aquéllos que resultan clave para su resolución. Igualmente, la existencia de problemas psicosociales, como alcoholismo, drogadicción, delincuencia, embarazos no deseados, etc., son situaciones meritorias del concurso de toda la familia. Otros hechos que hablan de situaciones disfuncionales en la familia y que requieren de la participación del médico familiar para un manejo adecuado son la utilización muy frecuente de los servicios de salud, las consultas médicas por síntomas vagos e inespecíficos, eventos críticos del desarrollo y la deficiente adherencia terapéutica.

- b.** Todos los miembros de la familia, al estar bajo el cuidado del mismo médico o equipo de salud, tienen la oportunidad de llevar a cabo actividades médico-preventivas en forma continua y eficiente. Es importante el estudio de la familia sana porque en ella se recrean y transmiten muchos de los valores culturales y hábitos respecto a una gran diversidad de situaciones, tales como edad y forma de unión de la pareja, número y espaciamiento de los hijos, práctica de la lactancia, aceptación o rechazo al uso de métodos anti-conceptivos, situación y papel de la mujer y el hombre frente a hechos como la paternidad y el rol de los hijos y, en general, muchos otros aspectos del desarrollo familiar y social.

Es por ello que, sin necesidad de patología preexistente, la familia puede ser estudiada con el fin de detectar e identificar factores de riesgo que, previa jerarquización, lleven a la elaboración de un adecuado plan de trabajo que incluya actividades de prevención primaria, secundaria o de rehabilitación.²⁻⁴

El abordaje conceptual, tanto para la expresión como para la organización de la información médica relevante, ha variado con el curso del tiempo, y no dejan de proponerse modelos alternativos;⁵ de hecho, el estudio de la salud familiar es una de estas variantes. Posterior a la evaluación inicial, el médico debe ampliar su horizonte de práctica, incluyendo al grupo primario de adscripción del paciente, y comprender las implicaciones de la enfermedad de él sobre su familia mediante la elaboración del estudio de la salud familiar. La información surgida de este estudio le ayudará a comprender las causas de la conducta del paciente y su familia.⁶

El estudio de la salud familiar, lejos de ser la simple recolección de historias clínicas individuales, aborda los aspectos biológicos de la enfermedad y comprende las situaciones y problemas del paciente en el contexto de sus características biopsicosociales y culturales. Estas características no deben ser consideradas aisladamente,⁷ ya que constituyen factores de riesgo para la salud del grupo familiar, así como la familia quizá sea parte de los elementos causales de la pérdida de la salud de alguno de sus miembros.

Según la Norma Oficial Mexicana,⁸ el expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención. Lo anterior, con apego a las disposiciones sanitarias y con la discreción y confidencialidad propias de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Además de la información sobre la salud individual de cada uno de los miembros de la familia, el expediente clínico familiar debe contener el estudio de la salud familiar y quedar conformado como se señala en el cuadro 3-1.⁹

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica ha sido definida como “el proceso que, generado en el ámbito de la relación médico-paciente, tiene por objeto aportar información sobre hechos patológicos y biográficos recordados por el enfermo y que, descubiertos e interpretados por el médico, son considerados relevantes para establecer un diagnóstico e instaurar una terapia”.⁵ La elaboración de una historia clínica debe permitir, además, la investigación de los aspectos biopsicosociales y culturales que constituyen factores de riesgo para la salud del grupo familiar.

Cuadro 3–1. Expediente clínico familiar

1. Historia clínica de cada uno de los miembros de la familia	
2. Estudio de salud familiar	
2.1 Ficha de identificación	2.6 Actividades médico–preventivas
2.2 Justificación	2.7 Diagnóstico familiar
2.3 Antecedentes	2.8 Detección y manejo de factores de riesgo
• Heredofamiliares de morbimortalidad	• Identificación
• Desarrollo familiar	• Jerarquización
• Crisis familiares	• Objetivos
2.4 Aspectos socioeconómicos familiares	• Programa de actividades
2.5 Situación actual de la vida familiar	• Evolución y evaluación periódica
• Genograma	2.9 Comentarios
• Tipología familiar	
• Etapa actual del ciclo vital familiar	
• Estructura familiar	
• Detección de problemas emocionales	
• Funciones familiares que ameritan atención	
• Evaluación del nivel socioeconómico	
• Evaluación familiar	
• Recursos familiares	

Una historia clínica ¿qué es, sino el relato de los sucesivos encuentros entre dos hombres, el médico y el enfermo?

Pedro Laín Entralgo

El modelo de historia clínica que se utiliza actualmente cumple con los requisitos académicos y metodológicos indispensables para recabar la información clínica de los pacientes en una forma lógica y sistematizada; además, permite analizarla, establecer hipótesis diagnósticas, identificar factores de riesgo, iniciar el manejo terapéutico, pronosticar y entablar criterios de referencia.

La historia clínica tiene las siguientes características:

- Es un documento que contiene el registro de lo que le acontece al paciente, así como la información sobre hechos pasados y presentes que permiten evaluar su estado de salud y proponer medidas preventivas y/o curativas. Esta información es obtenida a través del procedimiento denominado anamnesis.
- Constituye uno de los elementos más utilizados para la enseñanza del método y el razonamiento clínicos.
- Junto con la información de otras historias clínicas, permite obtener datos estadísticos de tipo epidemiológico, tales como prevalencia de enfermedades, frecuencia por sexo, por grupos etáreos, distribución geográfica, mortalidad, efectividad de tratamiento, etc.

- Es fuente permanente de información respecto a las formas de tratamiento empleadas en otras épocas, resultados obtenidos, recursos tecnológicos disponibles, etc.
- Permite la evaluación de la calidad de la atención médica.
- Facilita la elaboración de protocolos de investigación.
- Constituye una prueba objetiva de valor jurídico de la competencia profesional del equipo de salud ante autoridades civiles, penales y sanitarias.

Una historia clínica bien elaborada comunica los hechos más relevantes sobre las condiciones de salud del paciente a todo el equipo de salud, para que pueda llevar a cabo la valoración adecuada de su estado clínico, conocer sus factores de riesgo, comprender el plan de tratamiento y reconocer los elementos fundamentales para su asistencia integral y continua. Consta de los siguientes apartados:

Ficha de identificación

Fecha de elaboración:	Registro:	Lugar de procedencia:	
Nombre:			Edad:
Domicilio:			Teléfono:
Municipio:			Estado:

- Comprende los datos generales del paciente que permiten ubicar rápidamente su expediente en el archivo clínico y, si las circunstancias lo ameritan, localizarlo a él. Además, la edad y el sexo pueden constituir factores de riesgo no modificables que orienten hacia determinados problemas de salud. Por ejemplo, se sabe que las enfermedades reumáticas que predominan en el género femenino son el lupus eritematoso generalizado, esclerodermia, síndrome de Sjögren, enfermedad o fenómeno de Raynaud, fibromialgia y osteoporosis, entre otras, en tanto que la espondilitis anquilosante, la gota, la enfermedad de Paget del hueso y algunas vasculitis, como la granulomatosis de Wegener, son más frecuentes en el género masculino. La osteoartritis afecta con mayor frecuencia a las mujeres menores de 60 años de edad, pero después de esa edad la frecuencia por sexos es casi la misma.¹⁰

Antecedentes

A través del estudio de los antecedentes, se exploran las condiciones de la vida normal, patológica y hereditaria del paciente y su familia, que contribuyen a establecer diagnósticos y a identificar factores de riesgo.

Antecedentes personales: Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐				Escolaridad:
Lugar y fecha de nacimiento			Ocupación	Religión
Características de la vivienda:	No. de cuartos	Convivientes:	Hábitos higiénicos, dietéticos y adicciones:	

*No hay nada tan consolador para nuestra autoestima
como descubrir nuestros defectos en nuestros antepasados.*

Es como si nos perdonaran.

Van Wyck Brooks

Antecedentes personales

La investigación de los antecedentes personales del paciente ofrece la oportunidad de conocerlo, por lo que este punto representa una de las partes más importantes de la historia clínica.

Anteriormente estos datos se agrupaban bajo el término de antecedentes personales no patológicos, como si el hacinamiento, el desempleo, la promiscuidad, la desnutrición y las adicciones, entre otros, no fueran condicionantes de patología. Lo patológico no es exclusivamente lo somático, ya que resulta inadecuado considerar que una dieta hipoproteica no es patológica, mientras que una lesión dérmica en un brazo sí lo es.⁷

- El estado civil del paciente puede constituir un factor de riesgo importante, ya que se sabe que las tasas de mortalidad por casi todas las causas son mayores entre personas viudas, divorciadas y solteras que entre personas casadas, y que el estado matrimonial y familiar se relaciona íntimamente con la morbilidad, la mortalidad y la utilización de los recursos sanitarios para la solución de problemas físicos y psicológicos.^{11–13} El nivel de escolaridad puede relacionarse con la adherencia terapéutica y con la idea que el paciente tiene acerca del proceso salud–enfermedad o de sus condiciones de vida, entre otras situaciones. Al respecto se sabe, por ejemplo, que las mujeres con un buen nivel de instrucción escolar suelen acudir regularmente a los servicios de salud, sus hijos cuentan con mejores condiciones de higiene en el hogar, mayor cobertura en sus inmunizaciones y una alimentación más adecuada. La escolaridad de las madres de familia es la que mayores efectos genera sobre la salud o la enfermedad del resto de los integrantes de las familias.¹⁴
- El lugar de nacimiento, así como el de residencia, son importantes por las características epidemiológicas del lugar, pues predisponen hacia cierto tipo de patología. La relevancia del empleo o la ocupación del paciente radi-

ca en las consecuencias que producen ciertos tipos de trabajo, por ejemplo los que están expuestos a traumas, a la acción nociva de agentes climáticos, a microtraumatismos repetidos, sustancias tóxicas, ruidos continuos, etc. Por otro lado, es bien sabido que la práctica de ciertas religiones puede afectar la evolución de múltiples enfermedades en diversas formas, como por ejemplo restricciones dietéticas o la prohibición de determinados procedimientos médicos, tales como métodos de planificación familiar, transfusiones y abortos, entre otros.

- Las características de la vivienda se consideran indicadores fundamentales para establecer el nivel de bienestar y estado de salud de una población.¹⁴ Una gran parte de la población, sobre todo la del medio rural, está expuesta a contaminantes que incluyen sustancias tóxicas y cancerígenas dentro del hogar, generados por fogones ineficientes que queman madera u otros biomateriales. La exposición al humo de leña se ha asociado a bronquitis crónica y a obstrucción bronquial en adultos, así como a infecciones agudas en niños. El desarrollo de bronquitis crónica y enfisema en mujeres expuestas a estas sustancias es cinco veces mayor que en las no expuestas, y se incrementa con la dosis.¹⁵

La obtención de esta información debe individualizarse y hacerse de tal manera, que no se perciba como un interrogatorio automático en el que a todos los pacientes se les pregunta sobre los mismos aspectos sin importar su edad, género, ocupación, etc.

Por ejemplo, resultaría de mayor importancia indagar en un adolescente: ¿maneja automóvil y utiliza cinturón de seguridad al hacerlo?, ¿sabe nadar?, ¿tiene acceso a armas de fuego?, ¿conoce los riesgos implícitos de la actividad sexual?, que saber si padeció varicela o escarlatina en su infancia.

Lo anterior debido a que las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en esta etapa de la vida son los accidentes, los suicidios, los homicidios y las infecciones de transmisión sexual.¹⁶

Antecedentes heredofamiliares

Aunque actualmente los antecedentes familiares con frecuencia son sinónimo de antecedentes genéticos, sus orígenes datan de un tiempo en que las enfermedades transmisibles eran mucho más frecuentes; de ahí la persistente costumbre de preguntar al paciente si alguno de la familia había tenido, por ejemplo, tuberculosis. Sin embargo, a medida que el espectro de la mortalidad ha cambiado, también se ha modificado el objetivo principal de los antecedentes familiares. Hoy esta evolución continúa debido en gran parte al floreciente conocimiento de la genética humana y médica.¹⁷

Los antecedentes familiares no son aspectos meramente incidentales que puedan considerarse de manera momentánea al atender a un paciente; son esenciales para su atención continuada y extensa, así como para la identificación de sus factores de riesgo. Sin embargo, los datos referentes a la familia frecuentemente tienden a ser tratados superficialmente, por lo que la información obtenida representa un beneficio muy limitado al soslayar la importancia de la transmisibilidad que ciertas enfermedades ocasionan. Es por eso que se investigará si los abuelos y los padres viven y cuál es su estado de salud, aunque esta información deberá ampliarse a otros miembros de la familia cuando se juzgue conveniente. Más concretamente, la utilidad de la investigación de estos antecedentes radica en las medidas preventivas que pueden llevarse a cabo. Por ejemplo, un paciente masculino con antecedentes familiares de cáncer prostático deberá someterse a pruebas de detección más frecuentes y a edades más tempranas que los demás varones en promedio.

Antecedentes personales patológicos

El interrogatorio de los antecedentes personales patológicos tiene como finalidad obtener información acerca de las alteraciones que se hayan presentado desde antes del nacimiento hasta el presente y que puedan tener consecuencias en el estado de salud actual del paciente (por ejemplo: ¿la madre del paciente presentó problemas de salud durante su embarazo?). Cuando el paciente ignora el nombre de su enfermedad, situación frecuente en nuestro medio, el médico habrá de ahondar en la investigación de los síntomas o signos expuestos y en los relacionados con enfermedades que puedan tener repercusiones graves. En el paciente adulto puede resultar intrascendente saber si padeció varicela, pero es muy importante el antecedente de infección por estreptococo β hemolítico si presenta signos de valvulopatía, o el de parotiditis si se encuentra azoospermia. Igualmente, resulta de interés investigar acerca de la presencia de rubéola, sarampión, amigdalitis de repetición, hepatitis, asma y otros que pudieran haberse presentado con frecuencia. Los antecedentes personales patológicos deben incluir información acerca de enfermedades, intervenciones quirúrgicas, traumatismos, alergias, transfusiones, estado de salud anterior y antecedentes de tratamientos médicos.

Esquema básico de inmunizaciones

La investigación sobre el esquema de inmunizaciones dependerá de cada tipo de paciente (cuadro 3-2). La vacunación no solamente protege a los niños; en las mujeres, por ejemplo, está dirigida a evitar el tétanos neonatal, la rubéola congénita, el sarampión y la difteria. La dosis única de la *vacuna doble viral* (SR) está indicada en hombres y mujeres de 12 a 44 años, así como en grupos de riesgo, para protegerlos contra el sarampión y la rubéola; la aplicación del *toxóide tetá-*

Cuadro 3-2. Esquema básico de inmunizaciones

Esquema básico de inmunizaciones:			DPT	BCG	Antisarampión	Pentavalente	Triple viral
Td	Sabin	Antihepatitis B	Antiinfluenza	SR	Antineumocócica	Otras	

nico y diftérico (Td) consta de dos dosis y refuerzos cada diez años, o cada cinco en lugares donde existe un alto índice de estas enfermedades. También se aplican durante las Semanas Nacionales de Salud. El esquema de vacunación del adulto mayor de 60 años consta de la aplicación de las vacunas *antineumocócica*, *antiinfluenza* y *antitetánica*.¹⁸⁻²⁰

Detecciones

El procedimiento de detección se aplica a una población no seleccionada para identificar a las personas que están enfermas o tienen riesgo de padecer una enfermedad que constituye un problema de salud pública (cuadro 3-3). Las acciones de detección oportuna permiten un diagnóstico temprano y favorecen la disminución de la mortalidad de los principales problemas de salud. Algunos ejemplos son los siguientes:

- La detección de la diabetes mellitus tipo 2 y de hipertensión arterial se realiza a partir de los 20 años de edad. Permite identificar pacientes diabéticos o hipertensos no diagnosticados, así como localizar a individuos con alteración de la glucosa o de sus cifras de presión arterial, con el fin de efectuar las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física. Es recomendable que la detección de ambas enfermedades se haga de manera simultánea y que se busquen otros factores de riesgo cardiovascular, como las dislipidemias, obesidad y tabaquismo.
- Una serie de tres baciloscopias es la forma de detección de tuberculosis pulmonar en toda persona que presenta tos con expectoración o hemoptisis, sin importar el tiempo de evolución. En niños, tos con o sin expectoración durante dos o más semanas.
- El estudio citológico anual de Papanicolaou es el método de elección para la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en todas las

Cuadro 3-3. Detección oportuna de enfermedades

Detección oportuna:	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Tuberculosis	Papanicolaou	Cáncer mamario	Cáncer prostático
(Anotar fecha)						

- El estudio citológico anual de Papanicolaou es el método de elección para la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en todas las mujeres desde el inicio de sus relaciones sexuales, en tanto que para la detección del cáncer mamario los métodos empleados son la exploración clínica anual (efectuado por el médico en mujeres mayores de 25 años), la autoexploración mamaria (mensual a partir de la menarca) y estudios de gabinete, como la mastografía (cada dos años en mujeres mayores de 40 años que presentan riesgo) y el ultrasonido.
- Para la detección del cáncer prostático se emplean dos métodos: el tacto rectal y la determinación sérica del antígeno prostático específico.

Antecedentes ginecoobstétricos

La investigación de los antecedentes ginecoobstétricos proporciona una gran cantidad de información relacionada con la salud reproductiva de la mujer (cuadro 3-4). Por ejemplo, las modificaciones en los patrones de sangrado menstrual pueden reflejar una perturbación oculta de tipo ovárico u hormonal; o, de acuerdo a la fecha de su última menstruación, es posible determinar la edad gestacional en caso de que la paciente esté embarazada, o también el inicio de su menopausia.

- En términos generales, en este rubro es posible identificar una gran cantidad de factores de riesgo, tales como el inicio temprano de la vida sexual, la multiparidad y la ausencia de empleo de métodos de planificación familiar, entre otros. Los intervalos intergenésicos cortos, por ejemplo, implican mayor riesgo de mortalidad y morbilidad en el recién nacido, debido al efecto que la brevedad del espaciamiento entre los embarazos ocasiona sobre la salud materna.
- La planificación familiar contribuye a disminuir la morbimortalidad materna e infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer. Favorece cambios en los patrones de la relación familiar al contribuir a una planeación adecuada del tamaño y la estructura de la descendencia.

Cuadro 3-4. Antecedentes ginecoobstétricos

Antecedentes ginecoobstétricos	Menarquía:	Ritmo:	Inicio de vida sexual activa
Gestaciones:	Partos:	Cesáreas:	Abortos:
Fecha último parto:	Fecha última menstruación:	Método de planificación familiar:	Inicio de planificación familiar:

Cuadro 3–5. Antecedentes perinatales

Antecedentes perinatales:	Parto:	Cesárea	Eutócico:	Distócico:	Término:	Pretérmino:
Lactancia materna:	Peso:	Talla:	Apgar:	Silverman:	Patología:	

En el terreno individual, y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar el estatus de la mujer en la sociedad, ya que favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas y a las domésticas.²¹

- El embarazo, parto y puerperio son eventos de por sí normales, pero que por su complejidad frecuentemente representan riesgos para la salud y la vida de la madre y su hijo que deben ser investigados.
- Ante el antecedente de abortos, se debe determinar si han sido espontáneos o inducidos, el número y fechas de los eventos, lo cual permitirá identificar diversos problemas de salud, tales como infertilidad por problemas genéticos, hormonales o traumáticos u otras causas condicionantes, así como, quizás, embarazos no deseados y escaso o nulo conocimiento o acceso a métodos de planificación familiar.

Antecedentes perinatales

El continuo crecimiento y el desarrollo fetales en la época neonatal se ven influidos por múltiples situaciones sociales, económicas y culturales, a las cuales se agregan factores ecológicos, genéticos, metabólicos y fisiológicos (cuadro 3–5).

- Algunos indicadores para considerar que un recién nacido es saludable son: edad gestacional de 37 a 42 semanas, eutrófico, Apgar al minuto de 7 a 10 y Silverman de 0, frecuencia cardíaca de 140 por minuto, frecuencia respiratoria de 30 a 40 por minuto y respuesta neurológica de 40 semanas, entre otros parámetros. La importancia de la investigación de estos antecedentes radica en que una buena atención desde la etapa perinatal favorece un mejor pronóstico al disminuir la morbilidad y mortalidad en forma importante.
- Otro punto que se debe investigar es acerca de la alimentación al seno materno, que es, con mucho, el tipo de alimentación más conveniente y seguro para nutrir al recién nacido y al lactante menor.

Padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas

Por medio del interrogatorio del padecimiento actual, el médico se enterará en primer término de lo que preocupa al paciente y que lo ha llevado a solicitar atención

médica, en tanto que por medio del interrogatorio por aparatos y sistemas se revisan las manifestaciones clínicas que pueden ocasionar otros órganos, con lo cual se complementa la información sobre el padecimiento actual y se conocen las condiciones en que aquéllos se encuentran ante la enfermedad principal.

- Con relación a cada síntoma o molestia del paciente, se deben interrogar los siguientes aspectos:
 - Cuándo y en qué forma aparecieron los síntomas: ¿se trata de un problema agudo o crónico?
 - Descripción cronológica y detallada de la enfermedad: ¿cómo comenzó?
 - Localización anatómica. Irradiaciones.
 - Causa aparente: ¿a qué causas atribuye su enfermedad?
 - Características de los síntomas: continuos, intermitentes, punzantes, urentes, etc.
 - Grado de severidad: ¿la enfermedad produce incapacidad?
 - Situaciones que alivian o empeoran los síntomas.
 - Síntomas acompañantes.
 - Evolución: forma de progresión, temporalidad, horario.
 - Intentos y resultados de tratamientos previos.
 - Situación actual de la enfermedad y grado de incapacidad resultante.
- Cuando el paciente señala un síntoma que sugiere una alteración específica, se le efectuarán preguntas directas relacionadas y se reportarán sus respuestas, aunque éstas sean negativas.
- Se deben evitar preguntas o términos que induzcan o sugieran respuestas, así como aquéllos que resulten desconocidos para el paciente. El interrogatorio se hará de acuerdo al nivel educativo de las personas.
- No es conveniente formular preguntas confusas o excesivamente estructuradas, ni deben incluir juicios de valor o connotaciones morales.
- El padecimiento actual debe redactarse en orden cronológico, con oraciones claras, breves y completas, describiendo síntomas, no diagnósticos. Los datos obtenidos del interrogatorio y la exploración física deben ser un reflejo fiel, descriptivo, no interpretativo, del estado de salud del paciente, con traducción de sus expresiones al lenguaje médico.

En la historia clínica, el diálogo debe ser tan importante como el interrogatorio, ya que no se trata sólo de encontrar signos y síntomas a través de un esquema memorizado de preguntas, sino de permitir al paciente hablar sobre su biografía, preocupaciones, trabajo, sexualidad, forma de vida, etc.

Al favorecer el diálogo abierto, el médico obtiene una gran cantidad de datos que indudablemente redundarán en la aplicación oportuna y adecuada de medidas preventivas y terapéuticas.

El interrogatorio debe seguir una secuencia lógica que permita obtener de manera óptima la información buscada, y debe efectuarse de tal forma que facilite el surgimiento de ideas acerca del estado de salud del paciente. Debe ser cordial y respetuoso, adecuarse a cada tipo de persona y utilizar palabras que él pueda comprender.

Una entrevista interesante y agradable constituye la base para una relación de confianza y respeto mutuo y permite obtener información confiable y completa de índole privada, misma que debe manejarse de manera totalmente confidencial. Horacio Jinich²² afirma que el interrogatorio y la exploración física no son sólo procedimientos encaminados al diagnóstico, sino que tienen virtudes terapéuticas en la medida en que, mediante ellos, se establece una relación interpersonal médico-paciente.

Exploración física

Una vez interrogado el paciente se procede a la exploración física, que es el conjunto de procedimientos que se aplican con la finalidad de continuar obteniendo información, o para confirmar la que fue recabada en el interrogatorio.

- El examen físico se puede comenzar explorando el área corporal donde están localizados los síntomas; ésta es la conducta que generalmente espera el paciente. Sin embargo, en seguida deberá efectuarse una exploración sistemática de todo el cuerpo, a fin de evitar omisiones o el riesgo de cometer errores.
- La inspección, palpación, percusión y auscultación deben efectuarse en un lugar cómodo, bien iluminado, con temperatura adecuada y con el debido respeto al pudor del paciente, a quien se le debe informar acerca de cada uno de los procedimientos que se le van practicando. No obstante que se debe asegurar la privacidad de la exploración física, es recomendable llevarla a cabo en presencia de la asistente médica, de la enfermera o de un familiar del paciente.
- Las anormalidades encontradas deben describirse con el suficiente detalle para que cualquier miembro del equipo de salud que revise la historia clínica pueda tener una idea adecuada de ellas y efectuar comparaciones con el estado de salud futuro del paciente.

El interrogatorio y la exploración física bien hechos bastan en muchas ocasiones para lograr la identificación precisa, completa y suficiente de la naturaleza de los problemas médicos que aquejan al paciente.

Resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros

Los exámenes de laboratorio y gabinete permiten la exploración indirecta del paciente, por lo que deben practicarse después de haber realizado el interrogatorio y la exploración física. En ausencia de la orientación proporcionada por la historia clínica, la solicitud de procedimientos paraclínicos se convierte en un cúmulo de estudios, en un derroche de procedimientos practicados sin justificación lógica y destinados, las más de las veces, a causar confusión, pérdida de tiempo y desperdicio de recursos. Por otro lado, los resultados de cada prueba solicitada deben interpretarse tomando en cuenta el método empleado por el laboratorio o gabinete y de acuerdo a las características del paciente tales como edad, sexo, etc.

- Una prueba diagnóstica es cualquier maniobra cuya información es capaz de alterar la estimación probabilística de la enfermedad.²³
- Sería ideal que todo resultado anormal de laboratorio confirmara la presencia de la enfermedad sospechada (verdadero positivo) y que cada resultado normal la descartara (verdadero negativo). Pero la realidad es que también existen falsos positivos (resultados anormales en pacientes sanos) y falsos negativos (resultados normales en pacientes enfermos). Se pueden determinar las *características operativas* de una prueba diagnóstica, comparando los resultados con un estándar de oro, que define la verdadera presencia o ausencia de la enfermedad considerada. La *sensibilidad* de una prueba diagnóstica es la probabilidad de que un paciente enfermo tenga un resultado anormal (positivo) de la prueba, en tanto que la *especificidad* es la probabilidad de que un paciente sano tenga un resultado normal (negativo). Cuanto más sensible es una prueba, menor es su especificidad; cuanto más avanza la enfermedad, más sensible la prueba (figura 3–1).^{23,24}
- Un resultado falso positivo implica cierto costo/riesgo de pruebas adicionales para descartar eventualmente la enfermedad sospechada. También hay cierto costo y daño potencial de etiquetar al paciente como “enfermo”, cuando en realidad está sano, y de iniciar un tratamiento innecesario. Un resultado falso negativo implica el riesgo de ignorar y no tratar una enfermedad existente o de llegar a diagnosticarla en un estadio más avanzado.²⁴
- Los procedimientos clínicos tradicionales permiten reducir al mínimo indispensable el número de procedimientos técnicos, tanto de laboratorio como de gabinete, con la consiguiente disminución no sólo de costos, sino también de la morbilidad de la atención médica.²²

Diagnóstico

Diagnosis significa conocimiento, y el método clínico es una forma de pensamiento aplicada al individuo con el objeto de conocer su estado de salud o de en-

		Paciente		
		Enfermo	Sano	
Prueba	(+)	Verdadero positivo	Falso positivo	Total de positivos
	(-)	Falso negativo	Verdadero negativo	Total de negativos
		Total de enfermos	Total de sanos	Total examinado

Figura 3-1. Características operativas de una prueba diagnóstica.

fermedad, es decir, de establecer un diagnóstico, mismo que debe incluir tanto los aspectos biológicos como los emocionales y culturales y, más ampliamente, los psicosociales.

- En la mayoría de los casos clínicos, el diagnóstico, el pronóstico y los resultados terapéuticos para pacientes individuales son inciertos y, por lo tanto, deben ser expresados como probabilidades. Por ejemplo, la probabilidad de que un paciente determinado tenga una enfermedad ($P-E$), se encuentra entre 0 (certeza absoluta de la ausencia de enfermedad) y 1 (certeza absoluta de su presencia) (figura 3-2). Rara vez poseemos la certeza absoluta en medicina. El médico familiar debe basar sus estimaciones probabilísticas en su propia experiencia de atender pacientes en el primer nivel de atención, o en la literatura médica que describe poblaciones de pacientes semejantes a la que él atiende.^{23,24}
- Elstein (referido por Spann) encontró que los médicos resuelven problemas diagnósticos utilizando un modelo hipotético-deductivo. El proceso diagnóstico es un proceso de estimación probabilística que comienza con la recolección de datos (síntomas, signos, resultados de laboratorio), con lo cual el médico desarrolla una serie de hipótesis diagnósticas (diagnóstico dife-

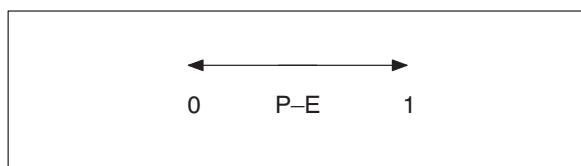


Figura 3-2. Estimación probabilística de enfermedad.

rencial). Luego reúne más datos con el fin de comprobar o refutar sus hipótesis, y así una o dos de ellas se vuelven más probables, mientras que las otras disminuyen en probabilidad.²⁴

- Para lograr un diagnóstico lo más certero posible, es necesario que el médico cuente no sólo con la tecnología adecuada, sino también con la habilidad suficiente para ser un experto entrevistador, para lo cual tendrá que descenderse de la enfermedad y centrarse en la persona a la que atiende.
- En los pacientes diagnosticados como sanos se debe fomentar la salud y promover las actividades para la prevención primaria en base a la identificación de factores de riesgo, y, ante el diagnóstico de cualquier enfermedad, instituir un tratamiento para restituir el estado de salud del individuo y fundamentar un pronóstico, que es el juicio hipotético acerca de la evolución y terminación probable de la enfermedad.

Factores de riesgo

El concepto de riesgo es una de las características centrales de la prevención. Al respecto, existen dos consideraciones:

- a. La probabilidad de que exista una enfermedad en etapa temprana en un individuo asintomático.
- b. El riesgo representa la probabilidad de que una enfermedad no presente actualmente se desarrollará en algún momento futuro.

Estas dos situaciones ayudan a definir el beneficio potencial de estudiar la posibilidad de enfermedad en individuos asintomáticos, así como llevar a cabo acciones que modifiquen factores como el estilo de vida.

- En la parte final de la historia clínica, el médico debe enlistar los factores de riesgo identificados, para cada uno de los cuales deberá señalar la indicación correspondiente en el apartado respectivo. Más adelante se analizan algunas características de los factores de riesgo.

Indicaciones

Una vez que se ha llegado a un diagnóstico con probabilidad aceptable, el médico y el paciente tienen que considerar las alternativas terapéuticas. Para cada uno de los diagnósticos clínicos y factores de riesgo identificados deberá haber una indicación o recomendación encaminada a restaurar el estado de salud del paciente

o a prevenir situaciones de daño que pudieran llegar a presentarse. Así, por ejemplo, si se diagnosticó hipertensión arterial y se encuentra que el paciente es obeso, sedentario, sometido a estrés y fuma, las indicaciones encaminadas a suprimir estos factores de riesgo le ayudarán a abatir sus cifras tensionales altas y a prevenir la presencia de posibles riesgos como la cardiopatía isquémica.

Nombre y firma

Al final de la historia clínica, el médico que la elabora debe escribir claramente su nombre completo y firma, así como su grado académico o puesto.

La información obtenida a través de la elaboración de la historia clínica debe organizarse de manera sistemática, lógica y coherente, y reflejar de manera exacta el estado de salud del paciente. Aunque la información debe simplificarse lo más posible, también ha de ser completa y su redacción expresarse en lenguaje técnico—médico, sin abreviaturas, con letra legible y sin enmendaduras ni tachaduras.⁸ Desde el punto de vista legal, tanto lo ininteligible como lo omitido en la historia clínica serán elementos que en su momento pueden ser considerados como no favorables para el médico ante una demanda por mala praxis, aun cuando el tiempo dedicado al paciente, el tratamiento y la técnica empleada en la terapéutica hayan sido inmejorables.

Jinich señala que las principales causas de error en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos no derivan de la ignorancia, sino de deficiencias en la entrevista clínica, en la anamnesis y la exploración física, en la investigación de los factores patogénicos de índole psicosocial, en la identificación del o los problemas del paciente, en la selección atinada de los procedimientos auxiliares del diagnóstico, en la aplicación de la lógica al análisis y síntesis de los problemas, en la correcta toma de decisiones acerca del tratamiento y, por último, pero no menos importante, en el calor, humanismo y conducta moral del practicante de la medicina.²⁵

ESTUDIO DE LA SALUD FAMILIAR

El estudio de la salud familiar²⁶ se efectúa en el transcurso de varias sesiones o entrevistas, algunas en el consultorio y otras mediante visitas domiciliarias, las cuales son útiles para complementar el estudio, atender las necesidades del paciente incapacitado, detectar factores de riesgo y efectuar el seguimiento de casos, entre otras razones. Uno de los principios de la medicina familiar²⁷ señala que “la atención de los médicos en los hogares era una de las experiencias más profundas de la práctica de la medicina familiar, pues es allí donde suceden mu-

chos de los grandes eventos de la vida. Conocer el hogar daba al médico una comprensión tácita de la ecología de la enfermedad; la misma raíz etimológica de la palabra lo indica: *oikos*, casa; *logos*, estudio”.

El estudio de la salud familiar es un marco de referencia para la investigación del estado de salud de la familia e intervenir en él. No está dirigido únicamente a las familias con patología o disfuncionales, como se mencionó anteriormente, por lo cual no se llama historia clínica familiar.²⁸ Se elabora incluyendo los elementos señalados a continuación.

Ficha de identificación

- Fecha de inicio del estudio.
- Apellidos de la familia. Escribir sólo las iniciales.
- Domicilio.
- Integrantes del grupo doméstico. Anotar en orden cronológico descendente, luego otros parientes y finalmente aquéllos que no tengan parentesco y formen parte del grupo doméstico. De cada uno, señalar los siguientes datos:
 - Nombre sin apellido.
 - Parentesco con el jefe de familia.
 - Edad.
 - Estado civil.
 - Lugar y fecha de nacimiento.
 - Escolaridad.
 - Ocupación.
 - Religión.

Justificación

Se debe correlacionar el motivo de consulta o de atención con la situación actual de la familia y la necesidad del estudio de salud familiar desde la perspectiva del médico familiar. Algunas de las situaciones que justifican la elaboración del estudio son la presencia de enfermedades infectocontagiosas, el descubrimiento o sospecha de trastornos con tendencia genética, la ocurrencia de eventos críticos del desarrollo o accidentales, enfermedades crónico–degenerativas, alteraciones emocionales y problemas psicosociales, entre otros. En familias aparentemente sanas resulta de utilidad para la detección de factores de riesgo o para la vigilancia de programas preventivos.

Antecedentes

- Heredofamiliares de morbimortalidad:

- Diabéticos, hipertensivos, neoplásicos, fímicos, luéticos, psiquiátricos, neurológicos; cardiopatías, colagenopatías, malformaciones congénitas, obesidad, etc. Se debe señalar brevemente en quiénes se han presentado, su evolución, tratamiento, secuelas y cualquier otro dato considerado de interés, así como el involucramiento del resto de la familia con el miembro afectado.
- Defunciones: mencionar en quiénes han sucedido, cuándo, por qué causas y qué repercusiones hubo en la familia. Investigar si el proceso de duelo ha sido superado.
- Desarrollo familiar: señalar los eventos familiares relevantes que han ocurrido al grupo familiar en cada una de las etapas del ciclo vital desde su inicio.
- Crisis familiares: identificar los eventos críticos del desarrollo y accidentales que la familia ha afrontado desde su formación, así como las soluciones y consecuencias por conflictos no resueltos.

Aspectos socioeconómicos

- Ingreso económico familiar: mencionar cuánto y quiénes lo aportan semanal, quincenal o mensualmente; cuál es el ingreso *per capita*; cómo y quién efectúa la distribución del gasto familiar
- Características de la vivienda: primero por interrogatorio y luego a través de visitas domiciliarias, determinar las particularidades de la vivienda, tales como:
 - Tenencia: propia, rentada, prestada.
 - Tipo de vivienda: casa, departamento, vecindad, choza, otro tipo.
 - Número de cuartos, cuántos son destinados a ser dormitorio y condiciones sanitarias.
 - Índice de hacinamiento: es el número de personas que viven bajo el mismo techo, dividido entre el número de dormitorios. Se considera que existe hacinamiento cuando en la vivienda hay más de tres personas por dormitorio, seis por baño y/o cuando duerme más de uno en una cama simple.

$$\frac{\text{Número de personas}}{\text{Número de dormitorios}}$$

- Promiscuidad: investigar la presencia de cualquiera de los siguientes tipos:
 - Funcional: el lugar destinado a satisfacer una necesidad es utilizado para cubrir otra, por ejemplo: la sala usada como dormitorio.
 - Etárea: el dormitorio es compartido por personas con marcada diferencia de edad, por ejemplo entre abuelos y nietos.

- Sexual: el dormitorio es ocupado por personas adultas de diferente sexo sin ser esposos o concubinos.
- Filogenética: el ambiente de la casa es compartido indiscriminadamente por personas y animales.

*...la fuerza de la promiscuidad
(no el vocablo moralista, sino la urgencia habitacional)...*

Carlos Monsiváis

- Condiciones sanitarias de la vivienda:
 - Agua: entubada, pozo, pipa, acarreada, otro.
 - Manejo de la basura: en recipientes, quemada, dispersada, enterrada, otro.
 - Disposición de excretas: baño, letrina, fosa séptica, fecalismo al ras del suelo.
 - Presencia de fauna nociva: moscas, cucarachas, ratas, otros.
 - Presencia de animales domésticos dentro de la vivienda.
- Hábitos:
 - Alimentarios.
 - Higiénicos.
 - Adicciones.
- Participación comunitaria: involucramiento de la familia en grupos sociales de la comunidad (religiosos, deportivos, asociaciones, clubs, etc.).
- Utilización de servicios de salud y sociales: identificación, acceso y uso de estos servicios.
- Recreación: describir las actividades recreativas que los miembros de la familia efectúan en forma individual y conjunta.
- Aspectos laborales:
 - Investigar los antecedentes laborales de los miembros que son económicamente activos.
 - Mencionar tipos de empleo, exposición a factores de riesgo laborales, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, etc.

Situación actual de la vida familiar

- Genograma (familiograma, árbol familiar, árbol genealógico, pedigree familiar o carta genealógica):²⁹⁻³³ fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen. Es usado para representar gráficamente en una página gran cantidad de información referente a las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Está ampliamente documentada su utilidad como instru-

mento para la exploración de la familia desde diferentes puntos de vista, por ejemplo:

- Biológico: patrones repetidos de enfermedad o factores de riesgo.
- Psicológico: actitudes ante la enfermedad o la vida, tendencias suicidas, depresión, etc.
- Social: estilos de vida, funcionamiento y estructura familiar, etc.

Es útil para registrar en él datos sobre la composición familiar y otros relacionados con la organización y dinámica de la familia, antecedentes hereditarios familiares y problemas potenciales de salud en cada uno de los miembros del grupo.

Es un complemento de las notas médicas del expediente o del estudio de salud familiar, y no necesariamente debe contener toda la información del caso, ya que al saturarse puede resultar confuso e impreciso.

Requiere de una simbología específica que pueda consignar, entre otra, la siguiente información:

- Tiempo de unión de la pareja, estado civil y lugar que ocuparon en sus respectivas familias de origen.
- Integrantes de la familia, sexo, edad, ocupación, escolaridad, roles, alianzas, conflictos.
- Presencia de otros familiares en el mismo hogar.
- Nombre del paciente identificado.
- Defunciones.
- Orden de nacimiento de los hijos.
- Condiciones hereditarias, sociales o del medio ambiente que tengan importancia en el desarrollo de problemas en los miembros de la familia.

Constituye un marco de referencia para realizar el análisis crítico de la funcionalidad familiar; muestra además la conformación de este sistema al delimitar claramente a sus subsistemas, unidades y elementos, así como el tipo de relación y vínculos presentes. También sirve para identificar debilidades y fortalezas del grupo, momentos de mayor susceptibilidad, así como áreas de oportunidad.

Su elaboración debe ser simple y breve, de manera que brinde información a primera vista. Mediante el esquema de tres o más generaciones se representa a todos los miembros de ambas familias de origen de la pareja, la cual debe ser considerada como el eje que integra a los miembros del hogar en estudio (figura 3–3). Cada generación es identificada con un número romano.

- I. Los padres de la pareja, tanto paternos como maternos (familias de origen).
- II. Hermanos de cada pareja.
- III. Hijos de la pareja (familia de procreación).

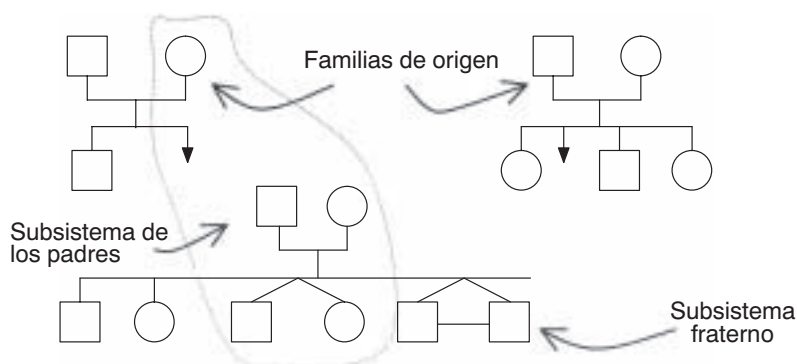


Figura 3–3. Subsistema fraterno.

El genograma debe contemplar los siguientes elementos:

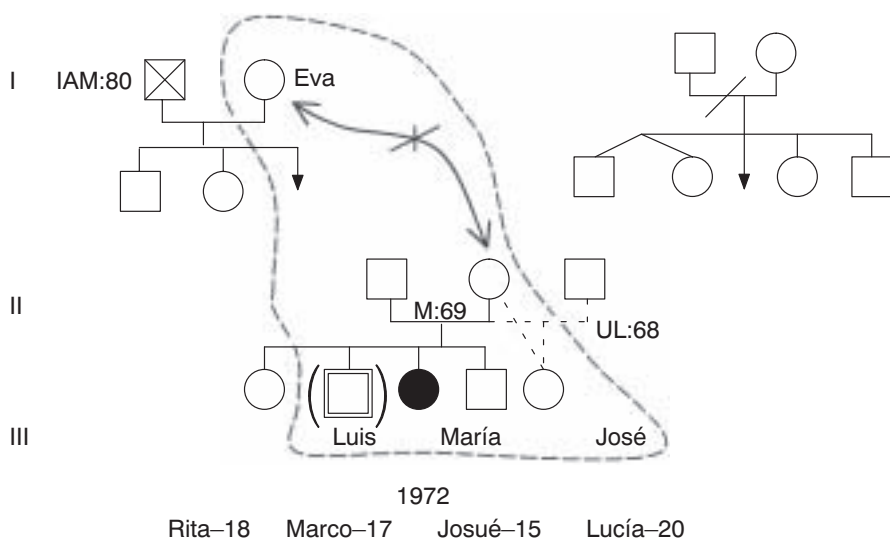
- Tres o más generaciones.
- El señalamiento de los que viven juntos en la misma vivienda.
- Los nombres de los miembros del grupo doméstico.
- Edad o año de nacimiento de cada uno.
- Fechas de matrimonio, unión, separación o divorcio.
- Principales enfermedades o problemas de salud.
- Cualquier defunción debe incluir edad o fecha de fallecimiento y causa.
- Símbolos simples y de fácil visibilidad (figura 3–4).
- Una clave al pie de página que describa los símbolos empleados.
- Los señalamientos de separación o divorcio aparecerán más cerca de quien se encuentre fuera del grupo doméstico.
- Se debe señalar mediante los dos últimos dígitos el año en que ocurrieron eventos tales como el matrimonio, el divorcio, la separación, fallecimientos, etc.
- El lugar que ocupan el padre y la madre de la familia de procreación en sus respectivas familias de origen se señala mediante una flecha.
- En el subsistema de los padres, el símbolo de la figura paterna se coloca del lado izquierdo, y el de la materna a la derecha.
- Los hijos se señalan en orden cronológico, de mayor a menor, de izquierda a derecha.
- Una línea continua o punteada delimita a los miembros de la familia que, al vivir bajo el mismo techo, conforman el grupo doméstico.
- No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica, sólo se recomienda escribir el nombre del problema de salud a un lado de la figura que representa a la persona afectada, a fin de evitar la saturación de figuras.

Estructura familiar		Asociación con problemas de salud	
Sexo	Femenino Masculino Indefinido	Aborto	Espontáneo Inducido
Adopción	()	Muerte	
Matrimonio	(Año)	Embarazo	
Matrimonio entre consanguíneos	(Año)	Paciente identificado	
Matrimonio sin embarazos ni hijos	(Año)	Óbito	
Unión libre	(Año)	Relaciones interpersonales afectivas	
Divorcio	(Año)	Relaciones conflictivas	
Separación	(Año)	Relaciones cerradas	
Vínculo ascendente		Relaciones a. Distantes b. Dominantes	a) b)
Vínculo descendente		Disfunción marital	
Gemelos a. Heterocigotos b. Homocigotos	a) b)	Disfunción marital y amante	

Figura 3-4. Simbología utilizada en el genograma.

- La técnica y simbología empleada será la que el médico considere más significativa y con la cual esté familiarizado; sin embargo, es conveniente seguir las recomendaciones para el diseño de genogramas, como la de Gómez-Clavelina y col. (figura 3-5).³³

El comentario y la interpretación del caso señalado se obtienen de los símbolos que representan la constitución, estructura, interrelaciones y transacciones presentes en esta familia, así como del momento de su ciclo vital. De su elaboración se obtienen los fundamentos para identificar factores de riesgo y establecer un diagnóstico estructural familiar. Con relación a los genogramas funcionales, tales como los mapas familiares³⁴ o el esquema dinámico-estructural (Macías, 1974), su manejo debe quedar reservado para el psicoterapeuta familiar, pues se requiere de formación técnica especializada para interpretar los patrones de interacción familiar que surgen de su elaboración.



La familia Gómez Hernández conforma un grupo doméstico semiestenso en etapa de dispersión. El paciente identificado es Marco. Luis y María están casados desde hace 19 años y sus hijos son: Rita, de 18, Marco (adoptado), de 17, y Josué, de 15 años. Hace 16 años María abortó el producto de su tercer embarazo. Lucía, de 20 años, nació de su unión libre con Juan en 1968. Eva es madre de Luis y desde la muerte de su esposo en 1980, a consecuencia de un infarto al miocardio, ella vive con su familia residual. En sus familias de origen, Luis fue el menor de tres hermanos y María la tercera de cinco, de los cuales los primeros fueron gemelos heterocigotos. Los padres de María se separaron hace 21 años. Existen relaciones conflictivas entre Eva y María y distantes entre ésta y Lucía.

Figura 3-5. Ejemplo de elaboración de genograma.

- **Tipología familiar.** Clasificar a la familia de acuerdo con los siguientes parámetros:
 - Composición: nuclear, seminuclear, extensa, semiextensa o compuesta.
 - Desarrollo: moderna, tradicional o primitiva.
 - Grado de integración familiar: integrada, semiintegrada o desintegrada.
 - Ocupación del jefe de familia: campesino, profesionista, obrero, etc.
 - Demografía: urbana o rural.
 - Complicaciones del desarrollo familiar: interrumpida, contraída o reconstruida.
- **Etapas actuales del ciclo de vida familiar:**⁹

Etapas	Fases
Constitutiva	• Preliminar • Recién casados
Procreativa	• Expansión • Consolidación y apertura
Dispersión	• Desprendimiento
Final	• Independencia • Disolución
- **Estructura familiar:** señalar la forma de organización e interacción, así como las funciones y roles de los miembros de la familia, las actividades de ésta como grupo y como subsistema, así como los niveles y complementariedad de autoridad (jerarquía). Mencionar cómo se da la diferencia entre los individuos y entre los subsistemas (límites), así como el espacio que cada cual ocupa en un determinado contexto (centralidad o territorio). Describir de manera gráfica y sencilla la organización de las actividades cotidianas del grupo (geografía) e identificar la presencia de asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más miembros (alianzas y coaliciones).
- **Detección de problemas emocionales:** mediante el esquema de las categorías familiares,³⁵ es posible una investigación consistente y progresiva de los aspectos mencionados en el cuadro 3-6.

Cuadro 3-6. Esquema de categorías familiares

1. Solución de problemas:	4. Expresión e involucramiento afectivo:
• Instrumentales • Afectivos	• Emociones de bienestar • Emociones de emergencia
2. Comunicación:	5. Autonomía
• Tipo • Patrones	6. Métodos de control de la conducta
3. Roles familiares:	7. Áreas de psicopatología
• Tradicionales • Idiosincráticos	

Cada una de estas situaciones es analizada, no sólo en la familia como unidad, sino también en los subsistemas que la conforman:

- Familia como unidad.
- Interacciones conyugales.
- Interacciones parentales.
- Interacciones centradas en el niño:
 - Relaciones paterno-filiales.
 - Relaciones fraternales.
- Funciones de la familia y los miembros fuera del hogar:
 - Con la familia extensa.
 - En las relaciones extrafamiliares.
 - En las relaciones laborales y escolares.
 - En actividades extracurriculares (clubs, iglesias, sociedades, etc.).

De esta manera, ya sea en la familia o en sus subsistemas, se debe investigar y observar la forma en que sus miembros abordan la solución de problemas; la forma en que expresan sus sentimientos; el tipo y patrones de comunicación; cómo asumen o asignan los diferentes roles operativos tradicionales o idiosincráticos; su capacidad para otorgar autonomía a sus integrantes; el control de la conducta, cuyos patrones pueden ser rígidos, flexibles, permisivo-negligentes o caóticos; y, finalmente, identificar las áreas psicopatológicas o del funcionamiento familiar contrarias al óptimo desarrollo de sus miembros. La exploración de las *categorías familiares* descritas permite una evaluación integral de los patrones transaccionales y de los tópicos conflictivos del sistema familiar.¹

- Funciones familiares que ameritan atención: señalar las características de las funciones familiares que se llevan a cabo, con especial énfasis en las que requieren mayor atención y que constituyen factores de riesgo: socialización, reproducción, estatus, protección y afecto.
- Evaluación del nivel socioeconómico:
 - **Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF):**³⁶ es un instrumento breve, sencillo en su aplicación, confiable y válido para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar. Considera cuatro variables que se miden en un rango de 0 a 3 puntos, según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta (cuadro 3-7).

Los intervalos de puntuación para evaluar el nivel de pobreza familiar son los siguientes:³⁷

- 0-03 Sin evidencia de pobreza familiar.
- 04-06 Pobreza familiar baja.
- 07-09 Pobreza familiar media.
- 10-12 Pobreza familiar alta.

Cuadro 3–7. Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF)

Dimensión	Indicador	Categorías de respuesta	Puntuación
Economía	Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo	3
		1 a 2 salarios mínimos	2
		3 a 4 salarios mínimos	1
		> 5 salarios mínimos	0
Educación	Número de hijos dependientes	> 3 hijos	3
		2 hijos	2
		1 hijo	1
		Ningún hijo	0
Educación	Escolaridad materna	Sin instrucción	3
		Primaria incompleta	2
		Primaria completa	1
		Posprimaria	0
Vivienda	Número de personas por dormitorio	> 5 personas	3
		4 personas	2
		3 personas	1
		1 a 2 personas	0

- Mediante el **método de Graffar** (figura 3–6)³⁸ se puede determinar el nivel socioeconómico familiar.
 - En la parte superior de la figura, las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5, y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.
 - Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la tabla de la figura 3–6.
- Las cuatro variables y su correspondiente puntaje se muestran en el cuadro 3–8.
- Evaluación del ámbito social familiar (cuadro 3–9):³⁹ de acuerdo con la evaluación anterior, se clasifica a la familia según su puntuación, de la siguiente forma:
 - Familia socialmente integrada: 171 a 290 puntos.

	A	B	C	D	
1					04–06: alto
2					07–09: medio alto
3					10–12: medio bajo
4					13–16: obrero
5					17–20: marginal
Figura 3–6. Método de Graffar.					

Cuadro 3–8. Variables y su puntaje en el método de Graffar

Profesión del jefe de familia	1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa 4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Nivel de instrucción de la madre	1. Universitaria o su equivalente 2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa 3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos) 4. Educación primaria completa 5. Primaria incompleta, analfabeta
Principal fuente de ingresos	1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar) 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales 3. Sueldo quincenal o mensual 4. Salario diario o semanal 5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)
Condiciones de la vivienda	1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias 2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias 3. Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias 4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias 5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias

- Familia socialmente marginada: 121 a 170 puntos.
- Familia con privación social: 0 a 120 puntos.
- Evaluación de la familia. El médico familiar, como orientador de la familia, cuenta con recursos que le permiten evaluar los problemas psicosociales de la familia, tanto desde el punto de vista estructural como del funcional.
 - Para la evaluación de la conformación estructural se puede utilizar la clasificación de la familia, la identificación de la etapa de su ciclo vital y el diseño de su genograma. De esta manera, el conocimiento de la estructura familiar contribuye a la obtención de datos como los roles intrafamiliares, características generales de cada uno de los integrantes del grupo familiar, relaciones afectivas y enfermedades que padecen.⁴⁰
 - La evaluación de la funcionalidad familiar requiere, por su parte, del empleo de instrumentos que pueden ser observacionales o de autoaplicación, los cuales tienen las siguientes características:⁴⁰
 - Los métodos observacionales proveen, según Gómez–Clavelina e Iriyoyen–Coria, una visión externa del fenómeno, y requieren de la participación de terapeutas cuya experiencia les permita valorar los patrones de interacción familiar. Los procedimientos para la aplicación

Cuadro 3–9. Evaluación del ambiente social familiar

		No	Sí
I. Ocupación e ingreso			
a.	El trabajo del proveedor es acorde con su preparación	0	10
b.	Los ingresos cubren las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, recreación, salud, etc.) de la familia	0	20
II. Escolaridad		No	Sí
a.	La escolaridad de los hijos es acorde con la edad	0	10
b.	El rendimiento escolar de los hijos es, en promedio,	Bajo 0	Medio 5 10
c.	La escolaridad promedio de la familia es superior a los 9 años escolares	0	10
III. Vivienda		No	Sí
a.	Es adecuada en relación a dormitorios y personas	0	10
b.	Se dispone de agua potable y luz eléctrica	0	10
c.	La basura se almacena y elimina adecuadamente	0	10
d.	Las excretas se eliminan de manera adecuada	0	10
e.	La fauna doméstica no afecta la salud familiar	0	10
IV. Acceso a servicios de salud		No	Sí
a.	La familia es derechohabiente de alguna institución de salud	0	10
b.	El hogar está situado cercano a servicios de salud	0	10
c.	El horario de trabajo de los padres permite acudir regularmente al servicio de salud	0	10
V. Alimentación		No	Sí
a.	La alimentación es suficiente en cantidad	0	10
b.	La alimentación es suficiente en calidad (balanceada)	0	10
c.	Los hábitos alimenticios son adecuados a las necesidades (desnutrición u obesidad)	0	10
VI. Recreación		No	Sí
a.	La familia tiene actividades recreativas en forma regular	0	10
b.	Las actividades recreativas fomentan la salud	0	10
c.	Los integrantes de la familia realizan algún deporte	0	10
VII. Cooperación con la comunidad		No	Sí
a.	La familia forma parte de algún comité comunitario o social	0	10
b.	La familia coopera con los proyectos comunitarios	0	10
c.	La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria	0	10
VIII. Autogestión en salud		No	Sí
a.	La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria	0	10
b.	La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud	0	10
c.	La familia promueve la participación de otras familias en el fomento a la salud	0	10

de estos métodos son la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación.

- Los instrumentos de autoaplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. De esta forma se obtiene información individual de cada uno de los inte-

grantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, acerca de los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc. Es posible obtener considerable información acerca de las funciones familiares cuando el paciente, al reportar un evento crítico, describe cómo es la comunicación entre los miembros de su familia, cómo se distribuyen al comer, dormir, salir de casa y compartir otras tareas. Ante esta circunstancia, y cuando es evidente la disfunción familiar, es necesario llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar. El problema surge ante la escasez de instrumentos para efectuar dicha actividad,⁴¹ no obstante que en la práctica médica se cuenta con toda una gama de pruebas para valorar la función de un órgano o tejido enfermo. Aunque existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. Entre los que se han utilizado se encuentran los siguientes:

- Índice de función familiar (Pless y Satterwhite).
- Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn).
- Clasificación triaxial de la familia (Tseng y McDermott).
- Modelo de McMaster.
- Escala de eventos críticos (Thomas Holmes).
- Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar (Salinas y col.).
- Escala de funcionamiento familiar (Espejel y col.).
- Apgar familiar (Gabriel Smilkstein).
- Círculo familiar (Thrower, Bruce y Walton).
- FACES (David H. Olson).
- Evaluación del subsistema conyugal (Chávez y Velazco).
- El **índice de funcionamiento familiar** de Pless y Satterwhite^{41,42} fue ideado para distinguir familias que requerían de apoyo terapéutico de las que no. Estima la función familiar por áreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, solución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad. Ha sido útil en el estudio del núcleo familiar del niño con trastornos psicológicos crónicos, pero limitado para su uso generalizado.
- Otro modelo que estudia el grado de interacción familiar es la **escala de evaluación familiar** de Beavers y Timberlawn,⁴⁴ que incluye las siguientes variables:
 - Estructura del poder familiar: poder, coaliciones, cercanía.
 - Mitología familiar: percepción de la realidad.
 - Habilidad de negociación.
 - Promoción de la autonomía: claridad, responsabilidad, invasividad, permeabilidad.

Cuadro 3–10. Eje I: dimensión histórica o longitudinal**a. Disfunción del desarrollo:**

1. Disfunción familiar primaria
2. Disfunción en la crianza de los hijos
3. Disfunción en la educación de los hijos
4. Disfunción de la familia madura
5. Disfunción de la familia que se contrae

b. Complicaciones y variaciones del desarrollo:

1. Familia interrumpida
2. Familia de un solo padre
3. Familia reconstruida
4. Familia crónicamente inestable

- Afecto familiar: expresividad, humor, conflictos, empatía.
- Esta escala ha sido empleada con éxito en estudios psiquiátricos para evaluar la conducta familiar con el propósito de cuantificar y clasificar los modelos interaccionales en familias incestuosas.
- La **clasificación triaxial de la familia**⁴⁵ es un sistema basado en tres fuentes de información, en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones del grupo familiar de la siguiente forma:

En el primer eje (aspectos del desarrollo familiar) (cuadro 3–10), las disfunciones descritas giran alrededor de la dimensión histórica de la familia; son aquellas alteraciones que ocurren como resultado de la incapacidad familiar para manejar adecuadamente las situaciones difíciles en cada una de las etapas de su ciclo vital. En la fase de recién casados, la disfunción familiar primaria puede darse por la incapacidad de la pareja para establecer un compromiso marital o por la existencia de expectativas poco realistas en cada uno de ellos que les dificultan adaptarse al proceso de acomodación mutua y a la reorganización que implica el vivir en unión.

*Ambos eran conscientes de tener tan pocas cosas en común,
que nunca se sentían más solos que cuando estaban juntos...*

Gabriel García Márquez (*Cien años de soledad*)

En este momento la pareja también enfrenta la tarea de separarse de sus familias de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y demás parientes políticos, lo cual puede dar lugar a disfunción. En la etapa procreativa, los problemas pueden presentarse por la inadecuada preparación de la pareja para adaptarse al nuevo rol de padres y por la dificultad para enfrentar nuevos compromisos emocionales y sociales. En la etapa de dispersión, los conflictos de la familia se enfocan a la diferenciación de

roles y a los problemas por la separación de los hijos. A los padres se les puede dificultar el desligarse de sus hijos y posteriormente restablecer su equilibrio marital y prepararse para el reencuentro que ocurre en la etapa familiar final, en la que, además, la disfunción puede darse por la incapacidad para afrontar la ancianidad y la soledad por la muerte de la pareja.

Las complicaciones y variaciones en el desarrollo del ciclo vital familiar ocurren por la presencia de eventos críticos tales como el divorcio o la separación de los padres, el fallecimiento de uno de los integrantes, la convivencia en el mismo hogar de hijos de distintos progenitores, así como la inestabilidad crónica de aquellas familias con cambios frecuentes de residencia o en las que uno de los progenitores permanece ausente o alejado por periodos prolongados, entre otras causas. Las dificultades se dan en el manejo de los sentimientos, el incremento de las funciones familiares, el establecimiento de nuevos roles y límites y la falta de consistencia y estabilidad en las vidas de cada uno de los miembros de la familia.

En el segundo eje se analizan las relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia. Es un enfoque a los problemas en los subsistemas familiares (cuadro 3–11).

- En el conyugal, las interacciones como pareja giran en torno a situaciones conflictivas inconscientes que pueden llegar a involucrar a toda la familia.
- En el subsistema paterno–filial, las dificultades se centran en uno de los padres, el hijo o en la interacción entre ambos.

Cuadro 3–11. Eje II: dimensión horizontal

a. Disfunción en el subsistema conyugal:

1. Disfunción complementaria
2. Disfunción conflictiva
3. Disfunción dependiente
4. Disfunción por desvinculación
5. Disfunción por incompatibilidad

b. Disfunción en el subsistema paterno–filial:

1. Reacción ante uno de los padres
2. Reacción ante uno de los hijos
3. Disfunción en la relación padre–hijo
4. Disfunciones triangulares

c. Disfunción en el subsistema fraterno:

1. Rivalidad destructiva
 2. Sobreidentificación o indiferenciación
 3. Coalición contra los padres
-

Cuadro 3–12. Eje III: dimensión global

-
- | | |
|----|--|
| a. | Disfunciones estructurales y funcionales |
| 1. | Familia de bajo rendimiento |
| 2. | Familia excesivamente estructurada |
| 3. | Familia patológicamente integrada |
| 4. | Familia desvinculada |
| 5. | Familia desorganizada |
| b. | Disfunciones sociales |
| 1. | Familia socialmente aislada |
| 2. | Familia socialmente desviada |
| 3. | Familia con un tema especial (mito, creencia, secreto) |
-

- La disfunción en el subsistema fraterno puede también extenderse o involucrar a otros miembros del grupo familiar y manifestarse entre los hermanos como rivalidad destructiva, sobreidentificación, indiferenciación entre ellos o como una coalición contra los padres.

La disfunción de la familia como sistema queda comprendida en el tercer eje, en el cual el grupo es analizado tanto en los aspectos estructurales y funcionales como en los sociales. Entre los primeros se registran las disfunciones en su organización, integración, límites entre individuos y entre subsistemas, división de roles, comunicación, desempeño de tareas cotidianas y atmósfera emocional. En cuanto al aspecto social, la disfunción familiar es vista como la manifestación del estilo de la familia con relación a otras (cuadro 3–12).

- El **modelo de McMaster** provee una visión global de la familia que permite comprender su estructura, organización y patrones transaccionales. Consta de la investigación de seis dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles familiares, expresión afectiva, involucramiento afectivo y control de la conducta.^{46,47}
- Solución de problemas: se refiere a la capacidad de la familia para resolver tanto los problemas instrumentales como los afectivos sin perder su funcionalidad. Los instrumentales están relacionados con actividades de la vida diaria tales como proveer dinero, alimento, vestido, vivienda, transporte, etc. Los afectivos están en función de las emociones y sentimientos. La solución efectiva de los problemas puede ser descrita en una secuencia de siete pasos:
 1. Identificación del problema.
 2. Comunicación del problema a la persona apropiada.
 3. Desarrollo de alternativas de solución.
 4. Elección de una alternativa de acción.
 5. Llevar a cabo la acción elegida.

6. Establecer un sistema de monitoreo de la acción.

7. Evaluar la efectividad del proceso de solución.

Se considera funcional a una familia cuando lleva a cabo los siete pasos, en tanto que la disfuncional es incapaz siquiera de identificar los problemas.

- **Comunicación:** es el intercambio de información instrumental o afectiva dentro de la familia. Se debe evaluar si es clara o enmascarada y si es directa o indirecta. La comunicación en la familia funcional es clara y directa.
- **Roles familiares:** son patrones de conducta repetitivos que cubren una función familiar y son definidos por la interacción entre los miembros de la familia. En el modelo se clasifican en necesarios y otros, tanto en el área instrumental como en la afectiva de las funciones familiares.
- **Expresión afectiva:** hace referencia al tipo de emociones o sentimientos de bienestar (cordialidad, ternura, apoyo, amor, consolación, felicidad y alegría) y emergencia (enojo, miedo, tristeza, decepción y depresión) que la familia permite que se expresen. La funcionalidad se da cuando la gama de respuestas es apropiada en cantidad y calidad con relación a los estímulos.
- **Involucramiento afectivo:** se han identificado seis estilos de involucramiento:
 1. Ausencia de involucramiento.
 2. Desprovisto de sentimiento.
 3. Narcisista.
 4. Empático.
 5. Sobreinvolucramiento.
 6. Simbiótico.

El compromiso afectivo que existe entre los miembros de la familia va de un extremo a otro de los estilos señalados y que representan situaciones disfuncionales. La opción más adecuada es el involucramiento afectivo empático.

- **Control de la conducta:** son los métodos que la familia adopta para el manejo de la conducta entre sus miembros. Suelen emplearse ante la presencia de situaciones de riesgo o peligro, para la expresión de necesidades psicobiológicas (comer, dormir, eliminación de desechos corporales, sexo y expresión de sentimientos) y para llevar a cabo conductas socializadoras internas y externas a la familia.

Pueden expresarse a través de cuatro estilos, de los cuales el más funcional es el flexible:

1. Rígido.
2. Flexible.

Cuadro 3–13. Calificación de eventos críticos. Escala de Holmes

De 0 a 149	No hay problemas importantes
150 a 199	Crisis leve
200 a 299	Crisis moderada
Más de 300	Crisis severa

3. *Laissez-faire*.

4. Caótico.

- En 1976, en el *Journal of Psychosomatic Research*, Thomas Holmes⁴⁸ presentó un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre que eran causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado. Esta **escala de eventos críticos** debe realizarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.³⁸

La escala de eventos críticos otorga una puntuación numérica a los cambios de vida a medida que van produciéndose. La puntuación depende de los efectos de los cambios sobre el individuo. Cuando los efectos de un acontecimiento o conjunto de sucesos individuales sobrepasan cierto umbral, puede producirse el suficiente estrés como para perturbar la función (cuadro 3–13).⁴⁹

Por ejemplo, según Holmes, el cambio más estresante en la vida es la muerte del cónyuge, a la cual le adjudica un valor de 100 puntos. Incluso los acontecimientos felices o positivos pueden ser estresantes, como el matrimonio, que tiene una puntuación de 50, o las vacaciones, con 13 puntos.

Recomendaciones para la elaboración de la escala:

- Anotar el nombre, edad, sexo y parentesco del paciente.
- Debe ser elaborada por el médico familiar.
- Explicar breve y sencillamente al paciente que la elaboración del cuestionario busca identificar hechos de la vida diaria que influyen en su problema de salud.
- Después de leer pausadamente cada uno de los eventos críticos de la escala, se señalan únicamente los que el paciente identifique como positivos (cuadro 3–14).
- La aplicación del instrumento denominado **modelo psicodinámico–sistémico de evaluación familiar**⁵⁰ evalúa la estructura de las relaciones intra-familiares desde una perspectiva trigeracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra. Consta de siete variables:

1. Tiempo de evolución: tiene relación con la capacidad de la familia para percatarse y enfrentar el conflicto o la aparición de la sintomatología en

Cuadro 3–14. Escala de eventos críticos de Thomas Holmes

Evento crítico	Valor
1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	63
4. Causas penales	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Pérdida del empleo	47
9. Reconciliación matrimonial	45
10. Jubilación	45
11. Cambios en la salud de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Nacimiento de un hijo	39
15. Reajuste en los negocios	39
16. Cambios en el estado financiero	38
17. Muerte de un amigo muy querido	37
18. Cambio a línea diferente de trabajo	36
19. Cambio de número de discusiones con la pareja	35
20. Hipoteca mayor	31
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23. Uno de los hijos abandona el hogar	29
24. Dificultades con los parientes políticos	29
25. Logro personal notable	28
26. La esposa comienza a (o deja de) trabajar	26
27. Inicia o termina la escuela	26
28. Cambio en las condiciones de vida	25
29. Revisión de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambio en los hábitos del sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13

Cuadro 3–14. Escala de eventos críticos de Thomas Holmes (continuación)

	Evento crítico	Valor
42.	Navidad	12
43.	Violaciones menores a la ley	11
Total		

alguno de sus miembros. Las familias muy disfuncionales tienden hacia la perpetuación de las dos situaciones.

2. Individuación en el sistema (familia de origen): esta variable hace referencia a la individuación que los actuales cónyuges establecieron con respecto a sus propios padres.
3. Individuación en el sistema (familia nuclear): como los patrones conductuales provienen de la internalización de las modalidades vinculares de la familia de origen, éstos tienden a “reeditarse” en la familia nuclear; en este punto debe existir congruencia en los patrones de interacción. De ahí la importancia de observar desde una perspectiva trigeracional.
4. Espectro coalición–colusión: se refiere a la interacción de la pareja exclusivamente. La coalición implica el funcionamiento en individuación, en tanto que la colusión representa una relación con una muy pobre delimitación de la identidad de los cónyuges. El conflicto conyugal puede evolucionar hacia la cronicidad o hacia la separación. Si se perpetúa en la primera, la sintomatología puede manifestarse a través de:
 - a. Enfermedad psíquica, somática o ambas en uno de los cónyuges.
 - b. Conflicto disfuncional permanente.
 - c. Enfermedad de uno de los hijos (triangulación).
5. Mecanismos de defensa: los mecanismos de defensa son procesos inconscientes, adaptativos e innatos, de naturaleza reguladora, cuya función es minimizar los cambios bruscos en los ambientes interno y externo. Se dividen en los de alto y bajo nivel. Los primeros giran alrededor de la represión, y pertenecen a individuos y a sistemas familiares que han alcanzado un adecuado desarrollo emocional, en tanto que los segundos corresponden a familias que muestran una estructura de naturaleza primitiva y proclive a la sintomatología, en virtud de la deficiente individuación.
6. Patrones de comunicación: son las reglas de interacción que gobiernan a un sistema familiar. Se inician desde las primeras etapas del desarrollo mediante un proceso de aprendizaje y se transmiten a través de las sucesivas generaciones. La manera como se da este proceso permite estimar clínicamente la tendencia dominante en el sistema familiar: hacia la progresión o hacia la detención.

7. Control de la conducta: es el proceso mediante el cual se vigilan las reglas de interacción observadas en la conducta manifiesta de los diferentes miembros del sistema familiar. ¿Quién, cómo y cuándo participa? Dicha conducta puede obedecer a patrones de naturaleza rígida, caótica, armónica, etc.

Las dos últimas variables se procesan como elementos observables directamente durante la entrevista y se utilizan para propósitos de corroboración de lo inferido en la aproximación psicodinámica de los rubros anteriores (2 a 5), lo cual alude a la congruencia del instrumento.

La utilización de este modelo de evaluación familiar supone un grado avanzado de entrenamiento en psicoterapia familiar; sin embargo, no sólo tiene implicaciones para la investigación en el campo de la misma, sino que puede enriquecer la práctica médica individual con una nueva perspectiva de análisis.

- Recientemente se han llevado a cabo trabajos de investigación sobre las características y funcionalidad de la familia empleando como instrumento de medición el **cuestionario de evaluación familiar** de Espejel y col.,⁵¹ el cual es resultado de varios diseños previos que se pilotearon en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Es un instrumento de alta confiabilidad que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, y consta de 40 preguntas que exploran las siguientes áreas de la estructura familiar:
 - Autoridad: evalúa la eficiencia de la autoridad de la familia. Considera como más funcionales a aquéllas en las que la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.
 - Orden: valora el manejo de los límites y los modos de control de conducta. Resultan más funcionales las familias con límites bien establecidos y respetados.
 - Supervisión: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamientos.
 - Afecto: indica cómo se dan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.
 - Apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.
 - Conducta disruptiva: determina la presencia de conductas no aceptadas socialmente, como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra forma emergente.
 - Comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de la familia.
 - Afecto negativo: valora la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

- **Recursos:** se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para utilizarlos y desarrollarse.

Esta escala de funcionamiento familiar se aplica a través de una entrevista abierta y dirigida, y requiere del entrevistador conocimientos suficientes sobre los conceptos teóricos y técnicos que fundamentan la estructura del cuestionario, además de calidad en su observación, sensibilidad, empatía y habilidad para obtener resultados precisos en la evaluación familiar.

- **El Apgar familiar**^{41,42,52,53} es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.

Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

Definición de los componentes del Apgar familiar (cuadro 3–15):

- **Adaptabilidad (*adaptation*)** o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- **Participación (*partnership*)** o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- **Crecimiento (*growth*)**: capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- **Afecto (*affection*)**: capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- **Resolución (*resolve*)**: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la

Cuadro 3-15. Apgar familiar

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con Ud. en la resolución de ellos?			
Crecimiento: ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?			

puntuación obtenida se pueden hacer las inferencias mostradas en el cuadro 3-16.

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

Existen otros cuestionarios que analizan la función familiar, probablemente con una mayor validez y confiabilidad, pero suelen constar de un número tan elevado de reactivos o requieren de un grado tan alto de capacitación técnica que son de difícil aplicación en la práctica diaria del médico familiar.

El Apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Además, no pretende sustituir la información que se obtendría de una entrevista familiar más extensa y especializada, que no es precisamente la labor del médico familiar.

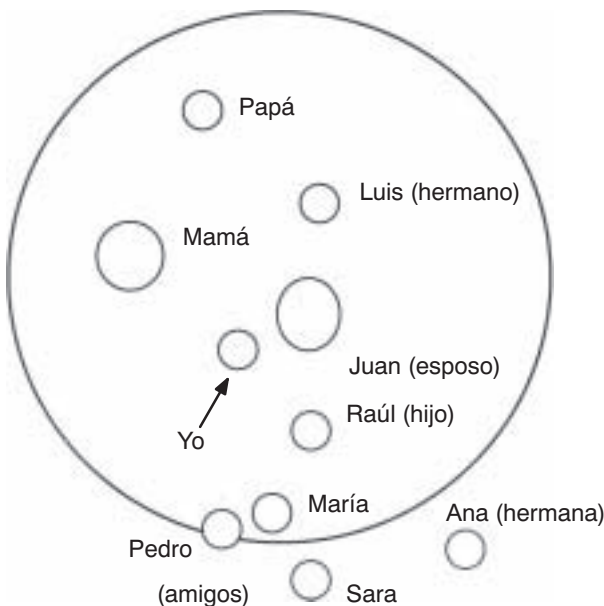
Cuadro 3-16. Calificación del Apgar familiar

Puntos	Evaluación
0 a 3	Familia altamente disfuncional
4 a 6	Moderada disfunción familiar
7 a 10	Familia funcional

- **Círculo familiar:**^{29,38} es un método gráfico, breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios de los miembros del grupo familiar en estudio. Permite hacer el diagrama de una familia como sistema abierto, ayudando al individuo que lo elabora a definir su concepto de familia. El método del círculo familiar muestra gráficamente los patrones de:
 - Cercanía y distancia.
 - Poder y toma de decisiones.
 - Alianzas familiares.
 - Separaciones y fusiones del espacio personal y las fronteras interpersonales.

El tamaño del círculo puede indicar la importancia de la familia para quien lo dibuja, y la distancia entre él y otros miembros refleja el grado de apego o alejamiento emocional. Otros elementos significativos, como amigos o mascotas, pueden ser incluidos si la persona siente que forman parte de la familia. Anotar la fecha de elaboración es muy importante, debido a que las relaciones pueden variar con el tiempo. El círculo puede ser complemento del genograma, ya que proporciona información adicional sobre la dinámica familiar.

Elaboración del círculo familiar (figura 3-7):



Mi esposo, mi hijo y yo somos los más importantes para mí. Mi mamá también lo es, la siento tan cercana como a mis amigos. Creo que estoy muy distanciada de papá y mis hermanos.
(20 de febrero de 1991)

Figura 3-7. Círculo familiar.

- a. Se indica a la persona o personas entrevistadas que el círculo de la hoja representa a su familia en la actualidad.
- b. Mediante otros círculos representará a todas las personas, familiares y amigos que sean importantes para él, incluyéndose a sí mismo.
- c. Los círculos representan personas. Pueden estar dentro o fuera del gran círculo, tocando el borde o alejados de él. Según su significado e influencia será su tamaño. Deben ser identificados con sus nombres y parentescos.

Completar el círculo requiere sólo de tres a cinco minutos, tras lo cual se inicia la discusión, en la que el papel del médico es hacer preguntas para obtener los puntos de vista de los entrevistados, así como definir dónde es conveniente efectuar algunos cambios. La evaluación tiene lugar cuando el médico pide al paciente o a la familia que explique o describa lo dibujado, y luego se dirige hacia:

- Patrones de comunicación y acercamiento.
- Espacio y fronteras personales.
- Jerarquía de poder y toma de decisiones.
- Intimidad y distancia.

Posteriormente se puede interrogar, con relación al dibujo, cómo le gustaría al entrevistado que fuese su grupo familiar. La principal desventaja de esta técnica es su dificultad de estandarización, así como el hecho de que resulta más difícil de interpretar que un genograma, aunque, por otro lado, el poco tiempo que requiere la hace un instrumento útil en la práctica diaria.

- **Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III):** FACES III es la tercer versión de *The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias.⁵⁴⁻⁵⁶ Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar:

- Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.
- Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.
- Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación, entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de autoaplica-

ción que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). La versión en español de Gómez-Clavelina y col. es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5, como se señala en el cuadro 3-17.

Aplicación: el cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permi-

Cuadro 3-17. FACES III

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
Describa su familia:				
☐	☐	☐	☐	☐
1.				
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
☐	☐	☐	☐	☐
2.				
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
☐	☐	☐	☐	☐
3.				
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
☐	☐	☐	☐	☐
4.				
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
☐	☐	☐	☐	☐
5.				
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
☐	☐	☐	☐	☐
6.				
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
☐	☐	☐	☐	☐
7.				
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
☐	☐	☐	☐	☐
8.				
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
☐	☐	☐	☐	☐
9.				
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
☐	☐	☐	☐	☐
10.				
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
☐	☐	☐	☐	☐
11.				
Nos sentimos muy unidos				
☐	☐	☐	☐	☐
12.				
En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
☐	☐	☐	☐	☐
13.				
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
☐	☐	☐	☐	☐
14.				
En nuestra familia las reglas cambian				
☐	☐	☐	☐	☐
15.				
Con facilidad podemos planear actividades en familia				
☐	☐	☐	☐	☐
16.				
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
☐	☐	☐	☐	☐
17.				
Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
☐	☐	☐	☐	☐
18.				
En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
☐	☐	☐	☐	☐
19.				
La unión familiar es muy importante				
☐	☐	☐	☐	☐
20.				
Es difícil decir quién hace las labores del hogar				

Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A (Universidad Nacional Autónoma de México).

Cuadro 3–18. Calificación de cohesión del FACES III

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

tiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

Calificación: la calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems noes. La de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en los cuadros 3–18 y 3–19, con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Suponiendo que, luego de sumar ambos puntajes del cuestionario, se obtienen calificaciones de 40 puntos para cohesión y 27 para adaptabilidad, éstas corresponden en la amplitud de clase del cuadro 3–18 a familias semirrelacionadas, y en el cuadro 3–19 a familias flexibles. De esta forma se puede tipificar a la familia estudiada como semirrelacionada/flexible.⁵⁷

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas con y sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos, según el cuadro 3–20.^{40,56,58}

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.

Una familia funcional sujeta a eventos críticos, tanto normativos como accidentales, es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus

Cuadro 3–19. Calificación de adaptabilidad del FACES III

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Cuadro 3–20. Clasificación de familias según el FACES III

		Baja ← Cohesión → Alta			
		Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Adaptabilidad ↑	Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada
Baja					

niveles de cohesión y adaptabilidad. Este modelo representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar.

- Un modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja es el instrumento de **evaluación del subsistema conyugal**.⁵⁹ Aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores (cuadro 3–21).

Sumando el puntaje total del cuadro 3–21, las disfunciones se califican como se muestra en el cuadro 3–22.

- Recursos familiares: por atención se entiende el hecho de responder a las necesidades de salud manifestadas por el paciente, en tanto que cuidado es la respuesta tanto a las necesidades expresadas como a las no expresadas, detectadas por el equipo de salud. Apoyo significa que se deben utilizar todos los recursos existentes al alcance de la familia para atenuar o resolver los problemas de salud identificados en cada grupo doméstico. El equipo de salud debe tener conocimiento de los recursos presentes tanto en la familia como en la localidad, para hacer uso de ellos oportunamente y coordinar su utilización cuando el caso lo requiera.⁶⁰

Los recursos familiares son las fuentes de apoyo intrafamiliares o extrafamiliares que la familia utiliza en la solución de los problemas que se presentan en la familia. Pueden ser de tipo social, cultural, religioso, económico, educativo y médico.

Cuadro 3–21. Evaluación del subsistema conyugal

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
I. Comunicación:			
a. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de roles:			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual:			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Afecto:			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. Toma de decisiones:			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

La capacidad de la familia para adaptarse o hacer frente a los eventos críticos depende grandemente de dichos recursos, los cuales se consideran efectivos si cuentan con las siguientes características:⁶¹

- Interacción social evidente de los miembros de la familia con grupos de amigos, centros sociales o deportivos, vecinos, grupos de alcohólicos anónimos, asociaciones de padres, guarderías, asilos, etc.
- Satisfacción cultural reconocida, especialmente en grupos étnicos bien definidos.
- Creencias religiosas que permitan experiencias espirituales satisfactorias.

Cuadro 3–22. Calificación de la disfunción del subsistema conyugal

0 a 40	Pareja severamente disfuncional
41 a 70	Pareja con disfunción moderada
71 a 100	Pareja funcional

- Adecuada educación de los miembros de la familia que les ayude a solucionar o comprender mejor los problemas que surgen por el estilo de vida establecido.
- Estabilidad económica suficiente para proveer una razonable satisfacción financiera y poder hacer frente a las demandas económicas de la vida diaria.
- Cuidados médicos disponibles a través de canales accesibles y que previamente hayan sido utilizados satisfactoriamente.

Se sabe que las familias con escasos recursos suelen ser disfuncionales y difícilmente logran salir de sus crisis.

Por otro lado, es posible que una familia pueda contar con recursos pero no hacer uso de ellos, por lo que en el manejo integral de las familias el médico familiar debe ser capaz de identificar dichos recursos y facilitar su utilización en el manejo de los problemas. La lista y las características de estos recursos deben elaborarse en función de los problemas detectados, los eventos críticos y los riesgos identificados en la familia, con la finalidad de que puedan ser sugeridos como alternativas de solución, de manejo o de apoyo para la misma familia.

Actividades médico–preventivas

- Participación en el programa de planificación familiar:
 - Método empleado.
 - Tiempo de utilización del método.
- Detección de padecimientos crónico–degenerativos, transmisibles o no: tuberculosis, desnutrición, diabetes mellitus, hipertensión arterial, fiebre reumática, infecciones por transmisión sexual, obesidad, cáncer cervicouterino, mamario y prostático.
- Acciones contra padecimientos transmisibles vulnerables por vacunación: sarampión, rubéola, tuberculosis, difteria, tos ferina, poliomielitis, tétanos.
- Detección y acciones contra padecimientos transmisibles: infecciones de vías aéreas, gastroenteritis, parasitosis intestinal, escabiasis, pediculosis, tiña, paludismo, dengue.
- Participación en programas integrados de salud. El éxito de la salud pública está relacionado con los programas específicos de prevención y control de enfermedades que cada vez son más eficaces y de mayor cobertura, gracias a la ampliación de los servicios de salud y al desarrollo de mejores técnicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas. La aparición de todo programa preventivo ha sido precedida por un avance tecnológico que se ha traducido en mejores niveles de salud. Por ejemplo, la campaña contra la viruela, por

Cuadro 3–23. Programas integrados de salud

Grupo de edad	Promo- ción de la salud	Nutrición	Prevención y control de enfermedades	Detección de enfer- medades	Salud reproduc- tiva
Niño de 0 a 9 años					
Adolescente de 10 a 19 años					
Mujer de 20 a 59 años					
Hombre de 20 a 59 años					
Adulto mayor de 60 años					

la vacuna de Jenner; la de la tuberculosis, por la estreptomycin y la isoniacida; la del paludismo, por el desarrollo de insecticidas eficaces; el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, por la técnica de Papanicolaou. Los programas de prevención y control han sido reordenados mediante agrupamientos lógicos en los programas integrados que concentran acciones preventivas específicas en grupos poblacionales (cuadro 3–23).⁶²

Algunas de las acciones que comprenden estos programas y en los que cada uno de los miembros de la familia deben participar son: incorporación a grupos de ayuda (desnutrición, violencia familiar, adicciones, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial), educación para el cuidado de la salud (accidentes y violencia, salud bucal, salud sexual, enfermedad prostática), prevención de enfermedades evitables por vacunación, prevención y control de enfermedades prevalentes (diarreicas, respiratorias agudas, caries), información para prevención del embarazo y vigilancia prenatal y puerperal, otorgamiento de métodos anticonceptivos, detección de enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de mama y cervicouterino).

Diagnóstico familiar

Así como el diagnóstico se obtiene mediante la utilización de las ciencias básicas y clínicas para verificar los síntomas y resolver los problemas, la *ecognosis*²⁷ tiene que ver con la formación de la conducta de enfermedad, es decir, implica determinar por qué un paciente se presenta con sus síntomas, cuándo lo hace, cuál es su estímulo iatrotrópico y por qué fallaron sus respuestas de adaptación al ambiente. Para hacerlo, el médico debe conocer las interacciones que existen entre el individuo y su familia y el modo en que estas interacciones afectan al proceso salud–enfermedad.

El diagnóstico integral de la familia surge del conocimiento del tipo y estructura familiar, fase del ciclo vital en que se encuentre, complicaciones del desarrollo, funciones, eventos críticos, recursos familiares y características de la funcionalidad familiar, entre otros. De la investigación de estos hechos es posible reconocer los factores de riesgo de la familia, alrededor de los cuales girará el trabajo del equipo de salud.

Detección y manejo de factores de riesgo

Lo único seguro en esta vida es la muerte... y el riesgo.⁶³

El riesgo siempre ha existido, es inherente a la vida, pero hoy en día se ha creado una cultura para evaluarlo y cuantificarlo, no necesariamente para eliminarlo, pero sí para tomar las decisiones que permitan prevenir daños.⁶³

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que ocurra un daño a la salud. En un sentido más restringido, este término es usado para indicar la posibilidad que tienen las personas expuestas a ciertos factores de riesgo de desarrollar un daño a su salud.⁶⁴

Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o accidente. Pueden ser los antecedentes o las condiciones actuales del paciente o su familia, que, sin ser o formar parte del padecimiento actual, se asocian o pueden asociarse con una evolución desfavorable del estado de salud del paciente o de su familia.⁶⁵ Estos factores son la característica cualitativa o cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad.

Pueden ser biológicos (edad y sexo), ambientales (calidad del agua, contaminación, etc.), socioculturales (educación, cultura, hábitos), económicos (ingresos, empleo) o estar relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, actividad física) o con los servicios de salud (oportunidad y calidad de la atención médica). Los factores de riesgo son observables e identificables antes de que ocurra el hecho que predicen; son específicos a un daño; cuando son modificables, esta característica es inversamente proporcional a la ocurrencia del daño (cuadro 3–24); son sinérgicos entre sí, ya que la unión de dos o más factores ocasiona mayor perjuicio que el que se esperaría con cada uno por separado. Un daño es la consecuencia de la interacción multifactorial de varios factores de riesgo, ya que, por ejemplo, la presencia del bacilo de Koch no es suficiente para que se produzca la tuberculosis: se requiere de la conjugación de otros factores, tanto del individuo como del ambiente y del agente para causar daño.

Los factores de riesgo son tanto los problemas que la familia identifica como aquéllos que el equipo de salud detecta, incluyendo los eventos críticos y los fe-

Cuadro 3–24. Factores de riesgo

Modificables	Dieta
	Sedentarismo
	Higiene
No modificables	Antecedentes familiares
	Edad
	Sexo

nómenos que pueden significar un riesgo para otro problema asociado. Por ejemplo: la hipertensión arterial es un factor de riesgo para la enfermedad isquémica del miocardio, la cual es factor de riesgo para el infarto, y éste, a su vez, para la muerte del paciente. Todos éstos son factores de riesgo para la salud integral familiar.⁶⁷ Algunos de los más poderosos factores de riesgo están relacionados con la conducta; algunos ejemplos los constituyen el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el manejo de vehículos sin cinturón de seguridad y la práctica de relaciones sexuales inseguras, entre otros.⁶⁴

*El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.*⁶⁶

A fin de ubicar a la salud como eje, debe cuestionarse y luego reformularse el paradigma centrado en la enfermedad, lo cual implica reforzar y renovar los conceptos de trabajo en equipo y de participación y responsabilidad de la población en su propia salud. Al hacer participar a la comunidad en la identificación y jerarquización de sus propios factores de riesgo individuales y colectivos, se obtiene un mayor conocimiento de sus problemas y, por ende, una tendencia a evitarlos o corregirlos. Asimismo, el enfoque de riesgo permite a los servicios de salud identificar y seleccionar a la población de alto riesgo a fin de intervenir oportunamente y brindar una atención prioritaria a aquéllos que así lo ameriten.

De esta manera, el manejo médico integral de la familia debe comprender las siguientes etapas relacionadas con los factores de riesgo:⁶⁷

- **Identificación:** mediante entrevistas, aprovechando la presencia en el consultorio de cualquier miembro de la familia o explorando el hábitat de la misma a través de visitas domiciliarias, es posible hacer un inventario de los factores de riesgo familiares que permita identificar la *ecognosis familiar*, es decir, establecer el grado de asociación entre el daño a la salud con los factores que la condicionan en el medio ambiente. La actualización de

Cuadro 3–25. Magnitud de los factores de riesgo

Magnitud	Calificación
a. Factor de riesgo determinante para la aparición del problema en la salud familiar	_____
b. Factor de riesgo condicionante para la aparición del problema de salud familiar	_____
c. El factor de riesgo puede asociarse a la aparición del problema o necesita combinarse con otros factores para ocasionar daño a la familia	_____
d. Factor de riesgo sin relación con el problema o no provoca daño en la salud familiar	_____

la información es permanente y debe captarse cualquier modificación de las variables de manera dinámica. Este proceso implica los siguientes aspectos:

- Detectar eventos críticos del desarrollo y accidentales.
- Elaborar un inventario de factores de riesgo.
- Identificar patrones de detección y solución de problemas en la familia.
- Evaluar la funcionalidad familiar.
- Evaluar los recursos familiares.
- Jerarquización: los factores de riesgo identificados deben asociarse con el problema o daño que potencialmente causarían a la salud familiar. Los parámetros de jerarquización son los siguientes:
 - Magnitud: indica el carácter de gravedad, urgencia o alto riesgo que el factor detectado puede ocasionar a la salud integral de la familia. Se debe priorizar el factor de riesgo por el cual la persona necesita ayuda. Los criterios para calificar este parámetro se muestran en el cuadro 3–25.
 - Trascendencia: al no ser atendido el factor de riesgo, se puede ocasionar daño a la salud familiar durante un periodo de tiempo dado. Los criterios para su calificación se muestran en el cuadro 3–26.

Una vez valorados cada uno de los factores de riesgo con los parámetros de magnitud y trascendencia, las calificaciones se suman para obtener un total de cada factor de riesgo para luego ser ordenados de mayor a menor puntuación. Por ejemplo, en una familia en fase de expansión se detectaron los factores de riesgo que se presentan en el cuadro 3–27.

Cuadro 3–26. Trascendencia de los factores de riesgo

Trascendencia	Calificación
a. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar durante el resto de la vida	_____
b. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar en forma prolongada	_____
c. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar en forma transitoria	_____
d. El factor de riesgo no repercute en la salud familiar	_____

Cuadro 3–27. Jerarquización de los factores de riesgo

Factor de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Total
Ocupación laboral de ambos padres	1	2	3
Embarazo	3	1	3
Desconocimiento del desarrollo normal de los hijos	2	2	4

Al jerarquizar estos factores de riesgo, quedaron en el siguiente orden:

- 1. Embarazo.
- 2. Desconocimiento del desarrollo de los hijos.
- 3. Ocupación laboral de ambos padres.

Con el fin de conocer las posibilidades que los servicios de salud tienen para actuar sobre ellos, así como la intensidad y dirección en que las acciones pueden realizarse, el siguiente paso es someter a los factores de riesgo ya jerarquizados a los parámetros de:

- Vulnerabilidad: es la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar los factores de riesgo (cuadro 3–28).
- Factibilidad: es la capacidad de impactar sobre los factores de riesgo con los recursos disponibles (cuadro 3–29).

Cada uno de los factores de riesgo calificados con estos parámetros se suma para obtener una puntuación final. Por ejemplo, con los factores de riesgo ya jerarquizados del caso anterior, se obtienen las puntuaciones del cuadro 3–30.

Con base en la calificación otorgada a cada uno de los factores de riesgo en magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, se establece la prioridad de atención según el siguiente orden:

- Embarazo (8 puntos).
- Desconocimiento del desarrollo de los hijos (6 puntos).

Cuadro 3–28. Vulnerabilidad de los factores de riesgo

	Calificación
a. Existen instrumentos técnicos y procedimientos específicos para abordarlos	_____
b. Existen procedimientos específicos que indirectamente inciden sobre el factor de riesgo	_____
c. Existen solamente procedimientos inespecíficos	_____
d. No existen procedimientos	_____

Cuadro 3–29. Factibilidad de los factores de riesgo

	Calificación
a. Se puede cancelar el factor de riesgo	_____
b. Se puede modificar el factor de riesgo	_____
c. Se pueden atenuar los efectos del factor de riesgo	_____
d. No se puede incidir sobre los factores de riesgo ni atenuar sus efectos	_____

- Ocupación laboral de los padres (5 puntos).

Los factores de riesgo con muy alta magnitud y trascendencia, pero con vulnerabilidad y factibilidad baja para su manejo en el primer nivel de atención, hacen que se considere su referencia oportuna a otro nivel de atención, no obstante lo cual el médico familiar deberá continuar con el manejo de los demás factores de riesgo de toda la familia.

“Ninguna técnica analítica, por más sofisticada que sea, podrá reemplazar a la experiencia y el buen juicio profesional en el manejo de riesgos”

J. P. Morgan

- **Objetivos:** una vez llevado a cabo el proceso anterior, se establecen objetivos a las actividades que en el primer nivel de atención se puedan realizar con base en los recursos disponibles de la familia. Por ejemplo, en la familia en fase de expansión mencionada anteriormente, se encontró que el factor de riesgo más importante fue el embarazo. En este caso, los objetivos iniciales serán:
 - Comprobar el embarazo por exploración física y/o laboratorio.
 - Atender integralmente a la embarazada y su familia.
 - Continuar con la atención del resto del grupo familiar.
- **Programa de actividades:** de acuerdo con los objetivos trazados y con base en los factores de riesgo detectados, el equipo de salud, conjuntamente con la familia, diseña un programa específico de atención, con las actividades tanto preventivas como asistenciales que habrán de realizarse. Como ejemplo, ver el cuadro 3–31.

Cuadro 3–30. Jerarquización de los factores de riesgo

Factor de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Total
1. Embarazo	2	2	4
2. Desconocimiento del desarrollo normal de los hijos	1	1	2
3. Ocupación laboral de ambos padres	1	1	2

Cuadro 3-31. Factor de riesgo: embarazo

Objetivos	Actividades
1. Comprobar el embarazo por exploración física y/o laboratorio	1. Definir si el embarazo es de bajo o alto riesgo y dónde será atendido el parto
2. Atender integralmente a la embarazada y su familia	2. Determinar si el embarazo es planeado y deseado
	3. Identificar las expectativas de la pareja respecto al embarazo y futuro hijo (sexo, salud, crianza, etc.)
	4. Realizar examen físico completo orientado al diagnóstico del embarazo
	5. Solicitar los estudios de laboratorio necesarios
	6. Cita con resultados, indicaciones higiénicas, dietéticas, suplemento de hierro y ácido fólico. Elaboración de notas médicas.
	7. Atención médica periódica a la embarazada
	8. Si el embarazo es no deseado o existen diferencias entre la pareja respecto al embarazo y futuro hijo, promover la aceptación tanto de uno como de otro, cualquiera que sean las expectativas

- Actividades preventivas: la medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida, promover la salud y la eficiencia física y mental. Está condicionada por la interacción de la tríada ecológica: agente, huésped y ambiente, y está dividida en prevención primaria, secundaria y terciaria.⁶⁹

Sabemos cómo reconstruir sobre el papel todas estas enfermedades porque hemos llegado a conocer sus componentes, su origen, su proceso.

Como esto es factible, entonces también debemos saber cómo llevar a cabo una labor preventiva de esos fenómenos.

L. Feder

- Una vez investigados los factores de riesgo en el periodo prepatogénico, deben aplicarse las medidas de prevención primaria para evitar que el estímulo de la enfermedad se produzca. Consta de dos niveles:
 - a. Promoción de la salud: no se dirige a una enfermedad específica sino al área de la salud en general, mediante la aplicación de medidas que permitan mantener o mejorar la salud y el bienestar del individuo y su familia. El equipo de salud y las familias mismas deben ser capaces de crear condiciones más favorables para evitar la presencia de trastornos tanto de orden biológico como psicológico y social en cada una de las etapas del ciclo vital familiar. Tales medidas consisten en:
 - Orientar al individuo en relación con sus funciones en la familia, el trabajo y la sociedad; sobre las medidas dietéticas adecuadas y la im-

portancia del ejercicio y la higiene personal. A la familia, insistir en su participación en actividades sociales, tanto recreativas como deportivas y culturales; acerca de los ajustes que debe efectuar al pasar de una etapa a otra de su ciclo vital y en cuanto a actividades que deben llevar a cabo en la fase de retiro, así como el apoyo a los padres en la fase familiar final.

- Promover en la pareja la planificación familiar y la educación sexual; los hábitos y costumbres sanos; la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los hijos, así como el saneamiento en lo referente a la potabilización del agua, la disposición adecuada de excretas, eliminación de basura, control de fauna nociva, mejoramiento de la vivienda y acerca de la distribución racional del ingreso familiar.
 - Capacitar a la familia en la vigilancia del estado de nutrición de sus miembros; la conservación, preparación y manejo higiénico de los alimentos; el sano crecimiento y desarrollo de los hijos; la correcta utilización de sus recursos; la aceptación de la dispersión de sus miembros y la muerte de cualquiera de ellos, entre otros múltiples aspectos de la vida diaria.
- b. Protección específica:** consiste en la aplicación de procedimientos y precauciones concretas para interceptar las causas de una enfermedad específica antes de que se presente. Esto se logra mediante:
- Examen médico periódico a todos los integrantes de la familia, aplicación de inmunizaciones, control de contactos de enfermedades transmisibles, asesoría genética, control prenatal y detección oportuna de enfermedades.
 - Capacitar a la familia en temas sobre la prevención de desnutrición, problemas bucodentales y el manejo higiénico de los alimentos y la vestimenta; sobre el embarazo, parto y puerperio y la exposición a agentes carcinogénicos y alergénicos; acerca de su participación en la prevención de tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías.
 - Orientar al individuo sobre los riesgos de trabajo y a la familia acerca de las medidas de protección contra accidentes en el hogar y de tránsito.
- El *periodo patogénico* comprende la fase de evolución de la enfermedad después de la interacción entre el estímulo y el huésped, en quien se producen cambios orgánicos y funcionales. Consta de dos etapas: la subclínica, en que los síntomas, cuando se presentan, son mínimos e inespecíficos, y la clínica, en la que se reconoce una variada gama de signos y síntomas que pueden dejar secuelas. En este periodo la **prevención secundaria** se lleva a cabo mediante:
- a.** El principio del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno se basa en que, entre más pronto se diagnostique una enfermedad, más fácil y mejor

será el tratamiento para el individuo afectado. Asimismo, es mayor la probabilidad de impedirla entre sus familiares. El equipo de salud y la familia deben ser capaces de detener el proceso de la enfermedad, prevenir su propagación, complicaciones, secuelas e incapacidad prolongada, lo cual puede llevarse a cabo a través de:

- Detectar oportunamente malformaciones congénitas, desnutrición, padecimientos transmisibles y alérgicos, malos hábitos de higiene bucal y situaciones disfuncionales familiares, entre otras muchas actividades.
 - Capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios de salud y sobre su participación en la detección de signos y síntomas específicos.
 - Tratar inmediatamente los casos descubiertos en los primeros estadios de la enfermedad.
- b. Limitación del daño:** cuando el diagnóstico se ha obtenido tardíamente, se debe evitar que la enfermedad continúe deteriorando, y prevenir o retardar las secuelas de padecimientos clínicamente avanzados. Para ello es necesario:
- Ofrecer un tratamiento adecuado.
 - Referir oportunamente a otro nivel de atención sin perder la interacción con el individuo y su núcleo familiar.
 - Capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos de salud.
 - Proveer facilidades para limitar el daño y prevenir la muerte.
- No obstante que la enfermedad haya evolucionado hasta los últimos estadios del periodo patogénico, con secuelas y/o incapacidad parcial o total, aún es posible tomar medidas preventivas a través de la **prevención terciaria**. Este nivel refiere al proceso de rehabilitar física, psicológica y socialmente al paciente, y en la medida de lo posible a su familia, de manera que aquél pueda adaptarse a las condiciones de vida de ésta.

En este nivel, el equipo de salud debe ser capaz de reintegrar al individuo como elemento útil a su familia y a la sociedad; obtener el máximo provecho de sus facultades residuales y evitar que se convierta en una carga para su grupo familiar.

Este nivel comprende:

- El uso de instalaciones institucionales y comunitarias para el reentrenamiento y educación del paciente.
- Terapia ocupacional.
- Educación y sensibilización a la comunidad para la creación de fuentes de trabajo para el empleo del rehabilitado.
- Adaptación del hogar de acuerdo a las posibilidades y a la capacidad residual del paciente para que pueda llegar a valerse por sí mismo.

- Capacitar y orientar a la familia en el manejo del paciente crónicamente enfermo o incapacitado. De ser necesario, recurrir a la psicoterapia familiar.
- Evolución y evaluación periódica: la valoración de la calidad y efectividad de las acciones realizadas mediante citas programadas y visitas domiciliarias permite evaluar el grado de avance en el cumplimiento de metas y el impacto de las actividades en la disminución de los problemas de salud que se planeó resolver. Los resultados de esta evaluación deben ser utilizados como marco de referencia para actualizar, continuar o modificar el programa de actividades. A nadie se da de alta, pues cuando un paciente ha sanado, se establece una vigilancia epidemiológica y se continúan atendiendo los factores de riesgo de él y su familia. Esta continuidad en la atención es una característica de la práctica de la medicina familiar, aunque es más frecuente encontrarla en los padecimientos crónicos que demandan una asesoría constante para el paciente y para sus familiares.⁷¹

El equipo de salud (grupos operativos): la atención médica integral incluye aspectos del orden físico, emocional y social, tanto curativos como preventivos, dirigidos al individuo, su familia y a la comunidad. Requiere de la participación de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario de profesionales de la salud, quienes, mediante un adecuado proceso de interacción, proporcionan perspectivas complementarias de conocimientos, actitudes y habilidades dentro de un marco de trabajo que permite centrar la atención sobre las necesidades totales del paciente y su núcleo familiar.² Se requiere, además, de una completa comprensión del proceso salud-enfermedad, concebido no como simples estados opuestos, sino como grados diversos de equilibrio entre el organismo y el medio en que vive.

La estructura y composición de tales equipos de salud puede variar según las necesidades de la población a la que se atiende; sin embargo, generalmente están conformados por médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, a quienes se deben sumar los miembros de la comunidad organizados en comités de salud.

El trabajo eficiente de los equipos de salud se traduce en:

- Reducción de cargas de trabajo, lo cual permite contar con mayor tiempo para escuchar y examinar mejor al paciente y sus familiares y llevar a cabo labores extramuros.
- Mejor supervisión y manejo de ciertos padecimientos, sobre todo los transmisibles y prevenibles mediante actividades médico-preventivas.
- Mayor tiempo para el análisis de casos familiares, identificación y jerarquización de factores de riesgo que permitan encontrar estrategias de solución para brindar mejor atención y lograr mayor cobertura.

Comentarios

En este apartado se exponen los puntos de vista del médico relacionados con la familia tratada, tanto si es por primera vez como en subsecuentes entrevistas. Se señalarán aspectos relevantes sobre su evolución, pronóstico y toda la información que complemente lo anteriormente expuesto.

CONCLUSIÓN

Hoy en día la gente busca y requiere de un cuidado médico integral más centrado en las personas que en los problemas, de alta calidad y comprensiva, que sustituya aquella atención fragmentada e impersonal que hace del ser humano un “objeto” de estudio y no un “sujeto” de análisis y que es producto, en múltiples ocasiones, de conductas y actitudes reduccionistas. La atención médica de nuestros días se enfrenta al reto de combinar el humanismo con el creciente caudal de conocimientos biomédicos, de tal manera que el empleo de métodos altamente tecnificados, diagnósticos o terapéuticos, sea sólo parte del enfoque de la persona como un todo y no un fin en sí mismo. El incesante avance científico y tecnológico, lejos de someter el quehacer médico, debe permitir al médico brindar una atención integral que incida no sólo sobre la enfermedad, sino preponderantemente sobre la salud del individuo y su familia.

La familia forma parte del equipo de salud, y su participación resulta fundamental e indispensable para el logro y mantenimiento de su estado de salud, ya que, según Freud, “*lo que cura no es sólo lo que el médico hace al paciente, sino lo que médico y paciente hacen mutuamente*”. Además, la familia no es sólo fuente potencial de enfermedad, sino también un excelente recurso para prevenir, curar y rehabilitar.

De no lograrse la integración familiar al equipo de salud ni el reemplazo de la atención médica netamente biologicista y reduccionista por aquélla de alta calidad, tanto científica como humanística, entonces las acciones resultarán estériles y causarán frustración en quien intenta realizarlas y enfermedad, invalidez o muerte para quien debe recibirlas.

REFERENCIAS

1. **Murata PJ, Kane RL:** Who is the family doctor? Relating primary care to family care. *J Fam Pract* 1989;29:299–304.
2. **Medalie JH:** Dimensiones de la medicina y la práctica familiares. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:23–41.

3. **Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI:** Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Sanit Panam* 1985;98:144–155.
4. **Lerner S:** La familia como elemento integrador en los estudios y políticas de población. *Salud Pública Méx* 1989;31:185–191.
5. **Serani MA, Burmester GM:** Ética, historia clínica y datos informatizados (aspectos epistemológicos, antropológicos y éticos). En: Polaino–Lorente A: *Manual de bioética general*. Madrid, RIALP, 1994:291–297.
6. **Shahady EJJL:** La enseñanza de los principios de la medicina familiar. *Rev Intern Med Fam* 1982;2:5–7.
7. **Cueli J:** Aspectos psicológicos de la relación médico–paciente. En: Instituto Mexicano del Seguro Social: *Manual didáctico para pasantes de medicina en servicio social*. México, IMSS, 1983:13–29.
8. Norma Oficial Mexicana NOM–168–SSA1–1998 del expediente clínico. México, Secretaría de Salud.
9. **Huerta–González JL:** *Guía para la elaboración de la historia clínica familiar*. 3ª ed. México, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, San Luis Potosí, El Hospital, 2001.
10. **Burgos VR:** *Repercusión social en México de las afecciones reumáticas. Epidemiología de las enfermedades reumáticas*. Fascículo No. 3. Academia Nacional de Medicina, 2001.
11. **Medalie JH:** La etapa de la edad adulta. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:215–249.
12. **McWhinney IR:** *Medicina de familia*. Barcelona, Mosby/Doyma, 1995.
13. **Frugé E, Crouch M, Bray J:** Dinámica y salud familiares. En: Rakel RE: *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. España, McGraw–Hill–Interamericana, 2000: 33–51.
14. **Irigoyen–Coria A et al.:** Fundamentos teóricos del Índice Simplificado de Marginación Familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(3):89–95.
15. **Pérez–Padilla JR, Regalado–Pineda J, Morán–Mendoza AO:** La inhalación doméstica del humo de leña y otros materiales biológicos. Un riesgo para el desarrollo de enfermedades respiratorias. *Gac Med Mex* 1999;135(1):19–29.
16. **Jinich H:** El expediente clínico orientado por problemas. *Rev Fac Med UNAM* 1996;39(2): 55–58.
17. **Pyeritz RE:** Antecedentes familiares y factores genéticos de riesgo. Hacia el futuro. *JAMA* 1998;6(7):254–255.
18. **Mujeres de 20 a 59 años.** Guía técnica 2002. Programas Integrados de Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
19. **Hombres de 20 a 59 años.** Guía técnica 2002. Guías para el Cuidado de la Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
20. **Adultos mayores de 59 años.** Guía técnica 2002. Guías para el Cuidado de la Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
21. **Rakel RE:** *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. Madrid, McGraw–Hill–Interamericana, 2000.
22. **Jinich H:** *El paciente y su médico*. Vol. 1. 1ª ed. México, JGH, 1997.
23. **Rogers JC, Spann SJ:** Solución de problemas en medicina de familia. En: Rakel RE: *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. España, McGraw–Hill–Interamericana, 2000:114–128.
24. **Spann SJ:** Epidemiología clínica y toma de decisiones en medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC/CIMF, 1997:29–35.

25. **Jinich H:** *El médico ante el paciente. 28 casos para autodescubrimiento*. 1ª ed. México, Academia Nacional de Medicina, Intersistemas, 2002.
26. **Huerta-González JL:** *Estudio de la salud familiar. PAC Medicina familiar-1*. 1ª ed. México, Intersistemas, 1999.
27. **McWhinney IR:** *An introduction to family medicine*. 1970.
28. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A. C.: *Guía de estudios. Examen de certificación en medicina familiar*. México, 2003.
29. **Rakel RE:** *Textbook of family practice*. 4ª ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1990.
30. **Diamond G:** Family therapy. *Aust Fam Physician* 1986;15:1001-1007.
31. **Jolly W, Fromm J, Rosen MG:** The genogram. *J Fam Pract* 1980;10:251-255.
32. **Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G:** Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;377-388.
33. **Gómez-Clavelina FJ et al.:** Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(1):13-20.
34. **Velasco ML, Sinibaldi JF:** *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México, El Manual Moderno, 2001.
35. **Epstein NB, Sigal JJ, Rakoff V:** *Family categories schema*. The Family Research Group of the Department of Psychiatry, Jewish General Hospital, Montreal, in collaboration with McGill University Human Development Group Study.
36. **Ponce-Rosas R et al.:** Validez de constructo del índice simplificado de pobreza familiar (ISPF). *Arch Med Fam* 2002;4(1):6-12.
37. **Ponce-Rosas:** Comunicación personal, 19 de mayo de 2003.
38. **Vedelei A, Carpio C, Brandt ZB, Martins MJ, Comps:** *Registros médicos en los programas de medicina familiar en Venezuela*. VIII Simposio de Medicina Familiar. México, noviembre de 1990.
39. **Irigoyen CA, Romero VR, Medina NM:** Clasificación de familias, prioridad a investigar en medicina familiar. *Rev Med IMSS (Méx)* 1991;29:365-368.
40. **Gómez-Clavelina FJ et al.:** Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-57.
41. **Smilkstein G:** Assessment of family function. En: Rosen GM: *Behavioral science in family practice*. Appleton Century-Crofts, 1980.
42. **Smilkstein G:** The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6:1231-1239.
43. **Pless IB, Satterwhite B:** A measure of family functioning and its application. *Soc Sci Med* 1973;7:613-261.
44. **Madonna PG, van Scoyk S, Jones DP:** Family interactions within incest and nonincest families. *Am J Psychiatry* 1991;148:46-49.
45. **Tseng WS, McDermott J:** Triaxial family classification. *J Child Psychiatry* 1979;18:22-43.
46. **Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS:** The McMaster family assessment device. *J Marital Family Ther* 1983;9:171-80.
47. **Epstein NB, Bishop DS:** Problem centered systems therapy of the family. In: Gurman AS, Kniskern DP (eds.): *Handbook of family therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1981.
48. **Holmes TH, Rahe RH:** The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1976;2: 213-218.
49. **Hennen BK:** El ciclo vital de la familia y la orientación anticipada. En: Shires DB, Hennen BK: *Medicina familiar. Guía práctica*. 1ª ed. USA, McGraw-Hill, 1980:28-34.
50. **Salinas JL, Pérez MP, Viniegra L, Barriguete JA, Casillas J et al.:** Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. *Rev Inv Clín* 1992;44:169-186.

51. **Espejel-Aco E, Cortés JF, Ruiz-Velasco VM:** *Manual para la escala del funcionamiento familiar*. México, Instituto de la Familia, A. C., 1996.
52. **Smilkstein G, Ashworth C, Montano D:** Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract* 1982;15:303–311.
53. **Bellón SJ, Delgado SA, Luna CJ, Laedelli CP:** Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria* 1996;18(6):289–296.
54. Family functioning: family adaptability and cohesion scale III (FACES III). En: Mendes F, Relvas AP, Lorenzo M, Reccio JL, Pietralunga S *et al.*: *Family relationships and primary prevention of drug use in early adolescence*. España, IREFREA, 1999:101–105.
55. **Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS:** Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Fam Proc* 1979;18:3–28.
56. **Olson DH:** Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Fam Proc* 1986;25:337–351.
57. **Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A:** Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. igc@servidor.unam.mx.
58. **Gómez-Clavelina FJ *et al.*:** Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales).
59. **Chávez AV, Velasco OR:** Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev Méd IMSS* 1994;32:39–43.
60. **González C:** Bases para una metodología de trabajo en medicina familiar. *Rev Internal Med Fam* 1982;2:12–18.
61. **Frankel BL:** The physician–patient relationship. En: Wiener JM: *Behavioral science*. Pennsylvania, John Wiley and Sons, 1987:183–192.
62. **Niños, adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores.** Guía práctica 2002. Programas Integrados de Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
63. **Valle S:** *El Economista*, jueves 16 de noviembre de 2000:8.
64. **Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH:** *Clinical epidemiology. The essentials*. 3ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
65. **Gutiérrez GN, Aguilar ME, Viniegra VL:** Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Rev Med IMSS* 1999;37(3):201–210.
66. **Narro RJ:** Medicina familiar. En: Soberón G, Kumate J, Laguna J: *La salud en México, testimonios 1988. Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro*. México, Fondo de Cultura Económica, 1989:239–252.
67. **Garza ET, Saavedra JA:** *Salud mental–dinámica familiar*. México, Secretaría de Salud, 1988, serie APRISA Nº 2.
68. **Beteta PE, Cano GE, Carrasco PJ *et al.*:** Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Edu Méd Salud* 1992;26:298–425.
69. **Leavell HR, Clark EG:** *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3ª ed. USA, McGraw–Hill, 1965.
70. Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación: *Los retos del próximo milenio*. México, Buena Tinta, 1995.
71. **Chávez-Hernández:** *Introducción a la medicina familiar*. México, Editorial Universitaria Potosina, 1992.

Consideraciones terapéuticas en medicina familiar

Ya sea para hablar de salud o de enfermedad, la unidad mínima de estudio es la familia.¹ De ahí que la atención médica en nuestros días deba enfocarse no sólo a las acciones curativas, sino también a las preventivas, tanto del paciente como de su familia, en forma continua y de acuerdo con las características y factores de riesgo encontrados en cada etapa del ciclo vital familiar. Debe tomar en cuenta, asimismo, los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del proceso salud–enfermedad.

En 1940, Sir McFarlane Burnet esquematizó en su modelo de la historia natural de la enfermedad los elementos que intervienen en la etiología y curso de la enfermedad en un individuo, e identificó en este esquema dos periodos (figura 4–1):

- Prepatogénico, que se lleva a cabo en el medio ambiente, antes de que el huésped se vea afectado.
- Patogénico o curso natural de la enfermedad.

Si la salud ha sido definida como el completo estado de bienestar físico, mental y social, entonces la enfermedad implica la pérdida de ese bienestar mediante un proceso dinámico que resulta de la interacción entre agente, huésped y medio ambiente. De esta interacción resulta una serie de cambios que, si bien en forma natural pueden retornar nuevamente al estado de salud del paciente, también pueden llevarlo a un estado de cronicidad, incapacidad o a la muerte. Este proceso nocivo debe ser interrumpido tan pronto como sea posible mediante la aplicación de los niveles de prevención, que fueron integrados de manera complementaria al esquema de la historia natural de la enfermedad por Leavell y Clarck.²

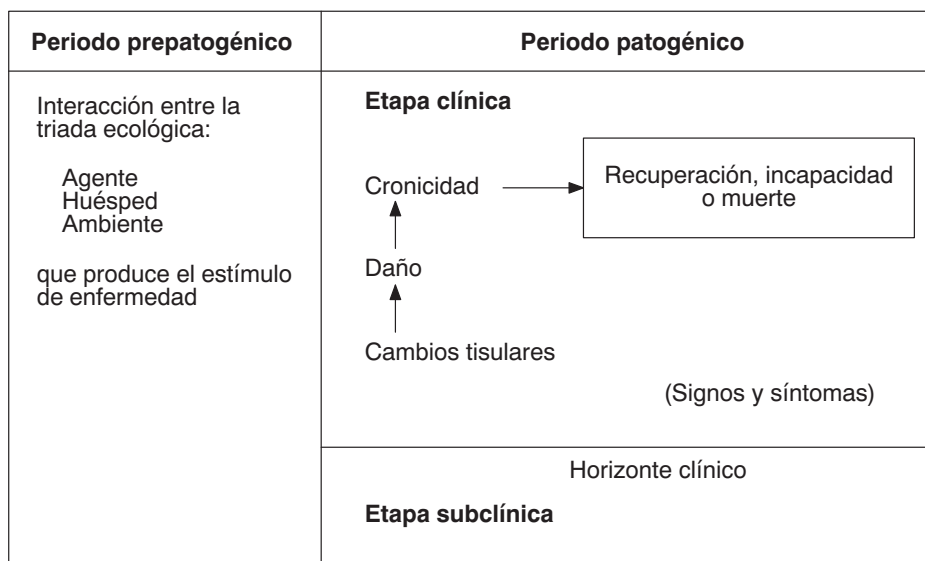


Figura 4-1. Historia natural de la enfermedad.

Las medidas preventivas más efectivas serán aquéllas que se apliquen a la familia en su conjunto y cuando el proceso se encuentre en estadios iniciales o aún no se presenten síntomas.

De acuerdo con la historia natural de la enfermedad, la familia, por ser un sistema abierto en constante interacción, es considerada el huésped, y puede presentar síntomas al alterarse su homeostasis por medio de estímulos tanto biológicos como psicológicos o socioculturales. Sin embargo, mientras se encuentre en el periodo prepatogénico, puede ser considerada como una familia funcional.

El intento por mantener la homeostasis familiar sometida a presiones por los factores mencionados puede ocasionar la aparición de síntomas en uno o varios de los integrantes de la familia, así como la presencia de elementos de disfuncionalidad en el grupo. De esta forma, las familias disfuncionales presentan alteraciones tanto en la identificación y solución de sus problemas como en la expresión e involucramiento afectivo, comunicación, roles, autonomía, control de la conducta, etc. La familia disfuncional, considerada como huésped, pasa primero por una etapa subclínica de patogénesis temprana, y luego de rebasar el horizonte clínico presenta síntomas que pueden evolucionar hasta diferentes grados de invalidez o a la muerte, que en este caso implicaría la disolución del grupo familiar. En cada una de las etapas de la historia natural de la enfermedad existe la posibilidad de que la familia recupere su funcionalidad, ya sea por medio de la intervención de agentes externos o por situaciones internas del mismo grupo familiar. El

foco principal de la terapia familiar incide directamente sobre el contexto de un problema particular y sobre las interacciones que tienen lugar entre el paciente, la familia y el medio ambiente inmediato.

NIVELES DE ATENCIÓN FAMILIAR

Las acciones que el médico familiar puede llevar a cabo con la familia corresponden a los siguientes niveles de atención: **educación, orientación y terapia familiar**.³ La intervención en cualquiera de estos niveles requiere de una cuidadosa evaluación y selección de casos, así como de un adecuado entrenamiento de quienes han de intervenir, ya que la actuación terapéutica está más en función de la capacidad y preparación profesional del terapeuta que del lugar que el conflicto ocupe en el esquema de la historia natural de la enfermedad, es decir, de su grado de severidad.

- El objetivo de la **educación** es proporcionar al paciente y su familia conocimientos sobre sí mismos y sus funciones, así como habilidades prácticas acerca de aspectos específicos tales como el manejo instrumental de problemas de salud, planificación familiar, conocimiento de los elementos básicos de un problema y estrategias para su solución, entre otras, lo cual les permitirá darse cuenta de sus posibilidades, responsabilidades y riesgos. Esto constituye una labor de promoción de la salud y de prevención primaria específica que debe brindarse en cada encuentro, lo cual es una característica de la continuidad en la atención. Por ser un nivel de intervención amplio, puede llevarse a cabo con grandes grupos y con la participación de todo el equipo de salud.

No se requiere un conocimiento especial del desarrollo de la familia o de sus reacciones frente a los eventos críticos, aunque sí resulta de mucha importancia estar atento a las preguntas y preocupaciones del grupo familiar.

- La **orientación** es un proceso que permite ayudar a los individuos y sus familias a definir e identificar conflictos en sus relaciones, reconocer la importancia de la interacción familiar, promover alternativas de solución y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar sus conflictos. El orientador no posee todas las respuestas ni debe permitir que la familia busque obtenerlas todas de él; por ello se requiere que las familias sean capaces de identificar sus problemas y cuenten con iniciativa y capacidad de solución.

Este nivel de atención es útil a los grupos de población en riesgo a través de orientación unifamiliar o multifamiliar acerca de sus problemas comunes o particulares, por ejemplo, familias con niños con retraso mental, defi-

ciencias perceptuales o trastornos del aprendizaje, entre otros, que invariablemente repercuten en la dinámica familiar y, en forma circular, sobre el problema del niño. Asimismo, resulta de provecho para la detección y tratamiento oportuno de niños con problemas como el control de esfínteres, retraso escolar, farmacodependencia, etc. Un valor importante de la práctica en este nivel se encuentra en la prevención terciaria, sobre todo en aquellas situaciones en que la participación del grupo familiar resulta definitiva para la limitación del daño del paciente.

El orientador utiliza métodos dirigidos principalmente hacia los aspectos conscientes de la familia en busca de alguna meta.

- **Terapia familiar:** la intervención psicoterapéutica propiamente dicha se da sobre los aspectos conscientes e inconscientes de los miembros de la familia. Está indicada cuando después de una cuidadosa evaluación funcional de la unidad familiar, del nivel de satisfacción y bienestar del grupo, se considera que el sufrimiento de la familia y su disfuncionalidad son causas directas del trastorno sintomático en uno o más de sus integrantes, quienes expresan así el sufrimiento grupal. La terapia familiar también está indicada cuando el problema de salud en uno de los miembros provoca en el grupo tal situación crítica que da lugar a disfuncionalidad y sufrimiento severo, lo cual amerita la intervención a fin de recuperar la funcionalidad y el bienestar del núcleo familiar. Es un método de tratamiento que se da por medio de reuniones regulares entre el terapeuta y el grupo familiar, con el propósito de promover nuevas conceptualizaciones sobre los conflictos presentes y buscar conjuntamente formas nuevas de resolver dichos conflictos.⁴ Según Ackerman, es una terapia de la interacción entre individuos, no una terapia de los individuos. La terapia familiar es una habilidad adicional y complementaria de la práctica médica general,⁵ y da a quienes la practican una importante ventaja sobre otros médicos y profesionales en el cuidado de la salud.⁶ Su base filosófica radica en que los problemas emocionales y de conducta deben considerarse más allá del enfoque individualista, tomando en cuenta las interacciones del paciente con su familia y el medio que los rodea,⁵ ya que la teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales.⁷

En las familias disfuncionales, los intentos ineficaces de solución a problemas y conflictos crean disputas circulares e improductivas y causan síntomas psicológicos o somáticos en uno o varios miembros del grupo familiar.⁴ La psicoterapia familiar, según Ackerman, es un método especial de tratamiento de estos desórdenes emocionales que tiene como ámbito de intervención a la familia y cuyo objetivo no es eliminar síntomas ni adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar, sino más bien crear una

nueva manera de vivir, convirtiendo a la familia en un sistema de interacciones que promueva el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus miembros.

El tipo de terapia familiar depende de las características de cada familia. Una familia de clase sociocultural baja, con poca capacidad de introspección, bajo nivel de inteligencia y un estilo práctico y concreto de enfocar su vida, responderá mejor a una terapia directiva y manipulatoria, ya que sólo asistirá a las sesiones si las ve como un proceso con aplicaciones y resultados prácticos. En cambio, una familia con mayor grado de inteligencia e introspección, de clase social media o alta y con capacidad de autonomía, aprovechará mejor una terapia que incluya más elementos interpretativos y menos dirección y manipulación.⁴

El nivel de intervención del médico familiar, por su formación académica, se ubica en el de orientación familiar, y su intervención, cuando se realiza, resulta de gran importancia para definir alternativas de manejo en el ámbito de la familia, o, en su caso, para referir oportunamente al terapeuta familiar.^{8,9}

EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Aunque Olson (referido por Gómez)¹⁰ menciona que cualquier intervención terapéutica dirigida al sistema familiar más que a las personas merece el nombre de terapia familiar, el simple hecho de reunir a toda la familia en un consultorio dista mucho de serlo; tampoco lo es regañar o culpar a determinados miembros de la familia frente al paciente ni brindarles bienintencionados consejos, compartir secretos o favorecer alianzas o complicidades con un solo integrante de la familia, ya que se estaría practicando una terapia individual y necesariamente un alejamiento del resto del grupo. En ocasiones, el inicio terapéutico con un solo miembro de la familia, tratado como un ente aislado y desvinculado de su contexto dinámico familiar, es un proceso potencialmente productor de perjuicio que podría calificarse como iatrogénico, tanto en el ámbito familiar como del individuo mismo.¹¹

*Siempre es necesario escuchar
ambos lados de la historia.*

Phil Collins

El terapeuta, en primer lugar, aclara e interpreta junto con la familia los elementos de un conflicto y define así la participación activa o pasiva que todos los miembros del grupo tienen en dicho conflicto. Posteriormente verifica con todos ellos

y descubre el grado de conformidad o ganancia primaria o secundaria que cada uno obtiene del conflicto; esto muestra el nivel de interés o desinterés que cada miembro experimenta ante la posibilidad de cambio. Finalmente, el terapeuta busca alternativas en cuya indagación participa toda la familia, de manera que le parezcan lógicas, practicables y mejores que las condiciones en las que han estado viviendo.⁴

Por lo general, el proceso psicoterapéutico comprende los siguientes factores básicos:

- **Buena relación médico–paciente:** es la matriz básica de toda psicoterapia eficaz, fundamentada en una relación de confianza y armonía. La calidad del tiempo, más que la cantidad, es lo que determina los beneficios de la relación.
- **Catarsis:** la mayor parte de los pacientes acuden al médico con la esperanza de obtener alivio mediante la descarga de sus ansiedades, temores y quejas sintomáticas, lo cual constituye el primer paso de la transacción psicoterapéutica, y experimentan una liberación de sus tensiones. En este proceso, según Freud, los propios problemas del paciente son desahogados ante el médico en virtud de su situación y preparación profesional.
- **Penetración cognoscitiva:** mientras el médico escucha al paciente y recaba los datos de su historia, va formándose una impresión diagnóstica acerca del padecimiento y sus posibles causas. En seguida lo ayuda a comprender estas razones y factores etiológicos para que se enfrente con las distorsiones perceptivas o emocionales que pueden ir apareciendo durante el proceso. Este esfuerzo por explicar y confrontar al paciente constituye la adquisición de una penetración cognoscitiva, mediante la cual él puede comprender las razones de sus síntomas y dificultades, mejorando así su posición para resolverlos de una manera más constructiva.
- **Condicionamiento operativo.** Consta de dos tipos:
 - a. Aquél en que la “recompensa” de la aprobación del médico y el “castigo” de su desaprobación operan como factores de condicionamiento que paulatinamente influyen en el paciente hasta lograr que emplee técnicas más adecuadas de adaptación. Estas respuestas condicionantes pueden ser explícitas en forma de aprobación o desaprobación, o implícitas, reflejándose sólo a través del lenguaje no verbal.
 - b. Es lo denominado por Alexander como “experiencia emocional correctiva”, en la que el paciente suele experimentar una serie de reacciones y respuestas más sanas y racionales en su relación con el médico que en las mantenidas con figuras importantes de autoridad sobre él en su pasado. De este modo, el paciente que se sintió rechazado o intimidado en su infancia por sus padres y que ahora, en su relación terapéutica con el médi-

co, se siente aceptado y respetado por éste, quien además le brinda una respuesta más tolerante a sus inquietudes, vive en la actualidad una respuesta correctiva que le ayuda a reformar su conducta adoptando patrones más sanos y eficaces.

- **Identificación:** la figura respetada del médico, voluntaria o involuntariamente, se convierte en un modelo implícito que el paciente emplea inconscientemente como guía para conformar su propia personalidad. Así, en la medida en que el médico muestre un comportamiento maduro, reaccione adecuadamente y se muestre comprensivo, se constituirá un modelo con el que el paciente pueda identificarse positivamente.
- **Sugestión:** ésta es una parte inevitable de todo proceso psicoterapéutico, y es una manera indirecta de intentar influir sobre los patrones de pensamiento o comportamiento de una persona.
- **Persuasión:** a diferencia de la anterior, ésta implica un esfuerzo más consciente y deliberado por lograr que el paciente se incline hacia ciertos patrones de conducta o pensamiento con preferencia a otros. Las técnicas directivas emplean la persuasión con más frecuencia que las psicoterapias esencialmente no directivas.
- **Ensayo:** existe una tendencia por parte de muchos pacientes a regresar automáticamente a hábitos anteriores, e incluso cierto grado de resistencia a ensayar las nuevas técnicas de adaptación indicadas por el terapeuta. Por ello, sólo después de repetir y practicar las nuevas formas de comportamiento el paciente empieza a sentirse mejor, sobre todo cuando se da cuenta de que los temores en los que se basaba su conducta inadecuada anterior ya no son válidos.
- **Apoyo emocional:** para lograr el funcionamiento eficaz de todo este proceso, es importante que el médico propicie un clima de apoyo emocional constante, a fin de que el paciente adopte las nuevas técnicas para enfrentarse a los problemas. Este apoyo emocional debe estar basado en la confianza mutua entre el médico y el paciente.

Con relación al proceso psicoterapéutico, es conveniente considerar los siguientes puntos:

- Parafraseando a Ramón de la Fuente,¹² el médico familiar es el primero, y no raras veces el único, que entra en contacto con los aspectos personales del paciente, y muchos de los problemas que se le consultan tienen implicaciones psicológicas. De ahí que Stephens (referido por Owens)¹³ sostenga que el médico familiar es un psicoterapeuta obligado que debe comprender el fenómeno de la contratransferencia, identificar la personalidad de su paciente, comprender el estímulo iatrotópico, ordenar prioridades y adaptar

estrategias. Sin embargo, el ejercicio de la terapia familiar no es simple ni inocuo. Conlleva el riesgo no sólo de no ayudar a una familia, sino también de dañarla a través de un inadecuado manejo técnico o personal. Por ello, todo intento de psicoterapia profunda ha de ser abandonado por aquél que no posea el entrenamiento adecuado y, aunque la responsabilidad profesional siempre debe ser mantenida, si el médico o el grupo familiar perciben que los progresos en el tratamiento no son significativos después de cierto tiempo, se hace necesaria la referencia oportuna del caso al nivel de atención correspondiente.

- Las alteraciones psiquiátricas son comunes y, sin embargo, a menudo no son detectadas ni tratadas.¹⁴ La mayoría de las llamadas enfermedades mentales a las que se enfrenta el médico familiar son crisis existenciales y problemas del espíritu humano, más que enfermedades.¹⁵
- Los síntomas somáticos son frecuentes manifestaciones de alteraciones psiquiátricas que a menudo hacen que el paciente consulte a causa de ellos, antes que por manifestaciones mentales, por lo que una breve revisión de la salud mental podría ser de utilidad en la evaluación médica inicial.
- La transferencia es un fenómeno presente en toda relación médico-paciente, y puede ser terapéuticamente benéfica.
- La entrevista médica, desde la anamnesis, diálogos, exploración física y prescripción, está cargada de posibilidades psicoterapéuticas.
- Una actitud comprensiva, paciente y afectuosa, permite la catarsis y/o ab-reacción de conflictos, y por ello debe ser la base de todo comportamiento médico.

En cualquiera de las situaciones, es importante que los miembros de la familia comprendan las razones de iniciar una terapia y que consideren que la posible solución a sus conflictos debe provenir de lo que ellos y el terapeuta realicen mutuamente y que dicha solución puede tomar un tiempo considerable. Por ello, se hace necesario que sus expectativas, en cuanto a cambios y tiempo conveniente para lograrlos, sean realistas. Asimismo, es importante que el terapeuta evite involucrarse con cualquier tipo de alianza familiar y que cuente con todo el equipo multidisciplinario para la discusión de casos.

TRABAJO CON FAMILIAS

Tanto la *medicina familiar* como la *terapia familiar* son disciplinas contemporáneas que tienen mucho en común y que por vías distintas han redefinido a la familia como un determinante crítico de salud.⁵ Sin embargo, son claras las diferen-

cias entre una y otra.¹⁵ El objetivo del terapeuta familiar es modificar la forma en que funciona el grupo familiar sin participar de manera continuada en el mantenimiento de la salud en los miembros de la familia (las necesidades de ésta pueden prevalecer sobre las del individuo). No tiene otro compromiso con la familia que el de aplicar la terapia familiar, al final de la cual no suele tener más responsabilidad para con el grupo. El médico familiar, en cambio, frecuentemente es objeto de diferentes sentimientos por parte de cada miembro de la familia, y suele resultarle difícil evitar el sesgo a favor o en contra de alguno de ellos. Además, aunque intente ayudar a que la familia cambie, también debe tratar la diabetes de la esposa, las infecciones de los hijos, la hipertensión arterial del padre y la depresión en los abuelos. Su responsabilidad hacia cada uno de los integrantes de la familia no termina nunca.

El médico familiar que tiene una adscripción fija de familias y que conoce las circunstancias de cada una de ellas se encuentra en una ventajosa posición para otorgarles una atención integral de alta calidad que no esté en función del tiempo destinado a atenderlas, sino de su capacidad, su conocimiento sobre la población que atiende, la periodicidad de las consultas y la relación especial que va estableciendo con sus pacientes a lo largo del tiempo.

El concepto *trabajo con familias (consejería en atención primaria)* se refiere básicamente a las acciones que el médico familiar lleva a cabo con las familias que atiende en una relación colaborativa, por un tiempo determinado y enfocado a la promoción de la salud y al tratamiento de la enfermedad, sin que haya de por medio un contrato terapéutico. Estas intervenciones pueden llevarse a cabo en el consultorio, durante la visita domiciliaria, en el hospital o en el servicio de urgencias. Es un término útil para delimitar las acciones del médico familiar en la práctica clínica y para distinguirlas de la terapia familiar.

El trabajo con familias requiere que el médico familiar identifique las líneas de autoridad y las secuencias de conducta de los miembros de la familia, además de llevar a cabo ciertas habilidades ejecutivas que le permitan:

- Identificar las necesidades y recursos de la familia.
- Integrar un diagnóstico y negociar un plan de manejo.
- Establecer una relación colaborativa de trabajo con la familia en el manejo de los factores de riesgo identificados.

Generalmente el médico familiar atiende individualmente a los miembros de una familia y no es habitual que todo el grupo familiar esté disponible siempre; sin embargo, en todo momento el médico debe ser capaz de reconocer los problemas en la dinámica familiar, así como el impacto de la enfermedad en la familia del paciente. Esta “conciencia familiar” facilita el diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas de salud, además de proveer bienestar y salud integral a

las familias a su cuidado. *Pensar en términos de familia*, como lo llama McWhinney,¹⁵ permite al médico familiar percatarse de las dificultades a las que se enfrenta una familia para adaptarse a los cambios en su ciclo vital, así como de la responsabilidad de proporcionar adecuada información acerca de la salud individual y grupal de la familia como un todo y permanecer vigilante a los bloqueos en la comunicación que puedan aparecer en ella. Esta actitud le hace ser más sensible a las tensiones intrafamiliares no expresadas, que en múltiples ocasiones subyacen en los cuadros depresivos y en los síntomas somáticos; implica también darse cuenta de los efectos sobre el sistema familiar de sus propias acciones médicas. La comprensión del contexto familiar del paciente da, además, la ventaja de contar con un mayor número de opciones terapéuticas.

Un médico que no ha aprendido a pensar en términos de familia durante su formación, no es posible que lo haga en su ejercicio profesional.

I. McWhinney

Algunas de las situaciones que hacen recomendable el trabajo con familias son las siguientes:

1. Problemas de salud relacionados con factores ambientales o con estilos de vida.
2. Deficiente adherencia terapéutica en enfermedades crónicas.
3. Consultas frecuentes por síntomas vagos o con pobre respuesta al tratamiento.
4. Visitas frecuentes al consultorio por parte de varios miembros de la familia.
5. Alteraciones emocionales, conductuales o de relación.
6. Eventos críticos familiares.
7. Asesoría para llevar a cabo los ajustes en cada una de las etapas del desarrollo familiar.
8. Fomento a la salud.
9. Identificación de factores de riesgo para la salud.

Una vez identificado el problema de salud que amerita el trabajo con la familia, es preciso sensibilizar y convencer al paciente de la necesidad de valorar a todo el grupo familiar, lo cual representa en muchas ocasiones una verdadera dificultad, ya sea por la renuencia del paciente a acudir con su familia, quizá por temor a perder su rol de enfermo o sus ganancias secundarias, o por la negativa de ésta a hacerlo.

Entre las razones que los familiares señalan para negarse a participar está considerar que no hay motivo para asistir, puesto que sólo el “enfermo” es quien busca y necesita ayuda; o bien, el temor a que salgan a relucir situaciones conflictivas

amenazantes, a ser inculcados por la enfermedad del paciente o a perder el control sobre él.

Algunas de las estrategias útiles que el médico familiar puede llevar a cabo para que el paciente acuda con su familia al consultorio son las siguientes:

- Mantener el foco de atención sobre el paciente para evitar temor o culpa en el resto del grupo.
- Evitar ser involucrado en las frases que el paciente dice a su familia para que acudan, tales como “el médico te mandó llamar” o “quiere hablar contigo”. Estas frases tienen una connotación culposa o de reclamo que evita que la familia se presente.
- Hacer ver al paciente que, debido a que es él quien mejor conoce a su familia, es más probable que él mismo sea quien logre convencerlos de acudir.
- En caso necesario, citar por separado a la pareja o algún otro miembro de la familia.

El médico familiar, con su sola presencia, realiza una acción psicodinámica que puede ser psicoterapéuticamente positiva o causar efectos nocivos iatrogénicos, de lo cual generalmente no suele estar consciente, hecho que por sí mismo no disminuye la eficacia de esa psicoterapia. Muy a menudo los pacientes plantean al médico sus problemas vitales, y el estímulo iatrotrópico es muchas veces el pretexto utilizado para obtener la oportunidad de una entrevista. Esta posición psicoterapéutica debe ser reconocida y aceptada por el médico como parte inevitable de su quehacer profesional, ya que, de no hacerlo, sólo será capaz de brindar a sus pacientes una ayuda limitada.

LA ENTREVISTA CLÍNICA

Para que el proceso de la atención médica alcance sus objetivos a lo largo del mismo debe haber un consenso con el paciente sobre los problemas de salud que presenta y los planes de acción para controlarlos. Se debe poner atención en las ideas, percepciones, expectativas y conductas del paciente ante la enfermedad,¹⁶ para lo cual es útil la entrevista clínica. Sirve además para establecer un diagnóstico preciso de la salud familiar, así como para facilitar la comunicación y la relación entre el equipo de salud, el paciente y su familia, de manera que la información recabada redunde positivamente en las medidas preventivas y terapéuticas que habrán de llevarse a cabo.

La actitud del médico en la entrevista trasciende los límites ideológicos.¹⁶

Los pacientes hablan según quien los escucha; por ello es necesario que el médico se forme como un experto entrevistador, para lo cual tendrá que descentrarse de la enfermedad y centrarse en la persona enferma. El valor de la información obtenida depende en gran medida de la actitud interesada del médico, así como de su habilidad para formular preguntas que sean comprendidas sin sugerir respuestas. También es importante su capacidad para atender simultáneamente tanto lo que se dice como la manera en que se expresa, posturas, gestos, movimientos, silencios y otros aspectos emocionales y del comportamiento, que dan claves importantes sobre lo que ocurre en el cuerpo y en la mente del o los entrevistados. Al mismo tiempo, se debe interpretar lo que sucede en los planos biomédico, psicológico y sociocultural, a fin de integrar todos los procesos que forman parte del padecer y que representan un papel fundamental en la atención médica.

Lo que se observa depende de quien mira.

W. H. George

No basta registrar contestaciones afirmativas o negativas, es necesario estimular las respuestas con preguntas adicionales para conocer la evolución de los problemas y, en especial, la forma en que se ha tratado de resolverlos.¹⁷ Tampoco es necesario agotar todas las preguntas ni efectuarlas indiscriminadamente, ya que es frecuente que la familia tome como normales algunas manifestaciones de conducta que no lo son o que considere algunos cuestionamientos como una invasión a su privacidad, o bien que niegue determinadas situaciones por temor o por vergüenza. Por lo tanto, es preferible omitir o posponer ciertas preguntas que incurrir en actitudes generadoras de desconfianza o que sean interpretadas como asaltos al pudor y a la intimidad, sobre todo si se corre el riesgo de sacar a la luz conflictos imposibles de ser manejados dentro de los límites de la entrevista.

Metas y objetivos de la entrevista:¹⁸

a. Inicio de la entrevista: establecer una relación armoniosa, de confianza y respeto mutuo entre el médico y el (los) entrevistado(s). En esta fase se debe:

- Conceder un periodo de carácter social para saludos, bienvenida, presentaciones, etc.
- Invitar al paciente y su familia a sentirse cómodos.
- Mostrar atención y respeto en todo momento

b. Durante la entrevista: identificar sistemáticamente los problemas relevantes mientras se mantiene una relación empática de trabajo, evitando la polémica, tomar partido por alguien y las actitudes solemnes, autoritarias o apremiantes. Esto puede lograrse a través de:

- Permitir que el paciente o algún miembro de la familia narre su historia mientras se mantiene un apropiado control de la entrevista.

- Utilizar un lenguaje de acuerdo a la edad y antecedentes del paciente.
- Mostrar interés al escuchar.
- Tener cuidado y sutileza al formular preguntas delicadas.
- Pasar de un área de preguntas a otra de manera efectiva.
- Hacer periódicamente breves resúmenes.
- Permitir la libre expresión de los sentimientos.
- Transmitir comprensión y respeto por los sentimientos expresados.
- Clarificar inconsistencias y ambivalencias en las declaraciones y respuestas del paciente.
- Obtener información adecuada y significativa.
- Prestar atención tanto a lo que se relata como a lo que se omite.
- Observar el lenguaje corporal y extraverbal (actitudes, gestos, exclamaciones, llanto, etc.) y correlacionarlo con el contenido del relato o circunstancia.

El médico familiar debe evitar tomar partido por un miembro de la familia en contra de otro. Los integrantes de algunas familias tienden a buscar alianzas tempranas con el entrevistador, comprometiéndolo a que les dé la razón o a que censure determinada conducta. Esto se puede evitar delegando la responsabilidad de contestar la pregunta a otro miembro de la familia, con lo que consigue también explorar la opinión de algún involucrado. Cuando esto no es posible, otra estrategia es reafirmar lo que dice el paciente en sus propias palabras: “¿Usted dice que tiene la razón?” o “¿A usted esto le parece una conducta desagradable?”. No tomar partido es una destreza aprendida que resulta de la experiencia, ingenio y a veces de la improvisación para evadir respuestas unilaterales.

c. Final de la entrevista: concluir la consulta de manera tal que el paciente y su familia se sientan satisfechos y seguros de que han sido entendidos. En esta fase es conveniente:

- Informar acerca del próximo paso a seguir.
- Verificar que haya desaparecido toda la tensión que pudiera haberse producido en el transcurso de la entrevista.
- Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas mediante tribuna libre al final de la sesión.

Enseñar a los pacientes a hacer preguntas carecerá de utilidad a menos que el médico esté abierto a recibirlas, las escuche con atención y las tome con la debida seriedad.¹⁹

Se han investigado técnicas que permiten al médico aprovechar al máximo posible el tiempo de la entrevista, de tal manera que se pueda establecer un adecuado contacto con el paciente, sustituyendo la duración por la intensidad de la relación. La interacción especial que paulatinamente se establece entre el médico y el

paciente va creando una relación de confianza que permite obtener en pocos minutos más datos que en una hora de sesión diagnóstica.²⁰ La dificultad estriba en dar al paciente la impresión de que se le ha atendido adecuadamente y tratado como la persona que es y no como un caso. De esta forma, el tratamiento se puede iniciar en una fase precoz de la enfermedad, momento en el cual muchos problemas aún se pueden abordar en el primer nivel de asistencia.

No existe un modelo único de entrevista; la elección siempre dependerá del tipo de paciente y del problema de salud que presente. Una entrevista clínica no es una tarea fácil, y en muchas ocasiones constituye una aventura cuyo resultado es impredecible. Sin embargo, el éxito final de la unión terapéutica que es la relación del médico con el paciente y su familia está determinado por cuanto ocurre entre ellos en sus entrevistas.^{18,21,22}

Una vez obtenidos los datos mediante las técnicas señaladas, la redacción debe ser clara y sencilla, lo cual es una tarea delicada y difícil debido a la necesidad de objetividad, capacidad de análisis y síntesis del entrevistador, quien ha de seleccionar aquellos datos relevantes que serán imprescindibles para alcanzar los objetivos trazados.

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA

En la entrevista médica destacan tres funciones elementales de la interacción entre el médico y el paciente (cuadro 4-1).²³

Al organizar varias dimensiones de la entrevista médica dentro de las tres elementales funciones descritas, este modelo permite, además, simplificar el complejo proceso de la educación, la investigación y la asistencia médicas.

La definición de algunas técnicas que favorecen la participación del paciente de manera más activa es:

- **Facilitación:** es la comunicación verbal y no verbal que anima al paciente a explicar con más detalle lo que ha dicho. La última palabra de él puede ser repetida: *¿Podría Ud. decirme más acerca de ese dolor?*
- **Preguntas abiertas:** consiste en solicitar al paciente que explique en términos generales información vertida de manera inespecífica: *Dígame más acerca de sus molestias.*
- **Preguntas directas:** son aquéllas con que se solicita al paciente que proporcione datos específicos: *¿Experimentó Ud. inicialmente los síntomas después de aquel accidente automovilístico?*
- **Apoyo:** comprende las expresiones verbales y no verbales por medio de las cuales el médico muestra al paciente interés, preocupación y disposición para

Cuadro 4–1. Modelo de la entrevista médica

I. Recolección de información	
Objetivos:	• Recabar exacta y eficientemente la información • Determinar la naturaleza del estímulo iatrotópico
Técnicas:	• Preguntas abiertas • Facilitación • Verificación • Detección de nuevos problemas • Negociación de prioridades • Instrucción • Resumen • Obtención de ideas del paciente sobre la etiología
II. Respuesta a las emociones del paciente	
Objetivos:	• Desarrollar y mantener una relación armoniosa • Reducir las interferencias • Incrementar la satisfacción del paciente • Aliviar la tensión • Detectar y manejar trastornos emocionales • Obtener satisfacción médica • Mejorar el resultado terapéutico
Técnicas:	• Reflexión • Legitimación • Apoyo • Asociación • Respeto
III. Educar al paciente e influir sobre su conducta	
Objetivos:	• Obtener del paciente la comprensión de su enfermedad y las opciones de tratamiento • Involucrar activamente al paciente en el proceso terapéutico • Lograr alta adherencia terapéutica (con relación a medicamentos y/o cambios en el estilo de vida)
Técnicas:	a. Educación sobre la enfermedad • Obtener ideas del paciente • Proporcionar diagnósticos básicos • Responder a sus emociones • Verificar el nivel de información del paciente • Proporcionar detalles del diagnóstico • Comprobar su comprensión y solicitar preguntas b. Negociación y mantenimiento de un plan terapéutico • Verificar el nivel de información • Describir y desarrollar metas y planes • Comprobar su comprensión • Obtener compromisos del paciente • Confirmar los intentos • Prevención de recaídas

Cuadro 4-1. Modelo de la entrevista médica (continuación)

c. Motivación

- Confirmar la adherencia
 - Reconocer problemas de adherencia
 - Obtener la declaración del paciente sobre sus compromisos
 - Negociar soluciones
 - Confirmar intentos y darles seguimiento
-

ayudarlo. El apoyo no debe ofrecerse antes de que el paciente haya expresado sus sentimientos: *Este procedimiento le causará muy poco dolor y tomará sólo unos cuantos minutos.*

- **Empatía:** es la forma de comunicación que expresa comprensión y simpatía por los sentimientos del paciente. Mostrar empatía antes de que el paciente haya hablado de sus sentimientos no es tan efectivo como cuando se demuestra después de que éste se ha expresado: *Veo que Ud. está muy preocupado acerca de este procedimiento.*
- **Reflexión:** es una respuesta del médico que repite, retroalimenta o hace eco a una parte de lo que el paciente ha dicho: *¿Dice Ud. que sus síntomas iniciaron después de la muerte de su madre?*
- **Silencio:** comunicación no verbal que puede expresar toda una gama de respuestas que van desde un total desinterés hasta una evidente preocupación. Generalmente conduce a la obtención de datos muy útiles al dar oportunidad al paciente de explorar y expresarse más a fondo y con menor inquietud. Es apropiado mientras el paciente narra su historia y demuestra, por ejemplo, rechazo, o cuando dice algo que necesita apoyo, como: “creo que soy un inútil” o “siento que jamás me voy a aliviar”.
- **Clarificación:** a través de esta técnica se solicita al paciente mayor información y explicaciones adicionales: *Si sus síntomas se presentan cuando Ud. está dormido, ¿cómo se da cuenta de esto?*
- **Confrontación:** es una técnica que pone al paciente frente a frente con él mismo para llamar así su atención acerca de algún aspecto de su conducta, apariencia o manierismos. Incluye inconsistencias y contradicciones: *¿Piensa Ud. continuar fumando a pesar del empeoramiento de su enfisema?*
- **Resumen:** consiste en repasar la información que ha sido dada por el paciente: *Déjeme ver si estoy en lo correcto: su dolor comenzó después de un accidente en el trabajo, empeora cuando tose o estornuda y no se alivia con el analgésico.*
- **Interpretación:** es la formulación por parte del médico de datos, eventos o pensamientos en los términos que emplea el paciente al darse cuenta de su interrelación. La interpretación debe usarse cautamente, especialmente

hasta que el entrevistador ha conocido al paciente y ha establecido con él una relación armoniosa: *Se ve Ud. muy alterado cuando habla de su patrón con relación al accidente en que se lastimó la espalda. ¿Lo culpa Ud. por lo sucedido?*

- **Legitimación:** la declaración explícita del médico que valida las respuestas emocionales del paciente: *Yo creo que cualquiera encontraría estos hechos verdaderamente angustiosos.*
- **Asociación:** connota una cooperación entre el médico y el paciente: *Platíqueme sobre su problema y juntos intentaremos encontrar alguna solución.*
- **Respeto:** se refiere al reconocimiento explícito que el médico hace de los talentos y aptitudes del paciente: *Me encuentro impresionado por la forma en que usted maneja su trabajo y su vida familiar, a pesar de los problemas de salud que presenta.*

Las crisis emocionales frecuentemente van seguidas de un caudal de información importante. El llanto y la ira son ejemplos comunes de este tipo de catarsis, ante los cuales el entrevistador no debe mostrar sorpresa ni intentar reprimirlos, sino acogerlos favorablemente y con respeto, ya que ayudan a comprender mejor al paciente y pueden tener efectos terapéuticos en él. Un paciente con un trastorno de ansiedad puede no utilizar términos como “depresión” o “ansiedad”; por ello es conveniente iniciar con preguntas acerca de su estado de ánimo, seguidas por otras que aclaren el significado de la descripción del paciente en sus propias palabras. Además, es preferible preguntarle si presenta “miedos” o “temores” más que “fobias”, “pensamientos desagradables” en vez de “obsesiones”, “conductas repetitivas que no puede resistir” en lugar de “compulsiones” y así sucesivamente. Asimismo, es recomendable hacer comentarios de transición al pasar de un tema a otro, para hacer que la entrevista fluya más suavemente.¹⁴

REFERENCIAS

1. **Caparrós N:** *Crisis en la familia*. Madrid, Kargieman, 1981.
2. **Leavell HR, Clark EG:** *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3ª ed. USA, McGraw-Hill, 1965.
3. **Macías AR:** *El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica*. En: Primer Simposium sobre la dinámica y psicoterapia de la familia. México, Instituto de la Familia, 1981: 12–28.
4. **Chagoya BL:** Psicoterapia familiar. En: Rivera JL, Vela A, Arana J: *Manual de psiquiatría*. Madrid, Karpos, 1980:1048–1054.
5. **Van Doorn H:** Integrating family counseling into general practice. *Aust Fam Physician* 1990;19:467–471.
6. **Bader E:** Working with families. *Aust Fam Physician* 1990;19:522–527.
7. **Minuchin S:** *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa, 1979.
8. **Gómez-Clavelina FJ et al.:** Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45–57.

9. **Irigoyen-Coria A et al.:** Orientación familiar o terapia de familias. Disyuntiva del médico familiar. *Bol Med Fam* 1998;5(3-4):20-22.
10. **Gómez FM:** *El tratado de los problemas familiares. Qué es la terapia familiar.* En: Primer Simposium sobre la dinámica y psicoterapia de la familia. México, Instituto de la Familia, 1981:29-44.
11. **Salinas JL, Pérez MP, Viniegra L, Barriguete JA, Casillas J et al.:** Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar. *Rev Inv Clín* 1992;44:169-186.
12. **Somolinos PJ, Sepúlveda B, De la Fuente R, Laguna R, Rivero SO:** Etapas de la educación médica en México. *Gac Méd Méx* 1984;120:213-228.
13. **Owens TP:** Grandes pensadores en la medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo.* Madrid, SemFYC y CIMF, 1997:80-87.
14. **Zimmerman M:** A five-minute psychiatric screening interview. *J Fam Pract* 1993;37:479-482.
15. **McWhinney IR:** *Medicina de familia.* Barcelona, Mosby/Doyma, 1995.
16. **Grol R, De Maeseneer J, Whitfield M, Mokkin H:** Disease-centered versus patient-centered attitudes. *Fam Pract* 1990;7:100-103.
17. **Foncerrada MM, Saucedo GJ:** La exploración de la salud mental del niño. *Rev Méd IMSS* 1981;19:145-153.
18. **Hendren RL:** Communication and interviewing. In: Wienwer JM: *Behavioral science.* Pennsylvania, John Wiley and Sons, 1987:197-209.
19. **McWhinney IR:** *Medicina de familia.* Barcelona, Mosby/Doyma, 1995.
20. **Williamson PS:** Psicoterapia a cargo del médico de familia. *Clin Práct Méd* 1988;3:625-639.
21. **Sauceda GJ, Foncerrada MM:** La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Méd IMSS* 1981;19:155-163.
22. **Lewis JM, Usdin G:** Alteración, enfermedad y entrevista. En: *Psiquiatría en medicina general.* Barcelona, Salvat, 1983:4-18.
23. **Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G:** Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;37:377-388.

Relación médico–paciente

*El hombre, en su salud y bienestar,
es la razón de nuestra actividad.*¹

En los últimos años la medicina se ha dejado arrastrar por la ciencia, ha perdido su propósito natural y confunde su destino original de profesión humana al querer convertirse en una ciencia pura.² Dice Marañón que “Nos estamos volviendo ingenieros de la medicina. Todo lo medimos, lo pesamos, lo experimentamos, y lo más triste es que muchas veces, a pesar de esta avalancha de conocimientos y técnicas, la curación no llega”.³

El paciente es un ser humano con preocupaciones, miedos y esperanzas que debe ser considerado como un todo y no sólo como un portador de órganos enfermos. En torno a él gira la relación médico–paciente, es la esencia misma de la medicina y constituye el más legítimo objeto del interés médico. Es también el más fiel indicador de lo que ocurre en la práctica médica, la cual, en su forma más elevada, según René Dubós,⁴ sigue siendo potencialmente la expresión más rica de la ciencia porque se preocupa de los diversos aspectos del hombre en su humanismo.

El paciente ha sido definido como la persona o colectividad que requiere atención por un sistema de salud, lo cual no significa que todos los pacientes estén enfermos (ni que todos los enfermos lleguen a ser pacientes), ya que cualquier persona que entra en contacto con un médico o centro de salud puede convertirse en paciente por el simple hecho de acudir a una revisión médica. Por ejemplo, un niño es un paciente, sin la necesidad de estar enfermo, cuando se pone en contacto

con un sistema de salud en una campaña de vacunación. Además (referido por Vargas),⁵ una persona puede ser hipertensa y no sentirse enferma o tener una enfermedad y no ser reconocido como enfermo por no poderse demostrar una lesión o un dato biológico alterado, como en los procesos iniciales de la esclerosis múltiple o en trastornos psiquiátricos, entre muchos otros. Todos ellos pueden ser pacientes.

EN 1974, Feinstein⁶ denominó *estímulo iatrotópico* al fenómeno que incita a una persona a solicitar atención médica y que hace de ella un paciente. Estímulo que no necesariamente es una enfermedad somática evidente. Las características de la enseñanza médica durante la formación universitaria han dado lugar a una actitud médica centrada en la enfermedad, orientada hacia la detección de síntomas y muy directiva.

Se entrena al estudiante para interrogar al paciente, no para conversar ni dialogar con él, y se prescinde de los valores que como persona porta, y así difícilmente se aprende a detectar el verdadero estímulo iatrotópico del paciente. Al no permitir una adecuada comunicación se pierde una gran cantidad de datos valiosos, pues se ignoran las motivaciones, expectativas y forma de vida del paciente, lo cual repercute, a fin de cuentas, en una pobreza terapéutica, ya que no se puede curar a quien no se conoce.^{7,8}

*La educación médica no ha preparado al médico
para encontrar al hombre en su paciente.*

P. Latapí⁸

La naturaleza está organizada en una serie de unidades ordenadas jerárquicamente, entre las cuales el individuo se encuentra en el nivel más alto de la jerarquía social. Cada nivel, desde los más grandes y complejos hasta los más pequeños, pero no menos complicados, es un sistema bien definido, con clara identidad y distinta complejidad; es una unidad en sí y, al mismo tiempo, un componente del nivel superior, y de ninguna manera existen aislados (figura 5–1).⁹

Un sistema, según von Bertalanfy (referido por McWhinney), constituye un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción uno con otro.¹⁰

En este esquema se aprecian en conjunto todos los niveles de organización que coexisten en un momento dado en el curso de cualquier enfermedad. La persona ocupa el nivel más alto de la jerarquía orgánica y el más bajo de la jerarquía social. Por sus características únicas, cada sistema sólo puede ser explicado mediante los criterios propios de tal nivel. Un sistema social como la familia no puede ser explicado en términos biológicos exclusivamente, y un ser vivo no se puede explicar sólo en términos de física y química. El todo es diferente a la suma de sus partes.¹¹

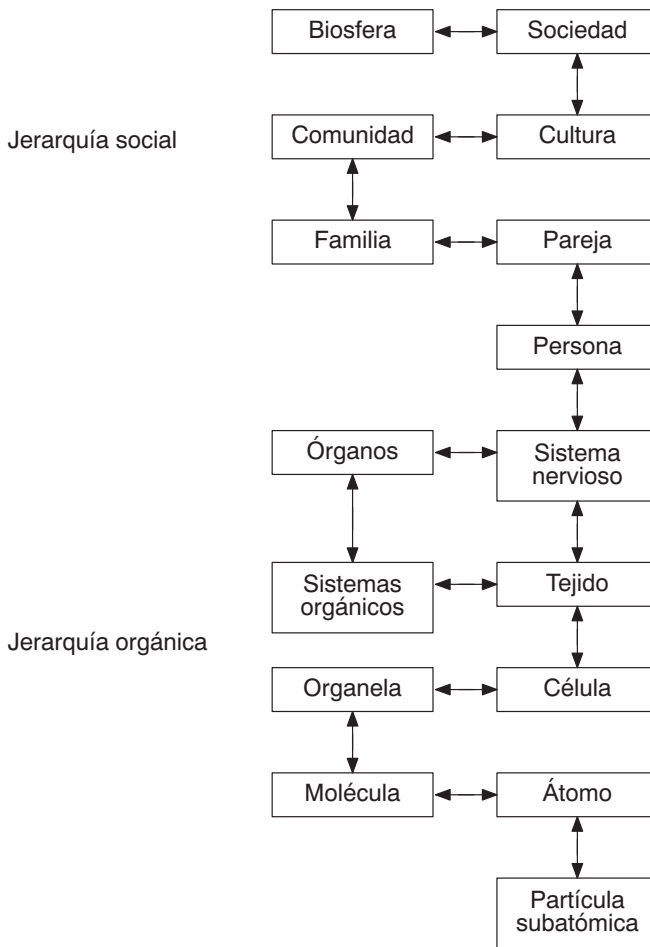


Figura 5-1. Niveles de jerarquía social y orgánica.

*Todas las partes del organismo forman un círculo.
Por lo tanto, cada una de las partes es tanto comienzo como fin.*

Hipócrates

EL MODELO BIOMÉDICO

La preocupación primaria de la práctica médica tradicional por el cuerpo y la enfermedad física es bien conocida, así como los difundidos efectos de la dicotomía

mente—cuerpo sobre la teoría y la práctica médica.¹² Estos hechos dieron lugar al *modelo biomédico*, que se basaba en dos elementos: el *reduccionista*, que conceptualiza a toda enfermedad en términos de daño o lesión de los mecanismos fisicoquímicos, y el *exclusivista*, que excluye las dimensiones sociales, psicológicas o conductuales de la enfermedad.¹³

En medicina, el *reduccionismo* es el intento de fragmentar el proceso salud—enfermedad y la práctica médica a modelos contruidos con los conceptos, conocimientos y métodos de las ciencias biológicas. Para su análisis, los problemas son seccionados en fragmentos cada vez más pequeños, separados de su medio ambiente y reducidos dentro de lo posible a cadenas causales lineales simples. Se trata de una deformidad de la realidad cuando se alteran ciertos aspectos de ella para que encajen en el modelo biomédico, y, cuando los hechos imposibles de ser comprendidos desde el punto de vista biologicista son ignorados, la realidad es mutilada. Esta situación tiene su origen en conceptos vertidos por Bichat, Corvisart, Laennec, Bernard y Charcot, entre otros, quienes consideraban a la enfermedad como una alteración de la morfología y la función de tejidos y órganos exclusivamente, y para quienes la medicina era el descubrimiento de la lesión anatomopatológica por medio de signos ciertos y seguros, importando sólo lo que el médico escucha, palpa o percute y no lo que el paciente dice, siente o es.^{11,14}

Estamos lejos de la deformación decimonónica en que la función casi exclusiva del médico consistía en el diagnóstico clínico y anatomopatológico.

Hoy en día, nuestros enfermos tienen derecho a esperar algo más...

El paradigma reduccionista del modelo biomédico tradicional se basa en la concepción de la enfermedad como lesión del cuerpo, pensamiento que sigue vigente desde hace más de un siglo, no obstante el desarrollo de todas las ciencias humanas. Este anacrónico modelo, al centrarse en uno solo de los componentes humanos, causa insatisfacción al paciente y transforma al médico en un técnico reparador de lesiones. La concepción de este modelo es básicamente “patologista”, y desde esta orientación la salud es definida como ausencia de enfermedad. Así, el mundo se divide en sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos basados en este método.⁵ Dado que en la actualidad muchas situaciones del quehacer médico cotidiano comprenden múltiples combinaciones de factores, tanto físicos como conductuales, la disgregación convencional entre enfermedades físicas y mentales ha perdido su validez.

La actitud orientada a la enfermedad se asocia con:¹⁶

- Una tasa de prescripción sintomática más elevada.
- Realización de actividades médicas superfluas.
- Abordaje inadecuado de los problemas psicosociales.

- Falta de receptividad hacia las ideas y opiniones del paciente.
- Inadecuada transmisión de la información.

Según Kay Toombs, “un paciente no piensa que tiene una enfermedad, sino que está enfermo”,¹¹ por lo que sus respuestas al enfermarse pasan a formar parte de la enfermedad misma y varían en función de su gravedad, del contexto en que se produce, del significado idiosincrático que le dé a ésta y de su personalidad.

*...que nadie se enfermaba igual de la misma cosa
y que por lo mismo nadie tenía por qué
curarse de lo mismo con lo mismo.*

A. Mastretta (*Mal de amores*)

El médico del modelo biologicista generalmente no comprende que las experiencias vitales desempeñan un papel desencadenante en todo tipo de enfermedad y que los trastornos emocionales y del pensamiento se asocian a la mayoría de los casos de enfermedad, y al no estar consciente de estos hechos pierde la oportunidad de brindar una valiosa ayuda al paciente.

Recientemente se demostró que, en la mayoría de los casos, el médico no saluda ni ubica al paciente dentro del consultorio; lo aborda con preguntas y le da poca oportunidad para que sea él quien explique la historia de su proceso salud–enfermedad; lo explora físicamente sin consultarlo y sin responder a las expectativas que él pueda tener acerca de su mal; le prescribe tratamientos y le menciona diagnósticos que en ocasiones quedan fuera de la comprensión del enfermo. El médico actúa sin crear canales de comunicación horizontal que favorezcan el diálogo como fuente primaria de formación y educación. Lo anterior hace evidente que el modelo predominante en la relación médico–paciente es el que se centra en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona, estableciéndose, más que una relación médico–paciente, una relación médico–problema en la que no hay transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables que les ayuden a mejorar y preservar su salud.¹⁷ El analfabetismo o la baja escolaridad de muchos pacientes, aunado a la falta de capacidad de un gran número de médicos para traducir los conceptos científicos al marco cultural de aquéllos, impide el manejo de información adicional que beneficie al paciente. Para seguir las indicaciones del médico es imprescindible comprenderlas.¹⁸

*Sabía hablar a los pacientes para que le escucharan
y sabía escuchar para que pudieran hablarle.*

Henry Russek

Cuando el médico tiene un enfoque integral del proceso salud–enfermedad del paciente, la comunicación entre ellos pasa de los niveles denotativos, comple-

mentarios y a veces incongruentes hacia los niveles connotativos y metacomunicativos, con mensajes simétricos y retroalimentadores que le permiten comprender no sólo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también los psicosociales del paciente y del ambiente en el que vive.¹⁹

Es necesario reconocer que el modelo biomédico ha favorecido grandes avances en el desarrollo científico y tecnológico de la salud; sin embargo, este modelo deja de tener sentido en función de la vida de la persona cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos soslayan las variables humanas, sociales o culturales del enfermar, o éstas se tratan de reducir a variables estrictamente biológicas.⁵

EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

El *modelo biopsicosocial* permite entender la integración e interacción de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud, la enfermedad y el cuidado a la salud. Plantea que para que un síntoma o una enfermedad ocurran se requieren cuando menos tres requisitos:

1. Un evento crítico o desafío al sistema, como la exposición a un agente infeccioso o la pérdida de un integrante de la familia.
2. Vulnerabilidad fisiológica, por ejemplo la predisposición al espasmo bronquial.
3. Compromiso de uno o más de los sistemas orgánicos.

En este modelo, la enfermedad no está conceptualmente separada de la persona ni ésta de su medio ambiente, ya que implica el conocimiento de los múltiples aspectos de la vida del paciente, incluyendo su familia, vecindario, ocupación, comunidad, creencias y prejuicios, entre otros, y comprende, además, la relación médico-paciente. Las categorías nosológicas convencionales se emplean aún como marco de referencia, pero siempre en el contexto del individuo y sus circunstancias.^{11,13}

Las características más relevantes de la atención centrada en el paciente son:

- Considera al paciente con sus problemas, ideas y expectativas.
- Involucra al paciente en la toma de decisiones.
- Proporciona la información necesaria para que el paciente pueda responsabilizarse de su salud.
- Toma en cuenta las emociones responsables de los aspectos no médicos de los problemas de salud.

*...Cada talante exige un contorno,
cada idiosincrasia un alrededor.*

M. Benedetti (*Andamios*)

La teoría general de sistemas es una respuesta a las limitaciones de la ciencia del siglo XIX,¹⁰ y ha proporcionado la base del modelo biopsicosocial de enfermedad. A través de su aplicación se analizan los problemas, incluyendo todas sus relaciones significativas.

En la jerarquización de los sistemas naturales, la biología puede explicar como un todo lo que sucede en la salud y en la enfermedad, desde las estructuras subcelulares hasta el organismo humano, pero, a partir del individuo como persona y los subsistemas siguientes (familia, comunidad, sociedad y cultura), son otras ciencias las que explican su estructura y función en la salud y en la enfermedad.¹⁴ El modelo biopsicosocial parte de una visión integral del hombre e incluye la interacción de éste, a través del tiempo y del espacio, con el ambiente, al que divide en físico, biológico y social. Así considerado el fenómeno humano, se comprende que el proceso salud-enfermedad afecta la integridad del hombre y no solamente a uno de sus componentes.²⁰ Cuanto más reduccionista sea el análisis de la variable enfermedad, más se prescindirá del contexto, aun cuando pudiera circular más información acerca de la condición en sí. Se sabrá más sobre “la enfermedad del enfermo”, pero menos sobre su inclusión en el sistema, y es precisamente este segundo tipo de consideración lo que permite una acción operativa de modificación.

*...el modo en que la vio moverse, tocar a los enfermos y, sobre todo,
indagar sus emociones para relacionarlas con sus pesares...*

A. Mastretta (*Mal de amores*)

Es operando sobre lo que mantiene una condición como se pueden obtener más fácilmente cambios en la dirección de una mayor funcionalidad.²¹ Una atención médica que derivara del modelo biopsicosocial contrastaría enormemente con la práctica médica tradicional, lineal y reduccionista de nuestros días, que, por concentrar su atención en una sola unidad, olvida al paciente y, con él, al resto del sistema.

Decía Raoul Fournier²² que “los componentes biológico, psíquico y social se conjugan para hacer del hombre un todo armónico que no puede fragmentarse, ni tampoco la medicina que lo estudia. El avance de ésta en una sola dirección no es progreso, tampoco la búsqueda del conocimiento por el conocimiento mismo, mucho menos el desarrollo de la técnica sin el sustento de la ciencia. La medicina cumplirá su finalidad cuando sea capaz de hacer a los hombres mejores y más felices”.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

En la práctica médica, la capacidad de establecer una relación personal médico–paciente satisfactoria es tan importante como el nivel de conocimientos profesionales. Ambas condiciones son indispensables y ninguna de ellas basta por sí sola. Dicha relación emocional del médico y el paciente se sitúa sobre los fenómenos de transferencia y contratransferencia.

Transferencia

En el acto de la consulta médica intervienen factores conscientes e inconscientes sobre el médico y el paciente. Los elementos conscientes derivan de la situación real que se verifica en la consulta y de la lógica. La *transferencia* se define como el conjunto de expectativas, creencias y respuestas emocionales que el paciente aporta a la relación médico–paciente, y provienen de la identificación inconsciente que él hace del médico con personajes significativos de su propia infancia, y, sin percatarse de ello, actúa como lo hizo en la infancia ante aquellos personajes y situaciones.

Esta reacción transferencial, que tiene una intensidad muy marcada, es frecuentemente inadecuada y absurda por no corresponder a la situación actual aparente, sino a otras del pasado que el mismo paciente no recuerda.

La transferencia es positiva cuando hace posible un tratamiento o una relación que conduzca a la obtención de metas establecidas en forma mutua para lograr resultados satisfactorios. A este proceso, a través del cual el paciente sigue adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas, se le denomina *adherencia terapéutica*.²³

Contratransferencia

Es el conjunto de fenómenos de proyección de la estructura inconsciente del médico sobre el paciente, creándole sentimientos de simpatía, hostilidad, aversión, necesidad de recibir afecto o admiración, entre otros sentimientos que son injustificados, inadecuados y que pueden entorpecer la buena actuación profesional.

El médico debe sospechar el fenómeno de contratransferencia cuando él:²⁴

- Perciba cualquier sentimiento más intenso de lo normal, por ejemplo ira o culpa.
- Sienta aburrimiento, fastidio o preocupación que le dificulten prestarle atención.

- Sea incapaz de empatizar o entenderlo.
- Se considere vulnerable a sus críticas y se torne defensivo.
- Arguya con el paciente.
- Intente impresionarlo con conocimientos y proezas.
- Perciba que el paciente no aprecia suficientemente todo lo que él hace.
- Sufra por su visita.
- Sienta indiferencia hacia él.
- Se desvíe de la habitual rutina que lleva con pacientes similares.

Si este fenómeno no puede ser resuelto favorablemente, está indicado referir el paciente a otro médico.²⁵

ENFERMAR Y PADECER

La *conducta de enfermedad* ha sido definida por Mechanic como “la forma en que determinados síntomas pueden ser percibidos, evaluados y afrontados por los distintos tipos de personas”. Guarda relación con el origen y la clase social, la edad, el sexo, la naturaleza de la enfermedad, la filiación religiosa, la personalidad y los factores medioambientales.¹¹ Los estudios acerca de la distinción entre enfermedad y padecer han conducido a llamar *enfermedad* a lo que la clínica tradicional denomina entidades nosológicas, en las que existe una continuidad entre el agente causal, la lesión anatomopatológica y las manifestaciones clínicas. En este concepto se basa el médico para diagnosticar, tratar y pronosticar la enfermedad en sus pacientes. En cambio, *padecer* es la manera en que cada persona sufre las alteraciones de su salud de acuerdo con su individualidad biológica, psicológica y sociocultural, sufrimiento que puede ser definido como el estado de alteración severa asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona.

Uno de los errores más frecuentes que cometemos los médicos es tratar el dolor, ignorando otras dimensiones del sufrimiento.

I. McWhinney

El padecer está constituido por las reacciones subjetivas y objetivas del paciente, las cuales dependen de las características de su estructura psíquica, en especial por sus experiencias sobre la enfermedad, por su condición social y por la cultura a la que pertenece. De ahí que, aunque la enfermedad sea la misma en varios pacientes, el padecer en cada uno de ellos es totalmente diferente. La tarea del médico consiste, entonces, en comprender la naturaleza física de la enfermedad, en entender al paciente y el significado que su padecer tiene para él. Dice McWhin-

ney que los médicos hemos sido formados para ver la enfermedad como un conjunto de signos y síntomas que definen un estado patológico. El paciente, por su parte, ve la enfermedad en función de los efectos sobre su vida.^{11,12,14,20} Para el paciente la mejoría se inicia al encontrar a un ser humano que le escuche con atención, que se interese en él y que pueda ofrecerle alternativas de solución concretas para curar, aliviar o sobrellevar su padecimiento, independientemente de que resuelva o no su enfermedad.

Hay quienes afirman que hasta el siglo XIX el diálogo sostenido entre el médico y el paciente solía ser el principal medio, no sólo para establecer el diagnóstico, sino también para iniciar una relación humana, rica en valor terapéutico.²⁶

*La medicina no es el arte de curar las enfermedades,
sino el arte de tratarlas con el fin de curar,
aliviar o satisfacer el padecer de los enfermos.*

Corvisart, 1797

ESPECIALIZACIÓN Y TECNOLOGÍA EN MEDICINA

Las especialidades en medicina, de acuerdo al concepto actual, surgen en nuestro país en el seno del Hospital General de México durante la primera mitad de la década de 1940.²⁷

Desde entonces, la tendencia hacia la especialización y la alta tecnología en la medicina actual ha sido incesante, y si bien esto ha hecho posible elevar el promedio de vida del ser humano al abatir epidemias, disminuir tasas de mortalidad, controlar el dolor y contar con procedimientos diagnósticos y terapéuticos esenciales para la sobrevivencia de muchos pacientes, también es cierto que dicho progreso no ha logrado, en muchos casos, mejorar la calidad de vida. Tan sólo la ha prolongado para mantener vigente la esperanza, no el bienestar, posponiendo la muerte a costa de incrementar el número de enfermos crónicos y de ancianos, y ha soslayado uno de los más importantes objetivos de la medicina: mantener la vida en buenas condiciones.

La imagen de la medicina se proyecta en nuestros días como una práctica puramente biológica, de atención sintomática, curativa y desintegradora del individuo al desvincularlo de su familia, comunidad y medio ambiente.^{19,28,29} Ignacio Chávez dice que “si por la entera dedicación a una sola disciplina del conocimiento se tiene que abandonar el resto, el hombre se confina así en un punto y sacrifica la visión integral de su ciencia y la visión universal de su mundo”.³⁰ Esta tendencia, además de no lograr un impacto posterior en los indicadores de salud, conduce a un incremento de los costos de la atención con acentuación en la inequidad e inaccesibilidad.²⁸

Al respecto, Viniegra¹⁹ destaca la disparidad en cuanto a oportunidad y posibilidad de satisfacción de necesidades, que en el campo de la medicina se expresa a través de enormes contrastes, como son, entre otros:

- La impunidad ante la negligencia médica, contra el cabal cumplimiento con las elevadas exigencias éticas y metodológicas de algunas investigaciones en humanos.
- La carencia de auxiliares diagnósticos elementales en numerosas unidades de atención, contra la disponibilidad irrestricta de equipo de alta complejidad en instituciones del tercer nivel.
- La ocurrencia de muertes por deshidratación en niños con enfermedades diarreicas, contra la capacidad de equipos multidisciplinarios que con gran éxito realizan transplantes de órganos.

De igual forma, el progreso de la medicina ha puesto al descubierto múltiples paradojas, de las cuales las enfermedades iatrogénicas son de las más crueles del mundo contemporáneo. Entre otras, se encuentran el acceso a la atención médica de alta tecnología de los grupos de población que menos la necesitan y viceversa; el énfasis en la medicina curativa a expensas de la preventiva; la comercialización de la medicina, que ha convertido a la enfermedad en un “bien”, etc., situaciones con importantes repercusiones negativas en el pretendido bienestar del paciente.³¹ De hecho, al paciente paulatinamente se le va dejando de llamar así y se va haciendo acreedor de términos por completo impersonales, tales como “cliente”, “usuario de la prestación”, “derechohabiente”, etc.

Las especialidades médicas son, en principio, consecuencia del advenimiento de tecnologías de alta complejidad, a saber, tecnología *diagnóstica*: estudios por imágenes, determinaciones inmunoquímicas y de enzimas circulantes y mapas cromosómicos; tecnología *terapéutica*: trasplantes, microcirugía y rayos láser, o tecnología *rehabilitatoria*: implantación de órganos artificiales. La disposición de estos procedimientos, desde la invención del estetoscopio por Laennec hasta nuestros días, ha cambiado la antigua práctica de la medicina, ocasionando que la acción médica se lleve a cabo cada vez más como si el uso de la tecnología constituyera la parte medular de su quehacer. Esto genera nuevos problemas, como el encarecimiento de la atención médica, la mayor dependencia tecnológica, el uso indiscriminado de equipos y, en ocasiones, mayores daños iatrogénicos, además del consabido detrimento de la calidad y cantidad de tiempo que se dedica a la relación médico-paciente.^{14,19,32}

Los grandiosos avances tecnológicos sólo pueden ser dañinos como resultado de su abuso, no de su uso inteligente. Su abuso no se debe a la ciencia y a la tecnología, sino a una educación médica imperfecta y a la falta de un desarrollo paralelo del humanismo en el hombre en general y el médico en particular, el cual

pone más énfasis en la enfermedad que en el enfermo como un todo, a quien concibe como un objeto y cada vez conoce menos como persona. Debido a esto, el médico con actitud orientada a la enfermedad se preocupa en forma exclusiva por conocer y manejar los procesos externos del paciente mediante la práctica de una medicina sintomática que ignora al hombre como tal; trata con lo que el paciente tiene y no con lo que el paciente es. Por eso dice Latapí que el médico, al encontrarse con el paciente, ya no se pregunta: ¿quién es este ser humano?, sino ¿qué tiene este enfermo?⁸

Los adelantos técnicos y científicos de la medicina han dado lugar a la mecanización de múltiples procedimientos clínicos que, sin embargo, nunca podrán sustituir la importancia de la actitud personal del médico, sus conocimientos y su sentido clínico de un buen interrogatorio y de un juicio bien orientado.¹⁹ Luis Méndez señala que “a pesar de la serie de dispositivos que liberarán de muchas tareas al médico y sus auxiliares, no lo liberarán nunca de la responsabilidad de comprender al hombre”.³³ Lejos de aquella idea de que la función casi exclusiva del médico consistía en el diagnóstico clínico y anatomopatológico, el ejercicio de la medicina exige, hoy más que nunca, que los profesionales de la medicina sean poseedores no sólo de una completa capacitación técnica y científica, sino, además, de una profunda vocación humanística dispuesta siempre a:

- Reconocer y respetar los derechos del hombre, empezando con el derecho a la vida.
- Respetar en todo momento la dignidad del ser humano, lo cual debe ir implícito en la transformación de los principios tradicionales que rigen el quehacer médico.

En el pasado, los principios del médico y la actitud del paciente estaban perfectamente definidos y separados:³⁴

Principios del médico:

- No causar daño.
- Hacer el bien.
- No emplear su pericia en actos manipulativos o coercitivos.

Actitudes del paciente:

- Tener confianza en el médico.
- Seguir las indicaciones médicas.

En esta relación médico-paciente, el modelo predominante es el que se centra en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona. Hoy en día, debido a la transformación que la relación médico-paciente ha sufrido, se sugieren principios morales intermedios basados en:

- a. Responsabilidad compartida, fundamentada en el conocimiento.
- b. Respeto mutuo.
- c. Combinación de pericia y ética.

La principal diferencia que conlleva este nuevo concepto con los preceptos de la moral hipocrática estriba en que el paciente, de receptor pasivo del servicio médico, se convierte en participante activo del proceso al demandar mayor información y mayor participación en las decisiones concernientes a su salud. Por otra parte, en el ámbito de la profesión médica ha predominado la actitud de paternalismo benévolo sobre el paciente, al asumir en múltiples ocasiones la toma de decisiones que le afectan a él mismo. Este hecho ha implicado mayores obligaciones y responsabilidades correlativas.³⁵

En la actualidad, la familia debiera ser la unidad de análisis de cualquier disciplina médica, dado que una visión reduccionista e individualista de una práctica médica abocada más a la reparación del daño que a la prevención y que soslaye el papel del grupo familiar del proceso salud-enfermedad constituye un rotundo fracaso en la prevención de la enfermedad y en la conservación de la salud,²⁹ ya que los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo,³⁶ y una medicina que pierde de vista lo concreto y lo humano pierde su razón de ser y su virtud.³⁷ El médico que deja de comprender al individuo como un todo invariablemente caerá en la práctica médica impersonal y fragmentada que hace del ser humano un objeto, y “el hombre —según Dubós— no responde como un ensamble mecánico de partes, sino como un organismo de compleja historia”.⁴ Carlos Monsiváis cita que “ante el médico, desde su indefensión, los pacientes no desean que se les trate como habitáculos de enfermedades, sino como propietarios de recelos, angustias, júbilos y terrores a la espera de un gesto...”.³⁸ “El médico —dice Ignacio Chávez— no es un mecánico que debe arreglar un organismo enfermo como se arregla una máquina descompuesta. Es un hombre que se asoma a otro hombre con un afán de ayuda, ofreciendo lo que tiene, un poco de ciencia y un mucho de compasión y simpatía”.³⁹ Es aquél que, lejos de convertirse en una pieza de un complicado engranaje, perdiendo el sentido del conjunto y del todo, se interesa más en el enfermo que en la enfermedad, y se esmera en brindar una atención más personalizada y humanística capaz de promover el desarrollo permanente del individuo y la sociedad.

*En la medida en que los médicos se concentraban en la lucha
contra la muerte, el paciente se transformó en un objeto residual
y después en un artificio tecnológico.*

Iván Illich

El quehacer médico es una interacción entre gente, en que la simpatía y la comprensión deben ser dispensadas pródigamente; la recompensa será encontrada en ese personal lazo de unión, la más grande satisfacción de la práctica médica.⁴¹

REFERENCIAS

1. Véjar-Lacave C: Tradición y modernismo en medicina. *Gac Méd Méx* 1980;116:51-52.
2. Somolinos PJ: Medicina y humanismo. *Gac Méd Méx* 1977:13.
3. Véjar-Lacave C: La bondad como arma terapéutica. *Gac Méd Méx* 1987;123:33-34.
4. Dubós R: *La ciencia en el arte de la medicina*. En: III Simposio Panamericano de Farmacología y Terapéutica. Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México, Excerpta Médica Foundation, 1965:3-8.
5. Vargas P: El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC y CIMF, 1997:36-48.
6. Feinstein AR: *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. W. B. Saunders, 1985.
7. Cueli J: Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente. En: Instituto Mexicano del Seguro Social: *Manual didáctico para pasantes de medicina en servicio social*. México, IMSS, 1983:13-29.
8. Latapí P: Medicina, crisis profesional o crisis humana. *Gac Méd Méx* 1979;115:151.
9. Engel GL: Sounding board. The biopsychosocial model and medical education. *N Engl J Med* 1982;306:802-805.
10. McWhinney IR: Orígenes de la medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC y CIMF 1997:15-23.
11. McWhinney IR: *Medicina de familia*. Barcelona, Mosby/Doyma, 1995.
12. Casell J: The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982;306:639-645.
13. Medalie JH: Angina pectoris. A validation of the biopsychosocial model. *J Fam Pract* 1990;30:273-280.
14. Somolinos-Palencia J, Jinich H, Martínez-Cortés F, Laguna J, Velasco-Suárez M *et al.*: La medicina neohipocrática. *Gac Méd Méx* 1986;122:235-250.
15. Serani MA, Burmester GM: Ética, historia clínica y datos informatizados (aspectos epistemológicos, antropológicos y éticos). En: Polaino-Lorente A: *Manual de bioética general*. Madrid, RIALP, 1994:291-297.
16. Grol R, De Maeseneer J, Whitfield M, Mokkin H: Disease-centered versus patient-centered attitudes. *Fam Pract* 1990;7:100-103.
17. Campero-Cuenca L: Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca. *Salud Pública Mex* 1990;32:192-204.
18. Homedes N, Ugalde A: ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Bol Sanit Panam* 1994;116:491-517.
19. Viniegra VL: El progreso en medicina. *Rev Invest Clin* 1994;46:149-156.
20. Vargas LA: Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer. *Gac Méd Méx* 1991;127:3-6.
21. Kornblit A: *Somática familiar*. Barcelona, Gedisa, 1984.
22. Chávez-Rivera I, Campillo-Sáinz C, Laguna J: Homenaje a la memoria del Dr. Raoul Fournier. *Gac Méd Méx* 1987;123:1-8.
23. Rabadan de Ayala MC: Adherencia terapéutica: aspectos observados dentro de una institución hospitalaria. *Neurol Neurocir Psiquiatr* 1991;31:53-57.
24. Frankel BL: The physician-patient relationship. In: Wiener JM: *Behavioral science*. Pennsylvania: John Wiley and Sons, 1987:183-192.
25. Hendren RL: Communication and interviewing. In: Wiener JM: *Behavioral science*. Pennsylvania: John Wiley and Sons, 1987:183:92.

26. **Jinich H:** Ciencia, tecnología y humanismo en medicina. *Gac Méd Méx* 1990;126:481–486.
27. **Díaz JE, Luna BF, Varela RC:** Las especialidades médicas. *Gac Méd Méx* 1990;126:25–34.
28. **Beteta PE, Cano GE, Carrasco PJ et al.:** Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Edu Méd Salud* 1992;26:298–425.
29. **Huerta-González JL:** El humanismo en la medicina familiar. *Bol Inf Esc Med UASLP* 1992;35:25–27.
30. **De la Fuente R:** Conferencia magistral: “Dr. Ignacio Chávez”. *Gac Méd Méx* 1991;127:463–466.
31. **Lifshitz GA:** El fracaso del éxito. Consideraciones sobre la epidemia de diabetes mellitus. *Gac Méd Méx* 1992;128:87–90.
32. **Viniegra-Velázquez L, Corvera-Bernadelli J, Arrollo P:** El control de la calidad del ejercicio de la medicina. *Gac Méd Méx* 1990;126:283–295.
33. **Treviño-Zapata N:** Panorama de la medicina en México. *Gac Méd Méx* 1986;122:187–192.
34. **Cano VF:** Los derechos humanos y el médico. *Gac Méd Méx* 1991;127:475–481.
35. **Sepúlveda B, Soberón G, Soni J, MacGregor C:** Ética y medicina. *Gac Med Mex* 1984;120:269–280.
36. **Ackerman NW:** *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones humanas*. Buenos Aires, Hormé, 1982.
37. **Quijano-Narezo M, Ramos P, Jinich H:** Las peculiaridades actuales de la práctica médica y los principios éticos. *Gac Méd Méx* 1980;116:101–113.
38. Glaxo de México: *Ser médico*. Fabrizio León Díez, fotógrafo; Carlos Monsiváis, prólogo; Organización en trabajos de comunicación. México, Glaxo, 1990:6–7.
39. **Woolrich J, Martínez BM, Haro G, Torre JM, Noriega A et al.:** A la memoria de Ignacio Chávez. *Gac Méd Méx* 1979;115:531–542.
40. **Illich I:** La muerte no ha sido derrotada. *BMJ* 1996;4:3–4.
41. **Ennos DD, Sultan P:** *The sociology of health care: social, economic & political perspectives*. New York, Praeger, 1977.

Repercusiones familiares de la enfermedad crónica

El fenómeno de la transición epidemiológica es ocasionado por el rápido crecimiento de los núcleos urbanos, por los mayores niveles educativos de la mujer, por el saneamiento básico, la atención prioritaria de las enfermedades infecciosas y los cambios en las condiciones de vida, hábitos y costumbres de las sociedades urbanas e industrializadas en todo el mundo. La transición demográfica, sustrato de la anterior, tiene como característica un patrón en el que la población inicia un proceso gradual de envejecimiento, resultado de la mayor esperanza de vida y la menor fecundidad.¹

En materia de salud, la transición que experimenta México se caracteriza por el traslape de dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes. En las últimas décadas del siglo pasado se produjo en el país un aumento de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones) y las lesiones, lo que refleja un incremento en los riesgos asociados con la industrialización y la urbanización. A esto hay que agregar el surgimiento de nuevas infecciones (de manera muy notable el SIDA), el resurgimiento de infecciones que parecían controladas (tuberculosis, paludismo, cólera y dengue) y la aparición de padecimientos relacionados con la contaminación ambiental. Al mismo tiempo, las infecciones comunes y las enfermedades de la nutrición y de la reproducción (que en conjunto confirman el rezago en salud) siguen representando una carga y un rezago sumamente importante en salud.²

Uno de los resultados de la situación antes señalada es el aumento en el número de personas de la tercera edad, lo cual conlleva un incremento progresivo de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas a los que atiende el médico fa-

miliar cada vez con mayor frecuencia. Por un lado, las consecuencias familiares de la patología crónica son habitualmente múltiples y no pocas veces trágicas, sobre todo cuando son prematuramente terminales, como las neoplasias con rápida posibilidad de metastatizar. En el otro extremo están las enfermedades que no son tan prontamente progresivas ni de pronóstico fatal a corto plazo, como la ceguera, artritis y epilepsia, entre otras. En una posición intermedia se hallan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus (cuya prevalencia se incrementa con la edad en ambos sexos) y las enfermedades con un posible desenlace sorpresivo, como la hemofilia y la cardiopatía isquémica.

La enfermedad crónica o terminal tiene como característica insoslayable que no se cura nunca,³ y sus repercusiones familiares están en función de su progresión y pronóstico limitado. Dentro de este contexto, el SIDA es actualmente considerado como un problema de salud pública de alta prioridad por su frecuencia, letalidad, costos, velocidad de expansión y sus graves consecuencias biopsicosociales.⁴ El concepto de paciente terminal sitúa a la familia frente a una realidad incuestionable, a menudo enmascarada y permanentemente rehusada: la muerte. Esta etapa obligada en todo proceso vital es percibida como indefectiblemente negativa por paciente, familia y profesionales sanitarios. Los problemas y síntomas que provoca son multifactoriales y cambiantes.^{5,6}

El diagnóstico de cáncer (o de otras enfermedades incurables como el SIDA) suele ser visto como un evento catastrófico que modifica de una vez y para siempre la percepción de la propia vida y las expectativas futuras en el entorno personal, familiar, social, profesional, etc. Dicha información es procesada mentalmente como cualquier evento que implica una pérdida importante, en cuyo caso la respuesta del paciente atraviesa por tres fases:⁷

- Fase I: el periodo inicial es de negación y de resistencia a creer que la noticia es cierta. Habitualmente este proceso dura de una a dos semanas.
- Fase II: se caracteriza por un periodo de confusión, agitación emocional y disforia en el cual la realidad es reconocida lentamente. El cuadro sintomático corresponde a una mezcla de síntomas de ansiedad y depresión, con pensamientos recurrentes de enfermedad y muerte. Este periodo puede durar de una a tres semanas, y generalmente se disipa en forma paulatina, conforme el paciente explora opciones de tratamiento y da inicio a un manejo sintomático. En este momento algunos pacientes buscan una segunda opinión (o múltiples), ya sea por iniciativa propia o por consejo de familiares o amigos, lo cual debe entenderse como una necesidad de reaseguramiento y no como una falta de confianza o pobre adherencia terapéutica.
- Fase III: adaptación, que comprende el ajuste entre las características y funcionamiento del paciente a la presencia de la enfermedad y al tratamiento. El optimismo retorna y las rutinas normales se retoman total o parcial-

mente. La secuencia de negación—disforia—adaptación puede reaparecer con cada nueva crisis que ocurre en el curso de la enfermedad, particularmente cuando existen recidivas o el abordaje va de las intervenciones curativas al desarrollo de acciones paliativas.

La familia es un sistema abierto donde las interacciones de sus miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios internos en los elementos que la componen, así como a los cambios producidos en su entorno. Las enfermedades, sobre todo las crónicas o terminales, ocasionan una serie de procesos que afectan no sólo al individuo que las padece, sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, del momento en la vida del paciente, del lugar que ocupe en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento.³ Dependiendo del grado de funcionalidad familiar, estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerben la situación, prolongando un círculo vicioso difícil de romper.

Es de esperarse que la estructura familiar del paciente crónico cambie, ya que, como en otras enfermedades crónicas, su figura se torna central por la tendencia de los límites a diluirse, ocasionando que, consecuentemente, las interacciones en la familia giren en torno a él. Los niveles de jerarquía se modifican, de tal manera que, por ejemplo, si el padre es el afectado, su función parental es delegada en otro miembro de la familia; asimismo, pueden aparecer alianzas y coaliciones que, aunadas a los sentimientos del paciente, pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad.

Cuando el tratamiento es complicado y costoso, el miembro de la familia que se ocupa del enfermo tiende a sobrecargarse de trabajo, al grado de volverse periférico para el sistema familiar, disminuyendo, por lo tanto, su interacción con los demás miembros del grupo. La regresión y la depresión que tienden a darse en el enfermo, así como la centralidad asumida por éste, favorecen dicha sobrecarga, que puede ocasionar la aparición de un rol parental auxiliar en algún otro miembro de la familia.³ En cuanto a la forma de respuesta familiar a la enfermedad, se han identificado dos estilos opuestos.⁸

- a. La **tendencia centrípeta**, expresada en el desarrollo de una extrema cohesión interna en torno al enfermo, quien absorbe la energía y monopoliza la atención del resto de la familia que gira a su alrededor, restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a cada uno de los integrantes del grupo. En general la familia vive en un estado de frecuentes sobresaltos, teniendo siempre presentes las posibles complicaciones de la enfermedad, los altibajos de su evolución y el riesgo de muerte, que es percibido de manera constante.

- b.** La **tendencia centrífuga** es expresada por el desarrollo de conductas evitativas en torno a la situación enfermedad. Este tipo de conductas por parte de los familiares en general se hace efectivo a expensas de la dedicación de uno de ellos al enfermo. Se favorece así la dependencia de éste con un miembro del grupo familiar, habitualmente la madre o esposa, quien asume el control de la evolución de la enfermedad, evitando que sea el enfermo mismo quien, en la medida de sus posibilidades, se haga cargo de los cuidados que requiere su condición. Esta actitud sobreprotectora condiciona más aún la evitación hacia el enfermo por parte de sus demás familiares.

Ante las recaídas y exacerbaciones de la enfermedad, la familia debe reajustar su estructura, la distribución de roles y sus mecanismos de solución de problemas para adaptarse a la situación de crisis en un breve lapso de tiempo y bajo una gran presión. Dicha presión puede ser económica, moral o emocional, por lo que se requiere de la flexibilidad suficiente para adaptarse y así continuar funcionando como familia.

Sin embargo, con los cambios adaptativos que los miembros de la familia van asumiendo, aparecerán nuevos riesgos para ellos mismos que pueden afectar a su vez al familiar enfermo. Los individuos de familias en las que existe un enfermo crónico presentan tasas de enfermedad más elevadas que las personas que no los tienen.⁹ Tal es la lealtad de los miembros del grupo familiar al enfermo de cáncer que ellos mismos han sido considerados como “pacientes de segundo orden”.¹⁰

Es un hecho que la familia con una dinámica disfuncional es más susceptible a los eventos críticos y que, en cambio, la influencia de una familia funcional condiciona favorablemente la integridad del grupo ante situaciones adversas.

La flexibilidad en una familia permite una gran diversidad de interacciones e intercambios de opinión entre sus miembros, lo cual favorece el surgimiento de nuevas y más útiles soluciones que incrementen las opciones para adaptarse y hacer frente al evento de tener en casa un enfermo crónico.

El objetivo del tratamiento quizá no radique en eliminar los síntomas, sino en ayudar a que el paciente aprenda a vivir con ellos.

I. McWhinney

El alivio del sufrimiento es un derecho universal a que debe acceder todo paciente que presenta una enfermedad terminal. Sin embargo:

- Muchos de estos pacientes fallecen en condiciones lamentables.
- Progresivamente son abandonados por los profesionales sanitarios a medida que avanza la enfermedad.
- Las múltiples necesidades de los pacientes moribundos y sus familiares son ignoradas frecuentemente.

- El cuidado de este tipo de pacientes no suelen ofrecerlo los distintos sistemas de salud.
- La inseguridad de los familiares y la atención domiciliaria, en muchos casos deficiente, generan continuos traslados del paciente a los servicios de urgencias sin que se resuelvan sus problemas.

Es por eso que el médico familiar puede ser un recurso útil para la atención de pacientes en fase terminal, debido a la continuidad de la atención médica, la acción anticipatoria y el estudio de la familia.

La acción anticipatoria del médico familiar: la continuidad de la atención médica, implica un esquema de seguimiento del proceso salud–enfermedad en las familias. Como consecuencia de esa continuidad, se lleva a cabo la vigilancia de la evolución de las enfermedades que afectan a los miembros de una familia y que tienen repercusiones en el grupo como un todo. Esto hace necesario llevar a cabo de manera oportuna un diagnóstico integral.

En el caso del paciente VIH⁺, por ejemplo, en la primera consulta, luego de la realización de las pruebas diagnósticas, el papel del médico familiar debe centrarse en su compromiso de proporcionar al paciente una atención médica continua, y quizá su intervención más importante sea asegurarle que él seguirá siendo su médico y que se encargará de organizar la atención por parte del equipo multidisciplinario que va a llevar a cabo los procedimientos médico–preventivos y el tratamiento oportuno de los problemas que vayan surgiendo.

Las posibilidades de ofrecer una mejor atención y, por ende, una mayor calidad y tiempo de vida para los afectados por el virus del SIDA, mejoran conforme se tenga mayor experiencia y se cuente con un enfoque multidisciplinario en el que exista, además de experiencia clínica, un buen seguimiento. Es por eso que en ninguno de los casos mencionados el médico familiar se mantendrá ajeno al tratamiento instituido y a la evolución del paciente, ya que deberá permanecer atento al manejo especializado, tanto ambulatoria como hospitalariamente. El marcador indirecto más utilizado en la actualidad para valorar la progresión de la infección por VIH es el recuento de los linfocitos CD4, que debe realizarse cada año hasta que sean inferiores a 500 células/mm³. Después, deberá solicitarse cada tres a seis meses, ya que sirve de guía para tomar las decisiones oportunas sobre el tratamiento antirretroviral y la profilaxis frente a las infecciones oportunistas. También es útil una carga viral cuantitativa. Tanto los recuentos de CD4 como la carga viral se relacionan con la progresión de la enfermedad. Así, una carga viral baja o indetectable se asocia con un mejor pronóstico. La carga viral puede determinarse tres veces al año y cuando se modifiquen las pautas del tratamiento farmacológico.

En la figura 6–1 se señala el papel que el médico familiar debe llevar a cabo en la atención al paciente VIH⁺.

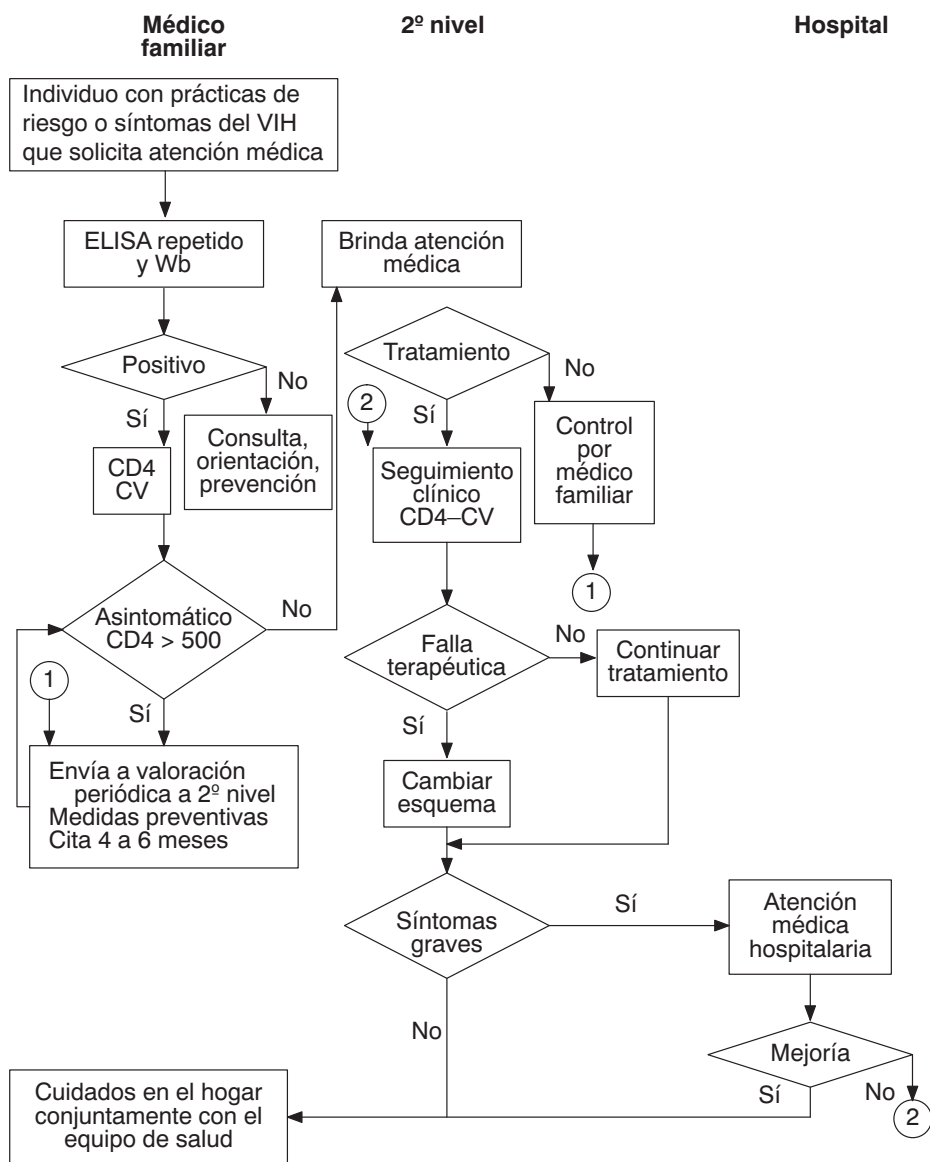


Figura 6-1. Papel del médico familiar en la atención al paciente VIH⁺.

Las actividades anticipatorias se fundamentan en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de las características de los individuos o del medio ambiente que los rodea y que conjuntamente dan lugar a la presencia de una enfermedad.

Los cuidados paliativos deberían estar integrados a los fundamentos de la actuación de los médicos familiares. La filosofía de la medicina familiar entiende que las actuaciones de los profesionales deben estar encaminadas a mejorar el nivel de salud y bienestar de las personas. Desde este punto de vista, la relación médico-paciente no termina con la aparición de una enfermedad incurable y mortal, ni siquiera con la propia muerte del paciente, pues la relación con la familia continúa después de este evento crítico.⁶

El objetivo de la atención al paciente terminal es ofrecerle en su medio natural de vida, siempre que sea posible, los cuidados paliativos que le permitan enfrentar la muerte en forma digna y serena y con máxima calidad de vida.⁵

Conversar con el paciente sobre sus problemas y ansiedades, considerando tanto sus necesidades psicológicas como las de sus familiares y amigos, puede modificar de alguna forma su manera de pensar, sus preocupaciones y sus sentimientos negativos. Así se puede contribuir a hacer menos difícil y perturbador el proceso de la enfermedad.

Una evaluación integral de la familia que incluya la etapa del desarrollo en que se encuentra, sus antecedentes patológicos, sus reacciones ante las crisis, el rol del enfermo antes de la aparición de la enfermedad y el paradigma relacionado con el control, conducirá a un tratamiento adecuado de la enfermedad, lo cual es el objetivo de toda práctica terapéutica.³ Esta evaluación facilitará, además, la comprensión y el manejo de la serie de eventos críticos que, a causa de la enfermedad, se hayan suscitado en el interior de la familia.

El objetivo del cuidado médico del paciente en etapa terminal está encaminado a una terapéutica paliativa. La muerte puede preverse como un evento que ocurrirá en días o semanas. En estos casos es conveniente:

1. Mantener al paciente lo más confortable posible.
2. Decidir cuáles medicamentos deben administrarse.
3. Controlar los síntomas incapacitantes y el dolor.
4. Brindar las condiciones para una muerte lo más tranquila y digna posible.

Para este último punto, probablemente el mejor escenario es el entorno propio del enfermo, su domicilio, con familiares y amigos cercanos acompañándolo y satisfaciendo sus necesidades elementales de limpieza y confort. Además, es necesario un control farmacológico adecuado de los síntomas incapacitantes y la presencia o la localización fácil de su médico familiar, hasta el momento de extender el certificado de defunción.

Es importante identificar en el núcleo familiar a las personas que llevarán la responsabilidad de los cuidados para ofrecerles una atención especial, que en ocasiones puede ser superior en tiempo a la dedicada al enfermo. Para el paciente y su familia, la información tiene que ser un recurso de fácil acceso que debe brindarse oportuna y verazmente sin crear falsas expectativas.

El grado de información debe ser compartido por todo el equipo de salud para asegurar su coherencia.

El duelo, el luto y el sentimiento de pérdida son términos que se refieren a las reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida significativa. El *duelo* es el sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido, el *luto* es el proceso mediante el cual se resuelve el duelo, en tanto que el *sentimiento de pérdida* es el estado de sentirse privado de alguien a consecuencia de la muerte y se refiere a hallarse en proceso de luto. Las similitudes en la experiencia del duelo y del sentimiento de pérdida son suficientes para considerar a esta experiencia como un síndrome que, como tal, presenta síntomas, manifestaciones, un curso demostrable y una posible resolución.¹¹ El médico familiar juega un papel muy importante en el duelo de las familias que atiende. Para empezar, es posible que le corresponda a él comunicar a los miembros de la familia que su ser querido va a fallecer. Luego, cuando el paciente muera, debe fomentar en la familia la manifestación de sus sentimientos, ya que si se inhibe la respuesta emocional ante la muerte es muy probable que los sentimientos se expresen con mayor intensidad posteriormente. En algunos casos pueden prescribirse medicamentos inductores del sueño, pero no antidepresivos ni ansiolíticos en el duelo normal, ya que este proceso debe completarse, por doloroso que sea, para que se produzca una resolución satisfactoria.

Considerar a la familia como el principal recurso terapéutico permite al equipo de salud auxiliarla multidisciplinariamente para que ésta, a su vez, contribuya a que su enfermo viva en las mejores condiciones posibles y, llegado el momento, pueda enfrentar con esperanza y dignidad la experiencia última de la vida, que es la muerte. El trato con la muerte forma parte del quehacer médico, y no es necesario en muchos casos retrasarla en unidades de terapia intensiva y con métodos artificiales de alta tecnología. La idea de curación como objetivo, principio que rige toda nuestra formación, debe abandonarse en beneficio de la calidad de vida. Por eso debe permitirse la presencia de familiares, el diálogo posmortem, el apoyo espiritual o religioso y ofrecer así al paciente terminal una actitud humanista, de autenticidad y cuidado ético, como directriz que guíe en estos casos nuestras acciones.^{5,12}

REFERENCIAS

1. *Cuadernos de salud 3. Los retos de la transición*. 1ª ed. México, Secretaría de Salud, 1994.
2. *Programa Nacional de Salud 2001–2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. 1ª ed. México, Secretaría de Salud, 2001.
3. Robles FT, Eustace JR, Fernández CM: *El enfermo crónico y su familia*. México, Nuevo Mar–CEMIC, 1987.
4. Sepúlveda–Amor J: El SIDA como problema de salud pública en México. *Gac Méd Méx* 1988;124:35–37.

5. **Ledesma CA:** El paciente terminal en atención primaria. *Atención Primaria* 1991;8(6): 447–448.
6. **Morales IH, Irigoyen CA, Martínez VM:** *El paciente terminal: manejo del dolor y cuidados paliativos en medicina familiar*. 1ª ed. México, Medicina Familiar Mexicana, 2002.
7. **Almanza MJ:** *Reacción y adaptación al diagnóstico de cáncer*. PAC Psiquiatría–2. Psico–oncología. Abordaje psico–social integral del paciente con cáncer. 1ª ed. México, Intersistemas, 2000:13–22.
8. **Kornblit A:** *Somática familiar*. Barcelona, Gedisa, 1984.
9. **McWhinney IR:** *Medicina de familia*. Barcelona, Mosby/Doyma, 1995.
10. **Almanza MJ:** *El abordaje de la familia del paciente con cáncer*. PAC Psiquiatría–2. Psico–oncología. Abordaje psico–social integral del paciente con cáncer. 1ª ed. México, Intersistemas, 2000:41–45.
11. Tanatología: muerte y duelo. En: Kaplan HI, Sadock BJ: *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. 8ª ed. Madrid, Médica Panamericana, 1999:73–84.
12. **Rojo PJ:** *Bioética*. Bol Med Fam, Facultad de Medicina, UNAM, 1995;11:4–6.

Medicina familiar: sinónimo de atención integral a la salud

El bienestar del individuo será tanto mayor cuanto mejor sea la familia y la sociedad de la que es miembro y en la que vive.

Las instituciones de salud en México, a partir del acuerdo presidencial del 20 de diciembre de 1982, se integraron en el Sector Salud con objetivos bien definidos, entre los que sobresalen la optimización y la redistribución de recursos que permitan mayor orientación hacia los aspectos preventivos. Dentro de esta integración sectorial se han establecido programas prioritarios, uno de los cuales señala: “Reforzar la atención primaria a la salud mediante módulos de medicina familiar estructurados para servir a varios cientos de familias”.¹

...el médico familiar puede ser la respuesta necesaria a la especialización masiva y a ultranza. Su relación más cercana, pero sobre todo más constante y prolongada con los pacientes, pudiera recuperar las ligas de afecto y confianza...²

NIVELES DE ATENCIÓN

En el modelo de salud propuesto en nuestro país se definen tres niveles de atención, organizados en estratos que van de menor a mayor complejidad, debida-

mente vinculados y determinados en función del comportamiento epidemiológico de una población, con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de cada paciente y su familia. Dichas necesidades, traducidas a demandas de servicios, condicionan el nivel de atención requerido.

Se ha definido al nivel de atención como la forma de organizar los recursos en cantidad y calidad para producir un determinado volumen y estructura de los servicios de salud, destinados a acercar los medios y los instrumentos de la medicina actual a los grandes sectores de la población y a favorecer el uso óptimo de dichos recursos.

En nuestro medio, el sistema está integrado por tres niveles de atención:

- **Primer nivel:** es el primer contacto de la población solicitante de atención con los servicios médicos de una institución de salud. Lleva a cabo actividades de promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de padecimientos frecuentes y de baja complejidad y seguimiento de los casos referidos a otros niveles. Requiere mínimos recursos materiales, aunque gran interrelación con la familia y la comunidad. Este nivel se apoya en los niveles superiores a los que se envía temporalmente a los pacientes que así lo requieren.
- **Segundo nivel:** cuenta con las especialidades de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía, y con el apoyo de otras subespecialidades como oftalmología, otorrinolaringología y salud mental, a través de las cuales atiende padecimientos menos frecuentes y de mediana complejidad derivados del primer nivel o a quienes acuden espontáneamente con urgencias médicas o quirúrgicas.
- **Tercer nivel:** a este nivel son remitidos los pacientes que requieren estudios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, como cateterismos, medicina nuclear, tomografía computarizada, resonancia magnética y oncología, entre otros. Realiza actividades de restauración y rehabilitación de pacientes con enfermedades que requieren estudios diagnósticos y tratamiento muy especializados y que han sido referidos por los otros niveles de atención.

La gran trascendencia y calidad de estos niveles de atención debe conservarse a través de una interacción médica constante, con la finalidad de que cada uno de ellos conserve su propia responsabilidad.

La práctica de la medicina familiar tiene una gran amplitud horizontal que incluye dentro de su práctica el manejo de diversas entidades clínicas y provee el cuidado a la salud, no sólo el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Se sitúa en el primer nivel de atención, con el cual la población tiene su primer contacto con un centro de salud. Atiende 95% de las necesidades sanitarias del paciente³ y, previa evaluación de las circunstancias y necesidades del paciente y su familia, efectúa la resolución primaria de sus problemas de salud, teniendo siempre como

prioritaria la identificación de riesgos y la prevención de daños. Cuando está indicado, refiere al paciente hacia otros niveles de atención, preservando para sí la continuidad de la misma, tanto del enfermo como de su grupo familiar, ya que la relación entre éstos y el médico familiar no está limitada por la duración de la enfermedad.

En sus más técnicos aspectos, la medicina primaria no difiere mucho todavía de la medicina especializada, pero en el uso del conocimiento epidemiológico, en la prevención y el diagnóstico, y en la penetración conductual y sociológica en el diagnóstico y tratamiento, difiere ahora completamente de cualquiera de las especialidades.

I. McWhinney⁴

En consonancia con las condiciones demográficas, epidemiológicas, sociales y tecnológicas que vive el país actualmente, el IMSS desarrolló un nuevo modelo de medicina de familia.⁵ Este modelo busca fortalecer la reorganización de los servicios de salud en las unidades de medicina familiar a través de la realización de actividades preventivas, anticipatorias, curativas y de rehabilitación temprana, el incremento de la capacidad resolutive, la integración de procesos y la instrumentación de formas y esquemas de competitividad y eficiencia que permitan brindar la calidad y oportunidad en el servicio que demandan los pacientes y sus familias.

EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR

Desde sus comienzos, la medicina ha estado en continua evolución en respuesta a múltiples influencias, tanto científicas como técnicas y sociales, de entre las cuales ha surgido recientemente la medicina familiar, no obstante que procede de una de las ramas más antiguas de la profesión médica: la medicina general.

En la actualidad, según datos de la encuesta de la *World Organization of Family Doctors* (WONCA), por lo menos 56 países tienen programas de formación de posgrado en medicina familiar, la mitad de los cuales se establecieron después de 1970, hecho que indica el rápido crecimiento y la importancia de esta especialidad.⁶

La Organización Mundial de Médicos Familiares, WONCA, es una organización no gubernamental, fundada en Melbourne en 1972, que mantiene relaciones oficiales con la OMS desde 1980, aunque cinco años antes ya había colaboración entre ambas organizaciones con la publicación de la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria. Incluye en la actualidad a más de

55 organizaciones miembros de 45 países, entre ellos México, y representa a más de 150 000 médicos a través del mundo. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pueblos del mundo a través del fomento y mantenimiento de elevados estándares de atención en medicina familiar.^{7,8}

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social creó en 1954 la categoría de “médico de familia” con la finalidad de brindar una atención integral y continua a núcleos particulares de población.⁹ Pero fue hasta marzo de 1971 que se inauguró el primer curso de medicina familiar, al cual, tres años después, la Facultad de Medicina de la UNAM avaló y reconoció como especialidad médica. Una década después, el programa académico fue diseñado por los propios médicos familiares egresados de la residencia, y para entonces existían las Unidades de Medicina Familiar, separadas del hospital, pero accesibles de tal manera que permitían la atención rápida y oportuna de los pacientes que lo ameritaban. Por su parte, el ISSSTE implementó en 1980 un curso de especialización en medicina familiar, y siete años después dejó oficialmente implantado el sistema médico familiar en las unidades de primer nivel. Esta institución, en coordinación con la UNAM, inició en 1993 un programa de especialización para médicos generales con el propósito de fortalecer dicho sistema y mejorar la calidad técnica y humanística del personal médico que labora en el primer nivel de atención.¹⁰

Las asociaciones de medicina familiar han venido conformándose en México desde el decenio de 1970 a 1979 y, a la postre, constituyeron en 1987 el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, organismo que un año después obtuvo la idoneidad de la Academia Nacional de Medicina.¹¹ Este hecho significó para la medicina familiar el logro académico más importante en los años recientes y le permitió legitimarse como especialidad. De igual forma, el proceso de certificación, acción que realizan los propios médicos familiares voluntariamente para demostrar su capacidad como especialistas, ha generado un ambiente muy favorable hacia la capacitación y la educación médica continua.¹²

La certificación de los especialistas por un organismo académico tiene el propósito de validar ante la sociedad y ante la la nación a quienes ética, profesional y técnicamente estén capacitados para atender el cuidado de la salud familiar.¹⁴

Los Consejos de especialidades establecen normas para valorar el adiestramiento de los especialistas y certifican como tales a quienes las cumplen; por el procedimiento de recertificación periódica, vigilan la actualización de sus conocimientos y destrezas.¹³

Como parte del proceso irreversible del fortalecimiento de la medicina familiar en nuestro país, y en cumplimiento de la Declaración de Ciudad Universitaria, efectuada en la ciudad de México en marzo de 1994, quedó conformada la organización nacional de médicos familiares denominada Colegio Mexicano de

Medicina Familiar, A. C., que tiene como propósitos fundamentales reforzar las tareas académicas, de investigación y socioculturales que en sus ámbitos regionales realizan las asociaciones ya existentes.^{15,16} El 6 de junio de 2002, el Comité Ejecutivo de WONCA, presidido por el Dr. Michael Boland, admitió por votación unánime al Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A. C., como uno más de sus miembros, quedando ubicado en la recientemente creada 6ª región de WONCA, llamada “WONCA Región Iberoamericana–CIMF”.

FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Se ha definido a la medicina familiar como una especialidad médica cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud–enfermedad; toma como unidad de análisis a la familia para otorgarle atención médica primaria, integral, coparticipativa, continua y con un enfoque preventivo en forma compartida con el individuo y su familia.¹⁷ Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento, y su alcance no está limitado por edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida.^{3,18} Es considerada una especialidad porque tiene como objeto de estudio bien definido a la familia, la cual constituye la unidad biopsicosocial de cuyo funcionamiento se genera salud o enfermedad entre sus propios miembros. A diferencia de otras especialidades médicas que se han autodefinido sobre la base de áreas anatómicas, edad, sexo o tipo de padecimientos, la medicina familiar contempla un amplio campo de las ciencias biomédicas y comprende, además, conocimientos y habilidades sobre aspectos sociales, psicológicos y antropológicos que le permiten responsabilizarse de la atención médica integral de los pacientes de todas las edades y sus familias a lo largo de su ciclo vital. Se basa en un enfoque de riesgo que contribuye a identificar la probabilidad de que ciertas características de los individuos o del medio en que viven produzcan, en conjunto, problemas a la salud. Esta perspectiva de riesgo integra el tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.^{19–22}

McWhinney²³ establece nueve principios que, cuando se consideran en conjunto, representan una visión distinta del mundo —un sistema de valores y un enfoque hacia los problemas— que identifica a la medicina familiar como diferente de las otras disciplinas. En estos principios, el médico familiar:

1. Está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos.
2. Se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
3. Ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.

4. Considera su práctica como una población en riesgo.
5. Se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.
7. Ve a sus pacientes en las casas, así como en el consultorio y el hospital.
8. Agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Complementa el enfoque estrictamente objetivo y positivista de los problemas de salud con los sentimientos y comprensión profunda de las relaciones.
9. Es un gerente de los amplios recursos que como médico de primer contacto tiene en beneficio de sus pacientes y de toda la comunidad.

Los médicos de familia son los únicos “generalistas” con una formación de posgrado que los capacita para proveer la atención integral y continua de la mayor parte de las necesidades de salud que pueden presentar los pacientes de cualquier edad y sexo.⁶

Por su función como integrador de acciones diversas de salud, el médico familiar está en condiciones privilegiadas para implementar una conceptualización sistémica de la salud–enfermedad, al mantener un contacto profesional a lo largo del tiempo con diferentes miembros de la familia, en sus diferentes fases del ciclo vital.²⁴

La continuidad en el cuidado del paciente y su familia da al médico familiar una importante ventaja sobre otros especialistas, quienes ven al paciente sólo durante una etapa específica de su vida, en la evolución de una enfermedad determinada o únicamente ante situaciones críticas. Funciones como la prevención, el control subsecuente, el fomento a la salud y el manejo adecuado de los problemas del paciente en el contexto de sus condiciones familiares y comunitarias son difíciles de llevar a cabo en sistemas de salud fragmentados o que no cuentan con el personal responsable de brindar una atención integral y continua.²⁵ El médico familiar es el único profesional de la salud que atiende pacientes y familias en una estrecha relación que, a menudo, se extiende desde el nacimiento hasta la muerte,²⁰ y no sólo le incumbe la familia como unidad, sino la relación entre las personas que la integran.²⁶ El personal especializado en atención primaria tiene una cultivada habilidad para escuchar, aconsejar, simpatizar y para entender lo que otros consideran como trivial o que no concierne al campo de la salud.²⁵

Recientemente se ha señalado que los principales problemas de salud residen fundamentalmente en una etiología social más que biológica,²⁶ situación que ha dado lugar al renacimiento de un viejo concepto: el de la familia como microsistema responsable de salud o enfermedad.²⁷ Existen dos razones importantes para que el médico familiar desarrolle la capacidad de hacer observaciones clínicas fiables sobre la familia del paciente:

- a. Lo que ocurre en el interior de la familia puede desempeñar un papel etiológico en la enfermedad del paciente.
- b. La respuesta de la familia del paciente ante la enfermedad influye sobre su curso.

Es por eso que el médico familiar debe tener siempre en cuenta que los cambios naturales de la familia, su dinámica y los patrones de disfunción familiar, invariablemente se reflejan en el proceso salud-enfermedad y que, por lo tanto, forman parte de los elementos que debe abordar para ejercer una práctica médica efectiva.

Atención domiciliaria: la atención médica mediante la visita domiciliaria continúa siendo un elemento fundamental para el tratamiento integral y adecuado del enfermo, ya que, aparte de complementar su estudio de salud familiar, permite atender las necesidades del paciente incapacitado, detectar factores de riesgo y efectuar el seguimiento de casos.

Los pacientes viejos, sobre todo los más debilitados y los que tienen problemas de movilización, suelen tener grandes dificultades para su atención en el consultorio médico y para salir de su hogar, donde se sienten más cómodos, menos molestos y donde el médico familiar puede identificar otros problemas de salud y mejorar la asistencia. En ocasiones, la visita domiciliaria representa la única forma de detectar determinados riesgos ambientales y de evaluar con exactitud la funcionalidad de la familia. En otras, supone el único modo de reconocer la negligencia y abuso en el consumo de medicamentos.³

En otros tiempos, la carencia de conocimientos científicos y de tecnología sofisticada era suplida por el médico de entonces con la capacidad nacida de su dinámica personal y su conocimiento del medio ambiente, el enfermo y la familia. En la actualidad, todos estos elementos se conjugan para hacer de la medicina familiar el elemento idóneo para llevar a cabo las acciones de una atención médica integral.

Los miembros de una disciplina clínica se pueden identificar no tanto por lo que saben, sino por lo que hacen;²⁸ de ahí que la relación con familias, más que con cuerpos de conocimientos, y el compromiso con grupos de personas tanto o más que con los aspectos técnicos de la medicina, constituyen hoy en día la vocación del médico familiar.²⁹

La medicina familiar, como la especialidad preventiva por excelencia, y el médico familiar, como el principal promotor del cuidado de la salud de las familias, deben resolver los problemas relacionados con las necesidades de salud y enfermedad en el contexto de la atención primaria de salud, no sólo del individuo como unidad biopsicosocial, sino también del ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad: su familia.

REFERENCIAS

1. **Laguna J et al.**: El proceso de integración de los servicios de salud. *Gac Méd Méx* 1983; 119:219–226.
2. **Cordera–Pastor A, Corvera BJ**: A propósito de la deshumanización de la medicina. *Gac Méd Méx* 1982;118:431–438.
3. **Rakel RE**: El médico de familia. En: Rakel RE: *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. McGraw–Hill–Interamericana de España, 2000:3–21.
4. **McWhinney I**: *El médico de primer contacto en un sistema de salud*. Cuarta parte. *Bol Med Fam*, Facultad de Medicina, UNAM, 1995;10:13–14.
5. *Programa Nacional de Salud 2001–2006*. 1ª ed. México, Secretaría de Salud, 2001.
6. **Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R et al.**: Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. *Bol Of Sanit Panam* 1996;120:44–58.
7. *Organización Mundial de Médicos de Familia*. Facultad de Medicina, UNAM, 1996;4:9.
8. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA: *Clasificación internacional de la atención primaria CIAP–2*. 2ª ed. Barcelona, Masson, 1999.
9. **Jasso GL, Velazco OR**: *La enseñanza de la medicina familiar, experiencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Subdirección General Médica/Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, IMSS. Suma documental 1, 1988:73–82.
10. *Bol Med Fam*. Facultad de Medicina, UNAM, 1995;12:1–3.
11. **Domínguez OJ**: La certificación en medicina familiar. *Bol Med Fam*. Facultad de Medicina, UNAM, 1993;1:3.
12. **Domínguez OJ**: La inserción de la medicina de familia en México. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC y CIME, 1997:315–320.
13. **Corvera BJ**: La reglamentación de la medicina. *Gac Méd Méx* 1988;124:157–162.
14. **Santa–Cruz J**: Presente y futuro de la medicina familiar. *Rev Med IMSS* 1988;26:1–2.
15. *Bol Med Fam*. Facultad de Medicina, UNAM, 1994;4:4.
16. *Bol Med Fam*. Facultad de Medicina, UNAM, 1994;12:15.
17. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar: *Normas mínimas en medicina familiar*. México, El Consejo..., 1991.
18. **Taylor RB**: Conceptos centrales en medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC y CIME, 1997:29–35.
19. **Rakel RE**: *Textbook of family practice*. 4ª ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1990.
20. **Geyman JP**: Family practice in evolution. *N Engl J Med* 1978;298:593–601.
21. **Murata PJ, Kane RL**: Who is the family doctor? Relating primary care to family care. *J Fam Pract* 1989;29:299–304.
22. **Narro RJ**: Medicina familiar. En: Soberón G, Kumate J, Laguna J: *La salud en México, testimonios 1998*. México, Fondo de Cultura Económica, 1989:239–252.
23. **McWhinney IR**: Orígenes de la medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC y CIME, 1997:15–23.
24. **Vargas P**: El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC y CIME, 1997:36–48.
25. **Enos DD, Sultan P**: *The sociology of health care*. New York, Praeger, 1977.
26. **Medalie JH**: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987.
27. **Villarreal R**: La investigación como forma de vincular la universidad con la realidad. *Gac Méd Méx* 1978;114:281–286.
28. **McWhinney IR**: Family medicine in perspective. *N Engl J Med* 1975;293:176–181.
29. **McWhinney IR**: *Medicina de familia*. Barcelona, Mosby/Doyma, 1995.

Escuela para padres

FORMACIÓN INTEGRAL Y EXITOSA DE LOS HIJOS

*Enseña a un hijo el camino que debe seguir,
y cuando sea viejo no se apartará de él.*

Proverbios 22:6

La atención médica, para ser integral, requiere ser orientada hacia la familia, no sólo en los aspectos asistenciales o curativos, sino también en los preventivos, entre los cuales se encuentran los programas de escuelas para padres. Ésta es una actividad para la promoción de la salud que en la actualidad constituye una importante estrategia en la formación integral y exitosa de los hijos.

Antecedentes

Debido a las transformaciones sociales derivadas del industrialismo, se inició el interés por la educación de los padres de familia en Europa y EUA, movimiento encabezado por Francia al fundar, en 1929, la primera escuela para padres. Simultáneamente, la URSS llevaba a cabo una campaña en favor de la educación de los padres, acorde con su política de reivindicación y restauración de la vida familiar. A partir de la Segunda Guerra Mundial, se multiplicaron en Europa las escuelas para padres, de tal manera que el auge alcanzado por este movimiento dio lugar a la fundación, en 1964, de la Federación Internacional para la Educación

de los Padres, con sede en Sèvres, Francia. Esta Federación es una organización de educación familiar no gubernamental que mantiene relaciones de información y consultoría con la UNESCO, el Consejo Económico y Social de la ONU, la UNICEF y el Círculo Europeo. En México, la Asociación Científica de Profesionales para el Estudio Integral del Niño ha realizado, entre otras actividades, los Congresos Mundiales de la FIEP. El más reciente tuvo como objetivo general fomentar la educación de los padres como criterio básico para dar vigencia a los derechos del niño y abordar la problemática social contemporánea en el marco de las diversas culturas.

La base de la educación de los hijos es producir cambios en las actitudes y comportamientos de los padres; sin embargo, es común observar que, a pesar de los esfuerzos que los padres hacen por educar a sus hijos y sus buenas intenciones, frecuentemente se quejan de sus malas conductas, problemas escolares, desobediencia, agresividad, etc., y se preocupan por problemas como la enuresis y pleitos entre los hermanos; consideran que el problema se encuentra en sus propios hijos, sin percatarse de que la raíz de muchos de los conflictos suscitados con ellos radica en el seno de la misma familia, en la forma en que los padres se comportan como pareja y en el ejemplo que cotidianamente brindan a sus hijos.

*Los niños serían bien criados
si los padres fueran bien educados.*

Goethe

Constantemente la familia se ve influida por diversos factores del medio que la rodea y que repercuten de múltiples maneras en el cumplimiento de sus funciones, comunicación, afecto, desempeño de los roles familiares, relaciones conyugales y paterno-filiales. Hechos como los problemas estructurales de la sociedad que directamente o a través de los medios de comunicación atentan contra los valores familiares, o los provocados por una estructura social injusta que genera insalubridad, pobreza, ignorancia, falta de vivienda, desempleo, bajos salarios y desnutrición, dan lugar a situaciones cada vez más frecuentes como niños maltratados, niños de la calle, disfunción familiar, múltiples problemas de salud (agudas, crónicas, mentales, transmisibles, etc.), alcoholismo, drogadicción, delincuencia, embarazos en adolescentes, sexualidad extramarital, etc. Si a esto agregamos la existencia de un sistema educativo autoritario, deficiente en materiales y calidad, vemos que el fracaso escolar consecuente refuerza el círculo vicioso de esta grave realidad social (figura 8-1).

Por otro lado, una gran cantidad de los problemas que vive una familia derivan en su mayor parte de los patrones socioculturales de las familias de origen de los cónyuges, quienes durante su infancia adquieren las pautas para seguir su propio modelo de paternidad, en ocasiones intentando mejorar o modificar algunos as-

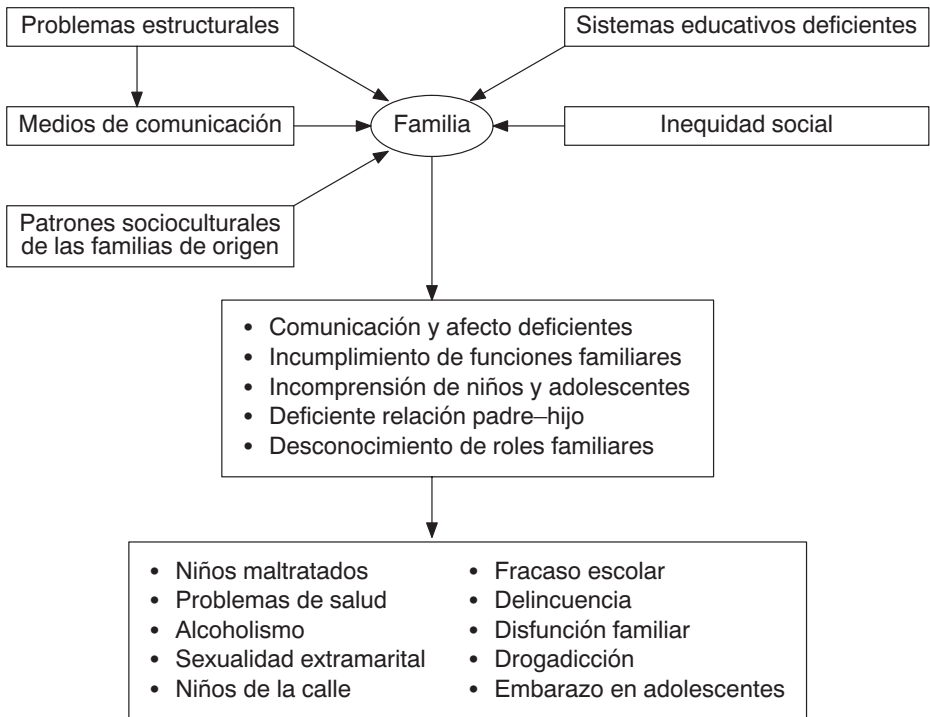


Figura 8–1. Círculo vicioso del fracaso escolar.

pectos, pero finalmente rigiéndose por lo asimilado, en lugar de atender las conveniencias actuales de sus hijos.

Existe toda una gama de conocimientos acerca del desarrollo psicomotor infantil y de técnicas y prácticas para la adecuada educación y crianza saludable de los hijos en cada una de las etapas de su desarrollo; no obstante, tales conocimientos se hallan confinados en los reducidos círculos académicos y profesionales de la salud, lo cual resulta incongruente ante el alto índice de ignorancia entre los padres de todos los estratos socioeconómicos acerca de sus expectativas con relación a sus hijos y sus necesidades reales;¹ la gran cantidad de hijos no deseados que engrosan las filas de niños de la calle, explotados y maltratados, así como la alta morbilidad infantil por problemas de salud prevenibles como las infecciones y la desnutrición, que frecuentemente revelan inadecuados cuidados maternos y disfunción familiar. Aunque estos hechos pudieran no ser intencionales, de cualquier forma son los hijos quienes sufren las consecuencias.

De alguna manera, todos los padres se forman ideas sobre la educación de sus hijos, las cuales surgen de la consideración de lo que debe ser un adulto compe-

tente y que en gran medida están en función de lo observado en sus propias familias. Estas teorías guían su proceder, y a través de ellas elaboran criterios sobre la forma de educar a sus hijos, sus estudios, la elección de amistades, diversiones y sobre toda una serie de hechos que reflejan el tipo de ideas que rigen el comportamiento de ellos como padres. Por ello, en contra de lo que pudiera pensarse, los padres tienen ideas y criterios bien definidos y no reaccionan únicamente ante la conducta de sus hijos.² Sin embargo, es fácil constatar la multiplicidad de casos en que los padres ignoran qué hacer, qué pautas seguir, cómo enfrentar ciertas situaciones ante la diversidad de conductas y actitudes de sus hijos y, con frecuencia, improvisan su papel, que en la familia resulta de trascendental importancia.

Dado que sus funciones no pueden llevarse a cabo favorablemente sin que cuenten con la preparación suficiente que les inculque, clara y sencillamente, la responsabilidad que adquieren al criar un hijo, y con ello el deber ineludible de vigilar y encausar sanamente su crecimiento y desarrollo hasta que pueda bastarse por sí mismo, las escuelas para padres adquieren validez y relevancia. Entre otros muchos aspectos, proporcionan ideas para evitar el uso excesivo del método por ensayo-error y evitar caer en la trampa del sentido común no comprobado científicamente y al que tantas veces se recurre equivocadamente.

¿QUÉ ES LA ESCUELA PARA PADRES?³

El aprendizaje es un proceso a través del cual, según los conductistas, se modifican las pautas de conducta, y en el cual el camino que recorre el individuo al aprender no es lineal, sino que implica crisis, paralizaciones, retrocesos, resistencias al cambio, etc.

Una persona ha aprendido cuando ha modificado algún aspecto de su conducta.

Las actitudes aisladas carecen de valor, resultan inoperantes en tanto no se encuadren en un sistema de actitudes congruentes que respondan a objetivos claros y a valores asumidos conscientemente. Las actitudes no se pregonan, se llevan a la práctica y comprenden todos los ámbitos, áreas y campos en que nuestras actividades tienen lugar.

La escuela para padres es un proceso educativo permanente que sirve como alternativa de prevención y de solución a los conflictos familiares, sobre todo los que surgen durante la crianza y educación de los hijos; tiene el propósito de ofrecer a los padres de familia oportunidades de participación en el conocimiento crítico de la realidad familiar para lograr un cambio de actitudes que les permita

guiar y comprender mejor a sus hijos ante los eventos críticos familiares y sociales existentes.

Es un programa abierto que parte de las experiencias personales; voluntario, con una base multidisciplinaria que pretende reforzar el proceso de maduración humana dentro del contexto familiar en sus aspectos biopsicosociales y culturales. A través de este programa se proporciona a los padres elementos que facilitan el ejercicio de su responsabilidad como formadores de hijos, labor que deben realizar como pareja para dejar de lado la idea que tradicionalmente ha postulado la importancia casi exclusiva de la madre en el desarrollo infantil, situación incongruente que no justifica el papel soslayado del padre en la crianza y educación de los hijos.

Aunque es deseable, para asistir a los programas de escuelas para padres no se requiere saber leer o escribir, ya que la metodología se basa en dinámicas grupales, equipos de reflexión, análisis de problemas comunes, búsqueda de alternativas de solución a conflictos frecuentes, etc. No se pretende llegar a conclusiones rígidas y comunes entre los asistentes ni a idealizar la figura y actuación de los padres. Se propone mas bien un patrón de conductas que conduzca a determinar un “estilo de ser padres”² y que complemente la labor de otros personajes en el proceso de madurez de los hijos.

No existen dos padres iguales ni dos niños idénticos; por eso no existe una, sino múltiples formas de educar y convivir con los hijos en el hogar; de ahí la necesidad de que los padres aprendan y elijan formas de educación que puedan aplicar eficientemente para ayudar a sus hijos a aprender y a crecer. Mediante las escuelas para padres se proponen nuevas pautas de relación y comunicación entre los miembros del núcleo familiar, sobre todo con relación al comportamiento, actitudes y grado de atención y dedicación prestada al niño. Se pretende que los padres favorezcan en sus hijos sentimientos positivos hacia sí mismos y fomenten en ellos actitudes parentales que redunden en el bienestar biopsicosocial de todo el sistema familiar.

Objetivos

- Favorecer en los padres de familia la adquisición de conocimientos y elementos necesarios para que, de manera consciente e informada, ayuden a sus hijos a encontrar alternativas que les permita enfrentar las etapas de su desarrollo.
- Lograr de la paternidad una empresa enriquecedora y recompensadora que asegure un mejor desarrollo de las potencialidades infantiles, a través de actitudes y expresiones amorosas y una comunicación afectiva y congruente.
- Propiciar la identificación de los factores de riesgo que afectan la salud familiar para que sean autogestores de su propio bienestar biopsicosocial.

Organización

Las instituciones, ya sean de salud o educativas, pueden estructurar el programa de su curso basadas en sus propias experiencias y en los intereses y necesidades específicas de los padres a quienes vaya dirigido, sin dejar de analizar tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y socioculturales del desarrollo humano en su contexto familiar.

Mediante un proceso metodológico bien especificado se debe evitar la improvisación, favorecer el trabajo comunitario, la planificación por objetivos, actividades, responsabilidades y evaluaciones, así como la capacitación del personal instructor y la elaboración de material didáctico, todo lo cual será organizado por el equipo responsable del programa.

Deberá haber un coordinador responsable de la funcionalidad del curso; su participación y la de todo el equipo deberá ser voluntaria y sus integrantes, preferentemente, profesionistas miembros de la institución donde se lleve a cabo la escuela para padres. Ocasionalmente se puede contar con la participación de padres de familia y otros voluntarios que comprendan la importancia y validez de las acciones que se realizan.

Los orientadores o facilitadores de las actividades deben considerar que es el proceso en sí el que realmente educa con la participación de todos los que intervienen en él, ya que nadie detenta el patrimonio del saber. Todos aprenden de todos, fundamentalmente de aquello que realizan en conjunto.

Este hecho facilita tanto la labor docente del equipo de salud coordinador como el cumplimiento de objetivos, las perspectivas de conjunto y, sobre todo, el cambio de actitudes.

*Los orientadores no deben ser los mediadores
entre el conocimiento y el grupo,
sino los promotores del aprendizaje.*

La organización de los programas de escuelas para padres requiere de los siguientes elementos:

Recursos humanos

Tanto el coordinador como el equipo de orientadores dependerán de la institución organizadora del programa, aunque las escuelas para padres pueden operar en forma particular.

a. Funciones del coordinador:

- Organizar, supervisar, evaluar y cuidar el buen funcionamiento del programa.

- Promover la asistencia de padres de familia.
- Supervisar la elaboración de material didáctico.
- Formar un directorio de asistentes.
- Elaborar y aplicar los cuestionarios de evaluación diagnóstica y final a los asistentes.
- Elaborar diplomas o constancias de reconocimiento a los padres de familia participantes.
- Evaluar periódicamente las actividades y elaborar los informes respectivos.
- Proponer y recopilar bibliografía básica.

b. Funciones de los orientadores:

- Capacitar y orientar a los asistentes al curso de acuerdo con los objetivos del programa mediante la utilización de material y técnicas didácticas necesarias, preferentemente grupales.
- Junto con el coordinador, promover el programa y motivar constantemente a los asistentes.

Tanto el coordinador como los orientadores deberán detectar casos que requieran ayuda especializada como psicoterapia familiar, atención psiquiátrica, etc. y canalizarlos oportunamente a los servicios o instituciones respectivas, sin dejar de evaluar el manejo y evolución de dichos casos.

Recursos materiales

- Salones o aulas amuebladas y equipadas adecuadamente para un grupo de aproximadamente veinte personas.
- Recursos didácticos de acuerdo a las técnicas empleadas y a la situación económica disponible.

Criterios de selección

Los grupos se conformarán de acuerdo con los siguientes parámetros:

- Características socioeconómicas y culturales.
- Procedencia, escolaridad y edad.
- Etapa del ciclo vital familiar en que se encuentren.

Con base en los parámetros señalados se integran grupos homogéneos a fin de obtener mejores resultados; sin embargo, en ellos se puede incluir a padres provenientes de familias seminucleares, ya sea por viudez, separación o divorcio, situaciones que no deben considerarse como características excluyentes para la integración de grupos. Los padres de familia en estas condiciones pueden requerir mayor asesoría y orientación por el doble papel que frecuentemente desempeñan.

Contenido temático

Los temas a tratar en las escuelas para padres resultan muy variados en función de las expectativas tanto de la institución donde se imparten como de los padres participantes. Por ello, en cada curso se deben seleccionar los temas con base en los objetivos del programa, intereses y necesidades específicas de los padres, recursos humanos y materiales disponibles y duración del curso.

Entre otros, se pueden incluir los siguientes temas: embarazo, nacimiento y desarrollo psicomotor de los hijos, identidad positiva, autoridad paterna, paternidad responsable, familia y sexualidad, desarrollo de la inteligencia, salud familiar, problemas y tareas del desarrollo infantil, alimentación infantil, desarrollo de la autoestima, socialización del niño, hijos con problemas especiales, errores frecuentes de los padres, prevención del maltrato al menor, reglas familiares, juegos infantiles, señales del desarrollo, fomento a la salud familiar, prevención de accidentes, prevención del alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia en el adolescente, conflictos del adolescente, sistema escolar, noviazgo, formación de una familia, etc.

Metodología

- Es recomendable no formar grupos mayores de 20 personas ni efectuar sesiones que excedan los 90 minutos de duración.
- Se debe promover el diálogo y la participación total del grupo a través de diversos modos de aprendizaje: lectura, redacción, observación, investigación, análisis, discusión, etc. y diferentes tipos de recursos: bibliográficos, audiovisuales, modelos reales, etc.
- Es fundamental detectar necesidades e intereses particulares de los padres para seleccionar adecuadamente las técnicas y los recursos didácticos.
- La elaboración de objetivos es básica, ya que orientan las acciones que procuran su logro y determinan predictivamente la medida de dicho esfuerzo.
- La duración de cada curso estará en función del número de temas seleccionados, así como de la extensión y profundidad que de cada tema se requiera.
- Establecer un calendario de actividades que señale el número de sesiones semanales o mensuales, fechas y horarios, considerando la opinión de los padres participantes.
- De acuerdo a las características del grupo se pueden asignar funciones a los participantes, de manera que existan comisiones encargadas de diversas actividades, tales como el aseo del local, mantenimiento y resguardo de televisión y videocasetera, preparación de café y refrigerios, etc.
- Una sesión inicial puede constar del siguiente programa:
 - Inauguración del curso.

- Bienvenida y presentación de orientadores y padres participantes mediante dinámicas grupales.
- Lectura y comentarios sobre los objetivos del curso y las expectativas de los padres participantes.
- Presentación del programa general: temas, técnicas didácticas, calendario, expositores, etc.
- En las sesiones subsecuentes se pueden desarrollar los siguientes puntos:
 - Lectura de los objetivos del tema a tratar.
 - Exposición del tema programado.
 - Conclusiones y tareas.

Se debe realizar evaluación diagnóstica, formativa y sumaria a los padres participantes, a fin de implementar oportunamente mecanismos de retroalimentación.

Al final del curso los alumnos pueden llevar a cabo evaluaciones, tanto a los orientadores como al contenido del programa, técnicas y recursos didácticos empleados.

Cuando el curso haya llegado a su fin, es recomendable efectuar una ceremonia de clausura con la presencia de las autoridades de la institución respectiva, en la que se haga entrega a los padres participantes de un diploma o reconocimiento por su entusiasmo y dedicación, lo cual sirve como reforzador de las actitudes y conductas modificadas durante el proceso.

Posterior al curso pueden formarse grupos de padres de familia que efectúen actividades tendientes a la capacitación y mejoramiento continuo de sus propias familias, asesorados por el equipo de orientadores. Quienes así lo deseen y reúnan las características para ser instructores voluntarios, pueden ser aceptados, previa capacitación para ello.

La paternidad, más que un arte o una ciencia, es una responsabilidad que implica guiar a uno o más seres humanos a lo largo de sus años de formación. Es también el compromiso temporal con una de las actividades más importantes de la vida en la que pocos están adecuadamente preparados: la educación de los hijos, la cual no es una batalla en la que se goza el triunfo o se sufre la derrota, sino una experiencia en la que se crece, aprende y ama.

REFERENCIAS

1. **Gadéa NL:** *Escuela para padres y maestros*. México, Desarrollo Integral de la Familia, San Luis Potosí, DIF-CEDI, 1992.
2. **Bowdin R, Torre PJ:** Los padres son maestros. North Carolina, Stampley Enterprises, 1992, T1.
3. **Huerta-González JL:** Escuela para padres: prevención de conflictos familiares. *Rev Mex Seg Soc* 1995;37:42-47.

Índice alfabético

A

- aborto, 42, 63
 - espontáneo, 36
 - provocado, 36
- acción
 - curativa, 119
 - preventiva, 119
- actividad criminal, 41, 42
- adherencia
 - problemas de, 134
 - terapéutica, 128, 133, 144, 154
- adicción (es), 62, 104, 153
- ajuste sexual, 22
- alcoholismo, 4, 6, 24, 41, 58, 111, 172, 178
- alianza, 45
 - disfuncional, 45
 - familiar, 126
- alimentación infantil, 178
- alineamiento, 45
- alteración
 - biológica, 4
 - emocional, 74
 - psiquiátrica, 58
- amigdalitis de repetición, 64
- anamnesis, 60, 126
- angustia, 46
- ansiedad, 135
 - trastornos de, 6, 135
- Apgar familiar, 95, 96
- apoyo
 - emocional, 125
 - social, 50
- aprendizaje, 36
 - niños con trastornos del, 122
- armonía ilusoria, 46
- artritis, 5, 154
- asistencia
 - médica, 2
 - sanitaria, 2
- asma, 64
- atención
 - familiar, niveles de, 121
 - médica, 147, 171

- primaria, 2
 - a la salud, 2
- primer nivel de, 2
- psiquiátrica, 177
- atracción
 - sentimental, 21
 - sexual, 21
- autoestima, desarrollo de la, 178
- autonomía personal, 44

B

- bronquitis, 5
 - crónica, 63

C

- cambio, resistencia al, 39
- cáncer, 58, 153, 154
 - cervicouterino, 65, 66, 103, 104
 - mamario, 35, 65, 66, 103, 104
 - prostático, 64, 65, 66, 103
- cardiopatía isquémica, 73, 154
- caries, 104
- ceguera, 154
- ciclo vital familiar, 42, 119
- clasificación triaxial de la familia, 6, 87
- climaterio, 41
- coalición, 45
 - estable, 46
 - transgeneracional, 46
- cólera, 153
- colon irritable, 6
- compadrazgo, 50
- compulsión, 135
- comunicación
 - afectiva, 33
 - analógica, 32

- bloqueos en la, 128
- digital, 32
- elementos de la, 27
- en familia, 27
- familiar, 33
 - proceso de la, 29
- humana, 27
- instrumental, 33
- modelos de la, 27
- teoría de la, 27
- conciencia familiar, 127
- conducta
 - de enfermedad, 145
 - delictiva, 42
 - sociopática, 46
- conflicto(s)
 - conyugales, 42, 46
 - sexual, 22
- consanguinidad, 50
- consejería en atención primaria, 127
- contacto primario, 2
- contratransferencia, 144
- control prenatal, 111
 - programas de, 23
- crisis
 - familiar, 40
 - normativa, 40
 - paranormativa, 40
- cuestionario de evaluación familiar, 94

D

- daño iatrogénico, 147
- delincuencia, 36, 58, 172, 178
- dengue, 103, 153
- dependencia tecnológica, 147
- depresión, 4, 127, 135
- derecho(s)
 - a la vida, 148
 - del hombre, 148

desarrollo
 individual, estados de, 18
 infantil, 178
 desempleo, 36, 62, 172
 prolongado, 42
 deshidratación, muertes por, 147
 desnutrición, 62, 103, 104, 111,
 112, 172, 173
 desorden emocional, 122
 desprendimiento de los hijos, 24
 destructividad, 46
 desviación, 46
 diabetes, 127
 mellitus, 5, 35, 65, 103, 104, 154
 tipo 2, 65
 diferenciación individual, 44
 difteria, 64, 103
 dinámica
 familiar, 36, 37, 127
 funcional, 37
 grupal, 179
 disfunción
 de la familia
 madura, 87
 que se contrae, 87
 en la crianza de los hijos, 87
 en la educación de los hijos, 87
 familiar, 38, 39, 172, 173
 primaria, 87
 sexual, 36
 disfuncionalidad, 122
 familiar, 47
 dislipidemia, 65
 divorcio, 20, 36, 41, 42, 48, 177
 drogadicción, 4, 6, 24, 58, 172, 178
 duelo, 160

E

ecognosis familiar, 106

ecología, 4
 economía familiar, 3
 educación, 121
 embarazo, 178
 complicaciones del, 42
 en adolescentes, 36, 172
 inesperado, 21
 no deseado, 22, 36, 58
 no planeado, 36
 prematrimonial, 42
 riesgos del, 23
 tardío, 23
 temprano, 23
 emigración, 42
 empleo, pérdida del, 42
 endogamia, 10
 enfermedad(es)
 cardiovascular, 153
 conducta de, 145
 crónica, 25, 154
 repercusiones familiares de la,
 153
 crónico-degenerativas, 58, 74,
 153
 de la nutrición, 153
 de la reproducción, 153
 de Paget del hueso, 61
 de Raynaud, 61
 degenerativas, 25
 diarreica, 147
 iatrogénica, 147
 infecciosas, 153
 infectocontagiosas, 58, 74
 isquémica del miocardio, 106
 no transmisibles, 153
 prevención de las, 149
 prostática, 104
 reumática, 61
 terminal, 154, 156
 enfisema, 63

enuresis, 42
envejecimiento, 153
epilepsia, 154
escabiasis, 58, 103
escala
 de evaluación
 de adaptabilidad y cohesión
 familiar III, 98
 familiar, 86
 de eventos críticos, 91
escarlatina, 63
esclerodermia, 61
esclerosis múltiple, 138
escuela para padres, 171, 176
 programas de, 171, 176
espasmo bronquial, 142
especialización en medicina, 146
espondilitis anquilosante, 61
esterilidad, 42
estímulo iatrotópico, 138
estructura familiar, 43
ética médica, 1
eventos críticos familiares, 40
exogamia, 10
experiencias sexuales traumáticas,
 42

F

FACES III, 98
familia(s), 4
 amalgamada, 47
 ampliada, 50
 asociada, 49
 biológica, 48
 biparental, 48
 ciclo vital de la, 18, 19, 20, 22
 clasificación triaxial de la, 54
 como expresión social, 12
 como unidad de estudio, 9

compuesta, 50
comunicación en, 27
consanguínea, 11, 49
contraída, 48, 53
conyugal, 20, 48
crónicamente inestable, 87
de origen, 47, 93
de procreación, 47
de un solo padre, 87
desvinculada, 47
disfuncional, 37, 47, 122
elemental, 48
extensa, 26, 49
 modificada, 50
formación de una, 178
funcional, 37, 44, 46, 47, 120
funciones de la, 34
génesis de la, 11
interrumpida, 48, 53, 87
matricéntrica, 13
monogámica, 10, 11
monoparental, 48
multigeneracional, 49
múltiple, 50
nuclear, 14, 48, 52, 93
patriarcal, 10, 11
patrilineal, 13
por grupo, 11
punalúa, 11
reconstruida, 53, 87
rural, 47
semiextensa, 49
seminuclear, 14, 48, 177
sindiásmica, 11
uniparental, 48
urbana, 47
 y sexualidad, 178
faringitis, 5
fecundidad, 153
fenómeno de Raynaud, 61

fibromialgia, 61
fiebre reumática, 103
fobia, 135
fracaso escolar, 172
funcionalidad familiar, 37, 43, 47,
50, 77, 84

G

gastroenteritis, 103
ginecocracia, 10
granulomatosis de Wegener, 61
grupo
doméstico, 52
familiar
disolución del, 120
expansión del, 22

H

hacinamiento, 62
hemofilia, 154
hepatitis, 64
higiene
bucal, 112
personal, 35
hipertensión arterial, 5, 35, 65, 73,
103, 104, 106, 127, 154
hombre, derechos del, 148
homeostasis, 120
del grupo, 38
familiar, 18, 35, 38, 120
huida del hogar, 36

I

ignorancia, 172
incapacidad laboral, 36

índice de funcionamiento familiar,
86
inestabilidad laboral, 36
infarto, 106
al miocardio, 58
infección(es), 173
de transmisión sexual, 22, 42,
63, 103
de vías aéreas, 103
infertilidad, 36, 42, 67
insalubridad, 172
institución familiar, 12
interacción humana, 29
intervención psicoterapéutica, 122
invalidez, 42

J

jubilación, 26, 41
juegos infantiles, 178

L

lenguaje
analógico, 32
digital, 32
Ley General de Salud, 2
libertad, pérdida de la, 42
lupus eritematoso generalizado, 61
luto, 160

M

machismo, 45
malformación congénita, 112
maltrato al menor, 178
masculinidad compulsiva, 45
matriarcado, 11
matrimonio no planeado, 42

medicamentos, abuso de, 169
medicina
 curativa, 147
 especialización en, 146
 familiar, 57, 126, 163
 consideraciones terapéuticas, 119
 evolución de la, 165
 filosofía de la, 159
 fundamentos y principios, 167
 preventiva, 147
 tecnología en, 146

método del círculo familiar, 97

modelo

 biomédico, 139
 biopsicosocial, 142
 de enfermedad, 143
 circunflejo de sistemas maritales y familiares, 98
 de McMaster, 89
 de medicina de familia, 165
 psicodinámico-sistémico de evaluación familiar, 91

N

natalidad, regulación de la, 22
negligencia, 169
 médica, 147
neoplasia, 154
niños
 de la calle, 172
 maltratados, 172
nomadismo, 12
noviazgo, 20, 178

O

obesidad, 65, 103, 104

obstrucción bronquial, 63
OMS, 1, 13
 Clasificación Internacional de Enfermedades de la, 5
ONU, 1, 172
órganos artificiales, 147
orientación, 121
 familiar, 123
 multifamiliar, 121
 unifamiliar, 121
osteoartrosis, 61
osteoporosis, 61

P

paciente terminal, 154
padecimiento
 alérgico, 112
 mental, 153
 transmisible, 112
padre excluido, 46
paludismo, 103, 153
parasitosis intestinal, 103
pareja, satisfacción sexual de la, 35
parentesco ficticio, 50
parotiditis, 64
parto, complicaciones del, 42
paternidad responsable, 178
patología crónica, consecuencias familiares de la, 154
patria potestad, 13
pediculosis, 103
pérdida, sentimiento de, 160
persuasión, 125
planificación familiar, 63
 programas de, 23
pobreza, 36, 172
poliandria, 10, 11
poligenia, 10, 11
poliomielitis, 103
práctica

médica, 137, 144
 fragmentada, 149
 general, 122
 impersonal, 149
 integral, 51
 tradicional, 2, 139
 terapéutica, 5
 problema legales, 36
 proceso psicoterapéutico, 123
 promiscuidad, 62
 sexual, 10
 prostitución, 36
 psicoterapia familiar, 122, 177
 puerperio, complicaciones del, 42

R

realización personal, 35
 red familiar, 50
 relación(es)
 conflictos en las, 31
 paterno-filial, 23
 sexuales prematrimoniales, 42
 reproducción de la especie, 12
 retiro, 41
 retraso
 escolar, 36
 mental, niños con, 121
 rivalidad destructiva, 88
 rol familiar, 16, 17
 clasificación, 18
 rubéola, 64, 103
 congénita, 64

S

salud
 atención
 integral a la, 12, 63

primaria de, 169
 biológica, 35
 bucal, 104
 conservación de la, 37, 149
 derecho a la, 1
 protección de la, 1
 familiar, 6, 59, 178
 deterioro de la, 40
 estudio de la, 57, 73
 promoción de la, 171
 rezago en, 153
 sexual, 104
 sarampión, 64, 103
 satisfacción sexual de la pareja, 35
 Secretaría de Salud, 2
 separación, 42, 48, 177
 sexualidad, 24, 34
 extramarital, 172
 SIDA, 58, 153
 síndrome
 de Sjögren, 61
 del nido vacío, 24, 26, 41
 sistema familiar, 57
 alterno, 51
 global, 47
 sociedad global, 10
 subsistema
 conyugal, 14, 15
 fraterno, 15
 paterno-filial, 15
 sugestión, 125
 suicidio, 42

T

tabaquismo, 65, 105, 111
 tecnología
 en medicina, 146
 rehabilitatoria, 147
 terapéutica, 147
 terapeuta familiar, 127

terapia

familiar, 121, 122, 123, 126

individual, 123

tétanos, 103

neonatal, 64

tiña, 103

tipología familiar, 47

tos ferina, 103

toxicomanías, 36, 42, 111

toxóide

diftérico, 65

tetánico, 64

trabajo comunitario, 176

transferencia, 144

transición

demográfica, 153

epidemiológica, 153

familiar, estados de, 18

trasplante, 147

trastorno

psiquiátrico, 138

social, 57

triangulación, 45

tribu, 11

tuberculosis, 63, 65, 103, 153

pulmonar, 65

U

UNESCO, 172

UNICEF, 172

unidad familiar, 3, 57

V

vacuna

antiinfluenza, 65

antineumocócica, 65

antitetánica, 65

contra el paludismo, 104

contra la tuberculosis, 104

de Jenner, 104

doble viral, 64

varicela, 63

vida

esperanza de, 153

sexual, 21

violencia

familiar, 104

intrafamiliar, 35

viruela, 103

viudez, 41, 177

vivienda, falta de, 172