

Tercera edición



Trabajo con familias

Abordaje médico e integral

Teófilo Garza Elizondo / Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

Trabajo con familias. Abordaje médico e integral

Tercera edición



Trabajo con familias. Abordaje médico e integral

Tercera edición

DR. TEÓFILO GARZA ELIZONDO

Médico Familiar.

Psicoterapeuta de Pareja y de Familia.

Profesor del Departamento de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Premio Nacional a la Docencia en Medicina Familiar 2014,

El Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C.

DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA

Médico Familiar. Geriatra Clínico.

Profesor y Jefe del Departamento de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Editor responsable

Dr. José Luis Morales Saavedra

Editorial El manual Moderno



Manual Moderno[®]

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.

Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

IMPORTANTE

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguro que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o farmacoterapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 México, D.F.

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Trabajo con familias. Abordaje médico e integral, 3a ed.

D.R. © 2015 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-500-4 (versión impresa)

ISBN: 978-607-448-496-0 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana,
Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto

Novedades

Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Trabajo con familias: Abordaje médico e integral / [coordinadores y autores] Teófilo Garza Elizondo, Raúl Fernando Gutiérrez Herrera. -- 3ª. edición. -- México, D.F. : Editorial El Manual Moderno, 2015. xx, 327 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

ISBN: 978-607-448-500-4 (versión impresa)
ISBN: 978-607-448-496-0 (versión electrónica)

1. Medicina familiar – Práctica. 2. Familia – Salud e Higiene. 3. Higiene. I. Garza Elizondo, Teófilo. II. Gutiérrez Herrera, Raúl Fernando.
610-scdd21 Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:

Dr. José Luis Morales Saavedra

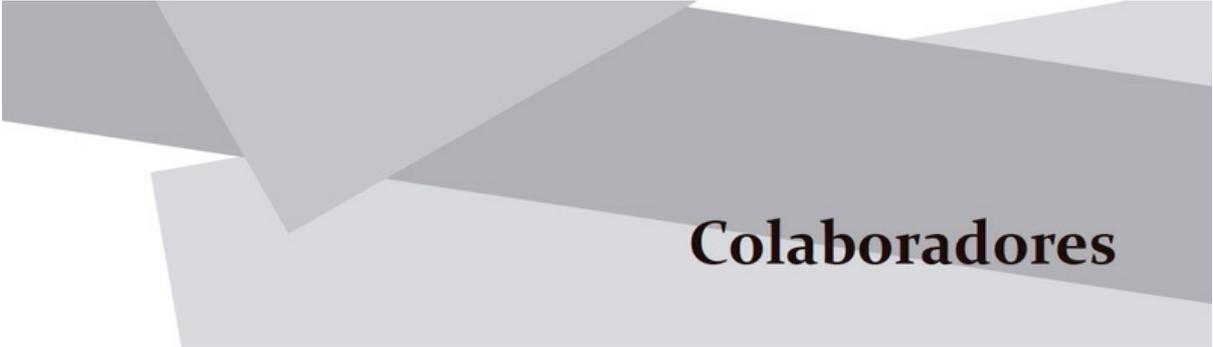
Editora asociada:

Lic. Vanessa Berenice Torres Rodríguez

Diseño de portada:

DG. Víctor Hugo González Antele





Colaboradores

Dra. María Cristina Benavides Ibarra

Residente de segundo año del Departamento de Medicina Familiar,
Facultad
de Medicina, Hospital Universitario “Dr. José E. González”, Universidad
Autónoma
de Nuevo León.
Capítulo: 24

Dr. Med. Celina Gómez Gómez

Médico Familiar. Profesor del Departamento de Medicina Familiar,
Facultad
de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. *Fellow Ship* en
Bioética,
Universidad de Texas, San Antonio. Doctorado en Medicina, Universidad
Autónoma
de Nuevo León.
Capítulos: 9, 18

Dr. MSP. Félix Martínez Lazcano

Médico Familiar. Posgraduado en Gineco-Obstetricia. Maestría en Salud
Pública
por la Facultad de Nutrición y Salud Pública, Universidad Autónoma de
Nuevo León. Profesor del Departamento de Medicina Familiar de la
Facultad
de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Coordinador
Hospitalario
y de las brigadas Médico-Asistenciales del Departamento de Medicina.
Familiar de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo
León.

Capítulos: 19, 21, 22

Dr. MSP. Eduardo Méndez Espinosa

Médico Familiar. Profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. *Fellow Ship* en Investigación, Universidad de Texas, San Antonio. Maestría en Salud Pública, Facultad de Nutrición y Salud Pública, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Capítulos: 17, 20, 21, 22, 27

Dr. Med. José Manuel Ramírez Aranda

Médico Familiar. Profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. *Fellow Ship* en Epidemiología, Kellogg's Centre, Universidad de McGill en Montreal, Canadá. *Fellow Ship* en Investigación en Medicina Familiar y en la prevención del SIDA, Universidad de Texas en San Antonio. Doctorado en Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Capítulos: 2, 11, 15, 25

Dr. Héctor Manuel Riquelme Heras

Médico Familiar. Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Capítulo: 22

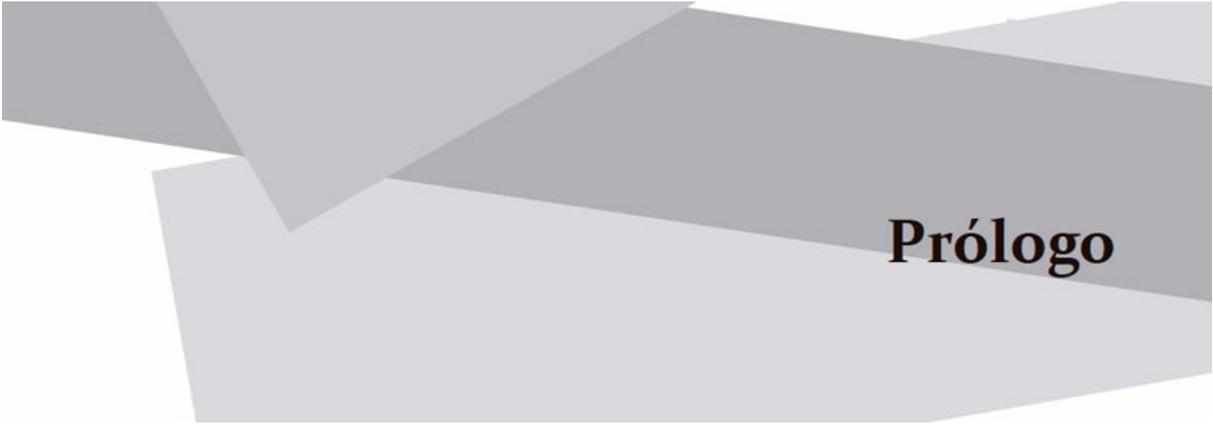
Dra. Irasema Rodríguez Rodríguez

Médico Familiar. Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Capítulo: 9

Dra. Iracema Sierra Ayala

Médico Familiar. Profesor del Departamento de Medicina Familiar,
Facultad
de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Capítulos: 10, 34



Prólogo

Trabajar con familias es un arte que se cultiva con el tiempo.

A la fecha son 34 años de ejercicio profesional del Dr. Teófilo Garza Elizondo, como especialista en medicina familiar y como docente en la Universidad Autónoma de Nuevo León, es un entusiasta ponente en foros nacionales y del extranjero, llevando en su voz, la inquietud de sus colegas de nuestra sociedad Neolonesa de Residentes y Especialistas en Medicina Familiar, A.C. de la cual es distinguido miembro.

Me precio en conocerlo desde hace 25 años, y ha sido pilar importante en mi desarrollo profesional y de muchos otros colegas, enseñándonos una forma congruente y adecuada de ejercer la especialidad. En su ejercicio como docente y como clínico, resulta particularmente interesante la manera como expresa el dominio de la especialidad de medicina familiar, matizando siempre el comentario adecuado y tomando ejemplos de casos cénicos de las familias a su cargo. El embarazo en los adolescentes, el análisis de la composición familiar, el paciente asmático en crisis posterior a discusión familiar, incluso la atención del climaterio en donde es necesario enfatizar los cambios fisiológicos de las parejas a efectos de fortalecer el vínculo conyugal.

Dentro de la oferta académica en textos referentes a nuestra especialidad, particular importancia tiene este libro: *Trabajo con familias*, puesto que acerca al lector a la comprensión, abordaje y solución de problemas en las familias a su cargo en el ámbito institucional y privado. Recordemos que los motivos de consulta no solamente son acerca de patologías, o relaciones familiares en conflicto, también los son el crecimiento y desarrollo familiar (el embarazo, un control del niño sano, la atención del climaterio, entre otros) donde se otorgan guías anticipadas como acciones que generan cambios.

Cita en este libro: “Lo que hace al Médico Familiar especial, diferente, único en el grupo de especialistas, es sin duda su preparación para atender familias aquejadas por problemas de salud”, el Dr. Teófilo, nos lleva de la mano y ofrece actitudes, destrezas, habilidades y conceptos que harán que el residente y especialista en medicina familiar esté en condiciones de ofrecer un trabajo propio, más humano y con alto sentido de responsabilidad al incidir en el ciclo vital familiar y apoyar en los eventos estresantes de las familias.

¿Cómo es posible incidir en el funcionamiento adecuado de las familias a nuestro cargo?, sin duda el conocimiento, la preparación en familias es básica y por ello una estrategia técnica es promover y facilitar el cumplimiento adecuado de todas las funciones familiares, tal como se muestra en los capítulos de este libro.

¿Qué significa un problema de salud en el paciente, en su familia? ¿Cómo debe abordarlo su médico familiar?, son retos del presente y aprender la interacción de los miembros familiares es más comprensible con la lectura de ésta obra. La manera de abordar y trabajar las familias con enfermos crónicos, aprender a interactuar con los cuidadores de un paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) implica fortalecer a la familia, al paciente mismo, puesto que se mejora el apego a las indicaciones médicas y disminuye el stress familiar. La hija casada, que cuida a su padre con EPOC, descuida la relación familiar, filial, conyugal y debemos estar alertas para facilitarles la tarea.

Reconocer la agenda oculta en un paciente en urgencias que refiere dolor torácico exacerbado con las discusiones familiares constituye el inicio de una valoración familiar adecuada,

La entrevista familiar es un aspecto relevante del quehacer cotidiano en la especialidad de medicina familiar, el Dr. Teófilo, de una manera fácil y sencilla, muestra la aplicación de conceptos y hace mención al desarrollo de las habilidades necesarias para lograr que esta sea efectiva.

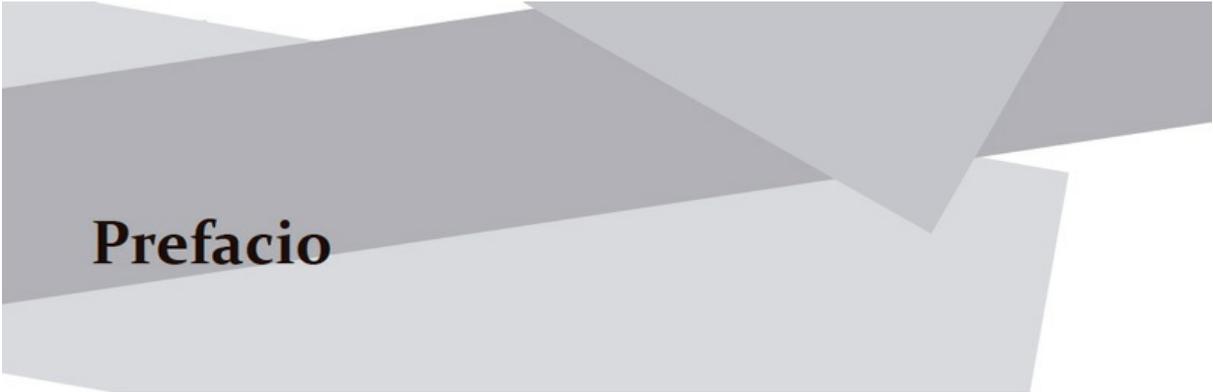
La lectura de esta obra, su discusión y comentarios con residentes y colegas facilitan y fortalecen nuestra especialidad de medicina familiar, por lo que trabajar con familias es un arte que se cultiva con la lectura de obras como ésta y con la experiencia de la práctica clínica que da el tiempo.

Recomiendo ampliamente la lectura y discusión de esta obra por médicos familiares y otros profesionales de atención primaria a la salud, felicidades al Dr. Teófilo y al equipo de colaboradores y ojalá se escriban más obras

que realcen y enriquezcan a nuestra hermosa especialidad.

Dr. Gerardo Ramírez Sandoval

Vicepresidente del Consejo Mexicano para la certificación de Medicina
Familiar, A.C



Prefacio

Durante la década de los años setentas del siglo pasado, existió a nivel mundial un auge para la formación de Médicos Familiares, debido entre otras causas, a la necesidad de formar un médico capacitado para ofrecer los servicios de atención médica en el primer nivel de atención de forma efectiva, con la preparación para solucionar entre 85 y 90% de los problemas que una práctica general en ese nivel de atención le demandará. Un médico que al desarrollar ciertas habilidades fuese capaz de ejercer su profesión con un enfoque preventivo, continuo y sobre todo con capacidad resolutive, preparado para cubrir las necesidades de atención de los pacientes y sus familias a menor costo. Un médico capaz de ofrecer atención integral de la persona sin importar sexo, edad o el aparato o sistema afectado; un médico con la capacidad de comprender a la persona de su paciente como un ser bio-psico-social, esto es, que aparte de que su cuerpo necesita atención médica (aspecto biológico), posee sentimientos y emociones (aspecto psicológico), que nacen de sus enfermedades y de sus síntomas pero también de su contexto socio familiar, los cuales pueden afectar su salud, ejemplos sobran en la práctica diaria, el niño con rechazo a acudir a la escuela por maltrato de sus compañeros o maestros, la mujer casada con cefalea occipito-cervical que aparece y se incrementa de intensidad después de las discusiones con su esposo. En aquellos años y en la actualidad, hacía y hace falta un médico que se ubique a él mismo y a sus pacientes como parte de una familia (aspecto social-sistémico), grupo social primario, donde nos formamos y aprendemos a ser personas y a relacionarnos con los demás, sin olvidar que los hábitos y costumbres sobre la salud y las emociones más intensas las vivimos en familia.

La enseñanza de la Medicina Familiar en México, la inició el Instituto Mexicano del Seguro social en 1971, pero fue en agosto de 1974 cuando el H. Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de La Universidad

Autónoma de México aprobó el programa de especialización en Medicina Familiar, posteriormente en 1977, la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, inició el primer Programa de Posgrado Universitario en Medicina Familiar, el cual se ha mantenido ininterrumpidamente hasta hoy en día.

A principios de los años ochenta con la preocupación de dar identidad y un cuerpo de conocimientos propios y específicos a la Medicina Familiar, el autor profundizó en algunos de los conocimientos de lo que existía escrito en relación a la enseñanza de la atención de la salud familiar, sobre todo en países que iniciaron antes la formación de Médicos familiares, como fueron Canadá, EUA e Inglaterra, algunos conceptos se fueron incorporando a nuestra práctica clínica adecuándolos a nuestro medio y a inicios de 1983, se configuró e integró un método para obtener la información familiar que se consideró que era aquella que el Médico Familiar debía aprender a obtener para identificar los problemas y riesgos para la salud de una familia, y a partir de esa información, elaborar un programa de atención integral, **el objetivo siempre fue y continua siendo desarrollar habilidades diagnósticas y terapéuticas efectivas y específicas para que los médicos familiares usen en el consultorio durante su práctica clínica.**

Fue así como tomó forma el sistema de evaluación familiar que se presenta aquí, como un método para la atención familiar integral, la que cubre un proceso que inicia en la consulta individual con enfoque familiar y la identificación de los indicadores para el Trabajo con Familias, la construcción de una relación médico/paciente/familia de colaboración para continuar con de obtención de información sobre la salud familiar que incluye la composición familiar y las características socioeconómicas, la etapa del ciclo de vida familiar y las tareas del desarrollo específicas, los eventos accidentales que producen tensión, que han experimentado y cómo los han superado, identificar y promover el uso de los recursos familiares tanto los internos como los externos, evaluar los aspectos básicos de la funcionalidad familiar entre los que se incluyen mecanismos de solución de problemas, comunicación familiar, sistemas de control, expresión e involucramiento afectivo, roles, líneas de autoridad, entre otros, y por supuesto ,la identificación de riesgos y/o problemas de salud y del resto del sistema familiar; a partir de los que se desarrolla un programa de atención ,con las respectivas recomendaciones terapéuticas y el personal del equipo de salud encargado de implementarlos.

Lo anterior, constituye la historia clínica familiar, que es la guía que facilita obtener información sistematizada de la familia, además de constituir una forma de registro específico que se puede integrar al expediente, lo que da al médico familiar en formación la confianza y seguridad de transitar un camino que si bien es difícil y no exento de dudas y problemas, puede caminarsse y recorrerse con la esperanza de que como profesional existen métodos como este, útiles a sus pacientes y a su familia, al mismo tiempo a él como médico le da una identidad, ya que al hacerlo, se adquieren la destrezas, las habilidades que especializan la medicina familiar y la convierten en la única especialidad médica experta en el diagnóstico, manejo y atención de familias con personas con problemas de salud de difícil control.

En las siguientes páginas se describen los instrumentos que agrupados reúnen la información para la evaluación familiar integral, que después de obtenerla y ser analizada facilita identificar los problemas y/o riesgos para la salud de los integrantes de la familia, a partir de los cuales se desarrolla el programa de atención integral, que al llevarse a cabo se constituye en el trabajo con familias.

A mediados de 1993, en una reunión informal la SubDirectora de Educación Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Dra. en Medicina Nancy E. Fernández Garza expresó la importancia de dos actitudes que deben poseer los egresados de la Facultad de Medicina, por un lado el deseo de actualización constante que se expresa como interés de adquirir nuevos conocimientos y por el otro, el deseo de fortalecer los conocimientos básicos que permiten un manejo fresco y efectivo de las destrezas y habilidades de cada especialidad, lo que se da a través de cursos periódicos de Educación Continua, sembró la inquietud y la respuesta fue el Curso/Taller de Trabajo con Familias en noviembre de 1993, con tal éxito, que se tuvo que repetir en enero y julio de 1994, los temas y exposiciones tuvieron gran aceptación entre los asistentes, de forma que me decidí reunirlos y editarlos, primero como manual, hasta que en 1997, la Subdirección de Educación continua editó la 1ª edición. En 2009, la Dirección de publicaciones de la UANI edita la 2ª edición y a finales de 2014, Editorial El Manual Moderno acuerda con un servidor la presente obra, la 3ª edición; la intención era y es compartir, así como poner a la disposición de todos los profesionales de la salud familiar este sistema, se espera encuentren en él conocimientos y procesos que les apoyen en el desarrollo

de habilidades para su trabajo.

Sobra decir que se ha probado su utilidad, tanto en el aspecto asistencial al ofrecer atención integral a las familias con problemas de salud como en el aspecto docente en la enseñanza y formación de médicos familiares, su uso en el área de investigación se está incrementando, pero cada vez mayor por lo que creo que se incrementará en el futuro.

Existen diferentes experiencias, opiniones y métodos para trabajar con familias, se comparte éste, que cuenta con más de 30 años de uso, es perfectible y puede adecuarse a diferentes medios, condiciones y necesidades.

Confío encuentren en estas páginas algunos conocimientos que los apoyen y les permitan un quehacer clínico útil y efectivo para la solución de problemas de sus pacientes y familias y para ustedes como profesionales de la Medicina Familiar un trabajo con familias lleno de alternativas y sobre todo muy gratificante como lo ha sido para un servidor.

Dr. Teófilo Garza Elizondo



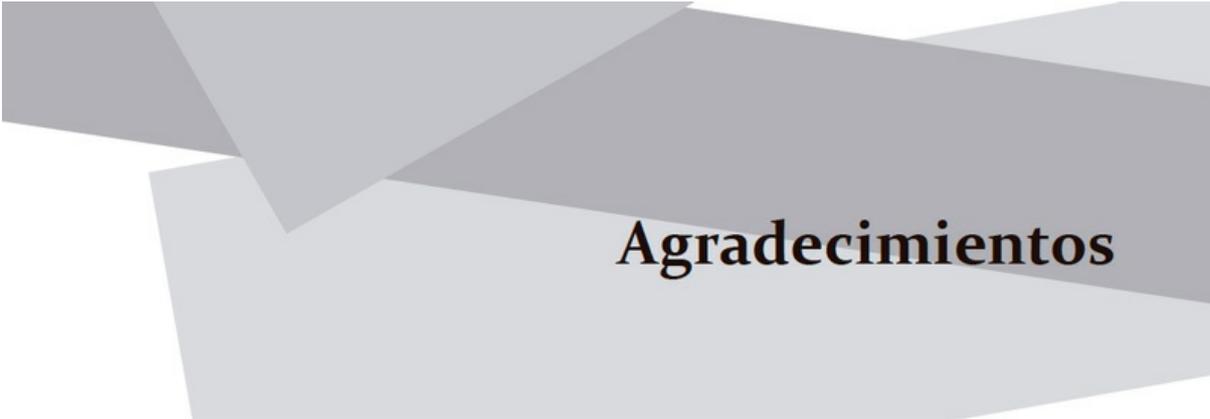
Dedicatoria

A mi familia de origen:
Que me dio la vida y mi formación básica como persona,
gracias a ella aprendí a ser hijo y hermano.

A mi familia de procreación:
Ya que gracias a Lupita mi esposa, pude aprender a
“ser” esposo y a “trascender” como padre.

A las familias de mis hijas:
Porque gracias a ellas aprendí a
“ser” suegro y después abuelo,
sin duda la mayor bendición recibida a lo largo de la vida,
“trascender” en las vidas de mis nietos, Maryfer, Rafita, Gabito y Rorrito
que está por nacer como este libro, y para aquellos que puedan llegar.

A las familias:
Que gracias a su confianza en mí, como persona y como profesional,
me permitieron aprender a “Trabajar con familias”.



Agradecimientos

A Lupita mi esposa, quién ha sido mi compañera en la vida, con quién compartí sueños, fantasías y proyectos, pero también frustraciones, dificultades y tropiezos, gracias por tu amor, compromiso, disposición y tu decisión de estar siempre a mi lado, contigo mi vida desarrolló un sentido especial.

A Alejandro mi hijo, por estar siempre que necesite tu apoyo en la transcripción del material y en el diseño o modificación de muchos de los cuadros o figuras, gracias por ampliar mi significado de paciencia, tolerancia, aceptación y entrega generosa.

Alex, tú con Perla y Dulce son y serán mi orgullo.

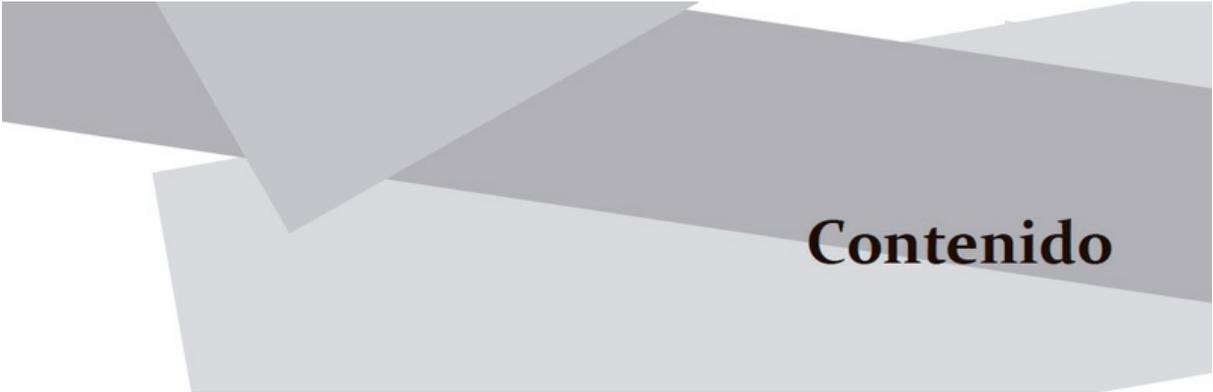
Al Dr. Med. Santos Guzmán López Director de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario “Dr. José E. González”, mi alma máter y a su equipo de trabajo en las complejas labores administrativas, en especial al Dr. Med. Edelmiro Pérez Rodríguez, Subdirector de Asistencia Hospitalaria, al Dr. Med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado Subdirector de Estudios de Posgrado y a la Dr. Med. Oralia Barbosa Quintana Subdirector de Estudios de Pregrado, por su trabajo comprometido en beneficio de la enseñanza de las ciencias médicas y la asistencia médica a la población de nuestro estado y del noreste de México.

Les agradezco su apoyo de todo tipo, pero en especial a darme la confianza para reforzar la importancia que tiene para los médicos en formación aprender las habilidades psicosociales, tanto para el diagnóstico como para la terapéutica, necesarias para incorporar y aplicar en su práctica médica un modelo de atención bio-psico-social o integral, a ello dediqué mi vida profesional y docente.

Gracias Oralia por invitarme a participar en la elaboración del programa sintético de la Unidad de aprendizaje de Medicina familiar y de Bioética, lo cual me dio la oportunidad de visualizar un panorama en el que la

enseñanza de la Medicina en nuestra Alma mater se orienta a recuperar su auténtica esencia humanista.

A todos gracias.



Contenido

[Preliminares](#)

[Colaboradores](#)

[Prólogo](#)

[Prefacio](#)

[Dedicatoria](#)

[Agradecimientos](#)

[Capítulo 1. ¿Medicina familiar?](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 2. Conceptos del sistema familiar](#)

José Manuel Ramírez Aranda

[Capítulo 3. Conceptos de comunicación humana](#)

Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

[Capítulo 4. Conceptos del desarrollo familiar](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 5. Conceptos de intervención en crisis y las habilidades para su manejo](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 6. Conceptos básicos de familia](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 7. Funciones de la familia](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 8. Los derechos de la familia](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 9. Principios bioéticos en la atención del médico familiar](#)

Irasema Rodríguez Rodríguez, Celina Gómez Gómez

[Capítulo 10. Espiritualidad en la atención familiar](#)

Raúl Fernando Gutiérrez Herrera, Iracema Sierra Ayala

[Capítulo 11. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente, su importancia para construir una relación médico-paciente-familia de colaboración](#)

*Teófilo Garza Elizondo, José Manuel Ramírez Aranda,
Raúl Fernando Gutiérrez Herrera*

[Capítulo 12. La entrevista familiar. La habilidad por excelencia del médico familiar](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 13. Dimensiones de la funcionalidad familiar a evaluar en la entrevista familiar](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 14. Modelo de atención](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 15. Trabajo con familias](#)

Teófilo Garza Elizondo, José Manuel Ramírez Aranda

Capítulo 16. Trabajo con familias especiales

Teófilo Garza Elizondo

Capítulo 17. Atención de la familia con adolescentes

Eduardo Méndez Espinosa

Capítulo 18. El Familiograma

Celina Gómez Gómez

Capítulo 19. Eventos críticos

Félix Martínez Lazcano, Teófilo Garza Elizondo

Capítulo 20. Instrumentos para valorar funcionalidad familiar

Eduardo Méndez Espinosa, Teófilo Garza Elizondo

Capítulo 21. Recursos familiares

Félix Martínez Lazcano, Eduardo Méndez Espinosa

Capítulo 22. Lista de problemas

Eduardo Méndez Espinosa, Félix Martínez Lazcano, Héctor Manuel Riquelme Heras

Capítulo 23. Programa de atención

Teófilo Garza Elizondo

Capítulo 24. Ejemplos de trabajo con familias

María Cristina Benavides Ibarra, Teófilo Garza Elizondo

Capítulo 25. La familia psicósomática

José Manuel Ramírez Aranda

Capítulo 26. Familia alcohólica

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 27. Violencia familiar. Maltrato infantil](#)

Eduardo Méndez Espinosa, Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 28. Maltrato geriátrico](#)

Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

[Capítulo 29. Trabajo con familias con un enfermo crónico](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 30. Diabetes mellitus: impacto en la familia](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 31. Abordaje integral de la familia del paciente con SIDA: una propuesta](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 32. Cómo cerrar el ciclo de la vida](#)

Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 33. Proceso de duelo](#)

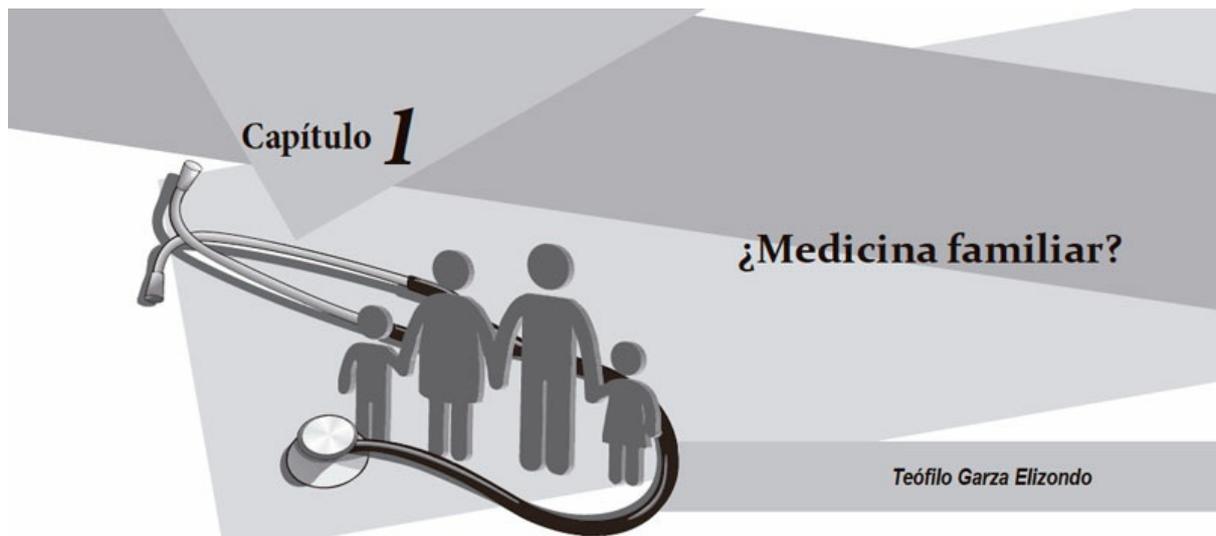
Teófilo Garza Elizondo

[Capítulo 34. Retos de la medicina familiar](#)

Iracema Sierra Ayala, Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

[Anexo A. Formatos para la evaluación familiar](#)

Teófilo Garza Elizondo



“En un mundo cada vez más despersonalizado, la familia se está convirtiendo en la única institución en la que la persona es amada no por lo que tiene y realiza, sino simplemente por lo que es”.

Leon Kass (1971)

Una de las mayores dificultades que el médico familiar en formación enfrenta, es definir con claridad en qué consiste su especialidad, circunstancia que en muchas ocasiones comparte con colegas y público en general. La definición es clara, pero la del *American Academy of Family Physicians* es clara, precisa y es la siguiente:

“El médico familiar es un médico quien está educado y entrenado en la medicina familiar, que es una especialidad médica bastante amplia. Este profesional posee actitudes, destrezas y conocimientos únicos que lo califican para proveer de manera continua e integral el cuidado médico, mantenimiento de la salud y servicios preventivos a cada miembro de la familia sin distinción de sexo, edad o tipo de problema, ya sea este biológico, de comportamiento o social. Estos especialistas, por su entorno de interacción y relaciones con la familia, están mejor calificados para apoyar a cada paciente en cualquier asunto relacionado con la salud, incluyendo la referencia y coordinación con otros especialistas, servicios de salud y recursos comunitarios.”

Pero, ¿qué es lo que hace especialista al médico familiar?, es posible encontrar la respuesta en varias de sus posibilidades o alternativas de práctica:

1. Es el especialista de la medicina que es experto en los problemas comunes de salud.
2. Es el médico experto en atención primaria.
3. Es el profesional de la salud que ofrece atención integral, preventiva y continua en un contexto comunitario.

Todas las respuestas son correctas, pero en cada una de ellas es posible agrupar cierto número de otros médicos que también pueden cubrir esas funciones, actividades o ambas.

Lo que hace al médico familiar especial, diferente y único en el grupo de especialistas, es sin duda, su preparación para atender familias aquejadas por problemas de salud, en las que sus características de interacción pueden producir o facilitar que se genere dicho problema en cualquiera de sus integrantes, o con características de interacción que impiden o evitan que los problemas de salud se solucionen.

En otras palabras, son dos las condiciones que diferencian y hacen especialista al médico familiar:

1. Son expertos en trabajar con familias.
2. Su trabajo se sustenta en principios de la teoría de sistemas, de la comunicación humana, de las crisis y habilidades para su atención y del desarrollo individual y familiar.

Con lo que se ubica como la única especialidad médica con conocimientos teórico-prácticos. Los ejemplos sobran en la práctica:

El niño asmático que padece sus crisis cuando sus padres discuten. La persona con crisis convulsivas que es obligado a mantenerse al margen de casi todas las actividades por actitudes sobreprotectoras.

La familia de un cardiópata, que para festejar la mejoría y alta del paciente, organiza una reunión donde alimentos altos en colesterol son el invitado principal.

La pareja próxima a casarse que buscan asesoría prematrimonial; la pareja de recién casados con problemas de adaptación por excesivo apego

a las familias de origen; la pareja con hijos que desconocen sobre su crecimiento y desarrollo, o con problemas de conducta, de aprendizaje u otros; la familia con adolescentes, con problemas padres-hijos, de comunicación; la familia con jubilados, con ancianos, entre otros. Las opciones de trabajo e intervención son muy amplias en las familias que se enfrentan a las adaptaciones de su propia evolución y desarrollo.

Además de toda la gama de problemas agudos y crónicos, que gracias a los avances de la tecnología diagnóstica y terapéutica, dan la oportunidad de una longevidad que antes parecía impensable.

La familia tiene que enfrentarse a una serie de desafíos y circunstancias antes desconocidas, a cambios y adaptaciones para incluir a un enfermo que necesita tratamiento y apoyo; el incremento de gastos en lo económico, emocional, y una variable que hasta hace poco tiempo era poco usual, la inclusión constante y permanente de los médicos, así como de otros profesionales de la salud en su vida cotidiana, invasión ante la cual, la célula metastásica es casi inocua.

Si se realiza un recuento de hechos anteriores, tal vez a los últimos 40 o 50 años, se podrá tener una visión que aclare el porvenir. Los avances técnicos incluyen todas las áreas: antibióticos, terapias para el cáncer, trasplante de órganos, medicina nuclear, medicina reproductiva, atención de cuidados intensivos en adultos y niños, diagnóstico y manipulación genética, entre otros. Ejemplos todos de los grandes avances que han transformado a la sociedad y los servicios de salud, incluidos los médicos como personas, instituciones y pacientes. Hoy en día, los médicos necesitan ser verdaderos científicos, y para dominar la medicina se requiere especializarse para reducir el campo de interés, pero la cuota que se ha pagado es poner menor énfasis en el aspecto humano, en aliviar el malestar, en “curar” y confortar a los pacientes, en conocer su vida y su familia.

Estos avances biomédicos de alguna manera han hecho surgir dos problemas antes desconocidos:

1. Descuido del aspecto psicosocial en la atención de los pacientes y sus familias.
2. Creación de la cronicidad.

Ante estos problemas, la medicina familiar es la alternativa y para responder de forma adecuada a esta expectativa se deben desarrollar una

serie de habilidades que faciliten al especialista su trabajo con las familias. Estas habilidades son de tres tipos:

1. Conceptuales.
2. Preceptuales.
3. Ejecutivas.

Conceptuales. Se logran a través de la adquisición de conocimientos claros y sólidos de la teoría de sistemas, teoría de comunicación humana, teoría de las crisis y habilidades para su atención, de la teoría del desarrollo individual y familiar. Para adquirir estos conocimientos se necesita leer bastante al respecto y asistir a cursos teóricos ofrecidos por médicos familiares y otros especialistas que estén preparados y los dominen.

Preceptuales. Se alcanzan a través de la práctica clínica con pacientes y sus familias, en donde se aprende a identificar la estructura familiar, subsistemas, alianzas y coaliciones, secuencias de interacción y comunicación, líneas de jerarquía, control y etapa del desarrollo familiar.

Como ya se mencionó, se logra a través de la práctica clínica con pacientes y sus familias, con la variable de que necesita ser supervisada para discutir pre y posconsulta, la elaboración de dichas percepciones, incorporándolas a conceptos teóricos previamente aprendidos.

Ejecutivas. Con éstas se logra el nivel verdadero de aprendizaje como médico familiar que trabaja con familias. Se aprende a hacer, esto es, a llevar a la práctica clínica las habilidades anteriores, que permiten realizar:

- **Maniobras de unión,** consisten en saber cómo construir relaciones de colaboración, es decir, a establecer una relación médico-paciente-familia efectiva.
- **Maniobras de valoración,** permiten la identificación de problemas familiares, lo que en un lenguaje médico tradicional, es la historia clínica familiar, o sea, toda la información de la familia útil y necesaria para identificar y tratar un problema de salud. Esta habilidad define al médico familiar como un experto en entrevistas individuales, familiares o ambas.

La negociación, que implica saber informar al paciente y a la familia sobre los problemas detectados y reetiquetarlos como problemas familiares; lo que significa, llevarlos de un nivel biológico al psicoemocional y del

personal, al familiar del problema (principio sistémico en el cual toda acción individual tiene un efecto sobre el resto de los integrantes de una familia). Al llevar a cabo lo anterior se ejemplifica de forma excelente la atención integral.

Establecer un contrato de trabajo en el que se especifican los alcances de la responsabilidad, pacientes y sus familias, es algo poco común en la práctica médica, pero es útil para promover la corresponsabilidad en la práctica clínica, sobretodo que sean proactivos.

Las habilidades del manejo, entre las que se incluyen: educación, guías anticipadas, facilitación, intervención en crisis, referencia, entre otras.

En el caso de la educación, las implicaciones van más allá de la transmisión exclusiva de información a los pacientes y su familia sobre un problema de salud, es fundamental saber diferenciar la información necesaria y exclusiva que se ofrecerá al paciente, de aquella que se mencionará a la familia. Para aumentar las posibilidades de que ésta tenga de éxito es importante que se incluyan aquellos integrantes de la familia que toman las decisiones.

Las guías anticipadas, consisten en la transmisión de cierta información antes de la ocurrencia de un evento particular, sobre todo del desarrollo, ya sea individual o familiar; su objetivo es facilitar la adaptación del paciente, familia o ambos, a los cambios, y manejar de manera adecuada el estrés que se genera.

La facilitación, tiene como objetivo la exploración de diferentes alternativas de comunicación y solución de problemas. Algunas de las técnicas que utiliza son: normalización, clarificación, sugerencias específicas y redefinición positiva, entre otras.

La intervención en crisis es un método y habilidad fundamental en la práctica de la medicina familiar, con la cual se provee atención y apoyo durante eventos que generan gran tensión, permite (cuando es bien aplicado), que la experiencia tienda a ser constructiva para los pacientes y sus familias.

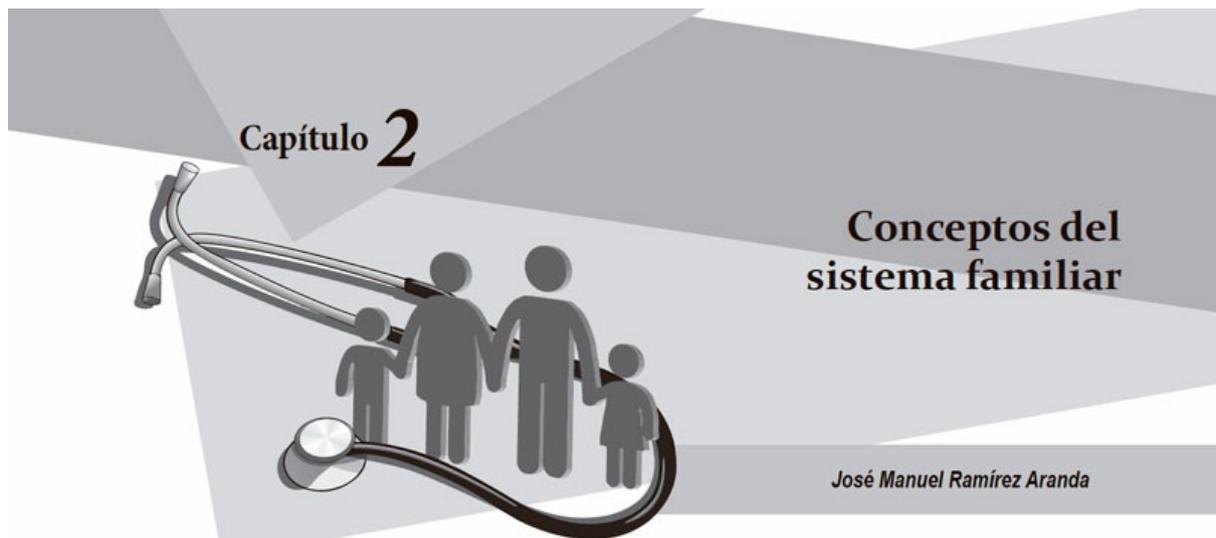
Por último, **la referencia a otros especialistas**, a menos que sea una verdadera urgencia, no debe llevarse a cabo de primera instancia, sólo después de una evaluación, teniendo la precaución de garantizar a la familia que el médico continua como responsable de su atención, por lo que es necesario mantener la comunicación con el profesional al que se refiere, ya sea por escrito, por teléfono o a nivel personal.

Con lo anterior, es posible determinar que la medicina familiar como

especialidad es de actitudes y funciones; de habilidades que, al ponerse en práctica son una alternativa terapéutica más efectiva, humana y gratificante, que le dan a su ejercicio, sentido y razón de ser.

BIBLIOGRAFÍA

- Garza-Elizondo T, Alejandro SS:** *Salud mental, dinámica familiar*. Ed. SSA. 1988. Serie Aprisa, No. 2, México D.F.
- Halvorsen JG:** Who Am I, Professionally Speaking? *J Am board Fam Pract* 1999; 12(2):173-177.
- Kübbler-Ross E:** *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo Mondadori, 1975.
- Minuchin S:** *Familias y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa, 1989.
Programa Académico de la Res. de Med. Fam. de la Fac. de Med. y Hosp. Univ. de la U.A.N.L., México, 1999.
- Seally CS:** *Working with families in Primary Care*. Ed. Praege, 1983.
- Shires DB, Hennen BK:** *Medicina Familiar, guía práctica*. Ed. McGraw-Hill de México, 1983.
- Talbot I, Frish SRA:** Seminar on Working with Families. *Fam Pract* 1983; 29:165-171.



“Lo que hago aquí, por aislado que esté, tendrá algún efecto en otro lugar”

Anónimo.

Un sistema se define como un conjunto de elementos ordenados de manera jerárquica e interrelacionados entre sí.

Von Berthalanfy desarrolló la Teoría general de sistemas, a la cual se le encontró una gran aplicación en todas las áreas del conocimiento, la medicina, en especial la familiar no es la excepción.

Los sistemas, de acuerdo con la retroalimentación (capacidad de cambiar como una respuesta a estímulos), pueden ser cerrados o abiertos. Los sistemas cerrados son aquellos que poseen retroalimentación negativa e incapacidad para modificarse, es decir, son estáticos; por ejemplo: el termostato, que al disminuir la temperatura se activa, se enciende la llama, se calienta el agua; se inactiva el termostato, se apaga la llama. Los sistemas abiertos son dinámicos y fluidos, permiten la diferenciación adaptativa con el medio ambiente. El mejor ejemplo es la familia.

La familia es un subsistema de la sociedad, parte de un todo, pero las personas son subsistemas de la familia, de forma que al esquematizarlo sería una secuencia como se muestra en la figura 2-1.

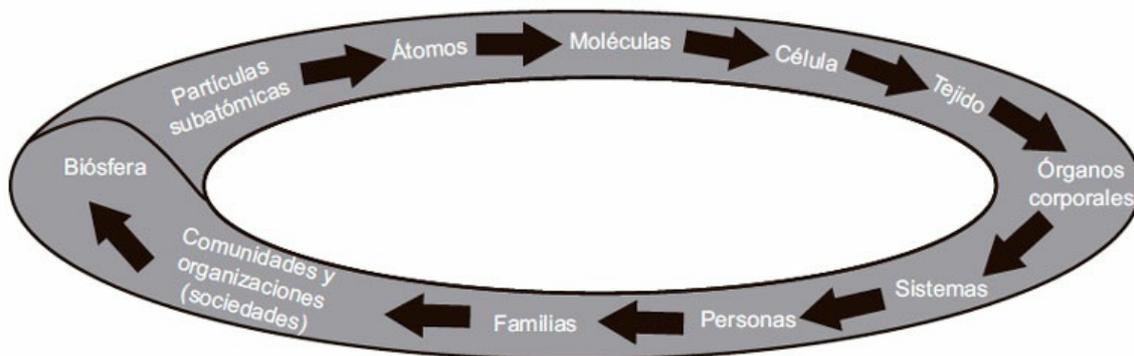


Figura 2-1.

Secuencia de los subsistemas.

Donde los átomos llegan a ser subsistema de la molécula, y éstas, subsistemas de la célula y así sucesivamente.

La familia es un sistema y las personas sus subsistemas. Cuando la familia presenta problemas, al igual que una persona, el padecimiento no sólo es la alteración de uno de sus componentes (órgano o tejido), sino el resultado en la alteración del orden armonioso y jerárquico del sistema como totalidad, esto es, todos sus componentes resultan afectados.

De la Teoría General de Sistemas surge la Teoría de Sistemas Familiares, desarrollada por Bowen de los años 1957 a 1963, y se publicó en el año de 1966. En ésta se manejan los siguientes conceptos que persisten hasta nuestros días:

- a)** Triangulación.
- b)** Proceso emocional de la familia nuclear.
- c)** Proceso de proyección familiar (la manera como la indiferenciación de los padres se transmite a los hijos).
- d)** Diferenciación de sí mismo (habilidad de separar el funcionamiento intelectual y emocional).
- e)** Proceso de transmisión multigeneracional (cuando la tensión marital se enfoca sobre uno de los hijos resulta en un niño emocionalmente involucrado).
- f)** Corte emocional (proceso en el que se evitan áreas conflictivas emocionalmente entre generaciones).
- g)** Posición de los hermanos.
- h)** Proceso de regresión de la sociedad.

Los siguientes conceptos son la base de la Teoría General de Sistemas a saber:

1. El sistema en general tiende a la homeostasis.
2. El cambio en uno de sus componentes afecta todo el sistema.
3. Para entender a uno de sus integrantes se debe comprender todo el sistema.
4. Son importantes sus componentes y sus interrelaciones.
5. El todo es más que la suma de sus partes.

Para ilustrarlo se observa en el cuadro 2-1 una analogía del funcionamiento familiar con el sistema endócrino.

Cuadro 2-1. Comparación entre el sistema endocrino y el sistema familiar	
Sistema endocrino	Familia
Todo el sistema debe entenderse para conocer a la glándula u órgano enfermo	Se debe entender a toda la familia para conocer al miembro enfermo
La homeostásis es esencial y es mantenida por mecanismos de retroalimentación positiva y negativa, sobre todo química	La homeostásis es esencial y es mantenida por mecanismos de retroalimentación positiva y negativa, de tipo verbal y emocional
No sólo se debe considerar los órganos, sino sus hormonas por que afectan la interrelación endócrina y son indicadores de su funcionamiento como sistema	No sólo se consideran los miembros de las familias sino sus interrelaciones
Los cambios pueden ocurrir en áreas alejadas del foco primario de la patología, de manera tal que el sistema se ve afectado por la alteración en uno de los subsistemas	El miembro sintomático es quien reciente el cambio, aún y cuando el problema puede residir en otro hijo con mala conducta, cuando el problema son los conflictos entre los esposos
El sistema endócrino tiene jerarquía y su buen funcionamiento depende de una buena relación entre sus órganos y su control efectivo por medio del eje cortical hipotálamo-hipófisis	La familia tiene jerarquía y su funcionamiento depende de un patrón de comunicación efectiva y satisfactorio, así como de un control eficaz a través del subsistema controlador (autoridad)
El sistema en general y sus órganos, así como la producción de hormonas cambian con la edad del individuo (adaptabilidad)	En un sistema saludable sus miembros e interrelaciones cambian para ajustarse a las diversas etapas del ciclo de vida familiar. Esto es, las relaciones funciones familiares cambian de acuerdo a la edad y a la etapa del ciclo de desarrollo familiar

En resumen, la familia tiene ciertas características básicas que apoyan la validez de su clasificación como sistema:

1. Está compuesta de elementos que interactúan entre sí.
2. Las partes integrantes difieren unas de otras.
3. Cada uno de sus componentes desempeña una función específica que no es realizada por otro.
4. Las partes integrantes interactúan unas con otras de manera adecuada.
5. La interacción ordenada de los componentes es el resultado de alguna forma de comunicación y retroalimentación emocional, verbal, conductual o ambas.
6. En virtud de esa interacción coordinada de sus partes especializadas un sistema es capaz de desempeñar funciones o alcanzar metas más allá de la capacidad individual de sus partes.

BIBLIOGRAFÍA

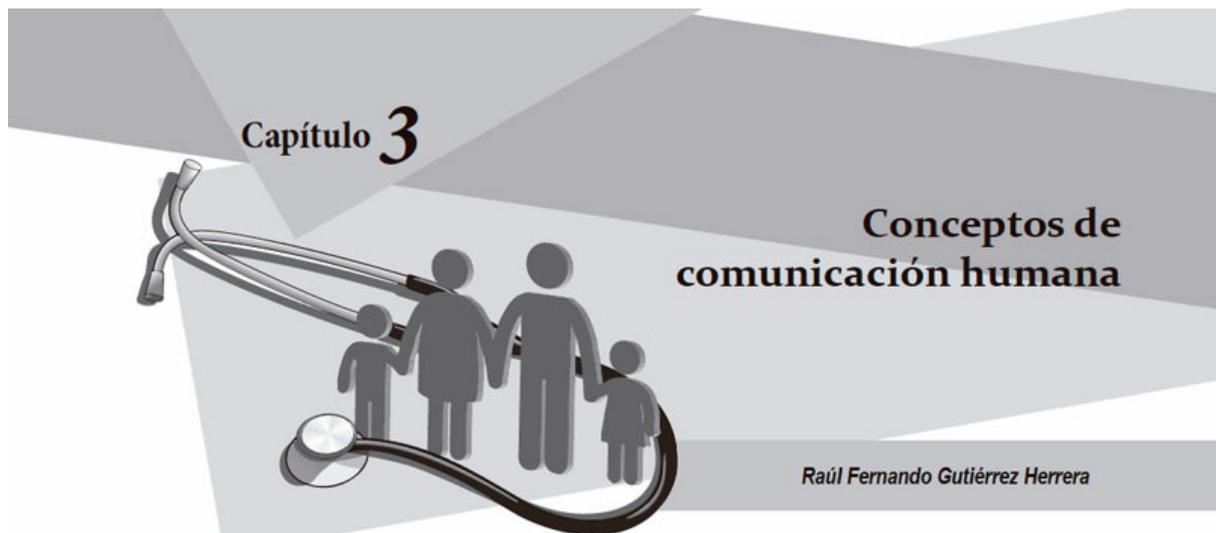
Bertalanphy LV: *General system theory*. General system year books, 1056.

Halvursen JG: Who Am I, professionally speaking. *J Am board Fam Pract* 1999;12(2):173-177.

Minuchin S: *Familias y terapia familiar* Ed. Gedisa, 1989.

Sealy CJ: *Working with families in primery care* Ed. Praeger, 1983.

Talbot I, Fish SRP: *Seminar on working with families*. *Fam Pract*; 1983;29:165-171.



“La importancia, el verdadero valor de la comunicación se da, cuando alguien quien tiene una preocupación quiere hablar y puede hacerlo, porque existe alguien que lo quiere escuchar y le responde”

TGE

El estudio de la comunicación humana ha pasado por tres momentos distintos y decisivos. El primero se atribuye al psicoanálisis, en el cual la comprensión del comportamiento se enriqueció a la luz de un enfoque dinámico, donde la óptica más importante fue intrapsíquica, lo que de alguna manera limitó de alguna manera la aplicación de este modelo a otros campos conductuales, como el de los fenómenos grupales o sociales. El segundo surge de campos tan amplios como la antropología, la cibernética, la teoría de la comunicación y la teoría general de sistemas, de las cuales surge el enfoque sistémico interaccional que genera un modelo más grupal de aplicación a las ciencias de la conducta. Y el tercero surge a partir de la segunda mitad del presente siglo, se genera básicamente a partir del epistemólogo Gregory Bateson y por investigadores del *Mental Research Institute* de Palo Alto California, donde surge la base conceptual de la pragmática de la comunicación humana que se centra en el estudio de las interacciones tal y como se dan entre los seres humanos, lo cual implica, primero: aprender un nuevo vocabulario y reglas de construcción diferentes; segundo: aprender un nuevo enfoque de fenómenos definidos o

estudiados de manera previa.

El proceso de comunicación es un aprendizaje en que el ser humano se ve envuelto desde su nacimiento, transcurre en su medio familiar donde le transmiten información y formas de entenderla; que enseña un lenguaje y las reglas acerca de éste; que organizan la conducta del sujeto mediante pautas de interacción muy complejas, pero precisas y fuera del nivel de conciencia, excepto cuando son trasgredidas.

Nadie enseña de manera específica cómo se combinan los mensajes verbales y los no verbales, pero de todas maneras se aprende, nadie explica en qué consiste una coalición, cómo se propone y corrige, pero su aprendizaje tiene lugar desde el comienzo de la socialización, en las familias a través de la experiencia de interacción cotidiana.

Las enseñanzas implícitas y la metaenseñanza (enseñanza acerca de las reglas y modalidades de aprendizaje), exceden al caudal de la enseñanza explícita. La revisión del tema abre la puerta de un modo familiar, pero a la vez insólito. Familiar porque el tema central “La comunicación”, es de los más básico e insólito en la experiencia humana, porque analiza a fondo y en forma ordenada una serie de fenómenos que, pese a estar al alcance de nuestra experiencia cotidiana, ser transmitidos, aprendidos, enseñados, corregidos y recorregidos, una y mil veces, se dan fuera del campo consciente del individuo.

Los objetivos de los profesionales de la salud al revisar el tema de comunicación humana son los siguientes:

1. Aprender a identificar aquellos problemas de salud que pueden surgir de dificultades de la comunicación en las relaciones humanas.
2. Aprender reglas básicas para facilitar soluciones de algunos de los problemas de comunicación humana.
3. Incrementar la comprensión acerca del comportamiento humano.

El estudio de la comunicación humana se divide en cuatro áreas: sintáctica, semántica, semiótica y pragmática.

- El área de la sintáctica abarca los problemas relativos a transmitir información y constituye el campo fundamental del teórico de la información, cuyo interés se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad y otras propiedades del lenguaje.
- El área de la semántica se centra en el significado, toda información

compartida presupone una convección semántica.

- El área de semiótica constituye la teoría general de los signos y los lenguajes.
- El área de la pragmática estudia los efectos de la comunicación sobre la conducta.

Es el área de la pragmática la que se revisará a continuación.

Los términos comunicación y conducta se usan como sinónimos. Para la pragmática, toda comunicación es conducta y toda conducta es comunicación, incluso la comunicación de contextos impersonales pueden afectar a la conducta.

Cuando se utiliza la comunicación para comunicar algo acerca de la misma (situación que es inevitable cuando se investiga sobre la comunicación) se utilizan conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, sino que se refiere al estudio de ella, esto se denomina metacomunicación.

AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN

1. La imposibilidad de no comunicar se refiere a la propiedad de la conducta en la que no hay nada que sea lo contrario de esa conducta, no hay no conducta, es imposible no comportarse y por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicarse.
 - Mensaje: se refiere a cualquier unidad de comunicación singular.
 - Interacción: es una serie de mensajes intercambiables entre personas.
 - Pauta de interacción: se refiere a una interacción en secuencia entre dos o más personas, que es constante y repetida.

Primer axioma. No es posible no comunicarse.

Comunicación patológica de este primer axioma. El intento de no comunicar, existe cuando se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Por ejemplo, el que se da entre dos personas casadas, en la que la esposa desea entablar una comunicación y el esposo no lo desea, lo que podría hacer este último, que no puede retirarse pero no quiere no comunicarse sería:

1. Rechazar la comunicación a través del silencio.
2. Aceptar la comunicación, aún y cuando no lo desee
3. Descalificar la comunicación del otro. Esto significa comunicarse de tal modo que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos de la comunicación tales como: autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, frases incompletas, malentendidos, estilo oscuro o manierismos idiomáticos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales, entre otros
4. A este tipo de comunicación recurre todo aquel que se ve atrapado en una situación en la que se siente obligado a comunicarse, pero al mismo tiempo desea evitar el compromiso inherente a esa comunicación. En México, a las descalificaciones se les conoce popularmente como “Cantinflear”.
5. La otra forma de comunicación patológica de este axioma es: el síntoma como comunicación, el cual es muy importante de entender por los profesionales de la salud, éste se da cuando una persona no desea

comunicarse y recurre al desarrollo de un síntoma. Los síntomas pueden ser: somnolencia, sordera, mareos, dolor de cualquier localización como cefaleas. Dispareunia, entre otros; ignorancia del idioma, o cualquiera otra deficiencia o incapacidad que justifique cubrir una demanda o hacer algo que en ese momento no se desea, el mensaje que transmite la persona es: a mí no me molestaría hablarte pero... es algo más fuerte que yo, de lo cual no puedes culparme, lo impide. Sin embargo, existe una condición, la persona sintomática sabe que está engañando al otro y la interacción se vuelve aparentemente perfecta cuando el primero se convence de que se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su control, liberándose de la culpa, censura o remordimiento. Pero aún así, indica que tiene un síntoma psicótico, neurótico o psicósomático. Ejemplos de lo anterior abundan en la práctica de la medicina. La esposa con cefalea por tensión; la persona con depresión agitada; la mujer con trabajo de parto prematuro la noche que el esposo llega ebrio después del partido de su equipo, entre otros.

II. Los niveles de contenido y relación de la comunicación. Toda comunicación implica un compromiso y por tanto define la relación. Una comunicación no sólo transmite información, sino que al mismo tiempo impone una conducta, esto es que define quien es quien de cada una de las personas de dicha relación.

El aspecto del contenido es la transmisión de la información, en la comunicación humana es sinónimo del mensaje.

El aspecto de relación se refiere a la relación que existe entre los involucrados y a cómo debe entenderse el mensaje.

Entre más sana es una relación, menos importante es el tipo de relación y más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación relacionado con la misma, de modo que las relaciones patológicas se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de las relaciones; el aspecto asociado con el contenido se hace cada vez menos importante.

Segundo axioma. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, de forma que, el segundo califica al primero y es por lo tanto una metacomunicación.

Comunicación patológica de este segundo axioma. Las siguientes son variaciones posibles que pueden surgir del axioma de los aspectos de

contenido y relación.

1. En el mejor de los casos, los participantes concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y a la definición de su relación. Por ejemplo: quiero ir al cine y acepto ir contigo.
2. En el peor de los casos la situación es inversa, los participantes están en desacuerdo con respecto al nivel del contenido y también al de la relación; por ejemplo: no deseo ir al cine y además no quiero ir contigo.
3. Entre los dos extremos hay varias formas mixtas.
 - a) Los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no afecta su relación. Los participantes convienen pactan estar en desacuerdo; por ejemplo: no ir al cine, pero eso no les provoca disgusto.
 - b) Los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido, pero no en el relacional, ello significa que la estabilidad de su relación se verá seriamente afectada en cuanto deje de existir la necesidad de acuerdo en el nivel del contenido; por ejemplo: sí quiero ir al cine, pero no contigo.
 - c) Otra posibilidad son las confusiones entre los aspectos de contenido y relación; por ejemplo: si me amaras, no me dieras la contra y aceptarás ir al cine.
 - d) Y la última posibilidad es aquella situación en la que una persona está obligada a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona. Por ejemplo, de lo anterior sería múltiples situaciones conyugales como la infidelidad clara, pero se niegan los hechos, para no afectar la relación.

III. La puntuación de la secuencia de hechos, aquí se explora la interacción (intercambio de mensajes entre comunicantes).

Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como la secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que ha sido llamado por Bateson y Jackson: “La puntuación de la secuencia de hechos”. En una secuencia prolongada de intercambios; las personas participantes puntúan la secuencia de modo que uno de ellos tiene iniciativa, predominio, dependencia, entre otros, o sea que se establecen patrones de intercambio; por ejemplo, a una persona que se comporta con iniciativa dentro de un grupo se le llama líder y a la otra

seguidor o adepto. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

Tercer axioma. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

Comunicación patológica de este tercer axioma. Las discrepancias en cuanto a la puntuación de las secuencias de hechos tienen lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe; por ejemplo: A le escribe a B proponiéndole un negocio en conjunto, B lo acepta y manda la carta de aceptación pero en el envío de regreso se extravía. Por lo que A piensa que no le interesa el negocio a B y decide no hablarle; por otra parte B se siente ofendido porque no tuvo contestación y también decide no hablarle a A, y así podrán durar enojados por mucho tiempo hasta que decidan investigar qué sucedió con sus comunicaciones; esto sucederá a menos que comiencen a metacomunicarse, lo que refiere que además de no contar con la misma información que el otro, deben de sacar las mismas conclusiones que el otro. Existe la idea de que sólo hay una realidad del mundo tal como yo lo veo y cualquier visión que difiera de la mía, tiene que deberse a irracionalidad o mala voluntad. Se forman círculos viciosos que solo pueden romperse como ya se mencionó con la metacomunicación.

En esta interacción se presenta la profecía autocumplidora: que es una conducta de una persona que provoca en los demás una reacción frente a la cual esa conducta sería apropiada; por ejemplo, de profecía autocumplidora será aquella persona que dice: “nadie me quiere” y se comporta con desconfianza, a la defensiva o con agresividad ante lo cual es probable que los otros reacciones con desagrado corroborando así su conclusión original.

iv. Errores de “traducción” entre los materiales analógico y digital. En este caso existen dos tipos de comunicación:

- Digital: emplea la palabra para nombrar algo.
- Analógico: utiliza símbolos, dibujos, gestos, entre otros.

Los seres humanos se comunican tanto digital, como analógicamente, la comunicación digital sería la comunicación verbal y la

comunicación analógica es la comunicación no verbal.

Cuarto axioma. Existen dos tipos de comunicación: digital y analógica.

Comunicación patológica de este cuarto axioma. Son los errores de traducción entre el material analógico y digital.

Entre los matrimonios es muy frecuente que surjan este tipo de confusiones, originando conflictos; por ejemplo, el esposo que llega a su casa con un ramo de flores; éste lo hace de forma espontánea como un acto de amor, pero de acuerdo a la visión que tenga la esposa de la relación con su esposo, puede entenderlo como una demostración de afecto, soborno o restitución. En el trabajo con familias, el médico familiar se encarga de la digitalización correcta y correctiva de lo analógico (no verbal).

v. Interacción simétrica y complementaria. Existen dos patrones de interacción: simétrico y complementario, los cuales constituyen relaciones basadas en la igualdad o la diferencia.

La relación simétrica se basa en la igualdad de la conducta recíproca, mientras que en la relación complementaria está basada en un máximo de diferencia, por lo que uno complementa al otro, en esta relación hay una posición superior o primaria, y otra inferior o secundaria, sin que esto sea bueno o malo, es decir: madre-hijo, maestro-alumno, médico-paciente.

Quinto axioma. Todos los intercambios de la comunicación son simétricos o complementarios según se basen en la igualdad o en la diferencia.

La simetría y la complementariedad en la comunicación no son en sí mismas buenas o malas, normales o anormales, se refieren a dos categorías básicas en las que se pueden dividir todos los intercambios de la comunicación, ambas cumplen funciones importantes y en las relaciones sanas ambas están presentes, aunque en alternancia mutua o actuando en distintas áreas. La patología que se presenta en este axioma sería:

1. Escalada simétrica. En la que existe siempre el peligro de competencia, se caracteriza por una guerra más o menos abierta. En una relación simétrica sana cada participante puede aceptar la "mismidad" del otro, lo que los lleva al respeto mutuo y a la confianza. Ese respeto implica una confirmación recíproca y realista del "yo", cuando una relación

simétrica se derrumba, por lo común se observa el rechazo, que aunque duela, no desconfirma a la otra persona.

2. Complementariedad rígida. La patología en las relaciones complementarias equivale a desconfirmación, esto es: “te niego como persona, niego la imagen que tienes de ti mismo”. Son más importantes desde el punto de vista psicopatológico que las peleas más o menos abiertas de las relaciones simétricas.

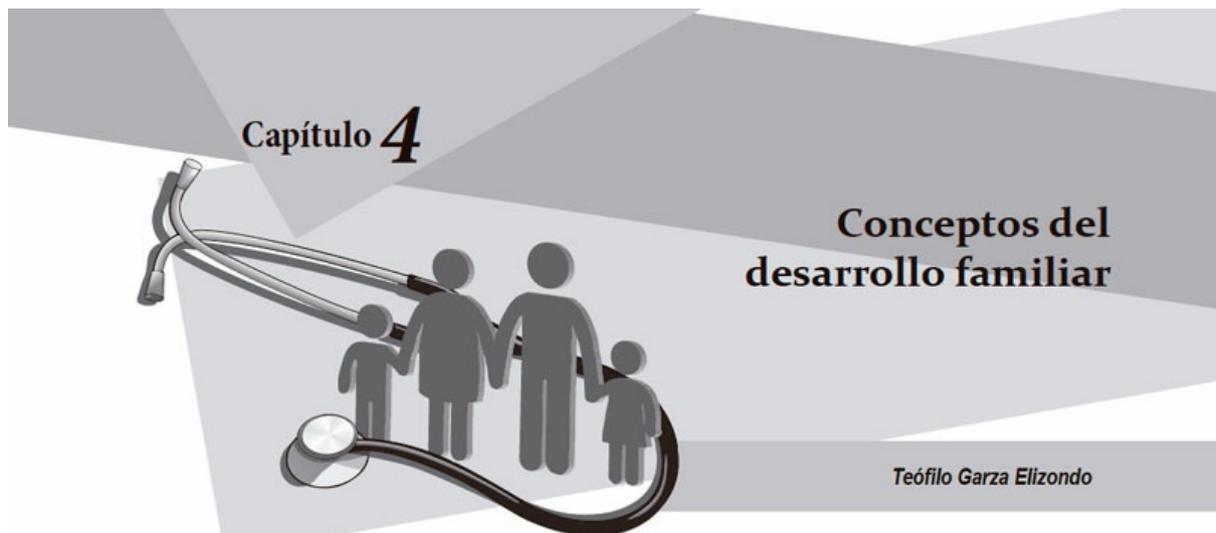
Ejemplo del primero sería la relación conyugal de competencia, donde un esposo no se deja del otro y la segunda del maltrato físico de cualquier modalidad donde una persona se sitúa sobre la otra.

BIBLIOGRAFÍA

Fishman HcH: *El cambio familiar: Desarrollo de modelos*. Gedisa, 1990

Jackson DD: *Comunicación, familia y matrimonio*. Nueva misión, 1977.

Watzlawick P, Bearin BS, Jackson DA: *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Biblioteca de Psicología 1991;100:49-114.



“Lo único constante en la vida es el cambio”

Anónimo.

La familia, al igual que el ser humano, es un sistema dinámico, en cambio constante, que se inicia con la unión de dos personas en una relación conyugal y que la mayoría de las ocasiones termina con la muerte de ambos; sin embargo, cada vez es más frecuente la separación o el divorcio como alternativa, tan es así, que la tasa de divorcios se incrementa año con año; por ejemplo, a finales de los años ochenta en EUA superó 40%.

Los conceptos del desarrollo, tanto individual como familiar, son fundamentales en el trabajo con familias. La posibilidad de adquirir una visión evolucionista de personas y familias es básica, ya que ello permite conceptualizarlos como seres cambiantes, dinámicos y diferentes al transcurrir del tiempo. Un ejemplo de ello se muestra en la figura 4-1 y 4-2.

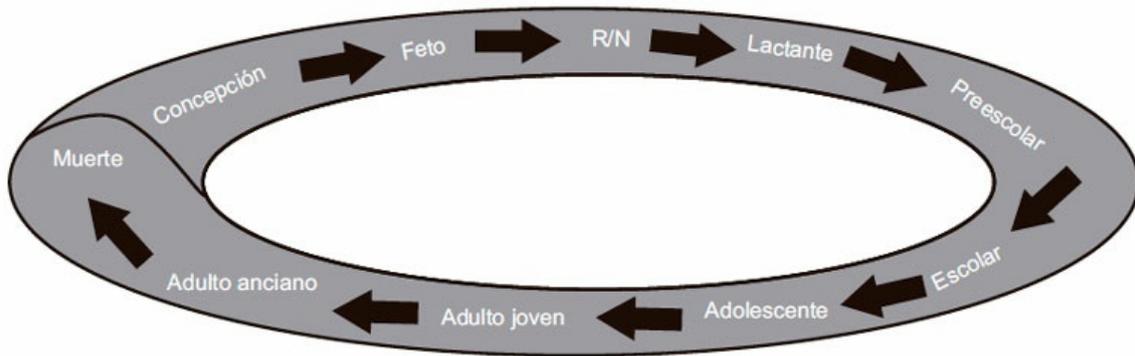


Figura 4-1. El ciclo vital individual.

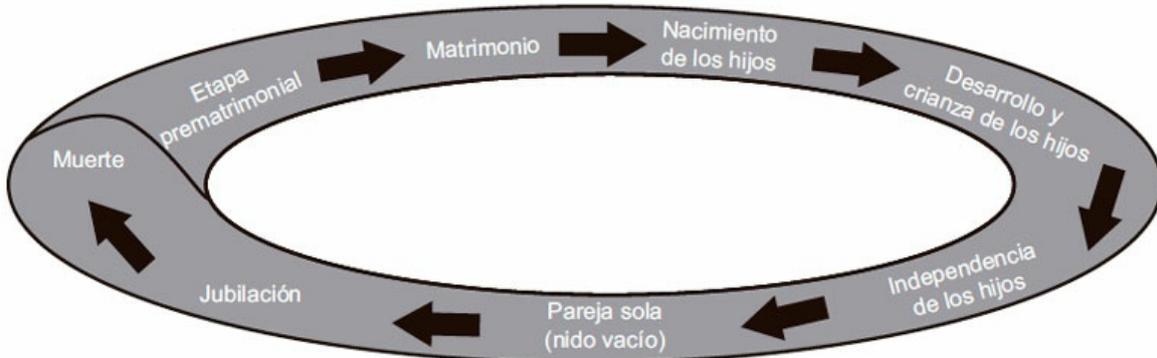


Figura 4-2. El ciclo vital de la familia.

Como se puede observar, el ciclo de vida familiar puede dividirse en fases o etapas, que reflejan el carácter evolutivo del sistema familiar (figura 4-3). Existen varias clasificaciones del ciclo de vida familiar, la que se empleará en esta obra es modificada, descrita por Duvall, con la ventaja de su utilidad clínica.

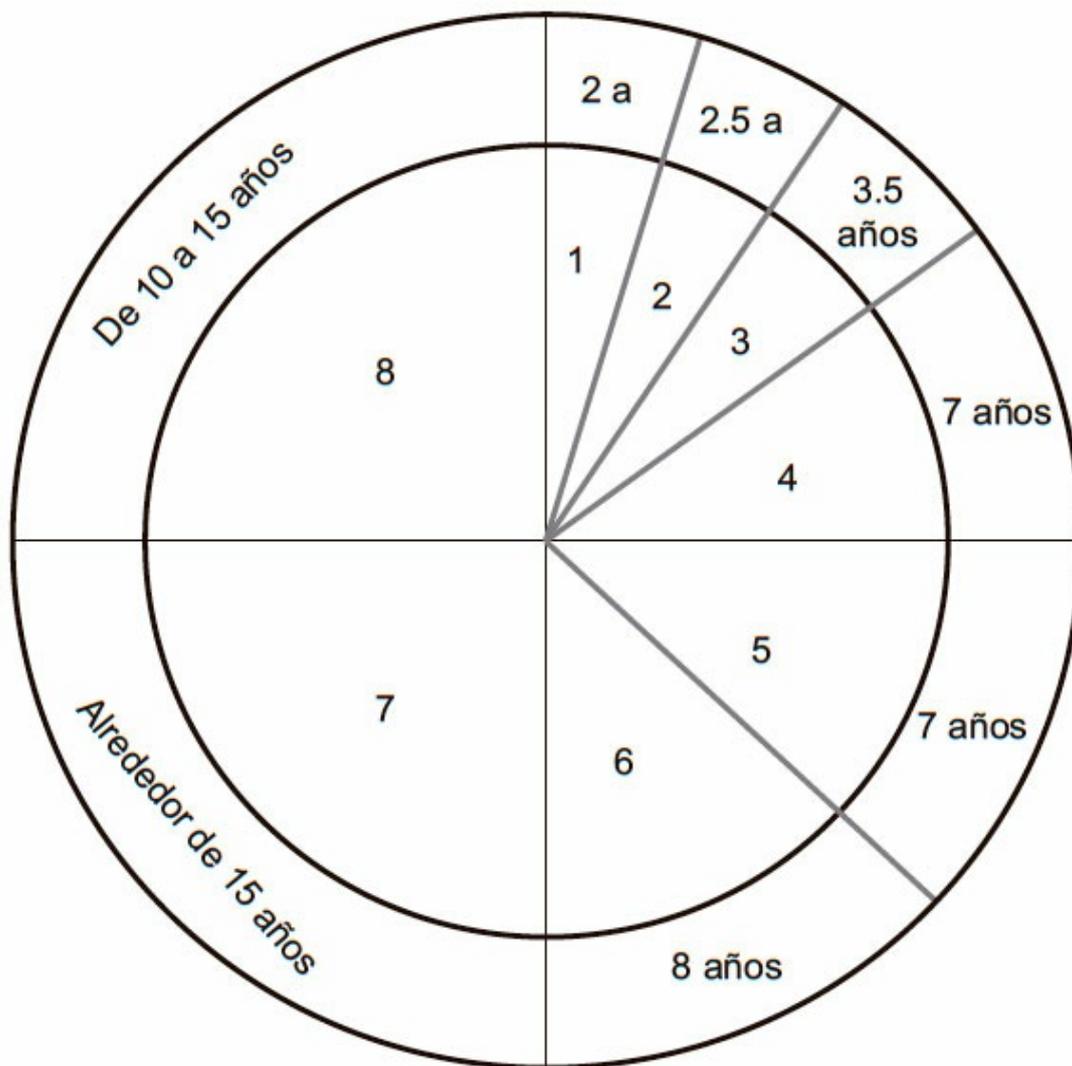


Figura 4-3.

Ciclo de vida familiar y tiempo promedio de cada una de sus 8 etapas. 1) Matrimonio (sin hijos). 2) Nacimiento del primer hijo (del nacimiento a los 30 meses de edad). 3) Con hijos de edad preescolar (hijo mayor de 30 meses a 6 años). 4) Con hijos escolares (hijos de 6 a 13 años). 5) Con hijos adolescentes (hijos de 13 a 20 años). 6) Familia en dispersión (un hijo deja el hogar). 7) Familia en independencia (pareja sola de nuevo). 8) Retiro, muerte o ambos (del retiro del rol de vida mayor a la muerte de ambos esposos).

En el esquema lineal tomado de Hennen, se puede observar la coincidencia de algunos eventos que producen tensiones familiares (figura 4-4).

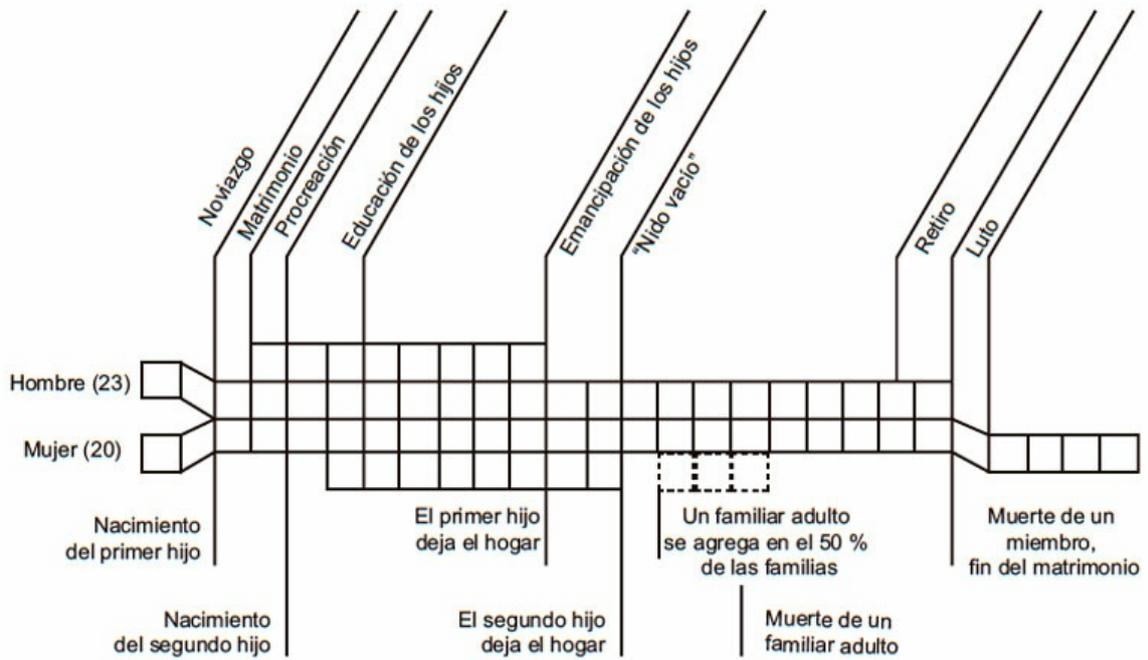


Figura 4-4.

El ciclo vital de la familia como línea de la vida.

Cada etapa es única, con sus propias influencias internas y externas, las internas representan el curso normal del desarrollo de la familia y de cada uno de sus integrantes; las externas son las fuentes de estrés sociocultural y económico, representan todo aquello que en estas teorías se definen como crisis accidentales.

ESQUEMA

Estas influencias internas y externas son eventos tensionales que pueden representar problemas clínicos. En resumen, se pueden identificar eventos tensionales del desarrollo, los cuales son previsibles y por tanto, facilitan la posibilidad de un trabajo anticipado con familias, así como eventos accidentales que suceden en cualquier momento y a cualquier persona, familia o ambos; del mismo modo pueden provocar crisis, por lo que trabajo a realizar se debe enfocar en apoyar su superación.

Es importante señalar que cada etapa es definida por la función o tarea dominante, con esto se quiere decir que cada etapa posee funciones nuevas, que han recibido el nombre de tareas del desarrollo, las cuales al llevarse a cabo de forma efectiva dan la posibilidad de un desarrollo y función familiar óptimas.

El cuadro 4-1 muestra un listado de las tareas del desarrollo más importante en cada etapa, subrayando que las mismas tienen validez universal, pero deben adecuarse a las características y condiciones de cada cultura, se agregó la etapa prematrimonial para subrayar la importancia que para los jóvenes tiene el desarrollo de las habilidades de comunicación, cuando deciden formar una pareja.

Cuadro 4-1. Etapas familiares y tareas del desarrollo	
Etapas familiares	Tareas del desarrollo
Prematrimonial	I. Comunicación de pensamientos y sentimientos II. Desarrollar las bases para la separación de la familia de origen
Matrimonio	III. Establecer una relación mutuamente satisfactoria (psicológica y sexual) IV. Establecer relaciones de respeto e independencia con las familias de origen V. Aceptar la responsabilidad de la futura paternidad
Expansión temprana	VI. Aprender a ser padres VII. Adaptarse al desarrollo de los hijos
Media y tardía	VIII. Promover y adecuar un hogar satisfactorio para padres e hijos IX. Mantener una relación conyugal satisfactoria X. Promover la sociabilidad adecuada de los hijos XI. Promover las necesidades educativas de los hijos XII. Balancear la responsabilidad con la independencia de los hijos adolescentes
Dispersión	XIII. Permitir y apoyar al joven con sus iniciativas de estudio, trabajo o matrimonio XIV. Mantener el hogar como base de apoyo para la independencia de los hijos adolescentes

Independencia	XV. Reajuste de la relación conyugal XVI. Mantener relaciones satisfactorias con la generación anterior y posterior XVII. Ajustarse al retiro y a la disminución de ingresos económicos XVIII. Ajustarse a vivir solos
Retiro, muerte o ambas	XIX. Adaptarse a la involución física XX. Adecuar el hogar a las posibles incapacidades físicas XXI. Adecuarse a la pérdida o muerte de la pareja

Cuando el paso de una etapa a otra produce niveles muy altos de estrés o cuando se da la coincidencia de varios eventos tensionales, sean del desarrollo o accidentales, más de tres simultáneos constituyen una familia multiproblemática y la capacidad de su manejo por la familia se puede rebasar, es entonces cuando pueden aparecer disfunciones familiares importantes que en la mayoría de las ocasiones se presentan como problemas clínicos específicos y son la manera frecuente de cómo acceden a los servicios médico-profesionales. El cuadro 4-2 expone un ejemplo de los mismos.

Cuadro 4-2. Ejemplos de eventos tensionales y su correlación clínica		
Ciclo de vida	Evento tensional	Problema clínico
Matrimonio Expansión temprana (preescolar)	Ajuste sexual temprano Nacimiento de los hijos	Problemas o disfunciones sexuales Embarazo no deseado Depresión posparto Síndrome de agotamiento materno Maltrato infantil
Media (escolar)	Ansiedad de separación	Enuresis Niños hiperactivos Problemas escolares
Tardía (adolescencia)	Síndrome del hogar vacío Crisis de identidad del adolescente	Problemas de readaptación conyugal a la salida de los hijos Delincuencia Farmacodependencia Embarazo de adolescentes Huida del hogar
Dispersión Independencia	Independencia de los hijos Menopausia Reajuste marital Muerte de los padres de la pareja	Depresión Depresión Problemas de pareja Alcoholismo
Retiro, muerte o ambas	Retiro Muerte de la pareja Incapacidad física Soledad	Adulterio Síndrome cerebral orgánico Depresión Suicidio

En resumen, los aspectos mencionados con anterioridad permiten identificar varios supuestos que fundamentan la teoría del desarrollo, a saber:

1. Las familias cambian con el tiempo.
2. Las familias tiene un principio y un fin.
3. Entre estos dos puntos existen un número de fases o etapas secuenciales y reconocidas.
4. En cada fase o etapa existen funciones o tareas del desarrollo que son específicas.
5. Las tareas del desarrollo necesitan aplicarse de manera adecuada para pasar con éxito a la siguiente etapa.
6. El paso de una etapa a la siguiente genera estrés y éste puede traducirse a problemas clínicos
7. En cada etapa se da un proceso de transmisión de principios biológicos, culturales, sociales o ambos.

Por último, el cuadro 4-3 muestra la relación integral y en secuencia del ciclo vital individual con el de los ciclos de las familias de origen y procreación, así como con el ciclo vital individual de los hijos, secuencia que al llevarse a cabo es al infinito.

Cuadro 4-3. Relación del ciclo vital individual con el de las familias de origen y procreación, y con el de los hijos

Edad Años	Ciclo individual(Padres)	Ciclo familia (De origen)	Ciclo familia (De procreación)	Ciclo individual (Hijos)
0 a 1	Infancia	Expansión (nacimiento de los hijos)		
2 a 3	Niñez Temprana	Expansión (desarrollo y crianza de los hijos)		
4 a 5	Mediana (preescolar)			
6 a 11	Tardía (escolar)			
12 a 14	Adolescencia Temprana	Expansión (desarrollo y crianza de los hijos)	Familia en formación: etapa prematrimonial (noviazgo)	
15 a 17	Media	Dispersión		
18 a 22	Tardía			
23 a 27	Adultez Temprana	Independencia	Matrimonio, expansión, Nacimiento de los hijos Desarrollo y crianza de los hijos Familia con adolescentes Dispersión	Infancia Niñez: temprana Media Tardía Adolescencia: temprana Media y tardía
28 a 39	Media (de madurez)			
40 a 59	Tardía (presenil)			
60 a 69	Vejez	Retiro, muerte o ambos	Independencia	
70 y más	Ancianidad Muerte		Retiro, muerte o ambos	Temprana Media Tardía

BIBLIOGRAFÍA

- Duvall EM:** *Marriages and family development*, 4a edición, Philadelphia: Lippincott, 1971
- Flores AA:** Manejo de problemas médicos en el primer nivel de atención, Facultad de Medicina, U.A.N.L.-S.S.A.1990.
- Garza-Elizondo T, Saavedra JA:** Salud mental y dinámica familiar. Ed. S.S.A. Serie Aprisa, México, D.F. 1988;2.
- Garza ET:** Trabajo con familias. Manejo de problemas médicos en el primer nivel de atención U.A.N.L./S.S.A. 1990:351-368.
- Rosen GM, Geyman JP:** Behavioral science in family practice Ed. Appleton, Century,Crofts,1980:67-81.
- Shires BD, Hennen BK:** *Medicina Familiar Guía Práctica*, Ed. McGraw Hill,1983.

Capítulo 5

Conceptos de intervención en crisis y las habilidades para su manejo



Teófilo Garza Elizondo

“Señor, concédeme la fuerza para cambiar las cosas que puedo cambiar, la paz para aceptar las cosas que no puedo cambiar y la sabiduría para distinguir la diferencia.”

Anónimo.

INTRODUCCIÓN

Crisis: es la ruptura temporal del equilibrio psicológico que ocurre cuando el individuo, la familia o ambos, enfrentan una situación abrumadora que no son capaces de superar con sus recursos habituales, que puede producir una adaptación disfuncional continua y un cambio consecuente.

Intervención en crisis: es un grupo de técnicas especializadas que se llevan a cabo con el objeto de:

1. Prevenir, disminuir o ambas, las reacciones psicológicas adversas que se presentan durante y después de una situación traumática.
2. Proporcionar apoyo para que las personas recuperen lo antes posible su equilibrio psicológico y su funcionamiento independiente.

Para diferenciar los siguientes conceptos de crisis es necesario definirlos:

1. **Reacción de estrés.** Es la reacción de una persona ante estímulos peligrosos o amenazantes que pueden ser reales o imaginarios en la cual su cuerpo se prepara para la lucha o la huida.
2. **Ansiedad.** Es un sentimiento de aprensión expectante, vago, difuso y desagradable, que se acompaña de síntomas físicos como: inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.
3. **Miedo.** Es un sentimiento de preocupación constante que se asocia con inseguridad, vulnerabilidad, deseos de protegerse o ambos, o huir. Es una respuesta del individuo a una amenaza real, externa, identificable y específica.
4. **Pánico.** Es la ansiedad o miedo extremos que el individuo no puede manejar, el efecto es un estado de choque o parálisis. La persona es incapaz e inefectiva en su forma de pensar y actuar.

Los factores determinantes para la aparición de una crisis son:

1. El evento resulte amenazante.
2. La amenaza se dirija a una necesidad instintiva, área de conflicto, vulnerabilidad o ambas.
3. La respuesta de adaptación sea inefectiva.

La crisis no es una enfermedad, no es un trastorno mental; sin embargo, es uno de los procesos adaptativos más dolorosos, difíciles y de vulnerabilidad, que inevitablemente enfrentan los seres humanos, de cómo adaptarse a las nuevas condiciones de vida depende, en gran medida, el porvenir.

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LAS ÁREAS QUE SE AFECTAN EN LAS CRISIS

- **Cognitivos:** confusión de pensamientos, dificultad para tomar decisiones, disminución para concentrarse, trastornos en la memoria.
- **Emocionales:** incredulidad, coraje, miedo o ambos, tristeza y depresión, impotencia, aceptación, resignación.
- **Perceptuales:** desorientación, despersonalización, embotamiento, limitación, distorsión en la capacidad sensorial o ambos.
- **Conductuales:** cambios de conducta, alteraciones en los patrones de alimentación, de sueño, de higiene, aislamiento.
- **Físicos:** palpitaciones, aumento de la frecuencia respiratoria y de la presión arterial, sudoración excesiva, mareos, hiperactividad o hipoactividad.
- En las **relaciones interpersonales:** aislamiento, explosiones de agresividad, conflictos interpersonales dentro de la familia, conflictos interpersonales fuera de la familia.
- En la **espiritualidad:** pérdida de la fe, enojo con dios, alejamiento y dudas de las creencias religiosas, enojo hacia los representantes de su religión, pérdida del sentido de la vida.

Las víctimas de una crisis, dependiendo de la exposición que sufrieron pueden clasificarse en los siguientes tipos:

1. **Víctimas primarias:** las personas directamente afectadas.
2. **Víctimas secundarias:** las personas observadoras del suceso traumático de las víctimas primarias.
3. **Víctimas terciarias:** las personas afectadas por la exposición tardía a las consecuencias del evento, a las víctimas primarias o secundarias o ambas.

Las crisis pueden ser de dos tipos:

1. Del desarrollo.
2. Accidentales.

Algunos ejemplos de crisis del desarrollo son: matrimonio, embarazo, nacimiento de los hijos, inicio de la escuela, adolescencia, logros, dificultades escolares o ambas, inicio de vida laboral, menopausia, jubilación, viudez.

En lo que respecta a las crisis accidentales, éstas pueden ser de cuatro tipos:

1. **Cambio de estatus.** Por ejemplo: deudas fuertes, gastos imprevistos o ambos; empobrecimiento repentino, desempleo prolongado; riqueza, fama repentina o ambos.
2. **De abandono.** Por ejemplo: muerte de un integrante de la familia, hospitalización, cirugía de un integrante de la familia o ambos; divorcio o separación conyugal, huida del hogar de un integrante de la familia, suicidio.
3. **De adición.** Por ejemplo: embarazo no planeado o no deseado, adopción, adición de padrastro, madrastra, hijastro(a) o ambos; adición de parientes o amigos a la familia.
4. **De desmoralización.** Por ejemplo: infidelidad, abuso de alcohol o drogas o ambos, embarazo de hijos adolescentes; pandillerismo o actos delictivos o ambos; enfermedad crónica, mortal en un integrante de la familia o ambas.

Intervención en crisis

Es un grupo de técnicas especializadas que al llevarse a cabo tiene los siguientes, objetivos:

1. Ofrecer apoyo emocional.
2. Estabilizar los procesos emocionales y cognitivos de la persona.
3. Recuperar el proceso adaptativo independiente.
4. Recuperar funcionalidad cotidiana.
5. Referir para recibir atención poscrisis.

El grupo de técnicas incluye:

1. Emocionales: evitación del estrés, expresión y apoyo emocional, disminución de la reacción.
2. Cognitivas: información del evento, modificación del significado.
3. Conductuales: identificar y cambiar conductas de riesgo, identificación y uso de recursos personales, familiares y sociales.

La intervención en crisis se cubre con un proceso que incluye las siguientes etapas:

1. Hacer contacto psicológico y proporcionar apoyo emocional.
2. Identificar la crisis y su tipo.
3. Buscar soluciones.
4. Identificar ventajas y desventajas de cada una.
5. Elegir la mejor opción.
6. Motivar y apoyar la ejecución de acciones concretas y específicas.
7. Dar seguimiento al proceso.

Las crisis evolucionan en un proceso que incluye las siguientes etapas:

1. Negación. En esta etapa la persona presenta: actitudes de desconcierto, desesperación, incredulidad, negación, y sobre todo, conductas y pensamientos de evasión de la realidad y de no aceptación del evento. La negación, es una reacción defensiva, la persona necesita un tiempo de adaptación para aceptar la difícil realidad, la duración es variable y se debe respetar. Se reconoce al escuchar algunas de estas frases: “No puedo estar viviendo esto”, “No puede ser”, “Es un error”, “Porqué a mi”

Sugerencias para acompañar: el lenguaje que predomine debe ser el no verbal, con conductas que busquen expresar apoyo, aceptación y disponibilidad incondicional. Es fundamental el contacto físico, que exprese apoyo y calidez. En el lenguaje verbal se sugieren frases cortas y aquellas que faciliten las expresiones emocionales, verbales o ambas, del paciente.

2. Enojo, ira o ambas. En esta etapa se da la expresión de la frustración por el proceso que se vive o de perder el control o ambas, inclusive de no poder recuperar el control de su vida y de sus circunstancias, se incluye la sensación de vulnerabilidad, identificación y dependencia

hacia otras personas. También se explica como el resultado de una lucha interna entre la conciencia progresiva de la pérdida del control y el deseo de recuperarlo con un equilibrio de su mundo perdido. La persona presenta conductas de inquietud física y pensamientos relacionados con el evento o la crisis, que con frecuencia son fuente de culpa, de sentimientos de fallas, de reproches, y poco a poco, también aparece la proyección y desplazamiento del enojo.

Sugerencias para acompañar: facilitar la expresión de cualquier sentimiento, pero en especial, aquellos de molestia o de inconformidad. El profesional o acompañante debe aceptar la forma de expresión que el paciente usa, pero debe estar capacitado para contener y reorientar que el enojo se exprese, de preferencia eligiendo formas cada vez menos destructivas y de ser posible, formas constructivas. Se recomienda inducir la reflexión orientada a la consecuencia de las acciones y a la búsqueda de más opciones. Facilitar e identificar las ideas o pensamientos que expresan el enojo y apoyarlo para que lo exprese de preferencia sea a través de la comunicación oral y no de acciones.

3. Tristeza/depresión. En esta etapa la característica distintiva es el abatimiento acompañado de vulnerabilidad, tristeza, llanto y silencios; sin embargo pueden alternarse momentos de conductas agresivas hacia cualquier persona sea familiar, desconocido, profesional o ambos. El punto central es la sensación de inutilidad y pérdida de sentido de la vida, se inicia el reconocimiento de los efectos del evento y de su impacto, los síntomas son mixtos, la mayoría depresivos, pero en momentos existe ansiedad de diferentes grados.

Sugerencias para acompañar: se debe transmitir una actitud de disponibilidad total. Se recomiendan conductas de cercanía afectiva y física. En esta etapa la regla es el contacto físico de apoyo y de calidez, acompañado de frases cortas y afectuosas. Se proponen técnicas para facilitar la expresión de cualquier emoción, pero en especial las de tristeza y desánimo, que en ocasiones pueden intercalarse con ansiedad e ira. Comienza la recuperación racional de la persona y por tanto, la educación sobre el evento, los recursos disponibles y su uso potencial, se eligen temas para los diálogos terapéuticos acerca de cualquier asunto que el paciente desee.

4. Aceptación. Se da de manera sutil pero progresiva, inicia por momentos breves hasta que la persona recupera su funcionalidad, alcanza paz y tranquilidad interior, así como exterior. Se identifica por

oraciones como: “estoy listo”, “hay que hacer algo”, “empiezo a entender”, “no se preocupen”, “voy a estar mejor”, entre otros. La persona acepta las consecuencias del evento, puede recordarlo sin sentir que está fuera del control de sus sentimientos, (llanto, tristeza, enojo, frustración, entre otros).

Sugerencias para acompañar: apoyarlo a identificar preocupaciones, pendientes y opciones de acción. Motivarlo a elegir alguna de las opciones y a encaminar su esfuerzo a la acción para alcanzarla. Transmitirle la seguridad en que sus decisiones serán apoyadas y respetadas. Promover entrevistas con el resto de la familia o con aquellos familiares identificados como importantes en la crisis y su solución.

Otras técnicas útiles son:

1. Facilitar la expresión de todos los sentimientos.
2. Identificar el significado de la crisis y explorar otras opciones.
3. Dejar claro que las intervenciones siempre estarán encaminadas hacia el bienestar actual y futuro de las personas involucradas y su familia.
4. Promover técnicas de solución de conflictos y de toma de decisiones.
5. Apoyar la identificación de sentimientos reconocidos como negativos y facilitar su expresión constructiva.

BIBLIOGRAFÍA

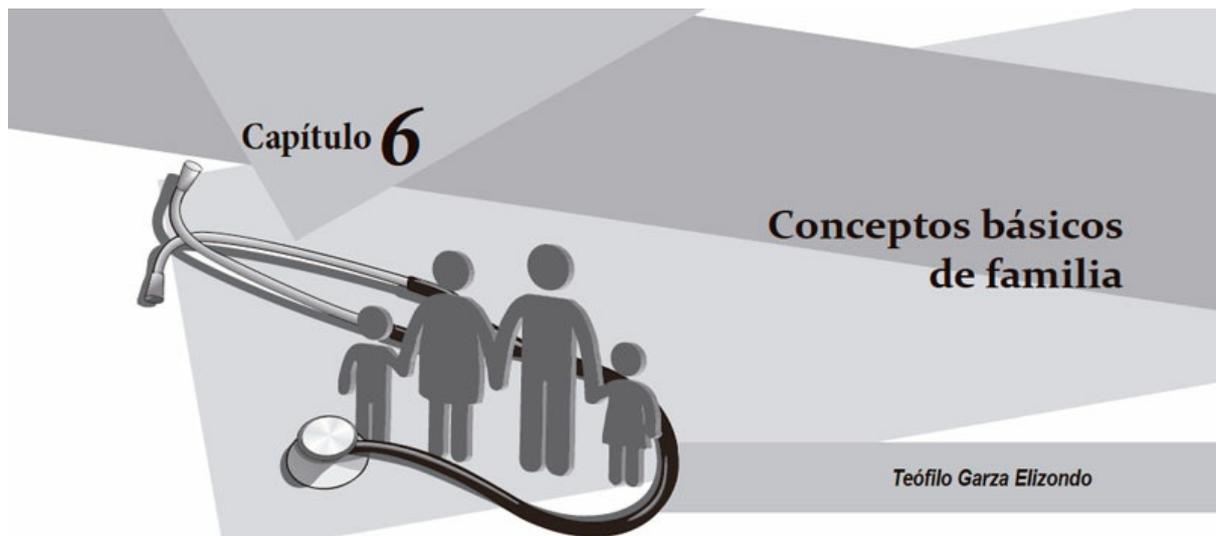
- Bages N:** Estrés y salud. El papel de los factores protectores. Comportamiento 1990;1(1):16-27.
- Bogd F, Steiner G, Boland M:** Children, families and HIV/AIDS. New York: Guilfor 1995;11-17.
- Cohen R, Ahearn F:** Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. México: Editorial Harla, 1989:22-24.
- Hamilton I, Mc Cubbin A, Figley C:** Stress and family. Coping with catastrophe. New York, 1983;2:5-50.
- OMS. La salud y la familia. Estudios sobre la demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud. Ginebr 1978;62:34 (Serie de Informes Técnicos).
- Patterson J, Garwick A:** Levels of meaning in family stress theory. Fam Process 1994;33(3):287- 304.

Patterson J: Families experiencing stress family. Syst Med 1988;6(2):200-230.

Pérez C: Crisis familiares no transitorias. Rev Med Gen Integr 1992;8(2):144-151.

Soto Y: Características de las manifestaciones del estrés y su relación con la familia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1991;2030.

Zaldívar D: Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1996:5- 40.



“Tened todos en gran honor el matrimonio”

Hebreos: 13,4

La familia existe en todas las sociedades, es el grupo social primario, todos tienen o pertenecen a una familia, en la que se aprende lo que somos, a ser humanos. En ésta se viven las emociones más intensas, los momentos más felices y tristes de la vida, también se aprenden hábitos y conductas relacionadas a un estado de vida, que puede o no ser saludable.

La familia varía de cultura a cultura, puede propiciar el desarrollo adecuado de sus integrantes y como consecuencia la salud, pero cuando esto no sucede, puede propiciar la enfermedad.

Alguna de las siguientes definiciones, puede cubrir los diferentes tipos de familia que existen:

1. Esposo, esposa o ambos con o sin hijos, que viven bajo el mismo techo.
2. Grupo de dos o más personas, que viven juntos, relacionadas por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción o ambos, y que interactúan entre sí.
3. Sistema abierto de varias personas, con funciones dinámicas e interacción constante, reguladas por reglas de comportamiento, con intercambios internos y externos constantes.

La familia, es un grupo de convivencia, pero sobre todo de cooperación, en el que sus integrantes buscan que su paso por la vida sea lo más gratificante y de lo mejor posible. Ésta inicia con la decisión de dos personas adultas del sexo opuesto de unirse y en el mejor de los casos, finaliza su ciclo con la muerte de ambos; sin embargo, cada vez es más frecuente la separación o el divorcio o ambos, como alternativa para disolver la alianza.

La familia tiene los siguientes objetivos, a saber:

1. La procreación y crianza de los hijos, entendiendo con esto, primero que un fin fundamental de la familia es proveer a la sociedad de nuevos integrantes; segundo, que dichos integrantes deben incorporarse a la sociedad después de haber obtenido y aprendido todos aquellos conocimientos necesarios para vivir y ser útiles a la misma (socialización).
2. La protección psicosocial de sus integrantes; con ello se entiende que la familia provee un espacio donde vivir, descansar y reponerse de las exigencias, dificultades y tensiones que la vida diaria plantea y un grupo de personas que nos quiere, alimenta y apoya de forma incondicional.

Ya que el ser humano, a diferencia de otros seres biológicos, tiene un periodo de desarrollo muy largo que inicia con el nacimiento y termina hasta que la persona es capaz de valerse y sobrevivir por sí mismo en la sociedad.

Este periodo del desarrollo, tan amplio, incrementa la dependencia hacia los padres, sobre todo la madre, pero es mayor y más importante ante la presencia de un integrante con una enfermedad crónica, como sería el caso de los trastornos neuromotores, que dificultan o bloquean el desarrollo de ciertas habilidades psicomotoras de manera permanente, esto es a lo largo de toda la vida, del niño especial, con la sobrecarga de trabajo tan considerable para los padres, sobre todo la madre, o cualquier otro cuidador.

En una familia “normal”, principalmente en las sociedades latinas, los padres, alrededor de los 50 o 55 años de edad, tal vez dejen o esperen dejar de ejercer su función paterna o se ajusten para apoyar la independencia progresiva de sus hijos, ahora adultos jóvenes, ya sean solteros o bien, casados; sin embargo, con la presencia de un hijo especial, por padecer una enfermedad crónica, el ejercicio de su paternidad se prolonga de manera

indefinida, manteniéndolos en una etapa de su propio desarrollo en la que su hijo por ser dependiente, les evita evolucionar hacia etapas en las cuales serían padres de jóvenes adultos, de adultos casados, con o sin hijos, entre otros; todos ellos cada vez más independientes.

En esas circunstancias, los padres sufren lo que se llama **un atascamiento del desarrollo de su función paterna**, permaneciendo en una etapa en que cubren funciones de cuidado de un hijo con diferentes secuelas, que si bien le permiten que continúe su crecimiento físico, le impiden un desarrollo psicomotor adecuado, con secuelas motoras que le imposibilitan, en ocasiones, no sólo la marcha y los desplazamientos, sino que le impiden llevar a cabo hasta los movimientos para cubrir sus necesidades más básicas como son las de alimentación, higiene y vestirse, entre otras.

Otro panorama se puede visualizar en una familia con una mujer en la perimenopausia, madre de hijos adultos jóvenes en su proceso de independencia el cual se obstaculiza debido al atascamiento de la madre, en su función protectora de hijos pequeños que generan conductas sobre protectoras que son inadecuadas en esta etapa de la vida familiar, una consecuencia probable es que los hijos sean inmaduros, demandantes y poco competentes para su edad.

Los integrantes de la familia necesitan cubrir una serie de funciones para que todas las personas que la integran satisfagan sus necesidades, se gratifiquen y obtengan el beneficio de pertenecer a ella.

Las funciones familiares son de dos tipos:

1. Afectivas.
2. Instrumentales.

Las funciones afectivas consisten en la expresión y comunicación de los sentimientos y emociones entre todos los integrantes de la familia, hay familias que por su historia y características de quienes la integran, se les facilita o dificulta la expresión y manejo comunicacional de ciertas emociones; por ejemplo: ira, tristeza, alegría, amor, entre otras.

Si bien, identificar cuáles emociones y sentimientos pueden no expresar una familia es uno de los objetivos prioritarios del trabajo con familias, apoyar y facilitar su expresión y manejo adecuados son una de las bases terapéuticas fundamentales.

Entre más amplia sea la gama de emociones y sentimientos que los

integrantes de una familia puedan expresar, más funcional es y será la familia.

Las funciones instrumentales, son todas aquellas funciones y actividades que necesitan llevarse a cabo para que la vida en familia ocurra de una manera ordenada, adecuada y gratificante, entre ellas se incluyen las siguientes:

- Proveer los recursos económicos y materiales.
- Apoyo y crianza de los hijos.
- Desarrollo de habilidades de la vida diaria (higiene, vestido, alimentación).
- Sistemas de control de conductas.
- Gratificación sexual adulta.

Independiente del nivel socioeconómico y educativo que tengan los integrantes de una familia, las funciones instrumentales les deben permitir cubrir a satisfacción, la mayoría de las necesidades que cualquier ser humano tenga en cuanto a su cuidado físico, con ello se garantiza que su desarrollo se dé lo más adecuado posible.

En circunstancias comunes, cubrir todas las funciones familiares, tanto afectivas como instrumentales, es una tarea ardua y difícil, pero satisfactoria que da a las personas la sensación de haber cumplido el objetivo y una de las misiones más importantes de la vida, que se traduce para la mayoría de las mismas como la piedra angular de una autoestima no sólo alta, sino excelente, por lo que en el trabajo con familias, ya sea a nivel personal o familiar o ambas, una estrategia técnica es promover y facilitar el cumplimiento apropiado de todas las funciones familiares de la etapa del ciclo de vida familiar en la que se encuentran.

La presencia de un enfermo crónico es un hecho que incrementa las responsabilidades y exigencias de los integrantes de la familia, se necesita una organización familiar mucho más compleja, para cumplir todas las necesidades de su atención; el enfermo crónico demanda necesidades de cuidado especiales que propician un aumento de actividades y responsabilidades que, sumadas a las funciones familiares ya existentes, hacen que las actividades diarias en estas familias sean más largas, penosas y agotadoras, pero no por ello carentes de gratificación.

Cuando nacen los hijos, los esposos necesitan aprender a desarrollar las habilidades para la paternidad, lo cual implica:

1. Un cambio interno, esto es, adquirir una identidad, en la cual la persona acepta la responsabilidad de cuidar y de cubrir todas las necesidades de otro ser humano.
2. Aprender las habilidades, funciones y actividades para ofrecer un cuidado físico efectivo y de calidad, que facilite el crecimiento y desarrollo de los hijos.
3. Aprender a cubrir las necesidades de dar y recibir afecto.

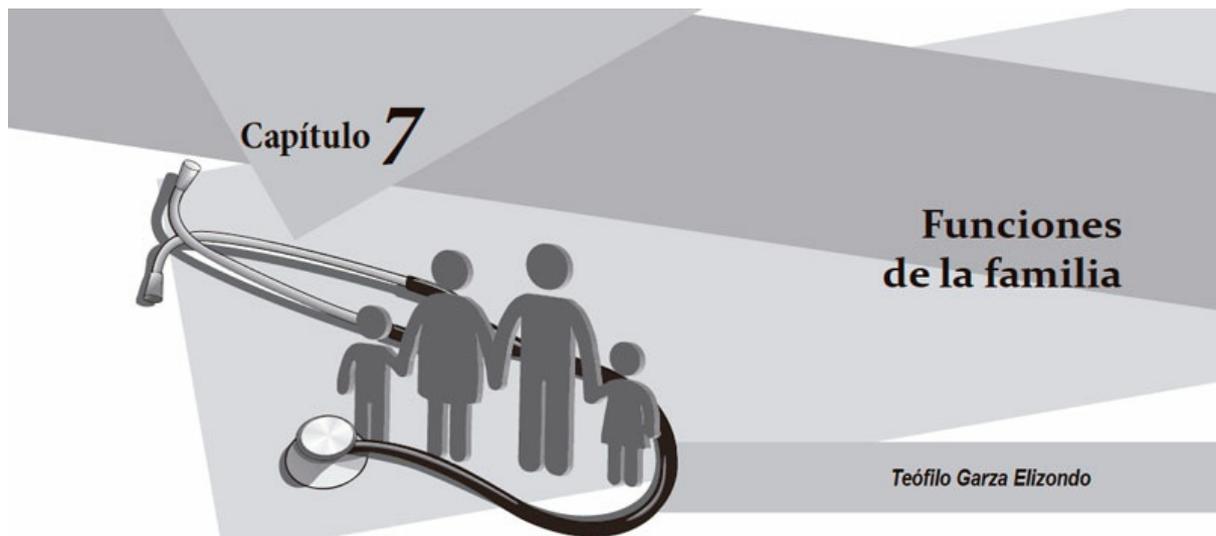
Además de lo anterior, cuando en la familia existe un hijo especial, los padres, sus hermanos u otros cuidadores necesitan aprender otros dos grandes grupos de habilidades y conocimientos específicos:

1. Habilidades necesarias para cuidar y apoyar la crianza, así como el desarrollo de su hijo especial, de acuerdo con el tipo de problema crónico que tenga y las secuelas que padezca.
2. Las habilidades y destrezas necesarias para apoyar lo mejor posible el tratamiento y la rehabilitación de su hijo/hermano especial.

Interpretando a Rolland, las familias con un enfermo crónico, hijo discapacitado o ambos, son familias normales, que viven una situación anormal, por lo que los profesionales de la salud deben desarrollar habilidades y programas de trabajo para ayudarlas en cumplir sus tareas y objetivos, en un contexto en el que se cubran las necesidades y expectativas de todos sus integrantes, pero sobre todo que les resulte en una vida satisfactoria y gratificante.

BIBLIOGRAFÍA

- Garza-Elizondo T, Alejandro SS:** Salud mental, dinámica familiar. México: Ed. SSA. Serie Aprisa, 1988;2.
- Shires DB, Hennen BK:** *Medicina familiar: guía práctica*. Ed. McGraw-Hill, 1983.
- Minuchin S:** *Familias y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa, 1989.
- Bishop DS:** Behavioral problems and the disabled. Ed. Williams and Wilkins, 1980.
- McDaniel SH et al.:** The challenges of chronic illness, In medical family therapy, 1992:184-210.



“Ser firmes es la mejor manera de educar y educar es la mejor manera de querer”.

TGE.

La habilidad técnica más importante de cualquier profesional que trabaje con familias, sobre todo especiales, es apoyar el desarrollo y ejecución efectiva de las funciones familiares de acuerdo con la etapa del ciclo de vida en que se encuentren y de aquellas características que posea cada una de las familias que se atienden.

Las siguientes son algunas preguntas de reflexión y representan la guía para el desarrollo del tema:

1. ¿Qué son las funciones familiares?
2. ¿De qué tipo son?
3. ¿Cuáles son?
4. ¿Qué hace funcional o disfuncional a una familia?
5. Utilidad clínica e intervenciones.

¿QUÉ SON LAS FUNCIONES FAMILIARES?

Son todas aquellas actividades que se hacen o llevan a cabo por los integrantes de una familia para cubrir todas y cada una de las necesidades de sus miembros y de ésta como un todo.

¿DE QUÉ TIPO SON?

Las funciones familiares son de dos tipos:

1. Las **funciones afectivas**. Consisten en la identificación, expresión y comunicación de los sentimientos y emociones entre todos los integrantes de la familia, sobre todo aquellos que los hacen sentir aceptados y queridos, ya que esa es la recompensa de la vida. Es todo lo que hace sentir que vale la pena vivir con las personas que integran su familia en las condiciones existentes y con los recursos de que disponen, se tenga o no control de eso.
2. Las **funciones instrumentales** son todas aquellas actividades que requieren llevarse a cabo para que la vida en familia ocurra de una manera ordenada, adecuada y sobre todo, que al cubrirse, cubran las necesidades de cuidado de sus integrantes y los hagan sentir satisfechos.

FUNCIONES AFECTIVAS

Uno de los objetivos prioritarios del trabajo con familias es identificar qué emociones y sentimientos pueden y cuáles no pueden expresar los integrantes de una familia, por lo que apoyar y facilitar su identificación, expresión y manejo adecuado, y constructivo es una de las actividades terapéuticas básicas y fundamentales.

Entre más amplia, constructiva y satisfactoria sea la gama de emociones y sentimientos que los integrantes de una familia puedan expresar entre sí, más funcional es y será la familia, por lo que es necesario que sus integrantes y profesionales, trabajen en equipo para conseguirlo.

Técnicas sugeridas

1. Identificar las emociones y sentimientos que predominan en el paciente y su familia, se sugieren ejercicios de reflexión sobre las sensaciones corporales para diferenciar aquellas que se despiertan ante diferentes estímulos que se asocian a una emoción en especial; por ejemplo: qué sensaciones corporales se inician ante un evento agradable, desagradable, molesto, entre otros.
2. Trabajar el control de la expresión de aquellas que sean destructivas, la conducta relacionada con cualquier emoción es aprendida, por lo que aprender a frenar o detener una conducta destructiva como insultar, puede modificarse, se sugieren ejercicios para aprender a decir: “no quiero” o “no voy a hacerlo de nuevo”, casi siempre se requiere apoyo profesional y aprender técnicas como el tiempo fuera o poner distancia antes de actuar.
3. Facilitar el aprendizaje de su expresión constructiva, se requiere dedicación personal y apoyo profesional para iniciar con la modificación de ideas y pensamientos negativos, destructivos o ambos y continuar con la elaboración de conductas o actividades constructivas.

Cabe señalar que todas las conductas incluidas, aquellas descritas e identificadas como impulsivas son aprendidas, y antes de su expresión conductual, esto es que se lleven a cabo, son una elaboración cognitiva y decisión personal que es modificable.

FUNCIONES INSTRUMENTALES

Las funciones instrumentales que necesitan ser evaluadas ante la existencia de una enfermedad o condición especial son:

- 1.** La provisión de los recursos económicos y materiales para su atención.
- 2.** Acuerdos sobre el apoyo y crianza de los hijos, sobre todo el especial.
- 3.** Desarrollo de habilidades de la vida diaria, (higiene personal y de la vivienda, vestido, alimentación, movilidad, etc).
- 4.** Sistemas de control de conductas (reglas de comportamiento dentro y fuera de la vivienda).
- 5.** Gratificación sexual adulta, entre otras.

Técnicas sugeridas

1. Ofrecer educación sobre las funciones familiares requeridas y cómo llevarlas a cabo, se hace eligiendo una función como tema del diálogo terapéutico durante las entrevistas.
2. Revisión de los resultados obtenidos en una cita posterior previamente acordada y ofrecer retroalimentación de ser necesario.
3. Observación supervisada durante una entrevista familiar.
4. Promover con señalamientos durante las entrevistas diferentes técnicas de comunicación efectiva entre los involucrados.
5. Identificación y promoción del uso de los recursos familiares disponibles.

¿CUÁLES SON?

Las funciones familiares que se necesitan para cubrir las necesidades básicas de una familia son.

1. Económicas.
2. Salud y seguridad.
3. Físicas.
4. Recreación.
5. Socialización.
6. Pertenencia e identidad.
7. Dar y recibir afecto.
8. Educación.

Las económicas incluyen:

1. Proveer los recursos.
2. Tener un trabajo adecuado y satisfactorio.
3. Administración y distribución adecuada del presupuesto.
4. Disponer una fracción del mismo para servicios de atención médica, dental, emocional o todas las anteriores.
5. Enseñar a los hijos el manejo adecuado del dinero.

Las de salud y seguridad incluyen:

1. Hacer ejercicio regular.
2. Tener una alimentación balanceada y equilibrada en cantidad y calidad.
3. Facilitar un descanso adecuado a las actividades.
4. Acceso y disponibilidad a servicios de atención a la salud.
5. Desarrollar un sentimiento de seguridad personal.

Las físicas incluyen:

1. Preparación y conservación de los alimentos.
2. Disponibilidad de ropa de acuerdo con la edad, actividades y condiciones climáticas.
3. Disponibilidad de recursos para la higiene, el cuidado personal y de la

vivienda.

4. Disponibilidad de medios de transporte.
5. Adecuación de la vivienda a las necesidades de los integrantes de la familia.
6. Mantenimiento de la casa.

Las de recreación incluyen:

1. Desarrollar actividades recreativas adecuadas a la edad, interesantes y satisfactorias.
2. Participar en actividades físicas, deportivas o ambas.
3. Compartir actividades intra y extradomiciliarias con la familia.

Las de socialización incluyen:

1. Convivir con los integrantes de la familia.
2. Convivir con amigos.
3. Tener acceso a la educación formal.
4. Tener acceso a actividades laborales.
5. Tener acceso a actividades religiosas.
6. Tener acceso a otros grupos sociales.

Las de pertenencia e identidad incluyen:

1. Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de ser quién es.
2. Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de pertenecer a esta familia.
3. Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar por la convivencia con sus amigos.
4. Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de sus actividades, de su trabajo, entre otros.

Las de dar y recibir afecto incluyen:

1. Sentirse aceptado y amado.
2. Poder expresar cualquiera de sus sentimientos.
3. Tener la posibilidad de desarrollar relaciones cercanas (íntimas) satisfactorias.

4. Tener la posibilidad de desarrollar relaciones sexuales satisfactorias.

Las de educación incluyen:

- 1. La educación formal (institucional) a cualquier nivel que los recursos familiares permitan.**
- 2. Aprender habilidades para aprender.**
- 3. Aprender habilidades para trabajar.**
- 4. Aprender actitudes y habilidades para cooperar y hacer cosas con otras personas (trabajo en equipo).**

¿QUÉ HACE FUNCIONAL O DISFUNCIONAL A UNA FAMILIA?

Una familia es funcional cuando sus integrantes llevan a cabo o realizan de forma voluntaria, permanente y con satisfacción suficiente cada una de las funciones que se requieren de acuerdo con su pertenencia en los diferentes subsistemas familiares y a la etapa de su ciclo de vida, tanto familiar como personal. Esto es una tarea compleja y difícil que puede resultar agotadora pero muy satisfactoria.

UTILIDAD CLÍNICA E INTERVENCIONES

Para lograrlo se requiere que los profesionales apoyen a la persona para que:

- Tome la decisión (enseñar la técnica de toma de decisiones)
- Adquiera el compromiso (enseñar la técnica de inducción a la reflexión)
- Saber qué hacer (educación sobre las funciones familiares específicas a cumplir en cada etapa de su ciclo de vida familiar y personal, de su pertenencia a diferentes subsistemas familiares)
- Saber cómo hacerlo (dialogar este tema es de prioridad para el manejo terapéutico entre el profesional y los integrantes de la familia en el que se describen a detalle cómo llevar a cabo o realizar una función familiar)

Otras habilidades clínicas que se deben llevar a cabo durante las entrevistas de las familias o individuales con enfoque familiar son:

1. Usar los conceptos teóricos descritos como temas a dialogar, describir y sugerir como actividades a desarrollar por los diferentes integrantes de la familia (conocer qué hacer y cómo hacerlo).
2. El tema que habla acerca de la técnica para tomar decisiones y adquirir el compromiso, implica que en los diálogos se hable sobre los valores de libertad de decisión, autodeterminación y responsabilidad sobre las propias acciones y consecuencias.

Después de la educación, la habilidad técnica para facilitar la adquisición y cumplimiento de las funciones familiares es la intervención por excelencia en el trabajo con familias realizado por profesionales, cuyo foco de interés es la familia, ya que su ejecución, independiente de si su objetivo es preventivo o terapéutico, implica resultados en la persona, la familia o ambos, a nivel biológico, psicológico y social.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez M, Meses F *et al.*: El desarrollo social y afectivo en los niños de primer ciclo básico. Tesis, Universidad Mayor, Facultad de Educación,

2004.

Barbagelata N, Rodriguez A: “Estructura familiar e identidad” en Documentación social, , 1995;98:49-59.

Bishop DS: *Behavioral problems and the disabled*. Ed. Williams and Wilkins, 1980.

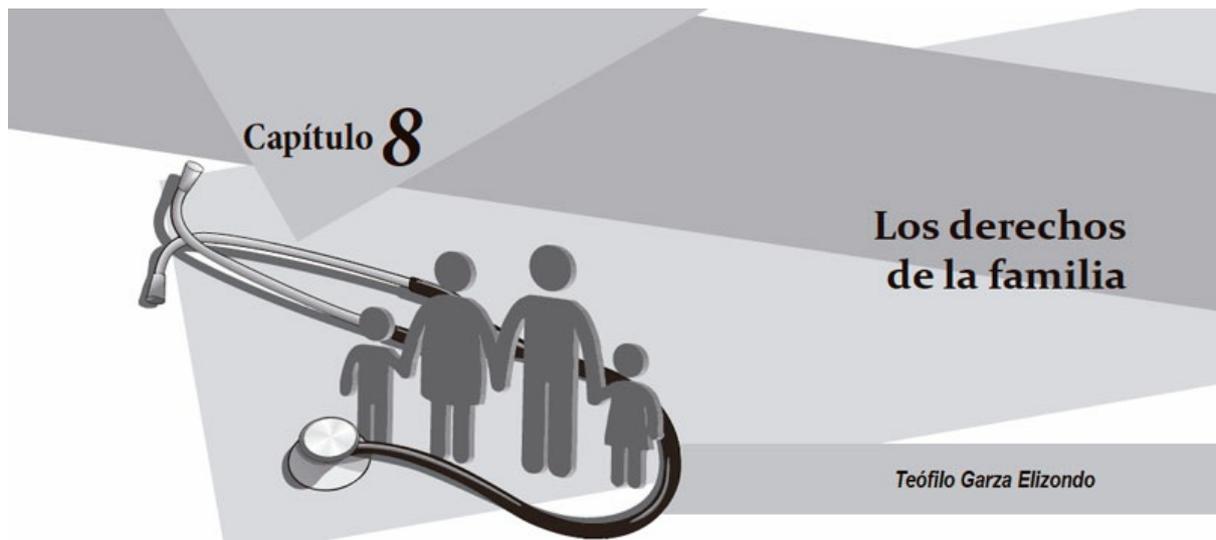
Garza-Elizondo T, Saavedra JA: *Salud mental y dinámica familiar. Una metodología para la evaluación familiar integral*. Serie Aprisa No. 2. México: Ed. SSA, 1988:22-33.

Garza-Elizondo T: *Trabajo con familias*. UANL, 2009.

Guevara Benítez Y, González Soto: Las familias ante la discapacidad. Revista Electrónica de Psicología Iztapalapa 2012;15(3).

Hennen B: *Estructura y función de la familia. Medicina familiar guía práctica*. 3a. ed. McGraw Hill. 1983:16-22.

Jaime-Alarid H, Irigoyen-Coria A: *La Familia. Fundamentos de medicina familiar*. México: Ed. Francisco Méndez, 1986:3-11.



“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado.”

Declaración Universal de los derechos humanos.

Para los profesionales de la salud es una obligación conocer los derechos de las personas que tienen un problema de salud o sus familias poseen. Primero, para que en su práctica los aplique en su beneficio y segundo, para que cuando él o ella, o los integrantes de su familia sean usuarios de los servicios de salud públicos o privados, conozcan aquellos derechos a los que son acreedores.

Existen listas de derechos para el niño, el enfermo, el discapacitado, el consumidor de los servicios de salud, la mujer embarazada y el paciente terminal, entre otros.

Las familias, como las personas que tienen un problema de salud, poseen derechos, los cuales en ocasiones son pasados por alto, tanto por los profesionales de la salud a cargo o por las instituciones, el objetivo de este escrito es identificar los que, a mi juicio, constituyen los derechos de la familia en su proceso de recibir atención a su salud.

Sin ser completa y mucho menos exhaustiva, se mencionarán algunos de los derechos que diferentes organismos y agrupaciones han enlistado para el ser humano y que al ampliar el objetivo de su aplicación se adecuan a la familia.

En todas las listas se enfatizan conceptos de valor fundamental, como son:

- 1.** El derecho a la salud y a recibir atención sanitaria de la mejor calidad en forma oportuna y continua.
- 2.** El derecho a recibir la información pertinente y actualizada de sus problemas.
- 3.** El derecho a la libertad de elegir, rechazar o aceptar procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- 4.** El derecho a una atención que se dé en un marco de consideración y respeto a su dignidad y valores.
- 5.** El derecho a la confidencialidad.
- 6.** El derecho a morir con dignidad.

Todos, aunque elaborados para las personas, pueden ser aplicados a la familia como un todo; sin embargo, en un contexto de atención a la salud, los servicios que se ofrecen a las familias deben poseer algunas características que desde el punto de vista del autor son sus derechos básicos, y que son los pilares que fundamentan la especialidad de medicina familiar desde su fundación:

- 1.** Las familias tienen derecho a la salud. Para lograrlo es menester cubrir de manera previa una serie de condiciones, entre las que se encuentran las siguientes:
 - a)** La satisfacción de las necesidades fisiológicas fundamentales para la vida, esto es alimentación, vestido, vivienda con servicios sanitarios.
 - b)** Cubrir las necesidades básicas de la persona para su desarrollo como ser humano, esto es que a su cuidado se agregue el intercambio afectivo amoroso, y la educación, enfatizando el respeto a sí mismo y a los demás, así como apoyar el desarrollo de hábitos y costumbres de autocuidado y para una vida saludable.
 - c)** La disponibilidad de unidades de atención a la salud, cercanas a los domicilios, las cuales cuenten con personal calificado para:
 - 1.** Proporcionar atención a los problemas más comunes.
 - 2.** Servir de enlace y fuente de referencia a otros niveles de atención que pueden ser requeridos.
 - 3.** Ofrecer educación sanitaria básica y pertinente de acuerdo con las condiciones epidemiológicas y características específicas de las

familias que atienden.

2. Las familias tienen derecho a que la atención a la salud recibida reúna las siguientes características:

d) Integral.

e) Continua.

f) Preventiva.

g) Accesible y de calidad.

h) Humanista.

A continuación se explican cada una de las características arriba mencionadas:

INTEGRAL

Este concepto puede ser reducido o ampliado con facilidad. Para un subespecialista en retina, atender a una persona con retinopatía diabética y valorar el resto de componentes del ojo es una atención integral, para un internista, valorar a una persona con un problema cardiovascular y revisar su efecto en otros sistemas es también una atención integral, con base en los ejemplos anteriores el término “integral” puede ser engañoso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término **salud** como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, por lo que, para que la atención a la salud sea integral necesita cubrir los tres componentes dados en la definición, esto significa que los profesionales relacionados a esta área deben desarrollar habilidades que permitan aplicar en la práctica modelos de atención, que cubran la dimensión biológica, psicológica y social.

Sin embargo, en la práctica es difícil alcanzarlo debido, entre otras cosas, a que no todos los médicos poseen entrenamiento, interés o las características personales o ambas, que faciliten el aprendizaje y la aplicación de modelos de atención biopsicosociales; por otro lado, el concepto de salud se sigue ampliando; por ejemplo, la Dra. Satir reconoce ocho dimensiones o niveles de la salud que las personas necesitan cuidar para un desarrollo óptimo y que, en algún momento, requieren de profesionales para su atención, éstos son:

1. Físico (biológico).
2. Intelectual (capacidad de pensar y de tomar decisiones).
3. Emocional (psicológico).
4. Sensorial (capacidad de sentir y de recibir estímulos del medio ambiente).
5. Interaccional (familiar).
6. Nutricional.
7. Contextual (social).
8. Espiritual.

Cada uno de ellos con necesidades de atención específicos, ¿podrá el sistema de salud actual cubrir con sus servicios esas dimensiones? ¿Existe el profesional capaz de cubrirlos? En opinión del autor, éste considera que

el médico familiar, dado su perfil, puede ser el profesional que más se aproxime, pero, ahí está el reto, y cada vez es más claro que el modelo de atención médica tradicional y que incluso el modelo de atención biopsicosocial están rebasados, por lo que es necesario que la atención sanitaria sea ofrecida por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, expertos en diferentes disciplinas, además de los médicos, para intentar cubrir el objetivo de que la atención de salud sea integral.

CONTINUA

Según Shires, la continuidad incluye varias dimensiones, es decir:

- a)** La dimensión temporal incluye la atención constante y permanente a lo largo del tiempo, y del desarrollo de personas y familias. El médico familiar puede atender niños, jóvenes, adultos y ancianos que integran familias desde su etapa prematrimonial, hasta la de retiro, muerte o ambas.
- b)** La dimensión geográfica incluye la atención que puede ofrecerse desde el domicilio, como serían las visitas domiciliarias para atender un enfermo, como aquellas a causa de un control epidemiológico o de obtención de otros datos familiares, pasando por los servicios que se prestan en unidades periféricas, comunitarias (consultorios) o ambas, hasta aquellos que pueden darse en hospitales generales, de especialidades o ambos, ya sean como servicios ambulatorios o de emergencias, incluidas las hospitalizaciones y los apoyos a la familia por procedimientos de diagnóstico, tratamientos invasivos o ambos (p. ej., cirugía) o no.
- c)** La dimensión interdisciplinaria que consiste en la coordinación, dependiendo de los profesionales que se requieran de acuerdo al problema de salud que debe ser atendido. La coordinación de los diferentes especialistas, la ubicación geográfica de la atención y el desarrollo o evaluación constantes hacen necesaria la presencia de un profesional competente, que cubra estas funciones y sobre todo, que sea de confianza para la familia.

PREVENTIVA

Sin importar en qué nivel de atención médica sea atendida la persona o familia las medidas preventivas deben ser una parte constante y primordial del trabajo clínico. Deben cubrirse todos los niveles desde la prevención primaria hasta la terciaria, esto es, desde la educación para la salud hasta la rehabilitación, pero adecuado a las características familiares, ya que la familia como grupo primario es la unidad básica de salud y en ella se aprenden los hábitos, costumbres y conductas relacionadas con un estilo de vida que puede ser saludable o no, y para que la educación sea efectiva, necesita respetar esas características familiares específicas, principalmente las líneas de autoridad existentes en cada una.

ACCESIBLE Y DE CALIDAD

Las unidades de atención para la salud deben estar localizadas cerca del domicilio de las familias, esto es, inmersas en la comunidad y ser accesibles, lo que significa que el tiempo de traslado no debe exceder los 10 minutos, por cualquier medio de transporte.

También se debe contar con personal calificado para ofrecer una atención primaria y de calidad.

La pirámide de niveles de atención es tal vez el mejor ejemplo de una buena implementación de políticas de salud, en cuanto a distribuir y estratificar de manera óptima los recursos, en ella se ubican un número importante de unidades de salud de atención primaria distribuidas en la mayoría de comunidades, menos unidades de concentración con especialistas básicos y pocas unidades de tercer nivel con subespecialistas y alta tecnología. Ello facilita acceso y calidad en los servicios, además disminuye costos.

HUMANISTA

Tal vez la queja más frecuente de la atención médica actual sea la falta de un trato cálido y humano por los profesionales de la salud, si bien es más frecuente en el medio institucional, el médico privado no queda exento. Sucede, entre otras cosas, por evitar tomar en cuenta la idiosincrasia, características socioculturales y funcionales-jerárquicas de las familias, pero también por miedo o por no querer y/o no poder involucrarse, es más fácil para los profesionales de la salud mantener una distancia emocional con los pacientes ya que con ello se “evita sufrir”.

Un aspecto sencillo que ayudaría en esto es sin duda respetar creencias y valores específicos de las familias, relacionados con la salud.

Por ejemplo, el caso de una señora de 34 años que fue referida al servicio de ginecología para tratamiento de un cáncer cérvico-uterino, la señora asiste a la consulta y se le explica la necesidad de ser intervenida quirúrgicamente lo mas pronto, de ser posible que se interne ese mismo día, para que el procedimiento sea llevado a cabo; mientras el médico sale para hacer los trámites para el internamiento, la paciente sale del consultorio y del hospital. La queja del médico es en cuanto a etiquetar a la paciente como “rebelde al tratamiento”, “problemática”, y “poco cooperadora”. De manera extraoficial, el médico familiar que refirió a la paciente se entera del suceso y realizó una visita domiciliaria de seguimiento para verificar lo sucedido.

¿Qué fue lo que realmente sucedió? La señora era también madre de familia y sus hijos estaban en la escuela, de no regresar ella, no habría quién los recibiera en casa, les preparara y diera de comer. Su esposo sabía de la consulta, pero no del internamiento propuesto y mucho menos de la cirugía, por lo que ella decidió regresar a su casa y después de arreglar esos pendientes, regresaría para su internamiento y tratamiento.

La señora refirió que el médico del hospital la trató bien, pero nunca le preguntó nada además del cáncer diagnosticado, y ella no sintió la confianza para comentarle las preocupaciones por sus hijos y el desconocimiento del internamiento y de la cirugía por parte de su esposo, por lo que ella concluyó que no tenía por qué hacerlo, perder su tiempo, ya que después regresaría.

Si el médico hubiera detectado como parte de su historia clínica esas variables de información familiar, el manejo de este caso en particular

pudo evitar muchos malentendidos y confusiones.

¿De quién es la responsabilidad? ¿Es responsabilidad del paciente informar o del profesional el interrogar y detectar esas condiciones que pueden interferir con un procedimiento terapéutico?

Definitivamente la responsabilidad es de los profesionales de la salud **de comunicarse** con los pacientes y familias en relaciones colaborativas para la solución de sus problemas de salud, puede lograrse si cuando menos, **se consideran** las siguientes recomendaciones:

1. La entrevista donde se informa al paciente, a su familia o ambos sobre el diagnóstico debe llevarse a cabo en un lugar privado y cómodo, pero sobre todo, el profesional a cargo debe disponer del máximo tiempo posible, esto es, deben evitarse prisas, y tener toda la disponibilidad posible en ese momento o cualquier otro que se solicite.
2. Hablar con la persona que tiene un problema de salud, ya que ésta no es un hígado, corazón o cerebro; cada persona tiene una familia que posee proyectos y objetivos, que tiene sueños y preocupaciones, sobre todo, siente, y que las palabras que se utilicen pueden reconfortar, pero también causar sufrimiento. El diagnóstico de una enfermedad es un evento crítico accidental que provoca demasiado estrés, tanto por los cambios físicos y psicológicos como por los cambios de rutinas necesarios para su atención.
3. Aunque el paciente tiene derecho a saber lo que le pasa, no siempre es necesario hacerlo en la primera entrevista, se requiere evaluar qué tanto piensa y conoce sobre su problema de salud y qué explicación o significado le ha dado a sus signos y síntomas; algunas preguntas que ayudan en esto son: ¿qué piensas que tienes? ¿A qué causa crees que se debe tu problema o malestar? ¿Qué se te ha informado respecto a tu problema?

Por ejemplo una mujer de 65 años que fue llevada por su hija a consulta por una tumoración mamaria que resultó ser carcinoma invasor de mama que al preguntarle: “¿Qué crees que tienes?”, respondió: “yo creo que es una infección muy seria y rebelde”. Esta respuesta indica una negación importante y sobre todo, el hecho de que en este momento la persona no está preparada mentalmente para recibir y manejar la información de su problema real. Por lo que la posibilidad elegida para responderle fue: “Pues sí, definitivamente puede ser una infección muy seria pero, ¿te das

cuenta que a pesar de los diferentes tratamientos que has recibido no se ha curado?”, a lo que ella respondió: “Sí, no se ha curado”. Entonces se le propuso: “¿Qué te parece si además del medicamento para la infección, te pido otros estudios, como una toma de muestras y una biopsia, que permiten estudiar un trozo de tu tejido, que será analizado y esto nos puede orientar para saber, debido a que causas los tratamientos no te han curado? ¿Sí? Muy bien, piensa en lo que hablamos, mientras se te hace el estudio y nos vemos de nuevo”.

El resultado de la biopsia fue positivo para carcinoma invasivo de mama, el resultado fue compartido a los hijos y a la señora en una entrevista al grupo familiar, se les informó de una “tumoración”. Los hijos y la señora hicieron pocas preguntas y la tendencia fue a guardar silencio; en entrevistas posteriores la señora se mostró más dispuesta a aceptar la información que se le proporcionó, pero en otros momentos su disposición volvía a ser escasa, que es respetable, lo que destacó fue su cooperación con el tratamiento. La convivencia con sus familiares empezó a ser mas tranquila, ya que dejó de presionarlos para que le buscaran “otros” tratamientos, como lo había hecho meses atrás, murió tranquila, tres meses después de la primera entrevista, en su casa, al lado de su familia.

1. Disponer y dominar un método de evaluación familiar integral, que facilite la detección de otros problemas familiares y de diferentes factores de riesgo que permita identificar en buena medida otras fuentes de preocupación humana y estrés ante un problema de salud, ya que esto facilitará el manejo integral del paciente, de la familia o ambos.
2. Manejar de manera adecuada las fuentes de estrés y de preocupación, así como las emociones asociadas y las pérdidas que se generan al padecer un problema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea general de las Naciones Unidas: Declaración de los derechos de un niño, 1959.

Barbus JA: The dying person's bill of rights. American journal of nursing 1975;75:99.

González BP: Los cuatro pilares de la medicina familiar. Arch Med Fam 2004; 6(2):31-33.

Programa académico de la Residencia de Medicina Familiar, Facultad de

Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León,1999.

Shires DB, Hennen BK: *Medicina familiar: guía práctica*. México: Ed. McGraw Hill, 1983.

The american hospital Association A patient's bill of righths, Nursing outlook, 1973;21:82.

Capítulo 9

Principios bioéticos en la atención del médico familiar



Irasema Rodríguez Rodríguez,
Celina Gómez Gómez

“En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos.”

Fragmento del juramento de Hipócrates.

La bioética es la disciplina que estudia los actos humanos bajo la consideración del bien y el mal a la luz de los valores y partiendo de la filosofía que estudia la moralidad del obrar del ser humano. En ella se incluyen muchos de los aspectos relacionales y de contenido a los que el médico familiar se enfrenta a diario durante el ejercicio habitual de su práctica, algunos de ellos pasan desapercibidos debido a las habilidades que el médico familiar ha desarrollado durante su formación y por la experiencia adquirida a través de los años de servicio.

Con respecto a temas relacionados con la ética y la bioética se piensa en cuestiones que tienen que ver con el inicio y fin de la vida, así como a los dilemas a los que se enfrenta el médico en esas situaciones extremas, pero muchas de las decisiones, acciones e intervenciones con implicaciones éticas que el médico familiar realiza son de manera habitual y mientras brinda atención a los pacientes y sus familias.

Los cuatro principios fundamentales de la bioética fueron descritos por Childress y Beauchamp en el año de 1979, éstos son: autonomía,

beneficencia, no maleficencia y justicia, desde entonces son la base para la toma de decisiones del médico familiar y deben ser considerados siempre al brindar atención.

El principio de autonomía se refiere al respeto de los derechos fundamentales del ser humano, entre ellos, el de ser capaz de tomar decisiones respecto a su salud. A su vez se encuentra basado en la alianza establecida en la relación médico-paciente, en la cual el médico actúa como proveedor de servicios sobre la salud y acompañante de las decisiones realizadas por su paciente, siempre encaminándolo a que éstas sean las más adecuadas y en la búsqueda de su propio beneficio, sin haber de por medio intereses de cualquier tipo. El médico familiar debe ser capaz de identificar cuando un paciente es competente para tomar decisiones y así poder ejercer este principio, él debe presentar tres condiciones: a) la intención de tomar una decisión; b) contar con los conocimientos necesarios de información sobre la decisión y c) la ausencia de factores externos que ejerzan presión para tomar la decisión. La primera condición es sencilla de identificar, pero en la segunda el médico familiar debe hacer uso de sus habilidades de educador para proporcionar toda la información necesaria y relevante para que el paciente conozca las diferentes alternativas de procedimientos, tratamientos o ambos, respecto a su padecimiento. Asimismo, el médico debe contar con la suficiente astucia para lograr identificar posibles agentes externos que pueden ejercer alguna presión para que el paciente se incline hacia alguna de las alternativas.

Debido a que la población que atiende el médico familiar durante su consulta es muy diversa, éste se puede enfrentar a situaciones con especial dificultad para llevar a cabo el ejercicio del principio de autonomía, como es el caso de los adolescentes, quienes aún son considerados menores de edad para la toma de decisiones, pero a la vez pueden contar con la madurez necesaria para elegir el curso de acción respecto a su tratamiento. Otra consideración importante es la relación existente entre el médico familiar y los padres del adolescente, ya que en la mayoría de las ocasiones el médico mantiene una relación médico-paciente con ellos (además de su importante papel de tutores legales), presentándose aquí otro dilema en caso que el adolescente solicite que no se les comente su motivo de consulta ¿qué debe hacer el médico familiar en estos casos?, ¿informar a los padres y que sean ellos quienes tomen la decisión?, ¿respetar la confidencialidad del adolescente y dejar que sea él quien decida por su salud?, en ocasiones el dilema puede ser complicado de resolver. El

médico de la familia debe evaluar siempre el contexto en el que se encuentra inmerso su paciente y plantearse las siguientes preguntas: ¿en qué beneficiaría al adolescente si yo comentara el caso con sus padres?, ¿realmente sería de beneficio para su salud el comentarlo?, ¿cuál sería la reacción de ellos?, ¿esta reacción favorecería el apego al tratamiento por parte del adolescente?, ¿perdería la confianza en mí, su médico y nuestra relación médico paciente se vería afectada?, ¿cuenta el adolescente con la suficiente madurez para enfrentar “solo” (aunque acompañado de su médico) este padecimiento?, ¿en qué lo perjudicaría si sus padres supieran? Ante una situación como la anterior es importante realizar una evaluación minuciosa y la respuesta a estas interrogantes deben orientar al médico para que logre poner en una balanza las respuestas y que la decisión que éste tome sea la mejor para su paciente, el adolescente.

Otro grupo de pacientes en los que en ocasiones se torna complejo el ejercicio de este principio es en los adultos mayores. Con frecuencia, el adulto mayor acude a consultar con sus familiares, o bien es llevado por ellos a la consulta y es ahí donde empiezan los dilemas éticos. ¿Se debe proporcionar información cuando los familiares del adulto mayor la solicitan? Algo que sucede es que los hijos del paciente lo llevan a consultar y con esto pareciera que les suma autoridad para conocer la información de su padre o madre, entonces el médico debe cuestionarse si el paciente en realidad desea que sus hijos, familiares o ambos, conozcan sus padecimientos o diagnósticos o información personal, ¿el que la familia sea quien acerca al adulto mayor a la atención médica le brinda la autoridad para decidir por él o para conocer sus enfermedades? Y además esto se puede tornar más difícil cuando el adulto mayor cuenta con periodos de incompetencia mental.

El médico familiar debe conocer bien el ejercicio del principio de autonomía y sus limitaciones para poder ejercerlo de la manera correcta durante su práctica profesional. Las limitaciones a este principio incluyen cuando la decisión afecta a una tercera persona, o bien se pone en riesgo la salud pública; asimismo, no se puede llevar a cabo en una persona que no es competente mentalmente para tomar decisiones y tampoco debe valerse como verdadero cuando la persona que está tomando la decisión no cuenta con toda la información necesaria para realizar la elección.

Otro aspecto importante a considerar es la importancia de la opinión del médico respecto al curso de tratamiento.

En ocasiones, el médico familiar se puede enfrentar a situaciones donde

se percate que la decisión elegida por el paciente o sus tutores (en caso de ser no competente o menor de edad) no es la más adecuada para lograr el máximo beneficio, por lo que debe de intervenir como mediador e intentar persuadir al paciente para que la decisión que elija sea la que le otorgue el mayor beneficio a su salud.

Como se puede ver, el principio de autonomía tiene grandes aplicaciones en el campo de la medicina familiar; en la práctica diaria del médico, este principio se hace valer otorgándole al paciente el respeto a su dignidad al hacerlo partícipe y dueño de las decisiones sobre su salud.

Es importante mencionar que el médico familiar nunca debe dejar solo al paciente por una actitud exagerada, hacer efectivo el derecho de autonomía pensando que la voluntad del paciente está por encima de todo y poniendo como único límite la posible existencia de un daño a terceros. El médico debe ser capaz de reconocer cuando una decisión voluntaria del paciente no es la más adecuada y debe de intervenir en estos casos, ya que esto también iría en contra del principio de beneficencia.

El segundo de los principios fundamentales de la bioética aplicada en la práctica de la medicina familiar es la beneficencia. Este principio está directamente orientado hacia las acciones del médico hacia su paciente, es decir, que todas las intervenciones que realice siempre sean en la búsqueda del mayor beneficio para el paciente, evitando a toda costa el sufrimiento posible, de manera que se puede decir que la beneficencia va de la mano del tercer principio: la no maleficencia. La no maleficencia hace referencia al principio básico de toda acción médica *primum non nocere*, es decir, primero no hacer daño e incluye no hacer el mal, impedirlo, eliminarlo, se debe de hacer y promover el bien, en todas y cada una de las acciones de atención a la salud.

El principio de justicia es básico en cualquier sociedad, en especial en la atención médica. Este principio hace referencia a que los médicos tienen la obligación de tratar a todos los pacientes por igual, refiriéndose con esto a que los casos similares deben ser tratados de la misma manera, es decir, sin importar género, condición socioeconómica, religión, preferencia sexual, entre otros. A la vez que se ejerce este principio, también ejercemos el derecho del respeto hacia la dignidad de las personas, a todo ser humano que acude ante el médico, solicitando atención independiente de su condición física, social, económica, emocional, mental, entre otras. Asimismo, este principio procura el bien común para todos los miembros de una sociedad, haciendo énfasis en las condiciones de vida social que

permiten que los individuos y grupos que la conforman, alcancen la mayor plenitud posible.

Una vez descritos estos cuatro principios básicos, es imperante mencionar que el médico familiar, tiene la función de educar y promover la salud, permitiendo que sus pacientes sean beneficiados, además de ser un elemento estimulador para que éste tome sus decisiones correctas respecto a su atención y actuar a la vez como facilitador y acompañante durante todo el proceso.

La medicina familiar, como los demás especialidades, han cambiado a través del tiempo, pasando de un modelo paternalista a otro donde prevalece la autonomía y autodeterminación del paciente, pero en nuestra cultura, el lugar del médico de familia al momento de la toma de decisiones, continua siendo determinante y de gran impacto en la decisión del paciente, de tal manera que el médico debe ser consciente de que sus recomendaciones sean basadas en el mayor ejercicio de los principios que se han mencionado y así difícilmente elegirá un curso de acción inadecuado.

El médico familiar se encuentra en una posición privilegiada durante su ejercicio habitual, ya que tiene la oportunidad de establecer una estrecha relación médico-paciente, la cual lo ayuda ejercer de manera correcta los principios éticos, garantizando de esta manera una atención integral y continua a la vez que se genera un espacio de respeto profesional y moral para el paciente, su familia y la sociedad, favoreciendo de esta manera la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

Amaro Cano MC: Algunas reflexiones más sobre la ética de la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral 2003;19(6).

Arratia A: Bioética y toma de decisiones. Cuadernos de Bioética 1999;39(3):152-121.

Did Núñez JP: Principios bioéticos en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(4):384-389.

González-Blasco P: Los cuatro pilares de la medicina de familia. Archivos de Medicina Familiar 2004;6(2):31-33.

Martín Espildora MN: Bioética y atención primaria. Cuadernos de Bioética 1999;35(3):569-572.

Capítulo 10

Espiritualidad en la atención familiar

Raúl Fernando Gutiérrez Herrera,
Iracema Sierra Ayala

“La esencia de la práctica de la medicina familiar es ofrecer una atención médica cálida y humanizada.”

TGE.

A lo largo de la experiencia asistencial se tiene la oportunidad de conocer a un sin fin de personas en diferentes ciclos de vida individual y familiar, quienes presentan múltiples vivencias únicas, habilidades, limitaciones y vulnerabilidades, todas ellas con una carga emocional y trascendente de vida.

El tiempo de llegada de la enfermedad se transforma en un momento de cuestionamientos únicos y relevantes como: ¿por qué a mí?, ¿para qué seguir luchando?, ¿a dónde iré después de la muerte? entre muchas otras preguntas en la vida de la persona. La experiencia de sufrimiento es compleja y forma parte de la subjetividad del ser humano.

Para los profesionales de la salud, que trabajan continuamente con el dolor y el sufrimiento humano, es la espiritualidad quien tiene un papel importante en el quehacer diario, un recurso a destacar.

El término **espiritualidad** tiene historia un tanto interesante como desconocida, proviene del latín *spiritualitas*, que significa aliento; tiene relación con un ser trascendente, según su vertiente religiosa (católico, cristiano, musulmán, entre otros), y éste en sí mismo, le da sentido y propósito de vida a las personas (interpersonal, interpersonal y

transpersonal), así como la espiritualidad puede estar relacionada con el desarrollo de los valores y cualidades.

Speck, describe la espiritualidad desde tres dimensiones: 1) la capacidad de trascender lo material; 2) la dimensión que tiene que ver con los fines y valores últimos; 3) el significado existencial que cualquier ser humano busca.

Hay MW, menciona lo que él llama, una definición operativa de espiritualidad, que después utilizará para precisar lo que él entiende por necesidades espirituales: “La capacidad de trascender las realidades de funcionamiento de uno (física, sensorial, racional y filosófica), a fin de amar y ser amado dentro de la propia comunidad, para dar significado a la existencia y manejarse con las exigencias de la vida”. Se piensa que integra de manera adecuada la relevancia que tiene la actividad comunitaria en la experiencia espiritual, a un nivel similar al de las relaciones afectivas.

La experiencia espiritual es un universal humano, tanto hombres, como mujeres de todos los tiempos y todas las culturas la han experimentado, independiente de cómo haya sido nombrada o valorada en sus orígenes; el término aún genera mucha resistencia en los profesionales y en los propios pacientes, porque hoy en día suele identificarse con un sentido estrictamente religioso que tuvo en otras épocas. Al igual que con la experiencia moral, la espiritual es única de la especie humana y a pesar de estar relacionadas no significan lo mismo.

La espiritualidad va más allá de los dogmas de las religiones tradicionales y la religiosidad desarrolla dogmas, el culto y la doctrina compartidas, mientras que la espiritualidad está ligada a las cuestiones, a los aspectos de la vida humana relacionados con experiencias que trascienden a fenómenos sensoriales.

Esta búsqueda constante de bienestar espiritual debe ser un objetivo primordial de atención durante la experiencia del final de la vida del ser humano y que con poca frecuencia son abordadas en el práctica clínica diaria; hoy en día, donde la esperanza de vida es mayor y la transición epidemiológica toma un curso de patologías crónico-degenerativas, es urgente que la experiencia espiritual esté incluida en todos los ámbitos de atención familiar.

Cada vez se es más consciente de la importancia de la detección de las necesidades espirituales. Más la construcción de herramientas para detectarlas es aún un terreno poco explorado, e incluso no está

suficientemente definido el concepto de necesidad espiritual, puesto que éste es ambiguo y definiéndolo como en principio, necesidad, se refiere a un objeto cuya falta puede ser llenada por el objeto mismo.

Jomain define las necesidades espirituales como: “necesidades de las personas, creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje en su vida”.

Dentro de las necesidades espirituales se mencionarán algunas a continuación:

1. De ser reconocido como persona.
2. De encontrar sentido a la existencia y al devenir.
3. De autoperdon y reconciliación con sus semejantes.
4. De esperanza.
5. De expresar sentimientos y emociones, de amar y ser amado.
6. De trascender.

La evaluación de dichas necesidades y recursos espirituales con los que cuenta el paciente y su familia representarán el punto de partida en el avance sobre una mejora en la calidad, de la atención médica y la relación médico-paciente.

Autores como Puchalski, Gerrell y Virani (2009), muestran un documento de Consenso de referencia sobre la calidad del cuidado espiritual en el final de la vida, destacando la importancia de la evaluación de la espiritualidad, un respeto importante a las creencias y valores del paciente y familia. En éste también sobresalen tres niveles de evaluación:

1. Instrumentos de *screening* para detectar de forma rápida y sencilla la presencia de crisis.
2. La llamada historia espiritual del paciente, que recoge información sobre su vida y su *locus* de control.
3. La evaluación por un asesor espiritual.

Riley B, Perna R (2002), identificaron tres grupos de personas con base en sus experiencias religiosas, espirituales o ambas:

- a) Personas religiosas, que valoran su fe religiosa, en gran medida, el significado de la vida y su bienestar espiritual.

- b) Personas que valoran su bienestar espiritual, pero no en la fe religiosa.
- c) Personas que le dan escaso valor a la religiosidad, espiritualidad o ambos.

Por lo que al observar dichas variables espirituales permite reflexionar acerca de la importancia del conocimiento y de la necesidad de una estrecha relación médico paciente.

Para realizar la evaluación del paciente y familia es posible auxiliarse de las siguientes preguntas, como a quiénes se les realizaría, así como qué nivel, modalidad y viabilidad tiene la evaluación.

Los niveles de evaluación es la proximidad a la realidad espiritual del paciente. Y éstos se clasifican en:

0. Detección.

- 1. Exploración espiritual (*screening*).
- 2. Evaluación/historial espiritual.
- 3. Valoración espiritual.

0. Nivel de detección. Éstas son las señales de aviso, expresión emocional, valores y conflictos éticos. Se caracterizan por los siguiente elementos:

- a) Preguntas radicales, que surgen de manera espontanea en el paciente.
- b) Comentarios, suelen ser indicadores validos: (necesidades espirituales: significados, experiencia de desesperación, esperanza, anhelos, temporalidad etc.)
- c) Afirmaciones sin salida, “no me siento preparado para esto”, “creo que es mejor ya tirar la toalla” “tengo temor de pensar en lo que sigue”.
- d) Enunciados potenciales o recursos espirituales,” siempre ha sido una persona con mucha esperanza” “le pido a Dios todas las noches para que me quite esta maldita enfermedad”.
- e) Objetos, libros referentes, estampas religiosas.

1. Nivel de Exploración espiritual (*screening*). Es la determinación de presencia o no de la crisis espiritual. Se conocen algunos modelos que pueden ser utilizados de manera sencilla durante la evaluación al paciente y su familia, como por ejemplo, ¿es importante para usted la espiritualidad o la religión en su vida?, ¿le ayudan en este momento?

Otro modelo expuesto por Puchalski (2000), muestra una sencilla nemotecnia.

- *F: Fe o creencias
- *I: Importancia o influencia.
- *C: Comunidad.
- *A: Abordaje

Por ejemplo: ¿pertenece a alguna comunidad religiosa?, ¿cómo le gustaría que yo como profesional de la salud, aborde estos temas en relación a su tratamiento?, entre otros.

Otra herramienta es el enfoque SPIRIT, (eSPIRITual), los seis dominios son cubiertos por 22 elementos, los cuales son aplicables en máximo de 15 minutos para su exploración y pautas próximas de manejo.

- * S: sistema de creencias espirituales.
- * P: personalización de la espiritualidad.
- * I: integración a una comunidad espiritual.
- * R: rituales, restricciones y otras prácticas.
- * I: implicaciones de la atención médica.
- * T: término del ciclo vital y su planificación.

A continuación se describen algunos temas y ejemplos de cómo elaborar preguntas durante la entrevista:

- Al iniciar la entrevista es importante para el profesional de la salud, introducir el tema a tratar con una pregunta neutra, como por ejemplo, el tema religioso o espiritual es importante para personas cuando viven la experiencia de un diagnóstico de enfermedad grave y/o terminal: ¿cómo se siente usted al respecto? La finalidad de usar preguntas abiertas es construir un clima de confianza para que le paciente sienta seguridad al momento de explicar o exponer su vivencia personal, y valorar las posibles respuestas; asimismo, saber cuáles pudieran ser las pautas de manejo ante la situación de la persona.
- Ante las posibles respuestas que se reciban del paciente existe una variedad opciones, desde las orientadas a la fe activo-positiva; por ejemplo, investigar a fondo por medio de preguntas como: ¿qué le ha

parecido a usted que sea más beneficioso de tener fe y sustento en una creencia religiosa, ante su situación de enfermedad?, o respuestas del tipo neutral-receptiva que se valoraría con preguntas como ¿de qué forma usted recurriría a su fe o creencia religiosa para ayudarse ante su enfermedad? Y por último, el tipo respuesta defensiva o de rechazo, ésta se valora al momento que el planteamiento inicial causo en el paciente una sensación de incomodidad o malestar y se recurriría a preguntas como ¿me interesa saber cómo lo está enfrentando?, ¿podríamos hablar sobre esta situación?

- Al iniciar el tema es imperativo averiguar más fondo cada una de las respuestas del paciente, de forma que se preguntaría ¿me parece importante, me podría usted relatar más sobre esto que me comenta? El significado que le dé, el paciente es de suma importancia en su proceso de espiritualidad y como factor positivo y/o negativo, del cual se tiene que indagar; así mismo los recursos con los que cuenta el paciente, como familiares, grupos de apoyo, entre otros, ya que éstos serán de gran apoyo durante el procesos e enfermedad.
- Al finalizar la sesión es importante agradecer al paciente por hablar sobre su situación de espiritualidad y enfrentamiento, solicitando volver a la próxima cita y hablar sobre sus progresos y situaciones actuales.

Al investigar sobre la situación actual del paciente y su familia es imperativo por parte de los profesionales realizar preguntas en la historia clínica acerca de la presencia y relevancia de la espiritualidad que se vive y la experiencia del sufrimiento como problema, estableciendo una relación de confianza médico-paciente-familia, identificando las causas de sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Barbero J: El apoyo espiritual en Cuidados Paliativos. *Labor Hospitalaria* 2002; 263:5-24.

Benito E, Barbero J, Payás A: *El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. Una introducción y una propuesta. Madrid: Arán-SECPAL, 2008.

Benito E, Barbero J: Espiritualidad en cuidados paliativos: la dimensión emergente. *Madrid: Editorial Med Pal* 2008;15(4):191-193.

Hay MW: Principles In building spiritual assessment tools. *American*

Journal of Hospice Care 1989.

Jomain C: *Morir en la ternura*, San Pablo, Madrid 1987.

Larru M: Las necesidades espirituales y la ética en las Unidades de Cuidados Paliativos, en AAVV, *La medicina paliativa, una necesidad socio-sanitaria*, Hospital de San Juan de Dios, Bilbao 1999:299-322.

Maugans TA: The SPIRITual history. Arch Fam Med 1996;5(1):11-16.

Puchalski C, Romer AL: Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med 2000;3(1):129-137.

Puchalski Ch, Ferrell B, Virani R et al.: Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. Journal of Palliative Care, 2009;10:885-904.

Riley BB, Perna R, Tate DG et al.: Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. Arch Phys Med Rehabil 1998;79(3):258-264.

Speck PW: Spiritual issues in palliative care. En: Doyle D, Hanks GWC, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, Oxford 1993.

World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. A strategy for health promotion in the Eastern Mediterranean Region. WHO-EM/HLP/036/E. Recuperado de: <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa794.pdf>

Capítulo **11**



Proceso para llegar a ser enfermo y paciente, su importancia para construir una relación médico-paciente-familia de colaboración

Teófilo Garza Elizondo,
José Manuel Ramírez Aranda,
Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

“Cada persona tiene una historia relacional, la cual se expresa y puede reconstruirse en cada nueva relación”

TGE

Desde el año de 1961, en EUA, White reportó que **1 de cada 3 personas** que se sintieron enfermas en el periodo de un mes, **consultó con un médico**; en un estudio similar en Canadá, la Comisión Real de Salud encontró que 1 de cada 10 lo hacían. Otros informes indican que en una práctica de medicina familiar común, ya sea institucional, privada o ambas, alrededor de 80% de los problemas diagnosticados son autolimitados o se resuelven al prescribir tratamientos con fármacos básicos o con tratamientos que incluyen modificaciones del estilo de vida, conducta, alimentación, ejercicio o manejo del estrés.

De estos datos se puede concluir que, sentirse mal no es el único requisito para buscar ayuda profesional y tal vez, no es el más importante.

Es por ello necesario, que los profesionales de la salud, en particular los médicos familiares, aprendan a identificar cuáles son los factores que influyen para que una persona decida buscar ayuda profesional para recuperar, mantener la salud o ambas, esto debido a:

- **Primero**, porque ese es el objetivo de la profesión médica y la esencia de los servicios de salud.

- **Segundo**, porque al identificar los factores, se puede incidir sobre las decisiones del momento de búsqueda de ayuda profesional, sobre todo en pasos previos, con lo que las enfermedades pueden detectarse y tratarse antes con mejores resultados.
- **Tercero**, las acciones preventivas pudieran aplicarse en los primeros niveles de prevención, es probable que con mayor efectividad.

Cuando una persona siente que pierde la salud comienza un proceso que primero lo ubica como enfermo y después como paciente. Todo ello culmina en el marco de una relación médico-paciente-familia que puede llegar a ser de colaboración o en su defecto, conflictiva, un resultado o el otro, dependen de que el médico familiar aprenda a valorar diferentes factores y desarrolle ciertas habilidades técnicas.

El objetivo de este trabajo es señalar unos y otros, para con ello facilitar que cuando se inicia una relación médico-paciente-familia, el médico familiar esté en la disposición y actitud adecuadas para ser el mejor recurso de salud para sus pacientes y familias. Este proceso varía de cultura a cultura, el tiempo para lograrlo va de unos momentos como en el caso de accidentes de cualquier tipo como serían los automovilísticos, enfermedades agudas o ambos, hasta un tiempo que llega a ser indefinido, como en el caso de enfermedades crónicas o con importante estigma social o de pronóstico fatal o todas éstos factores al mismo tiempo, como serían el caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el carcinoma de mama o ambos.

Para cubrir de modo adecuado este proceso y que la relación médico-paciente-familia se oriente a ser un éxito, es necesario tener en cuenta los siguientes factores:

1. La naturaleza de la enfermedad, en el cual se incluyen características cómo: tipo de inicio de la misma, curso, consecuencias en cuanto a sí produce o no incapacidad o el tipo de pronóstico o ambos, en cuanto a si será o no fatal.
2. El carácter de la persona; por ejemplo: aquellas con rasgos de carácter dependiente o hipocondríaco o ambos, les resulta más fácil aceptar la condición de enfermo o paciente, con los cuidados y atenciones que derivan. También deben incluirse en este punto, las experiencias con problemas de salud similares, propias o de alguien cercano sea o no familiar.

Otros factores en este punto son: la capacidad de tolerancia a las emociones que derivan de la enfermedad, al dolor y a otros cambios físicos y en actividades que afecten a la persona y a la capacidad de manejo del estrés que resulta de todo ello. Estas capacidades personales van en función de las experiencias personales y familiares que se han adquirido al enfrentar problemas de salud anteriores, así como de las condiciones adversas o difíciles del contexto en que se vive hoy en día, y de la capacidad que las personas desarrollan para hacer habitable y agradable su medio ambiente; tanto más inaceptable y difícil sea la realidad, más molestias, sufrimientos y estrés, acumulará y expresará la persona.

3. Del contexto familiar, el factor más importante es la etapa del ciclo de desarrollo de la familia, en la cual se encuentran, en términos generales, familias en las primeras etapas de su desarrollo, esto es, en las etapas de matrimonio, expansión temprana y expansión media (con los hijos antes de la adolescencia), producen fuerzas centrípetas que generan acciones y actividades de cohesividad o hacia el interior de la familia, es por ello que en las familias que enfrentan un problema de salud en estas etapas, la disposición, participación y cooperación de sus integrantes tiende a ser espontánea y los profesionales casi no enfrentan dificultades para que se sigan las indicaciones y se acuda a las citas de seguimiento.

En cambio, las familias en etapas de expansión tardía, dispersión, independencia y en ocasiones, hasta en las de retiro o muerte o ambas, producen fuerzas centrífugas que generan acciones y actividades de dispersión hacia el exterior de la familia, dado que la tendencia es a independizar a los hijos y hacerlos autosuficientes, situación que comparten con sus padres, ya que ellos también requieren dejar de ejercer la función paterna para poder evolucionar a una familia con hijos independientes o con sus propias familias de procreación. Cuando en una familia en estas etapas, uno de sus integrantes enferma, la disposición, participación y cooperación del resto de los integrantes es más difícil y quizás limitada, entre otras cosas, debido a que los jóvenes están fortaleciendo su independencia, recuérdese que la mayoría de las personas en su proceso de independencia, lo viven generando ira y molestia hacia sus progenitores o cuidadores o ambos, ya que eso les facilita llevar a cabo las acciones para su separación, que inicia al desarrollar sus proyectos y planes de estudio, trabajo y/o matrimonio, a la mayoría, quizás no sólo se les dificulte dar apoyo y ayuda, sino que

ellos mismos necesiten recibir apoyo de sus familias, para tener éxito en su proceso.

Un riesgo en estas circunstancias, es que la atención y cuidados del paciente se vuelvan el centro de la vida funcional de la familia, esto es que la mayoría de las actividades de la familia se den alrededor del enfermo, casi siempre sobrecargando de trabajo y exigencias a un solo cuidador, que la mayoría de las veces es la esposa o madre, es por esto **qué, un objetivo del trabajo con estas familias es buscar y promover la reorganización de la estructura familiar, mediante la redistribución negociada de las funciones familiares en los diferentes integrantes que estén dispuestos a participar en el cuidado del enfermo, y en la medida de lo posible la promoción de autoresponsabilidad y adquisición de conductas de autocuidado en el paciente.**

4. Del contexto social y comunitario, los factores, más importantes son: primero, el significado que el social le da a la enfermedad o al problema de salud, por ejemplo: las personas a quienes se les diagnostica cáncer de cualquier tipo y localización, suelen hacer de inmediato una elaboración mental que los hace pensar que padecen de un problema que será fatal, aunque en la actualidad muchos de los cánceres ya son curables. En el caso del SIDA al concepto de muerte, se agregan otros significados como el de ser homosexual, promiscuo o ambos.

Segundo, los recursos que existen y de los que se dispone en la comunidad para apoyar la solución de los problemas de salud. Hace algunos años, Smilkstein, los agrupó bajo el término **SCREEM**, el cual permite memorizarlos y recordarlos con facilidad; en cada uno de estos grupos se pueden incluir la mayoría de instituciones, agrupaciones, asociaciones y cualquier otro tipo de recurso social útil para la solución de diferentes problemas de salud. El significado de la palabra **SCREEM** es:

Tipo de recursos:

- S = sociales
- C = culturales
- R = religiosos
- E = educativos
- E = económicos
- M = médicos

Recursos sociales: es importante identificar disponibilidad y uso potencial de diferentes grupos o asociaciones relacionadas con la enfermedad o problema de salud, ya sea para compartirles experiencias al vivir el proceso de atención, así como los grupos que puedan ayudar en el diagnóstico o tratamiento o ambos; ya sea al facilitar medicamentos o apoyo económico para su adquisición, procedimientos diagnósticos o de cualquier tipo de necesidad.

Recursos culturales: es importante identificar los mitos y creencias que se tienen de manera específica de la enfermedad o problema de salud que se padece a nivel social y familiar.

Recursos religiosos: es importante identificar las creencias religiosas que poseen el paciente y su familia, así como verificar que tan importantes son esas creencias en el significado que le dan a su enfermedad o al problema de salud o a ambos. Existen dos áreas por explorar: el primero la fe, que es un principio intrapersonal y dos, congregación o grupo de personas con las que se comparte ésta, ya que proporciona una excelente oportunidad para convivir con personas con las que se comparten principios y costumbres, por lo que pueden llegar a ser un buen apoyo.

Recursos educativos: es importante identificar si existe en la familia nuclear y/o extendida alguna persona que tenga formación educativa en áreas de la salud; de no ser así, identificar cuál es la forma que los integrantes de la familia usan de primera línea para aprender y pasar su tiempo libre; por ejemplo: acostumbran leer se sugiere usar formatos educativos impresos; son auditivos se sugiere usar pláticas, conferencias y material audio-grabado; son visuales se sugiere usar conferencias y material video-grabado.

Recursos económicos: más que el ingreso familiar total, lo que es importante es identificar el porcentaje del ingreso total que se destina a gastos de la salud, para conocer la realidad económica de la familia y evitar proponer gastos excesivos; entre los gastos más importantes se incluyen: honorarios, medicamentos y materiales necesarios para la atención, hospitalización, entre otros, pero es fundamental recordar también los gastos paralelos a la atención de un problema de salud, como serían: traslados, hospedaje y alimentación de acompañantes, cuidado de los hijos y de otras personas en el hogar.

Recursos médicos: es importante identificar la disponibilidad de los

médicos especialistas que se requieran y que estén presentes en la comunidad, así como la de otros profesionales de la salud, entre los que se pueden incluir: enfermeras especializadas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros. Es necesario tener también una lista de laboratorios, centros de estudios diagnósticos y centros hospitalarios o de internamiento existentes en la comunidad, es importante apoyarse en los medios de comunicación (internet, televisión por satélite, prensa, entre otros), ya que permiten conocer la disponibilidad de recursos de otras ciudades y países por lo que es necesario estar al tanto de su existencia.

Después de revisar estos factores es necesario observar la lista que incluye las etapas en los procesos para llegar a ser primero enfermo y después paciente.

Proceso para llegar a ser enfermo:

1. La persona percibe una alteración en su desempeño o función habitual.
2. La alteración es considerada un problema de salud o una enfermedad o ambos.
3. Se intenta alguna solución del tipo de la automedicación.
4. La familia es usada como la primera línea de recursos.
5. Se buscan otros recursos no profesionales.
6. Se pueden consultar otros recursos profesionales no médicos.

Cuando una persona siente que su problema de salud rebasa los límites de tolerancia y de ansiedad o estrés que le provocan los síntomas o sus consecuencias, decide buscar asesoría y consejo con un profesional de la medicina, es entonces, que se transforma y reconoce como paciente y será de acuerdo con la forma de presentación de su problema de salud al momento de solicitar ayuda médica y de sus expectativas tanto del servicio, cómo del médico en su relación con él, para que el encuentro profesional (la relación médico-paciente-familia) pueda constituirse en una relación de colaboración o en una relación conflictiva.

Proceso para llegar a ser paciente:

1. Se consulta un médico.
2. Se inicia un proceso diagnóstico.
3. Se inicia un proceso terapéutico.

4. La enfermedad evoluciona a la curación, cronicidad o a la muerte o a ambas.

Además de estas etapas del proceso para llegar a ser enfermo y paciente **el médico familiar necesita conocer e identificar las diferentes formas de solicitud de consulta**, las cuales fueron descritas por Mc Whinney desde el año de 1972, son siete y se incluyen en dos categorías y cuatro grupos:

Categoría 1. Pacientes con problemas:

1. Directos:

- a) Aquellos que rebasan el límite de tolerancia.
- b) Aquellos que rebasan el límite de ansiedad, estrés o ambos.
- c) Consultas de oportunidad.

2. Indirectos:

- a) El síntoma es usado como boleto de admisión (comportamiento señal)
- b) Se descubre un problema latente, diferente del que generó la consulta.

Categoría 2. Pacientes sin problemas:

1. Causas administrativas.
2. Consultas preventivas.

Los pacientes que se presentan con formas de solicitud de consulta que pueden constituirse como causa de una relación difícil o conflictiva son: 1) pacientes con problemas directos: a) aquellos que rebasan el límite de tolerancia y b) aquellos que rebasan el límite de ansiedad, estrés o ambos, y 2) aquellos del grupo de problemas de presentación indirecta.

Diferentes estudios muestran, que alrededor de 20% de la consulta de un servicio de medicina familiar es por causas de presentación indirecta y en el mismo sentido que cerca de 7 de cada 10 pacientes, presentan problemas psicosociales que necesitan en su atención ser tratados con un modelo biopsicosocial, para orientarse al éxito.

Sin embargo en la actualidad, el modelo de atención a la salud bio-psico-social no es un ejemplo de modelo de atención integral, ya que cada vez es más necesario un equipo multidisciplinario más amplio para garantizar la atención a la salud óptima. Para ejemplificarlo basta mencionar a la Dra. Virginia Satir quién describe nueve niveles de salud en las personas, cada uno de ellos con sus necesidades específicas de atención, por supuesto que no existe el profesional que los cubra por completo, pero el médico familiar se acerca a la posibilidad de cubrir esa atención integral dado su

perfil formativo y a que es quien puede aplicar mejor el modelo biopsicosocial y cuando éste es superado, puede ampliar el modelo de atención para incluir otros profesionales, además de su función como coordinador de la atención que le permite servir de enlace entre paciente, familia, los otros profesionales y las instituciones de salud de acuerdo al tipo de problema de salud o enfermedad que se enfrente.

Las formas de presentación en la consulta van desde la persona que se queja de agotamiento cuando el problema real puede ser un conflicto paterno- filial, conyugal, hasta personas con enfermedades como asma bronquial, diabetes mellitus o hipertensión arterial o ambas, entre otras, que pueden presentar crisis o recaídas al existir en la familia un conflicto transgeneracional.

También existen factores culturales que influyen de manera importante en los síntomas o causas de presentación que hacen que la persona decida buscar ayuda profesional, sobre todo en la práctica institucional. Por ejemplo, es común la consulta por dolor de espalda, en lugar de solicitar la ayuda por el agotamiento y frustración que causan diferentes problemas o presiones laborales y familiares, o bien asistir a la consulta por disuria o frecuencia urinaria o ambas cuando el problema real puede ser una insatisfacción conyugal.

La lista de familias y personas que pueden ser parte de una relación médico-paciente-familia conflictiva es interminable y en ella se pueden incluir, familias y personas: multiproblemáticas, con enfermedades crónicas, accidentes, ancianos, cirugías o hospitalizaciones, problemas psiquiátricos, enfermedades terminales, con problemas psicosociales, problemas de alimentación, dolor crónico, cáncer, SIDA, discapacidades, violencia familiar, disfunciones sexuales, demandantes, odiosas, atractivas y seductoras.

Al revisar la lista anterior es necesario recordar que **el objetivo de la atención médica es curar una enfermedad, solucionar un problema de salud o bien, hacer tolerables los síntomas de malestar que en ocasiones sufren o padecen los pacientes**, es fácil suponer que **una relación profesional en la que no se logren estos objetivos provoca molestias, frustraciones o ambas, en los pacientes y sus familiares tanto como en los médicos.**

Es por ello necesario que el médico familiar tenga claros los factores que le faciliten desarrollar desde el inicio una relación médico-paciente-familia de colaboración, en contraparte de una relación médico-paciente-familia

que puede llegar a ser conflictiva.

El éxito y el superar el origen de la mayoría de los problemas en una relación médico-paciente-familia comienza al cubrir de manera adecuada y mínima, los siguientes factores:

1. Identificar la verdadera causa de consulta.
2. Entender el significado del síntoma y solucionar el malestar del paciente.
3. Evaluar el contexto familiar y social en el que se expresa la enfermedad o problema.
4. Cubrir las necesidades y expectativas de atención del paciente.
5. Manejo adecuado de la respuesta emocional asociada.
6. Usar un método de evaluación familiar y atención integral.
7. Un ambiente tranquilo e incluyente del consultorio.
8. El uso de la persona del médico como modelo y herramienta terapéutica.

1. Identificar la verdadera causa de consulta. El médico familiar (MF) efectivo siempre está dispuesto a escuchar y a hablar de las experiencias de vida diaria con sus pacientes, familias o ambos, ya que ellas son la fuente de alegrías, expectativas, pero también de preocupaciones, tensiones y problemas. Ésta disponibilidad, junto con el modelo humano y personalizado de atención, facilitan en los pacientes y sus familias la decisión para identificar y ubicar al MF como el recurso de salud primario, de forma clara y directa sin la necesidad de usar síntomas vagos o inespecíficos como carta de presentación.

Cuando la consulta no sucede así, es necesario que el MF busque respuestas a una serie de interrogantes que le permitan identificar los factores específicos que le den la posibilidad de ampliar sus alternativas terapéuticas en beneficio de sus pacientes y familias, éstas preguntas son:

- a) ¿Cuál es el motivo que hace que acuda precisamente hoy a consulta?
- b) Para identificar las emociones asociadas a la causa de consulta o al síntoma: ¿qué cree el paciente que tiene?, o ¿qué cree que causa su problema?
- c) Para identificar las expectativas: ¿qué espera el paciente y/o su familia de la consulta, del servicio o del médico?

2. Entender el significado del síntoma y solucionar el malestar del

paciente. El malestar del paciente está directamente asociado al significado que la persona o su familia hacen de la enfermedad o problema de salud, el cual es una elaboración cognitiva que permite explicar un evento o experiencia de vida y se construye a partir de los cambios que se dan por la enfermedad, la crisis o ambos, esto es lo que se conoce como impacto de las crisis, en estos cambios influyen edad, sexo, estado civil, inteligencia, desarrollo emocional y cognitivo, creencias religiosas, actividades de vida diaria y experiencias previas, entre otros.

3. Evaluar el contexto familiar, social o ambos en el que se expresa el problema. Aprender a evaluar e incluir el contexto en el que se expresa el problema de salud que requiere atención de pacientes y sus familias es la piedra angular de la medicina familiar, para poder llevarlo a cabo **es indispensable aprender a pensar en familias** (sistemas), esto significa que cada persona tiene, pertenece a una familia o ambos, la cual se constituye en el contexto inmediato y más importante en cuanto a fuente de gratificación, pero también de preocupaciones y problemas, es en este contexto que se expresan la mayoría de los síntomas que padecen los pacientes que se reciben en las consultas.

a) ¿Con quién vive el paciente?

b) ¿Cómo participan en la aparición y perpetuación del síntoma?

c) ¿Cómo afecta al síntoma a cada integrante de la familia?

d) ¿Qué cosas dejan de hacer y qué cosas nuevas tiene cada uno que hacer a partir de la aparición del síntoma o problema?

La respuesta a estas preguntas da una enorme orientación de la importancia y forma de participación de los integrantes de la familia en la aparición y/o perpetuación del problema, ningún médico familiar que se precie de su especialidad podrá omitir esta parte de la historia clínica de su paciente.

4. Cubrir las expectativas y necesidades de atención del paciente.

Identificar las expectativas y necesidades de atención que una persona deposita en el médico y cubrirlas lo mejor posible, es tal vez por sí solo, el factor más importante para una relación de colaboración médico-paciente-familia.

Por lo tanto es indispensable encontrar la respuesta a las siguientes preguntas:

a) ¿Qué espera el paciente de la consulta?

b) ¿Qué espera el paciente de la atención del médico, en trato e interés

humano?

c) ¿Qué fue lo que determinó, que acudiera hoy en busca de ayuda?

Si la consulta la motiva el que un síntoma exceda la tolerancia del paciente, se espera que el objetivo médico sea disminuir la molestia y después continuar la atención en otras áreas. Si la consulta la generó un síntoma exceda la tolerancia de ansiedad o estrés, es necesario: identificar las fuentes, disminuirlos a un punto que sean manejables por el paciente, y continuar la atención y evaluación en otras áreas.

Si la consulta es por problemas de presentación indirecta, se necesita que las habilidades de unión sean sólidas para que el paciente permita hacer una evaluación personal y familiar completas que lleven a estar en posibilidades de identificar el o los problemas que lo llevaron a solicitar la consulta, para después poder negociar con el paciente o la familia, su atención.

Si la consulta por causas preventivas, por causas administrativas o ambas, las personas esperan una respuesta rápida a esa solicitud, por lo que en ocasiones, mostrar interés en otras cuestiones sin una explicación lógica de parte del médico puede ser invasivo y resultar molesto para los pacientes.

5. Manejo adecuado de la respuesta emocional asociada. Todas las enfermedades o problemas de salud poseen un componente emocional relacionado, de cuyo manejo dependerá en gran medida, el apego y éxito de las acciones terapéuticas prescritas.

Ante la presencia de una enfermedad, existen varias fuentes de estrés, entre las que se encuentran:

- Los síntomas y cambios físicos que afectan al paciente.
- Las necesidades de cuidados especiales que requiere el tratamiento adecuado de la enfermedad.
- Las rutinas o actividades nuevas o diferentes del paciente y su familia.

El manejo inadecuado de estas y de otras de las fuentes de estrés, se constituye en un importante factor de riesgo para futuros problemas en el tratamiento de la enfermedad, en las relaciones intrafamiliares y con cierta probabilidad en las relaciones médico-paciente-familia.

Las emociones relacionadas con una enfermedad pueden ser:

- De tipo depresivo
- De tipo ansioso
- De tipo mixto

Es por ello que el médico familiar desarrolle las siguientes habilidades,

que le permitan incluir en el tratamiento que ofrece, el manejo y apoyo emocional que sus pacientes requieren:

1. Capacidad para desarrollar una relación de apoyo y comprensión realista de su experiencia con la enfermedad, sin juicios y con respeto.
 2. Cualidades empáticas.
 3. El uso de sí mismo como modelo para apoyar técnicas de normalización en ciertas etapas del desarrollo.
 4. El escuchar activo.
 5. Clarificar y apoyar la diferenciación entre sentimientos, pensamientos y acciones.
 6. Clarificar y apoyar la diferenciación entre los integrantes de la familia y sus funciones y responsabilidades asociadas a cubrir las necesidades de cuidados especiales requeridas por la enfermedad o su tratamiento o ambas.
 7. Apoyarlos para identificar la circularidad de las interacciones y el efecto de sus síntomas y conductas en el resto de los integrantes de la familia.
 8. Ser directivo para sugerir algunas indicaciones, sin ser invasivo ni manipulador.
 9. Respetar las decisiones de los pacientes y sus familias, en cualquier asunto relacionado con su enfermedad y su tratamiento.
 10. Ofrecer una visión realista de su experiencia de vida con optimismo y esperanza.
- 6. El uso de un método de evaluación y atención integral.** El método de evaluación y atención integral es sinónimo de trabajo con familias y consiste en las intervenciones de un médico familiar encaminadas a que las familias que atiende y que sufren de un problema de salud, lo superen y recuperen el camino que les permita ser el mejor de los recursos para el desarrollo óptimo de cada uno de sus integrantes. Para lograrlo, el médico familiar necesita desarrollar las siguientes habilidades:
- De unión: son las que garantizan una relación médico-paciente-familia sólida, respetuosa y comprometida con la solución de los problemas presentados.
 - Para una evaluación familiar completa, que debe incluir: a) la historia clínica individual del paciente con los datos ya conocidos, además de una identificación clara de la causa de consulta y de las expectativas del servicio. b) Historia clínica familiar, que para ser completa debe

contener mínimo: la composición familiar, el familiograma, la etapa del ciclo de vida familiar y el cumplimiento o no de las tareas del desarrollo, la historia de crisis accidentales, la forma de superarlas, características de la funcionalidad familiar (técnicas de solución de problemas, estilo de comunicación verbal y emocional, tipos de control de conductas, así como roles y funciones familiares idiosincráticas), recursos y fortalezas familiares, identificación completa de problemas.

- De manejo que se registran y estructuran en un programa de atención que incluya como mínimo los procesos de atención biológica, emocional, conductual, familiar, epidemiológico (social) y nutricional.

7. Un ambiente relajante e incluyente en la consulta. Cuando se decide abrir un consultorio deben recordarse varios detalles entre los que se encuentran:

- La localización, la cual debe ser accesible para los usuarios.
- El horario, que debe cubrir la mayoría de las opciones de solicitud de consulta en atención primaria, incluso es recomendable disponer de horas para las consultas de la familia completa, incluido el esposo, que pueden ser un día a la semana o después de terminar el horario de la consulta normal.
- La organización de la consulta, debe ser con orientación familiar, esto es, ofrecer la consulta familiar cuando acuden varios integrantes de una sola familia a consultar, cuando la causa es por un problema en el que las indicaciones son principalmente familiares, entre otras.
- El costo del servicio debe ser accesible, es recomendable que no exceda del 5% del ingreso familiar promedio de la población que se atiende.
- El ambiente debe ser cálido y limpio.
- El tiempo de espera debe ser mínimo, se sugiere que no exceda de 30 minutos.
- Se recomienda un servicio con bebidas que pueden incluir: agua fresca, té, café o ambos.
- Las revistas deben ser de cultura general.
- Puede aprovecharse ese tiempo de espera para ofrecer algún tipo de educación con folletos, audiograbaciones, videograbaciones o ambas, y en ocasiones con pláticas breves.
- La música ambiental o los programas de televisión deben ser tranquilos y agradables.
- Nunca está de más recomendar que las revisiones físicas deben

efectuarse ante la presencia de un auxiliar o bien de un familiar del paciente.

8. El uso de la persona del médico como la mejor y más efectiva herramienta terapéutica. Para lograr ese nivel de efectividad y competencia, es necesaria la adquisición de ciertas habilidades que lo hagan experto en:

- Entrevistas individuales con enfoque familiar.
- Entrevistas familiares.
- Técnicas de apoyo emocional y
- Técnicas de trabajo con familias.

Visto así, estas habilidades le dan al médico familiar un perfil que lo ubica como el único profesional de la salud, que puede ofrecer una atención continua, integral, contextual, preventiva y comunitaria.

Además, es el único que en estos momentos puede aplicar y conjuntar un modelo de atención que incluya los procesos de atención: biológico, psicológico, epidemiológico (social), conductual, familiar y nutricional, entre otros.

Sin embargo, para ser efectivo, no es suficiente la técnica, en las intervenciones que necesitan modificaciones de conductas, del estilo de vida, de las relaciones familiares es necesario que el médico familiar incorpore a su vida la mayoría de los conceptos que promueve para alcanzar una vida familiar satisfactoria, sana y sobretodo congruente, y que esa imagen realista que proyecta sea la plataforma que le da fortaleza a su trabajo con las familias, pero también lo nutra con ejemplos claros de las fuentes de estrés y problemas y cómo solucionarlos; en una vida familiar común a lo largo de su desarrollo, ese es el mejor modelo que se puede usar, compartiendo con los pacientes y sus familias algunas experiencias personales o familiares propias, aplicables a la circunstancia por la que pasan.

Como puede deducirse, una práctica médico-familiar así, exige un compromiso profesional y personal muy alto, pero también muy gratificante.

En resumen, se puede concluir que **el médico familiar, al conocer el proceso para llegar a ser enfermo y paciente, al conocer los factores que motivan la consulta y se configuran en una cierta forma de presentación y al desarrollar una serie de habilidades técnicas específicas** se ubica en una posición privilegiada para desarrollar relaciones médico-paciente-familia de colaboración; entre las que

destacan:

Ser un hábil y experto entrevistador tanto a nivel individual como del grupo familiar.

- Ser un eficaz facilitador de los procesos de negociación, de solución de problemas y de comunicación familiares.
- Ser un excelente y eficaz educador sobre los problemas de salud que inciden en su población.

El desarrollo, adquisición y expresión de éstas, así como el resto de habilidades técnicas le dan al médico familiar su perfil de trabajo con ese toque humanista tan característico.

Por último, el médico familiar siempre debe tener en mente durante su etapa formativa y sobre todo durante su práctica profesional que:

1. La relación médico-paciente-familia es la herramienta más importante en un tratamiento útil y efectivo.
2. La disponibilidad del médico familiar y el tiempo de consulta son por sí solos, los dos factores más importantes en los buenos resultados de la relación médico-paciente-familia.
3. El tratamiento debe dirigirse a la persona, no sólo a la enfermedad.
4. Los cambios a nivel biológico, psicológico y/o en actividades de la vida diaria que produce la enfermedad en el paciente y en su familia deben identificarse y manejarse como parte de un tratamiento integral.
5. El médico familiar es parte de una relación profesional que lo inviste de autoridad; sin embargo, debe ubicarse como un prestador de servicios y recordar siempre que todas las decisiones sobre diagnóstico y tratamiento son responsabilidad y derecho exclusivos de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Birrel CH. El enfermo terminal y la familia. En: Dulanto , GE. *La familia: un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. 1ª Edición. México: Editorial de Textos Médicos Mexicanos 2004, 471-476.

Bishop DS, Epstein NB: *Family problems and disability*. Williams and Wilkins, 1980.

Bowen M: *De la familia al individuo. La diferenciación de si mismo en el sistema familiar*. 1ª Edición. Barcelona: Paidós. 1991.

Carter B: Overview: *Changing family life cycle*, a framework for family therapy. In: Carter B, Mc Goldbrick M (Eds.) *The changing family life*

- cycle: a framework for family therapy*. 2ª Edición, Ed. Allyn and Bacon, 1989:3-28.
- DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, 2002:759-764.
- Garza ET, Riquelme HH, Ramírez AJM:** Clasificación y análisis de 14,315 problemas ambulatorios de la Residencia de Medicina Familiar de la UANL. *Rev intern de Med Fam* 1986;(3):37-42.
- Garza ET, Saavedra AJ:** Salud Mental – Dinámica Familiar. Metodología para la atención familiar integral. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Regulación Sanitaria y Desarrollo. Dirección General de Enseñanza en Salud. Serie Aprisa No. 2 Noviembre de 1988:9-11.
- Garza ET:** *Abordaje integral de la familia del paciente con SIDA: una propuesta*. Educontya. (UANL) 1995;1(4):5-8.
- Garza ET:** Atención integral de la familia con un enfermo crónico. En: Garza ET. *Trabajo con familias. Subdirección de educación continua*, Facultad de Medicina de la UANL: 1997:153-162.
- Hennen BK:** Conducta ante la enfermedad. En: Hennen BK. *Medicina familiar: Guía práctica*. Mc Graw-Hill, 1983;6:35-42.
- Kornblit A:** *La enfermedad crónica vista como crisis familiar*. Enfoque preventivo de las disfunciones familiares. En: Kornblit A. *Somática familiar*, Ed. Gedisa, 1984.
- Levy NB, Clark JJ:** El paciente crónicamente enfermo. En: Abram HS. *Psiquiatría básica para el médico de cabecera*. Buenos Aires: El Ateneo, 1981:64-77.
- Mc Whinney IR:** Beyond diagnosis: An approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. *N Engl J of Med*. 1972;287:284-287.
- Minuchin S:** *Familias y Terapia Familiar*, 4ª Reimpresión. México: Gedisa, 1989.
- Moss RH:** *Coping with crisis of physical illness*. In: Freeman AM, Sack RL, Berger PA. Eds. *Psychiatry for the primary care physician*. Williams and Wilkins Company, 1981;3:25-40.
- Rolland J:** *Chronic illness and the family life cycle*. In: Carter B, Mc Goldbrick, M. Eds. *The Changing family life cycle: a framework for family therapy*. 2ª Ed. Allyn and Bacon, 1989:191-208.
- Satir VM:** Retrato parcial de una terapeuta familiar en proceso. En: Fishman HCH, Rosean BL (Eds.) *El cambio familiar: Desarrollo de modelos*. Gedisa, 1990.

Smilkstein G: The family in trouble-How to tell. J fam pract 1977;3:991-996.

White KL: Ecology of medical care. N Engl J Med 1961;256:885-892.

Capítulo 12

La entrevista familiar. La habilidad por excelencia del médico familiar



Teófilo Garza Elizondo

“La aportación más importante del Trabajo con familias es incorporar a la familia del paciente a la atención médica”

TGE

La práctica clínica del médico familiar (MF) es una consulta general ubicada en un nivel primario de atención, que casi siempre se lleva a cabo a través de una entrevista clínica individual, en la cual incorpora el contexto familiar del paciente. Ésta parte del proceso es la más importante, ya que para que el MF la realice, necesita aprender a pensar de manera sistémica, esto es, que cada persona que acude a su consulta pertenece a una familia, que es fuente de satisfacciones, pero también de preocupaciones, estrés o ambos.

El MF en su práctica, sea privada o institucional, debe decidir durante el tiempo de consulta, siempre limitado, a cuál de sus pacientes propondrá el trabajo con su familia.

El modelo de **trabajo con familias** o biopsicosocial es utilizado como modelo de enseñanza y asistencial, en la Residencia de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ya que se considera que el ejercicio de esta metodología, conduce al médico en formación a adquirir las destrezas para efectuar las entrevistas familiares diagnóstico-terapéuticas y con ello, establecer una diferenciación del trabajo con el del resto de las especialidades médicas.

El MF, por su perfil formativo, se ubica en una situación privilegiada para anticipar en la atención de pacientes y familias, algunas de las crisis por vivir, sean del desarrollo o accidentales, identificando riesgos o problemas psicosociales.

El desarrollo de esta actitud de anticipación y de la habilidad para entrevistar familias debe ser la parte central del entrenamiento formativo del posgrado, ya que a través de ella se aplican las habilidades del modelo de trabajo con familias.

Efectuar esta práctica, hace que el MF en formación fortalezca los conceptos teóricos aprendidos durante los cursos (habilidades conceptuales) y lo apoye a desarrollar habilidades específicas como programar y efectuar entrevistas del grupo familiar, obtener información biográfica y dinámico-funcional (habilidades perceptuales, véase capítulo 1), analizar la información y elaborar diagnósticos relacionales e intervenciones que faciliten cambios en las interacciones en personas y sus familias (habilidades ejecutivas diagnóstico-terapéuticas), esto lo lleva egresar como experto en entrevistas familiares y en trabajo con familias.

Este capítulo describe la estructura de la entrevista familiar, sus etapas, objetivos y el proceso para llevarse a cabo; se sugiere revisar el capítulo 24, Ejemplos de trabajo con familias efectuados por la residente de segundo año, coautora del mismo.

IDENTIFICAR EL PERFIL DE LAS FAMILIAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN

El primer paso del proceso implica identificar las características o indicadores de las familias que necesitan atención integral, éstos son:

Familias cuyos integrantes:

- Utilizan con frecuencia los servicios de salud.
- Consultan por síntomas vagos o inespecíficos.
- Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación.
- Tienen problemas psicósomáticos.
- Tienen problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no deseado o no planeado, entre otros).

Familias con:

- Cambios en su composición (nacimientos, muertes, huídas del hogar, adición de familiares o amigos, entre otros).
- Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico, sobre todo si es en un enfermo crónico.
- Pobre apego a las indicaciones médicas.
- Hospitalización y/o cirugía de cualquiera de sus integrantes.
- Enfermos terminales, discapacitados, con problemas genéticos entre otros.

Reconocer los indicadores anteriores se logra con la revisión: 1) del expediente clínico, mínimo de las últimas 3 o 4 consultas; 2) la información familiar obtenida con anterioridad; 3) de la agenda de citas; 4) de la hoja de reporte de consultas diarias; 5) de la información obtenida de la consulta.

Al identificar uno o más de esos indicadores decide proponer al paciente una evaluación familiar integral que le facilite obtener información sobre otros riesgos, problemas, preocupaciones y/o fuentes de estrés, además de otras condiciones físicas que le puedan estar afectando (véase capítulos 4, 11 y 19).

Se deben tener claros los objetivos de la entrevista familiar, éstos pueden variar dependiendo de la enfermedad o problema de salud que las genere.

Los objetivos suelen ser:

1. Apoyar a la familia a:

- Buscar soluciones a sus problemas de salud.
- Desarrollar habilidades de cuidado efectivo a su familiar enfermo.
- Desarrollar habilidades de auto-cuidado.
- Comprender que muchas veces el objetivo de atención, particularmente ante enfermedades crónicas es: “más que curar, cuidar y acompañar”.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas, como facilitar habilidades de comunicación y negociación y promover la identificación y el uso adecuado de sus recursos.

En síntesis, asesorarlos para recuperar el control de sus decisiones en el proceso de la atención a su salud, como ellos lo elijan.

Ya identificada la familiar a la que se le aplicará la entrevista familiar se procede a:

1. Aplicar el modelo de **trabajo con familias.**

1.1 El aspecto biológico cubre la revisión de los signos y síntomas físicos para justificar los diagnósticos, sean definitivos, presuntivos o ambos, ya que ante pacientes con diagnóstico de síntomas físicos médicamente inexplicables (SFMI), lo que se sugiere es aplicar un modelo biopsicosocial.

1.2 El aspecto psicológico evalúa:

- a)** Si los síntomas emocionales son parte del perfil caracterológico del paciente, si existen a lo largo de su vida o de su desarrollo ambos, de ser así, son parte de “su manera de ser habitual” o de su carácter.
- b)** Si los síntomas emocionales están relacionados con la enfermedad o al problema de salud o ambos, que la persona presenta, ya sea de alguno de sus síntomas o surgen como parte de los procesos diagnósticos, terapéuticos o ambos.
- c)** La parte social implica evaluar el contexto del paciente en busca de fuentes de estrés, de preocupación o de cualquier información de las relaciones interpersonales o ambos, sobre todo familiares que puedan considerarse relevantes en la situación que afecta su salud.

El estrés, sobre todo intenso y crónico, está identificado como la causa más

importante de síntomas físicos, de enfermedad o ambos. Lo causan múltiples situaciones de vida, como crisis del desarrollo (transición a otra etapa de la vida) o accidentales (cambios de domicilio, enfermedades, muertes, etc.).

Las crisis y relaciones interpersonales significativas son de las fuentes de estrés más importantes, ya sea por ser conflictivas o por ocasionar preocupación, debido a circunstancias de vida de las personas significativas o queridas.

Las enfermedades de cualquier tipo, propias o de algún integrante de la familia son los factores de estrés más recurrentes, a ellas se le pueden agregar cualquier otra situación accidental, del desarrollo o ambas, que suceden a las personas o familias, en sus diferentes etapas del ciclo de su vida. Ante esto, las técnicas de solución de problemas que la persona emplea se vuelven inefectivas y dejan la sensación de incompetencia, por lo que le exigen un cambio, en busca de la efectividad perdida, las personas en esas situaciones se enfrentan a un proceso adaptativo que pueden percibir como amenazante a su integridad física, emocional, familiar o social o todas éstas.

Cuando el estrés se prolonga, se hace crónico o surge de múltiples fuentes (familias multiproblemáticas), produce en las personas que lo viven agotamiento físico y emocional, que los vuelve vulnerables, entorno ideal para que aparezcan síntomas físicos o por somatización.

Lo anterior, subraya la importancia que para los médicos familiares tiene el aprender a aplicar el modelo de trabajo con familias, que le facilite integrar el contexto del paciente a su proceso de atención.

2. Sistema de evaluación familiar integral o de trabajo con familias. Se sugiere usar los instrumentos del Formato para la evaluación familiar integral mostrados en el libro de trabajo con familias (véase Anexo A). Éstos, son una guía sobre la información familiar necesaria, es flexible, de fácil aplicación y llenado, se puede emplear completo o por secciones individuales de acuerdo con la información requerida sobre la enfermedad, situación familiar o las prioridades de atención.

3. La información se obtiene por medio de:

3.1 La entrevista individual, es el evento médico por excelencia, la mayoría de las ocasiones es por la demanda de atención de un problema o síntoma físico del que se solicitará la información pertinente; sin embargo, la entrevista individual hecha por un MF debe

ser con, ¿con quién vive el paciente?, ¿qué creen que tiene?, ¿a que creen que se deba su problema?, ¿qué cambios se han producido en el paciente y en cada uno de los integrantes de su familia?

3.2 En la entrevista familiar, un prerrequisito es aprender a realizar actividades para involucrar con éxito al resto de la familia del paciente, ya que es necesario que el médico, además de obtener los datos relevantes de la familia: a) conozca a todos sus integrantes; b) recoja la opinión que cada uno de los miembros tiene sobre la enfermedad de su familiar, su proceso diagnóstico, de tratamiento y probable evolución; c) es deseable, tener una idea de cómo apoyarán cada uno a su familiar enfermo y el grado de compromiso en participar en el cuidado y en citas familiares posteriores.

Las entrevistas familiares deben ser programadas, constan de tres etapas que se describen a continuación, cada una con sus propios objetivos.

ETAPA PREENTREVISTA

Los objetivos son:

- Tener identificado el problema de salud, enfermedad o ambos, por la que se programa la entrevista.
- Tener identificados a los asistentes.
- Confirmar su asistencia.
- Elegir un lugar amplio y accesible, prepararlo con anticipación para la entrevista con suficientes sillas cómodas, conseguir el equipo y material que se requiera (pizarrón, información escrita, otro material audiovisual, refrescos, café u otras bebidas).
- Acordar la fecha de la cita (día, hora y su duración), confirmar asistencias. Se sugieren disponer de 30 a 45 minutos y usar la última hora del trabajo diario del MF o una tarde a la semana, con el fin de facilitar la participación de todos.
- Elaborar una lista de temas a tratar, preguntas o disponer de formatos de información ya mencionados.
- Si el MF tiene la preparación y los conocimientos necesarios sobre funcionalidad familiar, recabar datos sobre la secuencia de interacciones, los subsistemas, alianzas y coaliciones, jerarquía, la aparición del síntoma y las secuencias de comunicación y su circularidad, entre otras.

ETAPA ENTREVISTA

Las tres fases de la entrevista se describen a continuación, junto con sus objetivos y características:

Fase inicial también llamada **de socialización**, su duración no debe exceder los cinco minutos. El MF debe conocer los nombres de quienes acudirán a la entrevista aunque aún no los conozca en persona. Saldrá a recibirlos a la sala de espera o a la puerta de la oficina y los invitará a pasar, se sugiere saludar a cada uno de mano, incluidos los menores de edad; debe permitir que se acomoden espontáneamente, ya sentados, dar la bienvenida y agradecerles su presencia. Es conveniente identificarse dando el nombre y describir las funciones y actividades que lleva a cabo como MF, pasar a pedir que cada uno haga lo propio, dando su nombre, edad, estado civil, educación, actividad laboral y cualquier otra información que consideren importante, si les resulta difícil o incómodo apoyarlos con preguntas simples, de preferencia cerradas; por ejemplo: “Juan dijiste que tienes 10 años, pero me gustaría saber en qué año vas en la escuela”, con esta fase es útil el uso de técnicas de humor o de temas casuales para disminuir la tensión o estrés de lo desconocido.

La familia puede desear que se hable del problema desde el principio, pero esto es un riesgo, ya que es posible que el MF pierda la oportunidad de establecer contactos con todos y de construir uniones firmes y de confianza con cada uno y con toda la familia.

Se debe comunicar a la familia el motivo de la reunión y la duración de la entrevista, esto contribuye a la optimización del tiempo y a la productividad de la sesión.

El final de esta fase y el inicio de la siguiente, se da cuando el médico menciona la causa u objetivo de la cita para la entrevista; por ejemplo: “Estamos aquí, ya que es muy importante conocer la opinión de cada uno sobre lo que le está ocurriendo a su familiar”, “Los invité a acudir porque necesito información sobre lo que puede ser la causa de los problemas en la familia”, “Les pedí reunirnos, ya que es posible que alguno tenga una idea de cómo apoyar a su familiar para solucionar esto que le pasa”, entre otras.

Al final de esta etapa se debe crear un clima de confianza y comodidad para la familia y para el profesional, que les facilite el manejo de la información, así como la expresión de las emociones con efectividad.

Fase intermedia: su duración varía dependiendo del tiempo total de la entrevista pero va de 20 a 25 minutos si la entrevista dura 30 minutos, o de 30 a 35 minutos si la entrevista dura 45 minutos, sus objetivos son:

- Obtener la opinión de cada uno de los integrantes de la familia sobre la enfermedad de su familiar.
- Reunir y registrar la información obtenida.
- Seguir las interacciones que se dan entre los integrantes de la familia y sus respuestas (retroalimentación).
- Hablar sobre las fuentes de estrés y su relación con los síntomas de su familiar o su agravamiento.
- Identificar los intentos de solución y los resultados obtenidos.
- Identificar los recursos con que cuenta la familia.
- Sugerir otras citas familiares para trabajar en mejorar las habilidades de comunicación, solución de problemas, negociación y toma de decisiones de los integrantes de la familia.
- Llevar a cabo una lluvia de ideas en busca de soluciones.

La obtención de la información se efectúa a través de preguntas que se elaboran a partir de la enfermedad o problema de salud, se sugiere seguir como base los formatos ya mencionados. A continuación se describen cuatro grupos de preguntas: lineales, circulares, estratégicas y reflexivas.

1. Las preguntas lineales son para conocer la definición y explicación que la familia hace del problema; por ejemplo: ¿cuál es el problema que presentan?, ¿desde cuándo ocurre esto que me cuentan?, ¿cómo pueden explicarlo?, ¿según ustedes a qué se debe?, entre otros.
2. Las preguntas circulares se enfocan hacia los patrones de relación entre los integrantes de la familia con los problemas en vez de a sus orígenes: se trata de poner de manifiesto acciones, percepciones, sentimientos, relaciones entre las personas y los contextos en que aparecen, disminuyen o se exacerban los síntomas; por ejemplo, al padre, ¿qué hace su esposa cuando su hijo presenta la crisis de asma?, a los hijos, ¿cuándo tu mamá se queja del dolor de cabeza, qué hace cada uno de ustedes?, ¿cómo se dan cuenta que tus papás están molestos?, entre otros.
3. Las preguntas reflexivas tienen el objetivo de inducir a los integrantes de la familia a pensar para que generen por sí mismos nuevas ideas,

pensamientos o conductas que faciliten opciones diferentes para la solución de sus problemas. Están orientadas a activar el pensamiento lógico y el desarrollo de habilidades cognitivas, como la elaboración y modificación de significados y de creencias; por ejemplo: “Ustedes dicen que la enfermedad apareció por envidia, bien, les propongo un ejercicio, vamos a pensar todos en lo siguiente, ¿qué pudo haber hecho Pedro para que la enfermedad le apareciera?”. Si uno de los hijos tiene problemas de rendimiento escolar, se le pregunta: “¿Qué podría pasar si suspendes este curso?, ¿qué sería diferente si decides dejar de estudiar?, entre otros.”

4. Las preguntas estratégicas son de mayor complejidad, su uso debe reservarse para intervenciones terapéuticas, sobre todo cuando se desea promover en la familia cambios para superar problemas crónicos, rigidez o inmovilidad extremas, deben motivar al paciente y a los integrantes de la familia a hacer cosas diferentes o dejar de hacer actividades perjudiciales: “Linda, ¿qué te parece si mientras tu hermana cuida a tu mamá aprovechas para ir al baño?”, también los apoyan a expresar emociones: “Lalo todos nos enojamos alguna vez en la vida, qué pudo haber hecho tu esposa, que te ha molestado tanto; recuerdo cuando murió mi abuelita y no podía contener el llanto, Tere cómo has expresado tu tristeza con la muerte de tu abuela, qué tantas ganas tienes de llorar”.

La fase intermedia termina cuando el MF comunica a la familia una síntesis de la información obtenida, haciendo énfasis en los aspectos positivos de cada uno de los asistentes y de ellos como grupo, en ese momento da inicio la fase final.

Fase final. Inicia con un resumen de la fase intermedia y continua con un plan de sugerencias o tareas orientadas a: a) aprendizaje de ciertos conceptos educativos útiles; b) la modificación del significado dado por la familia al problema; c) a ofrecer conceptos que apoyen la elaboración de nuevos significados. Otra opción es sugerir la práctica de ciertas conductas orientadas a adquirir el dominio de habilidades para el autocuidado o para el apoyo del cuidado de su familiar; por ejemplo, hacer curaciones, aplicar sondas, maniobras de apoyo para la movilidad, elaboración de alimentos especiales, entre otros.

Un aspecto primordial es llegar a acuerdos sobre el esquema de citas de seguimiento al que paciente, familia y médico se comprometen.

Una parte elemental es usar la técnica de positivización durante la entrevista familiar y la motivación para la colaboración de cada uno, la disposición mostrada con su asistencia y participación, la forma en que fueron capaces de abordar los problemas, las contribuciones de algunos, entre otros.

Por último, se les pregunta sobre cualquier duda que tengan o comentarios que deseen hacer, para terminar la entrevista, se despide de cada uno de mano (si es posible), mencionando su nombre, con una actitud congruente con los temas, opciones, acuerdos o emociones de la entrevista, con la promesa de verse la próxima cita en la fecha y lugar programados.

ETAPA POSENTREVISTA

Los objetivos:

- Analizar la información obtenida en busca de fuentes de estrés, de riesgos, de problemas para la salud familiar o enfermedades o ambos, además de cualquier otro dato que sea útil en la comprensión de la situación del paciente o de la solución de sus problemas.
- Analizar el trabajo técnico del MF, revisar sus intervenciones y la respuesta de los integrantes de la familia a las mismas.
- Analizar la respuesta emocional del MF ante los comentarios y participación conductual de los integrantes de la familia.
- Elaborar un programa de atención que será la guía para las entrevistas familiares futuras.
- Decidir si el paciente y su familia, con los problemas que se identifican, pueden ser atendidos por:

1. El MF en el primer nivel de atención

2. Un terapeuta familiar en el segundo nivel de atención. Ante lo cual es necesario seleccionar el profesional al que se le referirá y cuidar los detalles y el proceso de la referencia para ofrecer seguridad al paciente y a su familia.

El resultado del análisis de la efectividad de las intervenciones técnicas y de las emociones del MF, son la parte de apoyo más importante para la decisión de quién será el profesional a cargo. Una sensación de ajuste y acomodación de colaboración entre paciente, familia y MF son indispensables para decidir continuar de responsable de la atención.

El resultado del análisis del primer objetivo (la información obtenida), el programa de atención elaborado y las decisiones sobre el profesional adecuado para las intervenciones, se comparten y negocian con el paciente y su familia en la siguiente cita.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez SR: Temas de Medicina General Integral, Volumen I, La Habana,

2001:235-238.

Cohen F: Strees and bodily illness. *Psychiatric Clinics of North America*, 1981;4:269-286.

Garza ET: *Trabajo con Familias*, 1ª Ed. UANL, 1997.

Garza ET: *Trabajo con Familias*, 2ª Ed. UANL, 2009:207-214.

Garza ET: Trabajo con Familias, Aplicaciones. En: Garza ET, *Trabajo con Familias*, 2ª Ed. UANL, 2009;123-134.

Garza ET, Alejandro SJ: Salud Mental-Dinámica familiar. Ed. SSA, México Serie Aprisa 1998.

Garza ET, Ramírez AJM, Gutiérrez HRF: Proceso para llegar a ser enfermo y paciente, su importancia para construir una relación médico/paciente/familia de colaboración. En: Garza ET, *Trabajo con Familias*, 2ª Ed. UANL 2009;89-109.

Gómez GR: La dignidad humana en el proceso salud–enfermedad, 1a Ed. 2008:162-164.

Hennen BK: La familia como unidad de atención. En: Shires DB, Hennen BK, *Medicina Familiar guía práctica*, Ed. McGraw Hill 1983;8-15.

Haley J: Conducting the first interview, en *Problems solving therapy*, 1987, San Francisco, Jossey Bass.

Lazarus R, Folkman S: *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer, 1984.

Marín ZA, Cano PJF: *Atención Primaria*, 5a Edición, España 2003:139-140.

Popkin MK et al.: Adjustment disorders in medically ill patients referred for consulting a University hospital, *Psychosomatics*, 1990;31:410-414.

Programa de difusión de la especialidad de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Subdirección de Investigación y Estudios de Posgrado, Universidad Autónoma de Nuevo León

Seely CJ: *Working with the family in primary care*, Ed. Praeger, New York, 1984.

Taylor RB: *Medicina de Familia: Principios y Práctica*, 6ª Ed. 2006:31-34.

Taylor RB: Medicina de Familia: aspectos actuales y perspectivas futuras. En: Taylor, RB (Ed.), *Medicina de Familia principios y práctica*, 5ª ed. Masson, 2002:3-7.

Capítulo 13

Dimensiones de la funcionalidad familiar a evaluar en la entrevista familiar



Teófilo Garza Elizondo

“La manera de hacer la pregunta determina la calidad de la respuesta”

TGE

La entrevista familiar facilita la interacción del médico con los pacientes y su familia, es considerada como la principal herramienta técnica para la práctica de la medicina familiar y, en especial, para el trabajo con familias.

Para facilitar su estructura, se siguen como guía las seis áreas de la funcionalidad familiar que sugiere el modelo de McMaster, con el cual se complementa. En el método de la Residencia de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para la evaluación de las familias; un aspecto fundamental es que estas áreas se investigan en relación con su dominio y efectividad, con el o los problemas de salud identificados por la familia, el médico familiar o ambos en el proceso de atención; por ejemplo en el caso de una familia con una persona diabética con dificultades para seguir la dieta, el interrogatorio sigue las áreas de la funcionalidad familiar en relación con las dificultades de los integrantes de la familia para hacer los cambios, de acuerdo a las dificultades identificadas o a las indicaciones sugeridas por los profesionales de la salud, desde la compra, la preparación, el almacenamiento hasta el consumo de los alimentos, El Médico familiar investiga y trabaja con estas variables funcionales pero siempre en relación a las conductas disfuncionales en la ejecución de un problema de salud,

aplicado así, su principal cualidad, a mi parecer es su utilidad clínica.

Las siguientes son las áreas de la funcionalidad familiar que el Modelo de McMaster sugiere:

1. Técnica de solución de problemas.
2. Comunicación verbal.
3. Roles familiares.
4. Expresión afectiva.
5. Involucramiento afectivo.
6. Control de conductas.

TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La solución de problemas es la capacidad de la familia para resolver de manera efectiva los problemas que aparecen a lo largo de su vida. Los problemas pueden ser instrumentales o afectivos, en ocasiones se pueden confundir. Los instrumentales son aquellos que se desarrollan al llevar a cabo las actividades diarias como serían el aseo personal y/o de la vivienda, preparación y consumo de alimentos, entre otros. Los afectivos tienen que ver con la identificación, expresión e intercambio afectivo relacionado con las relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia. Por ejemplo, el hijo que no puede proveer los cuidados que su padre anciano requiere: ¿es falta de habilidad para cubrir las necesidades de cuidado que el padre requiere (instrumental) o de dificultades de tolerancia ante los cambios involutivos o a los cambios físicos del padre enfermo (afectivos)?, ¿se identifican los problemas?, ¿por quién?, ¿es alguien que forma parte de la familia o alguien externo a ella?, ¿se le comunican a la persona que toma las decisiones?, ¿las alternativas surgen de una o de varias personas?, ¿se elige la alternativa de solución por consenso o con estilo autocrático?, ¿la llevan a la acción?, ¿con qué resultado?

Pueden ser efectivos hasta el último paso del proceso o detenerse antes, lo importante es que este proceso es una habilidad cognitiva que se aprende en familia y entre más se avance en él, la efectividad será mejor.

Aprender a seguir los pasos secuenciales del proceso para la solución efectiva de los problemas es tal vez la habilidad cognitiva más importante para la vida, que una persona puede aprender como recurso y la habilidad técnica más útil para los médicos familiares es promover su adquisición y aprendizaje, debe ser prioridad en la práctica clínica, para lo anterior es necesario que en la entrevista clínica el médico familiar siga los pasos secuenciales del proceso durante los diálogos con sus pacientes para ejemplificar de esa manera el qué y cómo aprender a tomar las mejores decisiones para la solución efectiva de sus problemas.

COMUNICACIÓN

Se refiere al aspecto verbal de la comunicación, al intercambio de información a través del uso del lenguaje, puede ser instrumental o afectiva. El aspecto no verbal es la parte más importante de la comunicación entre personas significativas o vitales que para casi todas las personas son parte de la familia, pero para su evaluación, significado, congruencia y entendimiento en la conducta de las personas involucradas en el proceso es indispensable el desarrollo de las habilidades específicas que requieren entrenamiento y supervisión especial.

Se evalúa si la comunicación verbal es directa o indirecta y si es clara o enmascarado con lo cual surgen cuatro posibilidades.

- Clara y directa. Por ejemplo, una esposa hablando con su esposo: “Estoy enojada contigo, porque no me ayudaste a cuidar al niño”.
- Clara e indirecta. Por ejemplo: “Estoy enojada porque nadie me quiso ayudar a cuidar al niño”
- Enmascarada y directa. Por ejemplo: “Te ves muy apurado, nunca tienes tiempo de nada”
- Enmascarada e indirecta. Por ejemplo: “Todo el mundo anda apurado, nadie tiene tiempo de nada”.

La comunicación funcional es aquella que es clara y directa.

Si la familia utiliza otras de las opciones se trabaja en las entrevistas para que se identifiquen y se promueva el uso de la opción funcional.

ROLES

Son patrones de conducta repetitivos cuyo objetivo es cubrir una función familiar, pueden ser formales e informales. Los formales son aquellos socialmente reconocidos, como: esposo, padre, hijo, tío, sobrino, abuelo, nieto, amigo, maestro, entre otros. Los informales son propios de cada familia, pueden ser: el bueno, el flojo, el enojón, el estudioso, el inteligente, el enfermizo, entre otros.

Los roles son definidos por una interacción repetida y son complementarios, esto es si hay un esposo hay una esposa, si hay un bueno, hay un malo. Se integran en dos grandes grupos.

- Roles familiares necesarios, que son los formales.
- Otros roles familiares, que son los informales.

Los roles mínimos necesarios para apoyar la solución de algún problema de salud familiar y éstos son los siguientes cinco:

- La **provisión de recursos** (incluye dinero, alimento vestido, vivienda) son instrumentales.
- Los **de apoyo y crianza** son los que proveen cuidado, confort y apoyo a los integrantes de la familia, su naturaleza es afectiva, pero en buena medida pueden ser instrumentales.
- **Gratificación sexual adulta.** Gratificación y apoyo conyugal, es de naturaleza afectiva.
- **Desarrollo de habilidades para la vida.** Son necesarias para facilitar el desarrollo independiente de los integrantes de la familia, tienen componentes afectivos e instrumentales. Son de apoyo y guía en el desarrollo integral de las personas; por ejemplo, conductas de autocuidado, iniciar y promover la educación, apoyar para concluir, con apoyo para el acceso a una educación formal y con la adquisición de hábitos de estudio.
- **Sistemas de control y mantenimiento de conductas.** Se incluyen la capacidad de liderazgo, para ejercer la disciplina, la de toma de decisiones entre otros.

Otros roles familiares, en ocasiones de acuerdo al problema presentado

pueden aparecer otros roles disfuncionales, un buen ejemplo puede ser el de cuidador, donde se depositan en una sola persona todas las responsabilidades de cuidar a su familiar enfermo o del chivo expiatorio en el que alguien es identificado por todos los de la familia como depositario de ciertas características casi siempre negativas, pero que son útiles para desviar la atención o para canalizar la tensión emocional que nace de las circunstancias.

EXPRESIÓN AFECTIVA

Se refiere al estilo de expresión afectiva que predomina en los integrantes de una familia, una parte importante del trabajo con familias es identificar las emociones o sentimientos que la familia permite que se expresen, sobre todo las relacionadas con un problema de salud o enfermedad, entre más amplio es el rango de expresión y entre más gratificantes y con retroalimentación positiva la funcionalidad es mejor.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO

Se refiere al compromiso afectivo que existe entre los integrantes de la familia con la persona que padece un problema de salud. ¿Participan en el proceso de atención?, ¿cooperan con alguna actividad?, ¿cuáles son los resultados? Va de la ausencia de involucramiento hasta cuando la relación es simbiótico, ambos extremos marcan posibilidades disfuncionales. La opción más adecuada sería el involucramiento afectivo empático, en el cual se apoya al familiar enfermo, pero se le permiten esfuerzos y actividades responsables de su autocuidado.

CONTROL DE CONDUCTAS

Son los métodos usados para influir sobre la conducta de otros en particular de los hijos. Se clasifican en tres categorías:

- 1. Control instrumental:** uso de objetos o al acto de otorgar privilegios como reforzadores. Por ejemplo: si te portas bien, te dejo ver la televisión, te doy dinero o permiso, entre otros.
- 2. Control psicológico:** uso de los sentimientos para influir sobre otros. Incluye: generar culpa, criticar, elogiar, entre otros. Si me quisieras harías lo que te pido.
- 3. Control corporal:** Se refiere al contacto corporal por ejemplo: golpes, pellizcos, nalgadas, sujetar, palmear, entre otros.

Cualquiera de los tres tipos puede relacionarse con mensajes positivos o negativos, los mejores resultados son con los de asociación positiva, sobre todo debido a que fomentan las relaciones interpersonales de respeto entre personas de autoridad diferente. Los sistemas de control suelen emplearse en tres situaciones:

1. Situaciones de riesgo o peligro, suelen ser extremas y de intensa emotividad, el impacto como experiencia significativa es profundo aunque sean experiencias aisladas.
2. Expresión de necesidades psicobiológicas (comer, beber, dormir, eliminación de desechos corporales, relaciones sexuales, y expresión de la agresión o de otros sentimientos). Son las experiencias que influyen más en los hábitos y costumbres de los integrantes de la familia y en sus futuras conductas saludables o no.
3. Conductas socializadoras internas y externas a la familia. Son las que determinan el estilo relacional. Pueden expresarse con tres estilos:
 - Rígido
 - Flexible
 - *Laissez-faire* o caótico

El funcional es el estilo flexible. La figura 13-1 muestra el instrumento o formato en los que se incluyen los puntos descritos con anterioridad, que permiten el registro de la información obtenida sobre la funcionalidad

familiar durante la entrevista con los integrantes de la familia.

Departamento de Medicina Familiar
(U.A.N.L.)

Funcionalidad familiar. En relación al siguiente problema de salud familiar: _____

Nivel de efectividad

1. Solución de problemas.

	Instrumental	Afectivo
1. Identificación del problema.		
2. Comunicación del problema a la o las personas involucradas.		
3. Identificación de alternativas de solución.		
4. Ventajas y desventajas de cada una de las alternativas.		
5. Elección de la mejor alternativa.		
6. Llevarla a la práctica.		
7. Revisión de los resultados.		
8. Terminación del proceso (si se solucionó)		
9. Reinicio del proceso en punto 5 (si no se solucionó)		

2. Comunicación verbal.

	Instrumental	Afectivo
1. Clara y directa.		
2. Clara e indirecta.		
3. Enmascarada y directa.		
4. Enmascarada e indirecta.		

3. Roles familiares necesarios (para la atención y/o solución del problema detectado)

	Responsable	Efectividad Adecuada/inadecuada
1. Provisión de recursos.		
2. Apoyo y crianza.		
3. Gratificación sexual adulta.		
4. Desarrollo de habilidades de vida diaria.		
5. Sistemas de mantenimiento y de manejo.		
6. Otros roles		

4. Respuesta afectiva.

Se permite la expresión de todas las emociones asociadas al problema: Sí No

¿Cuáles sí? _____ ¿Cuáles no? _____

5. Involucramiento afectivo con el paciente.

1. Ausencia de involucramiento.
2. Involucramiento desprovisto de sentimientos.
3. Involucramiento narcisista.
4. involucramiento empático.
5. Sobreinvolucramiento.
6. Involucramiento simbiótico.

6. Control de conductas:

Tipo de control.	Tendencia de expresión	Estilo de control.
1. Control instrumental	Positivo/Negativo	1. Rígido
2. Control psicológico.	Positivo/Negativo	2. Flexible
3. Control corporal.	Positivo/Negativo	3. Caótico

Observaciones generales de la funcionalidad familiar _____

Figura 13-1.

Formato de registro para la funcionalidad familiar.

Se sugiere marcar con un ángulo o una cruz el nivel identificado que alcanzan los integrantes de la familia en la ejecución de cada una de las funciones que se evalúan, los puntos 5 y 6 se pudieran circular o subrayar.

BIBLIOGRAFÍA

Bishop DS: *Behavioral Problems and the Disabled*. Ed. Williams and Wilkins, 1980.

Epstein NB, Bishop DS: The McMaster Model of Family Functioning J. Marriage Fam. Counseling, 1978;19-31.

Garza ET: Salud mental, dinámica familiar, Secretaría de Salud, México: Serie Aprisa, 1988;2.

Wright LM, Leahey M: *Nurses and families*. Ed. F.A. Davis Company, 1984.

Capítulo **14**

Modelo de atención



Teófilo Garza Elizondo

“Lo que la persona vive y aprende de niño lo acompañara toda su vida”

Anónimo

INTRODUCCIÓN

Una de las justificaciones de la medicina familiar desde sus inicios fue recuperar el enfoque humanista en la atención, carencia de la cual surgía la queja más frecuente de los usuarios, que refería una práctica fría, despersonalizada y desinteresada. Además, era notoria la existencia de pacientes cuyas causas de consulta eran por motivos psicosociales o con quejas, o síntomas físicos médicamente inexplicables, que en ocasiones superaba el 70% de su consulta, era difícil encontrar una causa física u orgánica que los explicara, por lo que las opciones terapéuticas eran limitadas.

A inicios de los ochentas, Janet Christie–Sealy, (1983) señaló la importancia de un manejo integral o biopsicosocial, el cuál llamó **trabajo con familias**, ya que su énfasis formativo era en el desarrollo de habilidades terapéuticas de apoyo psicológico y de habilidades para mejorar las relaciones interpersonales, ya sea en la atención para el paciente, para su familia o ambos.

Durante su práctica, privada o institucional, el médico familiar (MF) debe decidir durante la consulta, a qué pacientes propondrá un contrato de trabajo para llevar a cabo las intervenciones psicosociales diagnósticas, terapéuticas o ambas, del **modelo de atención de trabajo con familias** o biopsicosocial. Conocer este modelo le da al MF identidad y lo diferencia del resto de los especialistas médicos al agregar a su perfil profesional habilidades para efectuar intervenciones, además de diagnósticas, terapéuticas en las relaciones interpersonales (sociales), que se agregan a las habilidades terapéuticas psicoemocionales y médicas, lo anterior lo posiciona como el único profesional de la medicina que puede aplicar el modelo de atención biopsicosocial.

OBJETIVO

Describir los pasos del proceso para aplicar el modelo de atención de trabajo con familias o biopsicosocial.

DESARROLLO

Aplicar este modelo de atención implica todo un proceso cuyas intervenciones sean diagnósticas o terapéuticas y cubre los siguientes pasos:

1. Identificar en la consulta diaria, los pacientes con los indicadores que justifiquen el trabajo con familias.
2. Negociar con el paciente su aprobación y aceptación para el trabajo con familias y elaborar el contrato de trabajo.
3. Obtener la información familiar (evaluación familiar integral).
4. Aplicar las intervenciones terapéuticas programadas.
5. Llevar a cabo la evaluación del proceso de trabajo con familias.
6. Seguimiento.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS O INDICADORES QUE JUSTIFICAN EL TRABAJO CON FAMILIAS

Características de las familias que necesitan atención.

1. Familias cuyos integrantes:

- Utilizan frecuentemente los servicios de salud.
- Consultan por síntomas vagos o inespecíficos.
- Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación.
- Tienen problemas psicosomáticos.
- Tienen problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no deseado o no planeado, entre otros).

2. Familias con:

- Cambios en su composición (nacimientos, muertes, huídas del hogar, adición de familiares o amigos, entre otros).
- Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico sobre todo si es en un enfermo crónico.
- Pobre apego a las indicaciones médicas.
- Hospitalización o cirugía de cualquiera de sus integrantes.
- Enfermos terminales, discapacitados, con problemas genéticos, entre otros.

La presencia de uno o más de los indicadores anteriores, justifican que el médico familiar programe una serie de actividades clínicas diagnóstico-terapéuticas, **ampliando el foco de la atención del paciente a su familia**, con lo que activa y agrega a su perfil las habilidades terapéuticas psicosociales (terapéutica psicológica y interpersonal), lo que le permite alcanzar y poder **ofrecer un verdadero nivel de atención integral, modelo de atención curativo proporcionado sólo por los médicos familiares dentro de la gama de especialidades médicas.**

NEGOCIACIÓN Y CONTRATO DE TRABAJO CON LA FAMILIA

La negociación consiste en retroalimentar al paciente y a la familia de los

indicadores, problemas detectados o ambos

Señalar su importancia y la relación que tienen con las quejas o causas de consulta, por lo que se fortalece la necesidad de efectuar una evaluación integral del paciente y de su familia completa, antes de cualquier tipo de intervención, paso seguido, **se procede a reetiquetar el problema del nivel individual al familiar**, por lo que es fundamental que el médico familiar transmita que si bien el problema es del paciente, afecta a todos, lo cual implica que las intervenciones terapéuticas pueden ser en el paciente, familia o ambos.

Establecer el contrato de trabajo

El contrato incluye los alcances de las responsabilidades del paciente, familia y del médico familiar.

En el caso del paciente y su familia, acudir a las citas y a cualquier actividad programada en el consultorio o en cualquier lugar de reunión previamente acordado; por ejemplo, la sede de algún grupo de apoyo o capacitación, tipo Al-anon.

Otra responsabilidad es **seguir las indicaciones** hechas por cualquiera de los integrantes del equipo de atención, pueden incluir fármacos, algunas sugerencias pueden ser: educativas, conductuales o emocionales o ambas, ya sea para hacer algo nuevo, diferente o dejar de hacer algo identificado como perjudicial o de riesgo, una sugerencia que necesita mención especial es **la referencia a otros especialistas**, ya que cuando se requiere, tanto el médico como el paciente y su familia deben acordar quién seguirá de responsable de la atención, idealmente debe ser el médico familiar.

Otra responsabilidad del paciente, familia o de ambos es la de comunicar, avisar, preguntar al médico o a cualquier integrante del equipo de atención sobre dudas o conceptos no entendidos, ya que de esta actitud nace el desarrollo de las conductas de autocuidado y autodeterminación.

El paciente y su familia son los únicos responsables de las decisiones que se tomen durante su atención, ya sean en el proceso diagnóstico, terapéutico o de seguimiento, y si la atención es privada, de cubrir los honorarios acordados tanto de los profesionales como de los procedimientos llevados a cabo.

En el caso del médico familiar las responsabilidades incluyen:

- El compromiso de poner a disposición del paciente y su familia sus

capacidades profesionales en los procesos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento, explicando que su perfil incluye intervenciones de apoyo y expresión emocional constructiva y algunas intervenciones de las relaciones entre los miembros de la familia, dirigidos a mejorar su calidad de vida en especial en el cuidado y recuperación de su salud.

- Otro aspecto a cubrir por el médico familiar es ubicar con claridad y precisión los lugares de atención y circunstancias para elegir cada una de las diferentes opciones, entre ellas: el número de entrevistas no excederá de 10, la duración (alrededor de 45 minutos), el horario, quiénes asistirán y los síntomas de urgencia; los lugares de atención pueden ser: consultorio, domicilio del paciente, consultorio de otro colega, hospital.
- Debe explicarse en detalle las circunstancias en las que se elige una opción como la referencia, que se da cuando es necesaria otra opinión, una evaluación o tratamiento especializados, pero dejar clara la disposición del médico familiar de continuar a cargo de la atención, coordinación de la misma en caso de que sean varios los profesionales involucrados, por ser el que conoce a toda la familia, la historia y evolución de la enfermedad, posee habilidades de comunicación, negociación y diferentes técnicas de educación, y de ser necesarias, técnicas de apoyo emocional.

EVALUACIÓN FAMILIAR INTEGRAL

Consiste en obtener la información necesaria e indispensable del paciente y de sus contextos, para después de su análisis, elaborar una serie de intervenciones orientadas a apoyarlos a recuperar la salud, mantenerla o ambas.

La evaluación familiar integral cubre las siguientes dimensiones:

- Estructura familiar.
- Desarrollo familiar.
- Historia familiar de crisis.
- Funcionalidad familiar.
- Recursos familiares.

Estructura familiar

Ésta incluye:

- a) Estructura interna: composición familiar, orden o posición en la familia, subsistemas, límites.
- b) Estructura externa: familias de origen, contexto social.
 - **Contexto social:** conceptos o significados que sobre la enfermedad o problema de salud posee el grupo social, religión del paciente, como normas de comportamiento moral, fe o ambas y como convivencia con el grupo de personas de la iglesia, nivel socioeconómico, amistades y vecinos, familia extendida.

Los instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre la estructura familiar son: el familiograma, el ecomapa, formato de datos generales, formato sobre composición familiar, desarrollo familiar.

- Etapa del ciclo de vida.
- Tareas adaptativas de cada etapa.
- Tipo de respuesta adaptativa o de ajuste a la nueva etapa.

Los instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre el desarrollo familiar son: 1) formato de desarrollo familiar, que incluye las etapas del ciclo de desarrollo familiar con sus respectivas tareas del desarrollo y un espacio para registrar la respuesta adaptativa del paciente. 2) Formato de desarrollo familiar para cada etapa del ciclo de vida familiar con los mismos datos.

Historia familiar de crisis

El estrés puede originarse de un **evento agudo** el cual puede resultar repentino, intenso y abrumador, como es la muerte de un hijo, de la pareja, desempleo, entre otros.

En el día a día de la vida familiar existen múltiples fuentes de estrés que son constantes y permanecen a lo largo de años, son eventos tensionales que tal vez por sí solos no provoquen crisis, pero agrupados, el estrés que producen, aunque leve, de múltiples fuentes crónicas (familias multiproblemáticas) adquiere un efecto acumulativo que provoca en las personas expuestas un agotamiento emocional y físico que evoluciona a convertirse en una crisis por agotamiento que en personas susceptibles

conduce a la aparición de síntomas psicosomáticos.

Las crisis accidentales en las familias pueden clasificarse en cuatro grupos:

1. De abandono.
2. De adición.
3. De cambio del estado social.
4. De desmoralización.

Los médicos familiares están en una posición privilegiada en:

1. Identificar las fuentes de estrés de sus pacientes,
2. Al aplicar un modelo de atención integral o biopsicosocial (trabajo con familias), amplían su foco de atención de la persona a sus diferentes contextos.
3. Su capacidad de percepción diagnóstica se incrementa junto con las opciones terapéuticas sobretodo en las dimensiones emocionales y relacionales del modelo de atención biopsicosocial.

Los instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre la historia familiar de crisis son:

1. Formato sobre crisis accidentales.
2. Línea de vida.
3. Interrogatorio retrospectivo sobre acciones y procedimientos llevados a cabo por el paciente o su familia, o ambos, para la solución efectiva de las crisis previas o anteriores.

Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar la integran dos grupos de funciones:

- a) **Funciones instrumentales.** Son todas aquellas funciones y/o actividades que necesitan llevarse a cabo, para que la vida en familia ocurra de una manera ordenada, adecuada y sobre todo, que al realizarse satisfagan todas o la mayoría de las necesidades de sus integrantes.

Las funciones instrumentales a evaluar ante la existencia de una

enfermedad son:

1. La provisión de los recursos económicos y materiales para su atención.
2. Apoyo y crianza de los hijos.
3. Desarrollo de habilidades de la vida diaria (higiene personal y de la vivienda, vestido, alimentación, entre otros).
4. Sistemas de control de conductas.
5. Gratificación sexual adulta, entre otras.

Los instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre las funciones instrumentales son:

1. Lista de las rutinas de vida diaria y quién las realiza.
2. Lista de las tareas asignadas, a quién y su conformidad.
3. Lista de las tareas necesarias para el cuidado efectivo de la enfermedad de su familiar y quién las realiza.

b) Funciones afectivas o expresivas. Consisten en la expresión y comunicación de los sentimientos y emociones entre todos los integrantes de la familia, sobre todo aquellos que los hacen sentir aceptados y queridos, ya que esa es la recompensa de la vida.

Comunicación verbal

Se da a través de los mensajes de voz o hablados, puede ser:

- Directa o desplazada.
- Clara o enmascarada.

La combinación de las cuatro variables, da como resultado las siguientes cuatro opciones, de la más a la menos funcional o sana:

- Directa y clara.
- Directa y enmascarada.
- Desplazada y clara.
- Desplazada y enmascarada.

Por ejemplo, una mamá de un niño con trastornos neuromotores al llegar

su marido a casa.

1. **Directa y clara:** “Carlos tuve un día terrible, estoy agotada, por favor, cuidas al niño mientras me doy un baño.”
2. **Directa y enmascarada:** “Carlos tuve un día terrible, estoy agotada, no pude ni bañarme.”
3. **Desplazada y clara:** “Nadie me ayuda, me canso mucho, me gustaría que alguien cuidara al niño para poder bañarme.”
4. **Desplazada y enmascarada:** “Que difícil es para las mamás, cuidan los niños, trabajan en casa y a pesar de quedar agotadas, nadie las ayuda y a veces ni pueden ir al baño.”

Comunicación no verbal

Las personas consciente o inconscientemente reciben y envían mensajes a través del lenguaje corporal, algunos de los aspectos a tener en mente son: apariencia general, (vestido adecuado, limpieza, comportamiento, entre otros); postura; contacto visual; expresión facial; manos; tonos de la voz; el silencio; contacto físico; distancia interaccional; congruencia entre lo verbal y lo no verbal; congruencia entre lo no verbal y el estado emocional,- La secuencia en la que se expresa.

Comunicación emocional

Se refiere a las emociones que una familia permite que sus integrantes expresen, entre más amplio es el rango de emociones que se pueden expresar, la familia es más funcional. Se sugiere identificar las emociones que se pueden y no se pueden expresar.

Es de suma importancia para la atención familiar identificar las emociones relacionadas con la enfermedad y/o cualquiera de sus síntomas, procesos diagnósticos y/o terapéuticos, es necesario que el médico familiar pregunte de manera directa sobre el sentir del paciente por lo que le pasa y a su familia por lo que observan que vive su familiar con la enfermedad.

Comunicación circular

Se refiere al proceso de comunicación recíproca entre dos personas, puede ser con mensajes (estímulo y retroalimentación), de diferentes tipos como son: verbales, emocionales y/o conductuales, son repetitivos y predecibles, ya que constituyen un patrón interaccional, aparecen de 3 a 6 ocasiones en

el tiempo de una consulta promedio, puede variar el tema o contenido pero el aspecto relacional es constante.

La comprensión de un patrón de relación circular simple lo dio Tomm (1980), incluye la persona 1 con una conducta (**mensaje verbal, emocional o conductual**) y la persona 2 con una percepción de esa conducta (**elaboración cognitiva que le da un significado y genera una respuesta emocional de la que nace el impulso de una conducta como respuesta**), esta conducta de la persona 2 retroalimenta a la persona 1, quién inicia una elaboración cognitiva que explique la conducta de la persona 2, y con ello cierra el ciclo, el cual ya constituido como patrón relacional tiende a repetirse en ese o en cualquier momento, que las personas 1 y 2 convivan e interactúen.

Técnica de solución de problemas

Esta técnica es la más importante de los procesos mentales cognitivos, su aplicación es útil en todas las áreas del comportamiento, cuando es efectiva aporta un sentido de autoeficiencia y amor propio a las personas que es difícil de igualar. Su aplicación y utilidad en el modelo de Trabajo con Familias, es el eje central de las intervenciones terapéuticas. A continuación se describen los pasos secuenciales del proceso:

Técnica de solución de problemas

1. Problema identificado:
2. Tipo de problema:
 - 2.1 Instrumental.
 - 2.2 Afectivo.
3. Comunicación del proceso de solución a las personas involucradas.
4. Desarrollo de alternativas de solución.
5. Identificar ventajas y desventajas de cada alternativa propuesta.
6. Elección de la mejor alternativa para los participantes.
7. Compromiso de todos de llevarla a cabo, con la conciencia plena de lo que cada uno debe hacer o cómo participará.
8. Evaluación de los resultados.
 - 8.1 Si los resultados fueron adecuados, fin del proceso.
 - 8.2 Si los resultados fueron inadecuados, se reanuda el proceso en el punto (elegir otra alternativa).

Existen dos formas de aplicar clínicamente lo anterior:

1. **La técnica retrospectiva:** consiste en interrogar al paciente sobre el proceso que aplicó para la solución de algún problema o crisis en el pasado, el médico familiar sigue en el diálogo los pasos del proceso, buscando que el paciente identifique aquellos que siguió y la efectividad que alcanzó, de encontrar fallas, se comenta la secuencia adecuada del proceso, con énfasis a que oriente su esfuerzo a la acción y a identificar otras opciones de solución más efectivas (se sugiere utilizar durante la entrevista algunos auxiliares como una hoja con el proceso o un pizarrón donde se siga paso a paso).
2. **La técnica prospectiva,** en la cual, médico y paciente, con un problema actual, revisan la solución del mismo siguiendo paso por paso el proceso, con énfasis en la identificación de alternativas y en la motivación para la aplicación de aquella que se eligió como la más adecuada, sin olvidar el seguimiento, evaluación de los resultados, reinicio del proceso o ambos.

Los roles

Son patrones de conducta establecidos para los integrantes de una familia; son constantes y resultan apropiados en una situación específica y particular, su naturaleza es interaccional; son complementarios, esto es que se expresan con otros o en presencia de otros integrantes de la familia, poseen una retribución emocional. Los roles son formales e informales.

- **Formales:** incluyen aquellos aceptados y reconocidos por la sociedad, como son: esposo/a, padre/madre, hijo/a, hermano/a, entre otros.
- **Informales:** son específicos de cada familia, pueden ser: el bueno, el tranquilo, la responsable, la oveja negra, el chivo expiatorio, entre otros.

La característica es que **son complementarios**, lo que implica que si hay un bueno, existe un malo y así, para los demás, además **poseen una carga emocional** que puede ser un reconocimiento o condena familiar.

La asignación y ejecución o cumplimiento de un rol, **pueden ser rígidos o flexibles**, siendo esta última condición la más funcional, por lo que en las intervenciones familiares debe promoverse que los roles sean intercambiables de forma que cualquiera de los integrantes de la familia lo pueda cumplir esté o no el depositario original.

Técnicas sugeridas

Técnicas o instrumentos sugeridos para identificar los roles familiares.

El objetivo es identificar los roles, en especial: el de cuidador principal y secundario, (el proveedor de los recursos), el que toma las decisiones, (los de carga emocional negativa), para facilitar, de ser posible, el intercambio, flexibilidad o ambos, en su ejecución, lo que ayuda a evitar el agotamiento del depositario único es:

1. La observación directa durante las entrevistas.
2. El interrogatorio directo sobre los mismos, ¿Quién de ustedes es el que cuida y hace las curaciones del paciente?, ¿si Erika es la buena, por cooperar y apoyar en la atención del paciente, quién no lo es, o quién no lo hace?

Sistemas de control de conductas

Todas las familias tienen reglas y es necesario un sistema de control que apoye en sus integrantes el aprendizaje de las reglas de comportamiento social o de socialización.

El **aprendizaje/enseñanza de los comportamientos sociales** se da a través de dos dimensiones del ejercicio de la autoridad:

- a) La disciplina
- b) La constancia

La disciplina se ejerce a través de dos dimensiones del comportamiento jerárquico, a saber:

1. La exigencia, se refiere al énfasis de la autoridad en el control, la supervisión y la promoción del comportamiento maduro y responsable de las personas a su cargo, esto es con reglas claras y conductas congruentes.
2. La responsividad o la transmisión del calor emocional o afecto, se refiere al énfasis de la autoridad en el intercambio de afecto constructivo y en la aceptación de las personas a su cargo, con sus características reales.

Y la constancia como la palabra lo refiere implica la persistencia en el tiempo de la aplicación de las reglas familiares.

Los sistemas de control de conductas son:

1. Control Instrumental, que consiste en dar o quitar cosas, permisos, privilegios, entre otros.
2. Control psicológico, consiste en dar o quitar elogios, reconocimientos, críticas, señalar errores, entre otros.
3. Control corporal, consiste en usar el contacto físico como palmear, abrazar u otros acercamientos físicos para reconocer, premiar o estimular una conducta o sujetar, golpear u otros acercamientos físicos para reprimir una conducta.

El estilo de socialización democrático o autorizador (estilo de enseñanza) es el más recomendable, se ejerce con el uso de las siguientes técnicas, en el orden que aparecen:

1. Inductivas (enseñar a razonar o reflexionar sobre las consecuencias de las conductas).
2. Dar, recibir o quitar afecto.
3. Dar, recibir o quitar privilegios.
4. Usar la fuerza verbal, para frenar el impulso con exhortos y frases dirigidas a pensar en las consecuencias de su conducta en sí mismo y en los demás.

Creencias sobre la salud y la enfermedad

Las creencias son elaboraciones cognitivas que las personas hacen o adquieren a lo largo de los años por sus experiencias personales y familiares con los asuntos de salud o las enfermedades a las que se enfrentan como individuos o grupo, condicionan su comportamiento, cooperación y apego a las indicaciones, y tratamientos, por esto su importancia.

Las técnicas sugeridas para obtener la información sobre las creencias acerca de la salud y la enfermedad son:

1. Interrogatorio directo y dirigido sobre los conocimientos que tienen sobre la enfermedad.
2. Interrogatorio directo sobre las experiencias que poseen sobre la enfermedad, en familiares, conocidos o ambos.
3. Interrogatorio directo sobre las expectativas que tienen sobre el

tratamiento, evolución o pronóstico.

La información obtenida será usada para la elaboración de las intervenciones educativas o cognitivas del programa de atención, ya sea para: modificar mitos (falsas creencias), ofrecer conocimientos adecuados, ofrecer capacitación específica, si se requiere.

La educación durante las entrevistas, debe cubrir estos temas programados por áreas secuenciales de forma que unos se conecten con los siguientes, expuestos con orientación práctica, lenguaje sencillo y de ser posible, con verificación de su entendimiento y dominio.

Las tareas durante o entre una y otra consulta deben cubrir actividades nuevas o diferentes y al mismo tiempo buscar que sean motivadoras, que su ejecución empuje a los pacientes a desear realizarlas de nuevo (retroalimentación positiva).

Alianzas, coaliciones o ambas

En cualquier sistema humano, en especial en la familia, se identifican con facilidad los subsistemas o díadas, constituidas por dos personas, Bowen en 1978, describió el subsistema de tres personas, al que llamó triángulo e identificó como el más estable por su propiedad para disminuir el estrés, ansiedad, preocupaciones y las demandas en el resto de la familia.

Ackerman en el año de 1980, agregó que el subsistema original o díada disfuncional, (padre-madre) al llegar a un punto en el que el estrés era imposible de manejar, jalaban o succionaban a otro integrante de la familia, generalmente vulnerable (un hijo, viejo, persona con discapacidad, o enferma) y dicha persona los ayudaba a disipar el estrés.

Minuchin en el año de 1974, hace la aportación sobre la triangulación en su teoría estructural de la familia y describe tres tipos o formas: triangulación, coalición estable y el rodeo.

Las tres descripciones disfuncionales de familias que involucran un tercero en el conflicto, con lo que disminuye el estrés, la familia encuentra un equilibrio y estabilidad, pero sin solucionar el problema o la fuente del estrés, con lo que a mediano plazo la persona más afectada es el tercero involucrado, quién suele ser inmaduro, inefectivo, seudo independiente y con dificultades para establecer relaciones extrafamiliares estables.

La habilidad técnica más importante del médico familiar en la dimensión sobre la funcionalidad familiar es apoyar a sus pacientes y familias a cumplir o llevar a cabo las funciones familiares de acuerdo al tipo de

familia y la etapa del ciclo vital que viven.

Recursos familiares

Las familias disponen de tres tipos de recursos, que son:

Recursos personales

Son las capacidades que desarrollan y poseen los integrantes de una familia, los más importantes son: amor propio o autoestima altos, sentido de autoeficiencia, depende de la confianza y seguridad en su capacidad para un desempeño adecuado y efectivo, y los procesos cognitivos específicos, de éstos los importantes son los siguientes:

- Proceso de solución de problemas.
- Proceso de toma de decisiones.
- Procesos de expresión de emociones constructivas.
- Hábitos y costumbres de vida saludables.

Recursos familiares

Éstos son: sentido de pertenencia, sentido de identidad, seguridad de intercambio afectivo, apoyo y solidaridad, creencias sobre la salud y la enfermedad, fe religiosa compartida, grados educativos alcanzados por sus integrantes, disponibilidad de bienes e ingresos económicos de sus integrantes.

Recursos extrafamiliares, comunitarios o sociales

Éstos son: familia extendida, amigos, vecinos, compañeros del trabajo, de la escuela, de la iglesia, etc., grupos de autoayuda o de ayuda, recursos médicos institucionales y/o privados, organizaciones gubernamentales de ayuda, organizaciones no gubernamentales de ayuda.

LAS INTERVENCIONES

Consisten en compartir o transmitir información específica, adecuada y actualizada de un evento, problema o enfermedad al paciente y/o a su familia con el objetivo de apoyarlos a lograr cambios en su manera de

explicarse lo que perciben, piensan, e sienten y deciden hacer o expresar como conductas.

Las intervenciones también pueden ser identificadas como tareas o indicaciones a realizar tanto durante la entrevista como fuera de ella entre una y otra cita.

Las intervenciones, tareas o indicaciones deben ser directas, con una descripción clara y detallada de sus pasos, es recomendable verificar con los pacientes que se haya captado y entendido bien todo el proceso, ya que en la siguiente cita se revisarán la ejecución de los pasos y los resultados.

Las intervenciones, tareas o indicaciones deben dirigirse a que los pacientes y sus familias se esfuercen o canalicen su energía en dos direcciones:

1. Lograr conocimientos, que expresen sus sentimientos o hagan cosas nuevas o diferentes, pero mejores
2. Dejen de hacer las cosas inefectivas, molestas o destructivas que hacían.

Las intervenciones, tareas o indicaciones son de tres tipos:

1. Cognitivas o educativas.
2. Emocionales que incluyen:
 - Aprender a identificar sus emociones.
 - Aprender a frenar su expresión destructiva.
 - Aprender a expresar sus emociones de forma constructiva.
3. Conductuales.
 - A nivel personal, (hábitos y costumbres).
 - A nivel relacional.

Por ejemplo: familia con un paciente diabético con dificultades para seguir indicaciones dietéticas.

1. Apoyarlos a hacer algo nuevo o diferente.
 - Intervenciones o tareas cognitivas o educativas: ofrecerles información verbal, escrita o en videos sobre alimentación normal y en especial en personas diabéticas. Recomendar libros sobre el tema para intercambiar con ellos aspectos de su lectura orientados a superar dudas o hábitos perjudiciales. Recomendar su inscripción en cursos

sobre alimentación, entre otros. Intervenciones o tareas emocionales: motivarlos a identificar las emociones sobre todo las negativas, asociadas a la enfermedad y a lo difícil, irritante y frustrante que pueden resultar los esfuerzos para modificar sus hábitos dietéticos. Motivarlos a reflexionar sobre formas constructivas de expresar esas emociones.

- Intervenciones o tareas conductuales: señalar que el seguir las indicaciones y tareas educativas como leer, asistir a cursos o buscar y comprar un libro ya son en sí mismos, cambios o conductas nuevas (desarrollo de hábitos personales). Si identificaron opciones diferentes de expresión emocional, motivarlo a llevarlas a la práctica, como conductas nuevas más responsables (opciones constructivas). Identificar y negociar con ellos pequeños cambios en la dieta como son: usar cubiertos, servir en platos más pequeños, masticar un poco más los alimentos, entre otros; comer una tortilla, tomar aguas de frutas de temporada (desarrollo de hábitos personales).

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO CON FAMILIAS

La evaluación se hace al reflexionar sobre el proceso de atención y los cambios obtenidos. El primer paso es recordar el contrato de trabajo y sus acuerdos de atención, ya que éstos son el punto de partida.

Los resultados obtenidos se evalúan a través de los cambios alcanzados en los acuerdos del contrato, y también con base en las tres dimensiones de las intervenciones:

- 1. Cambios cognitivos o educativos,** ¿qué conceptos aprendieron?, ¿qué conocimientos de la enfermedad o problema de salud modificaron?, ¿qué conocimientos ayudaron a tomar mejores decisiones sobre el diagnóstico, tratamiento o ambos?
- 2. Cambios emocionales, se interroga sobre:** ¿qué emociones identificaron asociadas a su enfermedad, problema de salud o ambos?, ¿cuáles de las emociones identificadas son destructivas?, ¿identifica formas diferentes de expresión constructivas?, ¿identifica las ventajas personales y familiares de estas nuevas formas de expresión?
- 3. Cambios conductuales.** Se evalúa a dos niveles: personal, ¿qué actividades nuevas o diferentes lleva a cabo?, ¿qué actividades dejó de

hacer? Familiar, ¿qué actividades nuevas o diferentes llevan a cabo?, ¿qué actividades dejaron de hacer?

Las dos se cubren en los aspectos cognitivos o educativos, emocionales y conductuales; por ejemplo, buscaron libros sobre alimentación del diabético y lo leyeron, éstas cubren dos aspectos: educativo y conductual. La persona siente enojo, lo expresa gritando y ofendiendo a su esposa, aprende a identificar la emoción y que la forma de expresión se puede cambiar, trabaja en aprender a reconocer las cosas que le enojan, detiene los gritos, aprende a alejarse y a pensar en otras formas de expresión diferentes, elige otra más constructiva, cubre el aspecto cognitivo al aprender que las emociones todos los sentimos, pero la forma en que se dicen es aprendida y emocional, ya que el tema son emociones y su expresión, y al frenar ésta es conductual.

Después de revisar e identificar los cambios realizados por el paciente y su familia se procede a concluir y terminar el proceso acordado, las opciones en este punto son:

1. Terminar el proceso por buena evolución.
2. Continuar el proceso con un nuevo contrato.
3. Decidir referir a otro especialista.

Ante cualquiera de las tres opciones, el médico familiar debe acordar con el paciente y su familia que continúa como recurso directo de la familia en la atención de cualquier otro problema de salud y de sus integrantes.

SEGUIMIENTO

Los objetivos son: a) revisar la permanencia de los cambios; b) identificar cambios nuevos que pueden surgir de los anteriores; c) motivarlos a continuar con los esfuerzos; d) señalar que la familia es y será el principal, y más importante recurso de las personas; e) señalar que el médico familiar está y estará a su disposición.

El seguimiento permite aplicar el principio de la continuidad de la atención que ofrece el médico familiar, parte de la disponibilidad permanente que el médico ofrece a los pacientes y sus familias de estar siempre para ellos a lo largo del tiempo, en el consultorio o en el lugar que se le requiera y también como coordinador de la atención cuando varios

colegas se necesitan involucrar en el proceso de atención.

La base es acordar un promedio de 2 a 3 citas programadas de seguimiento, la primera puede fijarse a 15 días del cierre del proceso, la segunda 1 mes a partir de la primera cita de seguimiento y la última, de uno a dos meses después de la segunda.

CONCLUSIONES

Después de 30 años de aplicar el Modelo de atención de trabajo con familias en su práctica profesional, tanto institucional como privada y como profesor del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José E. González”, el autor puede afirmar que:

El Modelo de atención de trabajo con familias o biopsicosocial es integral, efectivo y ofrece satisfacción a los pacientes, a sus familias y a los médicos familiares.

Al incorporar las habilidades terapéuticas de apoyo psicológico y las habilidades terapéuticas interpersonales y de las relaciones familiares a sus habilidades médicas, aumenta su capacidad resolutive en la práctica de la medicina familiar.

Al aplicar este modelo se convierte en el único especialista médico con este perfil.

BIBLIOGRAFÍA

Ackerman NH: *Psicoterapia de la familia neurótica*. Barcelona: Padiós 1980

Bishop DS: *The challenges of chronic illness*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980.

Bowen M: *De la familia al individuo*. Barcelona: Padiós, 1991.

Fishman HC: *El cambio familiar. Desarrollo de modelos*. México: Gedisa, 1990.

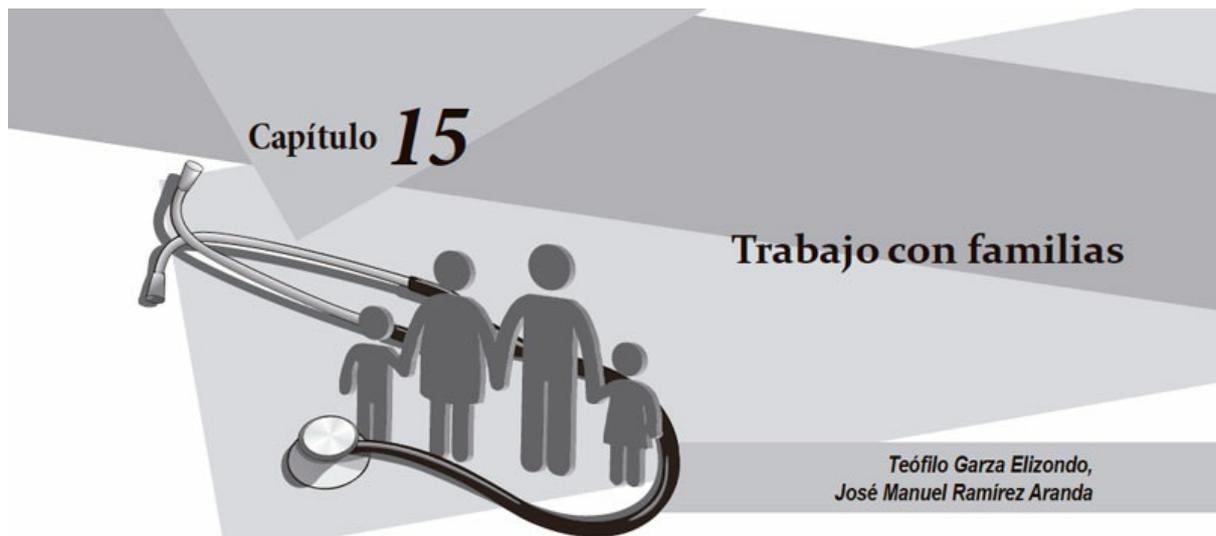
Garza ET et al.: Proceso para llegar ser enfermo y paciente. Su importancia para construir una relación médico-paciente-familia de colaboración, Garza ET (ed.). En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:89-110.

Garza ET et al.: Proceso para llegar a ser enfermo y paciente. Su importancia para construir una relación médico-paciente-familia de colaboración, Garza ET (ed.) En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:99-98.

Garza ET: Trabajo con familias. Aplicaciones. Garza ET (ed.). En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:123-124.

Garza ET: Trabajo con familias. Aplicaciones Garza ET (ed.). En:

- Trabajo con familias*. México: UANL 2009:125-126.
- Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones, Garza ET (ed.). En: Garza: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:127.
- Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones En: Garza: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:128-130.
- Garza ET:** Medicina Familiar, Garza ET (ed.). En: *Trabajo con familias*. México: UANL, 2009:13-20.
- Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones, Garza ET (ed.). En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:207-214.
- Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones, Garza ET (ed.) En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:45-52.
- Garza ET:** Conceptos básicos de Familia, Garza ET (ed.). En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:123-124.
- Garza ET et al.:** Proceso para llegar a ser enfermo y paciente., su importancia para construir una relación médico-paciente-familia de colaboración En: Garza: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:89-110
- Garza ET:** Instrumentos para valorar la funcionalidad familiar, En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:179-184.
- Garza ET:** Entrevista familiar Garza ET (ed.). En: *Trabajo con familias*. México: UANL, 2009:186-194.
- Gómez GC:** El familiograma, Garza ET (ed.) En: *Trabajo con familias*. México: UANL. 2009:155-168.
- Gómez GC:** Funciones de la familia, Garza ET (ed.) En: *Trabajo con familias*. México: UANL 2009:35-42.
- Martínez L:** Eventos críticos, Garza ET (ed.). En: *Trabajo con familias*, México: UANL, 2009.
- Martínez LF:** Recursos familiares, Garza ET (ed.) En: *Trabajo con familias*. México:UANL 2009:195-200.
- McGoldrick M, Gerson R:** *Genograma en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gesdisa, 1987.
- Minuchin S:** *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa,1989.
- Ramírez AJM:** Trabajo con familias Conceptos En: *Trabajo con familias*. México: UANL. 2009:116.
- Seally CJ:** *Worging with the families in primary care*: Praeger, 1983.
- Watzlawick P:** *Cambio*. Herder, Barcelona, 1976.



“La educación es la base de todas las terapias, sobre todo de las que resultan exitosas.”

José Navarro G.

Los médicos familiares están en una posición única para desarrollar relaciones de larga evolución con las familias que atienden, lo que les permite conocer su desarrollo y funcionamiento a través del tiempo.

El objetivo del trabajo con familias y de conocer el funcionamiento familiar, es enfocar la atención en mejorar el manejo de los problemas médicos y psicosociales de los pacientes, así como sus familias, lo que implica que el médico necesita desarrollar ciertas habilidades específicas para trabajar con familias y al hacerlo, se diferencia del resto de los especialistas.

El trabajo con familias es un concepto cuya denominación fue originada por Ives Talbot de la Universidad de McGill en Montreal Canadá y se refiere a las intervenciones que el profesional de la salud del primer nivel lleva a cabo en relación con las familias que atiende, que requieren de habilidades para dar información y educación, como guía anticipada para facilitar el proceso de adaptación de las familias que enfrentan situaciones de crisis o enfermedades, y de la destreza para referir cuando surja la necesidad.

El objetivo de estas intervenciones es mantener la salud y recuperarla a

través del diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades más comunes. Estas intervenciones pueden ocurrir en el consultorio, durante una visita al domicilio del paciente, en el hospital, en el servicio de urgencias o en cualquier lugar en el que se atienda a una persona.

Un prerequisite del trabajo con familias es aprender a pensar en ellas, esto significa que el médico necesita conocer la familia de su paciente y aprender a evaluar y comprender las relaciones entre éstas y los pacientes, así como las acciones y actividades para el cuidado de la salud y la enfermedad.

Para ello, se requiere un cambio de actitud, que se traduce en organizar la práctica diaria y ejercer con una orientación o enfoque familiar, esto significa que todas y cada una de las actividades del médico y del equipo de salud se organizan y centran en la familia, es de todos conocida la dificultad para incorporar a los hombres en la consulta, tal vez la única alternativa en una consulta muy ocupada sea que ésta sea vespertina, la disposición del médico de citar a los pacientes y su familia al fin de una jornada, lo que muestra interés y disposición del profesional en la atención, con lo que es difícil la negativa del esposo/padre a acudir a la cita.

La programación de visitas domiciliarias es de ayuda para transmitir a los pacientes el enfoque familiar, éstas no sólo permiten atender un problema de salud, sino conocer el hábitat y familia del paciente de forma directa.

La localización del consultorio de medicina familiar en la comunidad cercana al domicilio de los pacientes es el mejor indicador de disponibilidad, pero hay que agregar a la organización del mismo, ciertas circunstancias que apoyan al enfoque familiar. El expediente clínico debe ser familiar, así como el registro de la información, además de los expedientes individuales.

La enfermera o auxiliar del consultorio deben ofrecer una consulta familiar cuando dos o más personas soliciten atención médica, ya que es frecuente ver desfilar en consultas consecutivas e integrantes diferentes de una misma familia; por lo tanto se pierde tiempo y oportunidades insustituibles para ver a toda la familia. Para esto es necesario que el consultorio médico sea amplio y cuente con sillas para entrevistar a más de una persona, se sugiere una distribución con el escritorio junto a la pared, de forma que el centro quede libre de mobiliario, en ocasiones, en una práctica ocupada se puede atender una familia por día, al final de la jornada o dedicar un turno por semana para entrevistas familiares.

Pensar en familia implica todo un aprendizaje que incluye además de lo anterior, hacer preguntas durante la entrevista al paciente acerca de su familia, así como registrar esta información en el expediente, información que se usará para elaborar un programa de atención que incluya educar e informar al paciente acerca de las relaciones entre los integrantes de la familia y cómo pueden influir en el cuidado de su salud, así como en la recuperación y atención de ciertas enfermedades. Después de desarrollar un pensamiento familiar, el médico necesita aprender a identificar aquellas familias que requieren de su atención.

La lista siguiente muestra algunas de las características de las familias que necesitan atención debido a que sus integrantes:

1. Utilizan con frecuencia los servicios de salud.
2. Van a consulta por síntomas vagos o inespecíficos
3. Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación.
4. Con problemas psicosomáticos.
5. Con problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no deseado o no planeado, entre otros).

Familias con:

6. Cambios en su composición (nacimientos, muertes, huidas del hogar, adición de familiares o amigos, entre otros).
7. Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico sobre todo si es en un enfermo crónico.
8. Poco apego a las indicaciones médicas.
9. Hospitalización, cirugía o ambas, de cualquiera de sus integrantes.
10. Enfermos terminales, personas con discapacidad, con problemas genéticos.

La identificación de las características y condiciones familiares anteriores sucede por lo común durante la consulta médica; sin embargo, también es posible hacerlo a través de la revisión periódica de los diferentes instrumentos de control (expediente, tarjetero, agenda de citas, entre otros), así como por intermedio de encuestas y censos.

La medicina familiar es una especialidad donde predominan las funciones y su piedra angular son las actividades que inician con un médico responsable que se preocupa por estar preparado académica y

científicamente, para otorgar una atención médica de calidad, un médico que resuelve con efectividad entre 85 y 90% de los problemas que su consulta plantea, además debe aprender a utilizar los múltiples contactos con los diferentes miembros de las familias, para ser promotores activos de la salud y de las relaciones entre sus integrantes, a ser expertos conocedores del desarrollo normal del ser humano desde su concepción a su muerte y de la familia desde su etapa prematrimonial a su disolución o muerte, esto implica una actividad y pensamientos dinámicos donde personas y familias tienen un principio y un fin, con evolución, que incluye diferentes etapas, cada una de las cuales posee características, necesidades, demandas y problemas diferentes que se traducen en demandas de atención, cuya solución no siempre amerita acciones médicas, para ofrecer una atención con un toque cálido y humano.

Para optimizar su práctica, el médico necesita desarrollar las siguientes habilidades para el trabajo con familias:

1. Unión. Es el cómo establecer una relación médico-paciente-familia efectiva y de colaboración.
2. Recuperación de datos o de información familiar. Esto sería toda la información de la familia, útil para apoyarlos a enfrentar y superar un problema de salud y sería en un lenguaje médico tradicional por medio de la historia clínica familiar. Se obtiene a través de la entrevista individual con enfoque familiar.
3. Análisis de la información y negociación. 1) Analizar la información parte de su revisión completa hasta identificar riesgos y/o problemas de salud en todas las áreas familiares. 2) La negociación se hace con el paciente y su familia con los que se comparten los riesgos y problemas detectados, para que de acuerdo con su interés, ordenarlos y elegir aquellos que deseen ser atendidos. Tal vez la parte más importante de la negociación sea ampliar el foco de un problema físico, para identificar su parte emocional y el efecto que ese problema individual tiene sobre los otros integrantes de su familia al reetiquetar el problema como familiar. La última parte de esta sección es la elaboración de un contrato de trabajo en el cual se deben especificar los alcances de las responsabilidades, tanto del médico como del paciente y su familia, entre las que se incluyen el compromiso de cada uno de ellos o ambos, de acudir a consulta, el pago o costo de los servicios y seguir todas las indicaciones, desde las educativas, hasta la toma de medicamentos. Parte

de los objetivos son promover en los pacientes la autodeterminación y la toma de decisiones sobre su cuidado, con lo que se disminuye la dependencia hacia el profesional.

4. Manejo. Se clasifica en:

- Educación.
- Guía anticipada antes de una crisis del desarrollo, de una cirugía o muerte de un familiar, para disminuir el estrés, facilitar la adaptación o ambos.
- Intervención en crisis sea la crisis accidental o del desarrollo.
- Facilitación (normalización, redefinición positiva, clarificación y sugerencias específicas).
- Referencias.

La unión se da durante la entrevista y es necesario establecer un contacto empático con cada integrante de la familia, se debe aprender a transmitir un interés genuino por los pacientes y a mostrarles disponibilidad; por ejemplo, el horario de consulta flexible y la visita domiciliaria o al hospital cuando alguno de los pacientes se encuentra internado. Sin embargo, esto necesita complementarse con un médico que sea no sólo buen clínico, sino efectivo en la solución de los problemas de salud que su práctica demanda.

La recopilación de datos o información familiar incluye los siguientes elementos a investigar durante la evaluación de una familia:

- 1. Composición familiar y características socioeconómicas**
- 2. Ciclo de vida familiar.**
- 3. Eventos vitales que generan tensión.**
- 4. Recursos familiares.**
- 5. Funcionalidad familiar:**
 - Apgar familiar individual.
 - Apgar comparado.
 - Entrevista familiar.

En la Residencia de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se diseñó y elaboró un grupo de instrumentos (véase Anexo A) que facilitan la obtención de los datos y su registro en el expediente familiar. No obstante, es importante aclarar que la información de la familia como todo en la medicina necesita sustentar su análisis sobre conocimiento teóricos sólidos (Teoría de Sistemas, de la Comunicación

Humana y del Desarrollo Individual y Familiar, Teoría de las Crisis) que apoyarán, después de su análisis, la identificación de riesgos, así como problemas de salud y su manejo con la elaboración de un programa de atención integral.

Los instrumentos que se requieren son:

1. Composición familiar
2. Familiograma
3. Eventos tensionales.
 - d) Del desarrollo: tareas y proceso de adaptación.
 - a) Accidentales: resultados del proceso de adaptación.
4. Recursos familiares.
5. Apgar familiar y entrevista familiar
6. Lista de problemas y programa de atención

Respecto con la información familiar, es importante señalar que su uso depende del problema; por ejemplo, en una familia con un paciente diabético es relevante poner atención en las funciones familiares de alimentación, (¿quién compra la despensa?, ¿quién prepara los alimentos? En las funciones de jerarquía como, ¿quién identifica los problemas?, ¿quién decide ayudar u otras alternativas de solución?) y en los recursos de la familia, (SCREEM), ¿cuentan con apoyo social?, ¿existen grupos de pacientes con el mismo problema?, ¿tienen el hábito de leer?, ¿prefieren actividades sedentarias? o ¿al aire libre?, ¿cuál es su nivel educativo? y ¿Cuáles son sus recursos médicos?, etc.).

Es importante señalar que mucha de la información se obtiene por observación, esto significa que un médico entrenado (en la consulta o en una visita domiciliaria sin necesidad de preguntar), observa higiene personal y de vivienda, o si se presenta la oportunidad, ciertas secuencias de conducta o interacción.

Si captar las familias y su unión en una relación de trabajo colaborativo es una de las habilidades distintivas de la medicina familiar, las de manejo son las que dan el sello característico y distintivo del médico exitoso.

La educación es una constante en la práctica familiar, sus implicaciones van más allá de la exclusiva comunicación de información a los pacientes de un problema de salud, se sugiere incluir a todos los miembros de una familia, sobre todo a aquellos que se involucran en la toma de decisiones del grupo. Se recomienda respetar las variables funcionales de cada familia

y ser congruentes con los límites. En la información se identifican dos conjuntos de datos:

- 1.** La información que el grupo familiar incluido el enfermo debe poseer para poder manejar de un modo eficaz la enfermedad, como serían:
 - a)** Creencias acerca de la enfermedad, (otros casos cercanos).
 - b)** Comunicación de datos y su discusión (signos y síntomas, evolución, pronóstico, entre otros)
 - c)** Formas de manejo y la responsabilidad del paciente y su familia.
- 2.** La información que el enfermo debe aprender a reconocer a partir de sus sensaciones corporales. Sobre todo aquellas que le faciliten reconocer recaídas y/o complicaciones de su enfermedad. Otros aspectos serían reconocer signos de mejoría, efectos secundarios de fármacos y cómo disminuirlos.

Identificar que la familia maneje la información ofrecida en forma correcta son aspectos importantes del seguimiento, la reacción de cada uno de ellos y verificar que cada cual entiende lo que se dice y por supuesto, el seguimiento del resto de indicaciones médicas. Los momentos para ofrecer educación sobran en la práctica, los más importantes son:

- 1.** Información sobre problemas o actividades específicas.
 - a)** Programas o actividades preventivas (incluye promoción a la salud y protección específica).
 - b)** Enfermedades agudas.
 - c)** Enfermedades crónicas.
- 2.** Guías anticipadas que consisten en la comunicación de información previa a la ocurrencia de un evento particular para disminuir el estrés y facilitar la adaptación (crisis del desarrollo y eventos médicos y familiares). La meta es que la familia use la información para ayudarse a pensar acerca de los planes para anticipar los cambios necesarios y manejar mejor su estrés.
- 3.** Normalización. Es el proceso por el cual el médico familiar apoya a la familia a ver un problema particular, como parte de los eventos del curso normal de la vida, el ejemplo más claro es la depresión secundaria a la muerte de un ser querido.

La intervención en crisis es una habilidad que incluye un grupo de técnicas

útiles con los pacientes y sus familias cuando se enfrentan a eventos vitales de gran estrés. Los objetivos son proveer atención y apoyo a la persona o familia, a través de una relación con estas características, ayudarlos a determinar la naturaleza del problema y a definir alternativas de solución prácticas y razonables, de forma que la experiencia tienda a ser constructiva.

Una de las formas para facilitar la resolución de problemas es usar la lista de pasos de la técnica de solución de problemas, que apoya su identificación, lo que se facilita en el paciente y/o familia la exploración de alternativas y les motiva a llevarlos a cabo, lo más importante es que se compartan con la familia y se abren nuevas vías de comunicación.

A menos que sea una urgencia, ninguna referencia hecha por un médico familiar debe hacerse de primera instancia y para que ésta sea efectiva necesita cubrir, por lo menos, con los siguientes pasos:

Proceso de referencia

1. Proponerla después de una evaluación familiar que incluye la identificación de problemas y la negociación de las metas de su tratamiento.
2. Garantizar a la familia, el compromiso del médico familiar de continuar de co-responsable de su atención y seguimiento, un prerrequisito es aprender a mostrar interés genuino y disponibilidad.
3. Establecer contacto con el médico consultante ya sea por escrito, personal o teléfono, para intercambiar información que se compartirá con la familia (esto último apoya el punto dos y transmite a la familia el respeto y confianza entre los profesionales).

Como puede observarse, la medicina familiar es una especialidad de actitudes y funciones, ¿cómo lograrlo?, primero que el médico posea actitudes de servicio y trabajo en equipo, tenga el hábito de la lectura y lleve cursos formales de Teoría de Sistemas, de Comunicación Humana, de Desarrollo Familiar y de las Crisis. Segundo, llevar un entrenamiento formal y adecuado donde se apliquen los conceptos aprendidos en una práctica supervisada, con tutelaje constante y directo por médicos familiares que dominen el trabajo con familias.

BIBLIOGRAFÍA

Chávez JV: *Introducción a la Medicina Familiar*, U.A.S.L.P. 1992:129-136.

Garza ET, Alejandro SJ: *Salud mental-Dinámica Familiar S.S.A.*, Serie Aprisa, 1988.

Kushner K, Meyer D, Hausen M, Babula J, Pridham H: The family conference: what do patients want? *JFP* 1986;23(25):453-467.

Sealy CS: *Working with families in primary care*. Ed. Praeger, 1983.

Talbot Ives, Frish SRA: Seminar on working with families. *C.F.P.* 1983;29:165-171.

Capítulo 16

Trabajo con familias especiales



Teófilo Garza Elizondo

“Vivir efectivamente es vivir con la información adecuada”

Morbert Wiener

La familia como grupo social primario facilita que las personas logren una vida plena y efectiva al cubrir sus necesidades, encaminándolas a lograr su independencia y a alcanzar sus metas y proyectos de vida, esto último cobra relevancia con la presencia de una persona especial en la familia (aquella de cualquier edad con discapacidad, enfermos con necesidad de atención especial, etc.).

SUPUESTOS DEL TRABAJO CON FAMILIAS ESPECIALES

La familia es y será siempre para sus integrantes, el primer recurso ante cualquier crisis o eventualidad como son los problemas de salud.

Las familias con una persona especial comparten el objetivo de proporcionar a cada uno de sus integrantes una vida con la máxima calidad posible de acuerdo con sus características, circunstancias y recursos.

El objetivo del trabajo con las familias especiales es que **las familias funcionen lo mejor y más efectivo para que sus integrantes alcancen su independencia y proyectos de vida.**

El trabajo con familias especiales, al igual que otros enfoques de atención, busca el máximo bienestar de la persona especial, la diferencia

con este enfoque es que se ofrece atención al grupo familiar completo con énfasis en desarrollar relaciones constructivas, gratificantes y efectivas, para cubrir las necesidades instrumentales y afectivas de todos sus integrantes.

En el trabajo con familias, ya sea que se atienda a personas con un enfoque familiar o a familias o ambos, **una estrategia técnica útil es promover y facilitar el cumplimiento adecuado de todas las funciones y tareas familiares**, en especial, aquellas necesarias para la atención y cuidado de la persona especial.

Cuando nacen los hijos, los esposos necesitan aprender a desarrollar las habilidades para la paternidad, lo cual implica:

1. Un cambio interno, esto es, adquirir una identidad, en la cual la persona acepta la responsabilidad de cuidar y cubrir todas las necesidades de otro ser humano.
2. Aprender las habilidades, funciones y actividades para ofrecer un cuidado físico efectivo y de calidad que facilite el crecimiento y desarrollo de los hijos.
3. Aprender a cubrir las necesidades de dar y recibir afecto.

Además de lo anterior, cuando en la familia existe una persona especial, los padres, hermanos y otros cuidadores necesitan aprender dos grandes grupos de habilidades y conocimientos específicos que también son los objetivos del trabajo con las familias especiales, ya que sus integrantes necesitan aprender:

1. Las habilidades necesarias para cuidar y apoyar el crecimiento, así como el desarrollo de la persona especial, de acuerdo con el tipo de problema de salud crónico que tenga y las secuelas que padezca.
2. Las habilidades y destrezas necesarias para apoyar lo mejor posible el tratamiento y la rehabilitación de su hijo, hermano o padre especial.

Apoyarlos para aprender a aceptar a una persona especial implica que el médico familiar trabaje con los siguientes procesos de atención:

1. Proceso de atención emocional.
2. Proceso de atención conductual.
3. Proceso de atención cognitivo.

4. Proceso de atención familiar.

El proceso de atención emocional implica:

- Identificar y aprender a expresar los sentimientos asociados a la presencia de una persona especial y su condición, sobre todo aquellos definidos como negativos.
- Identificar y aprender a superar las fuentes de culpa (por la vida que se dio, por lo que no tendrá, por lo que falló, etc.).
- Identificar y aprender a superar los duelos por las múltiples pérdidas.
- Aprender a aceptar la condición especial de su hijo, incluidos los cambios permanentes.
- Aprender a manejar la incertidumbre (¿Qué pasará cuando yo muera? ¿quién lo cuidará?).

El proceso de atención conductual implica:

- Facilitar y motivar el desarrollo y habilidades de auto-cuidado de la persona especial.
- Aprender las habilidades para cubrir las necesidades de atención de la persona especial
- Aprender las habilidades necesarias para disminuir complicaciones y para apoyar el desarrollo de las capacidades residuales de su familiar.
- Facilitar y promover actividades personales de cada integrante de la familia.
- Facilitar y promover actividades extrafamiliares.

El proceso de atención cognitivo implica obtener y recibir información, sobre:

- La discapacidad o condición especial de su familiar.
- El desarrollo de su familiar.
- El desarrollo y las funciones familiares.
- La disponibilidad y uso de los recursos sociales, escolares y laborales, existentes en la comunidad.
- Crear un significado funcional para la situación que viven.
- Identificar las expectativas de atención y de ser necesario adecuarlas al programa de atención.

El proceso de atención familiar implica:

- Identificar la etapa del ciclo de vida familiar, sus tareas y sus funciones específicas.
- Reestructurar a la familia para incluir a la persona especial en las interacciones familiares y cubrir sus necesidades.
- Reestructurar a la familia para facilitar cumplir con las necesidades físicas y afectivas que el resto de sus integrantes requieren.
- Fortalecer la relación conyugal.
- Facilitar la comunicación.
- Identificar y promover los proyectos de vida personales, familiares o ambos.
- Fortalecer la identidad familiar.

Las familias con una persona especial son familias normales, que viven una situación anormal, por lo que los profesionales de la salud deben desarrollar habilidades y programas de trabajo para apoyarlas a cumplir sus objetivos, funciones y tareas, en un contexto en el que se cubran las necesidades y expectativas de cada uno de sus integrantes, pero sobre todo, que les resulte en una vida satisfactoria y gratificante.

BIBLIOGRAFÍA

Bishop DS: *Behavioural Problems and the Disabled*. Ed. Williams and Wilkins, 1980.

Epstein NB, Bishop DS: *The McMaster Model of Family Functioning*. J. Marriage Fam. Counseling, 1978:19-31.

Garza ET: Salud mental, dinámica familiar, Secretaría de Salud, México: Serie Aprisa 1988.

Wright LM, Leahey M: *Nurses and families*, Ed. F.A. Davis Company, 1984.

Capítulo 17

Atención de la familia con adolescentes



Eduardo Méndez Espinosa

Joven alégrate durante tu juventud y encuentra tu felicidad; Sigue tus deseos y realiza tus ambiciones, pero no olvides que por todo esto Dios te juzgará”

Eclesiastés^{12,9}

En el ciclo de vida familiar la adolescencia representa una etapa de crisis, tanto para los padres como para el propio adolescente, ya que por lo general se desconocen las características del desarrollo y las necesidades de los hijos para completar de manera adecuada su crecimiento e independencia. Los padres, en su mayoría, están pasando por lo que se llama crisis de la vida media, donde se cuestionan lo realizado en lo material y en la educación de su familia. Existe un gran desconocimiento de los padres en cuanto a la forma de abordar los problemas de sus hijos adolescentes relacionados con sus necesidades individuales, dudas y riesgos para la salud.

Una de las funciones básicas de las familias es la de socializar con sus integrantes, es la primera institución responsable de esta función, es en ella donde se promueven los valores para que se puedan relacionar apropiadamente en su comunidad, dentro de un contexto de respeto e individualización, además debe ser el principal apoyo para facilitar el crecimiento emocional de sus hijos. La familia puede ser generadora de salud o enfermedad, entre sus propios integrantes, de acuerdo con su

funcionalidad, patrones culturales, actitudes y creencias.

En los países latinoamericanos, por lo general, la adolescencia transcurre dentro del seno familiar esto representa una gran ventaja para la convivencia y desarrollo familiar. Es importante que los padres tengan información acerca de las necesidades y riesgos que sus hijos adolescentes están expuestos.

Una de las características del adolescente es ser una persona que reclama su autonomía, pero que todavía dependen de su familia, por otro lado, a los padres les cuesta entender que los hijos ya no son niños y que ahora manifiestan sus propias opiniones. Los hijos de repente se transforman en personas desgravadas, insolentes, respondonas, rebeldes y ponen a prueba la autoridad y resistencia de los padres, los jóvenes tienden a actuar con sentimiento de omnipotencia con deseos de exteriorizar sus conflictos y emociones, algunos autores definen estos conflictos como crisis de la adolescencia. En ciertas ocasiones, los adultos olvidan su propia juventud o creen que su época fue mejor; sin embargo, la mayoría de los adolescentes comparten las actitudes de sus padres en cuestiones morales y terminan por establecer una identificación que les permite formar su identidad.

La adolescencia es considerada como una etapa de transición entre la niñez y adultez, que ocurre entre los 10 y 19 años, en ellas los individuos completan su madurez física y mental, que los hacen aptos para procrear y tomar decisiones con responsabilidad. A su vez, la adolescencia se subdivide en tres subetapas de acuerdo con los cambios físicos, las necesidades personales y sociales que presentan de manera pronta en su desarrollo y crecimiento:

- Adolescencia temprana de los 10 a 14 años.
- Adolescencia media de los 15 a 17 años.
- Adolescencia tardía de los 18 a 19 años.

Es importante que los padres reconozcan las necesidades que demandan los adolescentes en cada una de sus etapas y que procuren cumplirlas de acuerdo con sus posibilidades para facilitar su desarrollo.

En la etapa de adolescencia temprana, las tareas que los jóvenes requieren superar son:

- Delimitar su independencia y privacidad tanto en su área física como en

lo personal.

- Establecer su identidad como persona, reconocerse y aceptarse tal como es, su género, talla, color de piel entre otros.
- Entender los cambios físicos y hormonales que experimentan, a los jóvenes les causan mucho estrés experimentar los cambios físicos ocasionados por los efectos hormonales que presentan y requieren información.
- Considerar las implicaciones de sus impulsos sexuales. En esta etapa se despiertan los impulsos sexuales y es necesario que los adolescentes conozcan las implicaciones que conlleva este despertar a la sexualidad.

En la adolescencia media, las tareas del desarrollo que se requieren cumplir son:

- Incrementar su grado de privacidad e independencia, respetando sus preferencias y decisiones de comunicación.
- Apoyar sus preferencias académicas, deportivas y desarrollo personal, facilitar los medios para que se cumplan sus expectativas.
- En esta etapa surge la necesidad de las relaciones sociales con sus iguales, formar grupos, amistades afines.
- Inicia la etapa de la masturbación, los adolescentes experimentan con su sexualidad y la masturbación, es una de las principales actividades que les ocasionan culpa, deben de saber que es una actividad normal que sólo es incorrecta cuando se realiza en público o cuando se descuidan sus actividades diarias como el estudio, deportes entre otras.
- En esta etapa se presenta el interés vocacional, los adolescentes, por lo general, suelen estar confundidos en cuanto a su elección vocacional, algunas veces son influenciados por las preferencias de sus amistades, en este tiempo es importante que reciban una orientación vocacional.

En la última etapa el adolescente las tareas que los adolescentes deben de cumplir son:

- Tienen necesidad de iniciar su independencia económica, algunos adolescentes que están estudiando suelen contratarse en empleos de medio tiempo o en los negocios de la familia cuando existen.
- En esta etapa los jóvenes ya tiene bien identificada su orientación sexual y desean que sea respetada.

- La selección de su vocación ya está bien definida y está en desarrollo su formación profesional.
- Necesidad de ser aceptado como adulto por la sociedad, en nuestro medio, oficialmente a los 18 años, para fines administrativos, los adolescentes tienen todos los derechos y obligaciones de un adulto.

Los principales riesgos que confrontan los adolescentes están influenciados por sus propias familias disfuncionales y ambientes negativos o pobres recursos familiares. Éstos son los principales riesgos que los adolescentes se enfrentan en su desarrollo:

- Deserción escolar.
- Embarazo no planeado.
- Drogadicción.
- Huída del hogar.
- Delincuencia.
- Prostitución.
- Enfermedades de transmisión sexual.

La prevención de estos problemas se debe de generar en el seno de la familia, desde la niñez. Las actividades que recomendadas son:

- La familia debe de establecer reglas, las cuales deben de ser flexibles, ponerse de acuerdo para su cumplimiento y de las sanciones si no se cumplen, es importante señalar que no debe de existir violencia en ninguna de sus formas.
- Darse tiempo para conversar, aprovechar las ocasiones que la familia está reunida para comentar sobre los problemas o situaciones que los jóvenes presentan.
- Apoyar y ayudar a los hijos a cumplir sus metas, procurar cumplir con los requerimientos que los hijos necesitan para lograr cumplir sus objetivos.
- Conocer sus amistades, darse tiempo para interactuar con amigos y la familia, conocer sus actividades y forma de localización.
- Convivir en actividades deportivas y recreativas, fomentarlas, y facilitar los recursos para que las realicen.
- Elevar la autoestima de los hijos, reconocer los logros en todos los ámbitos en las actividades que llevan a cabo.

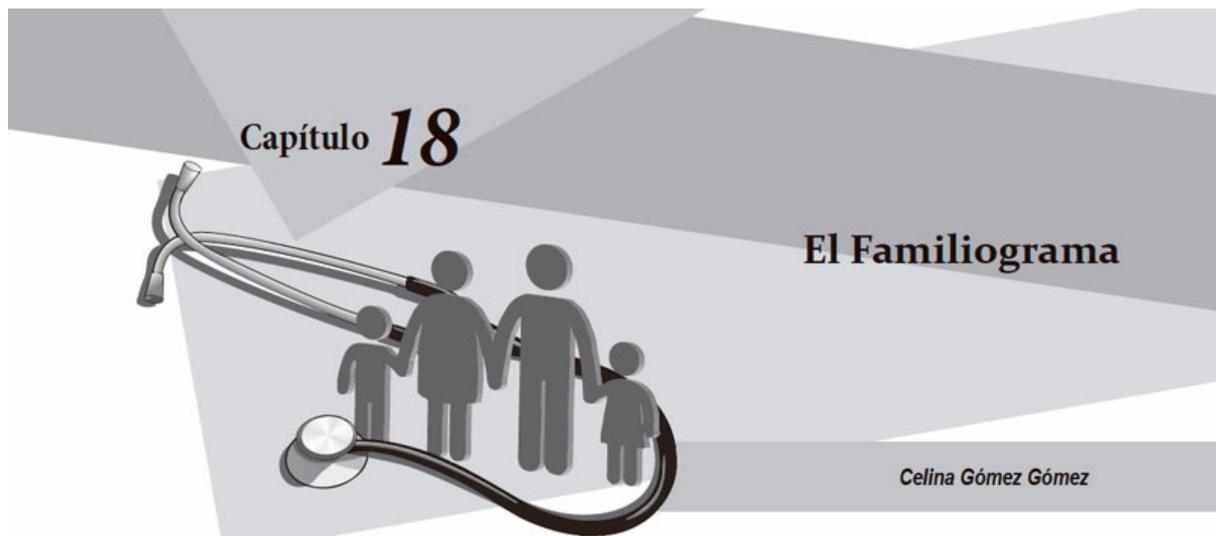
- Demostrar el amor, decirle a los hijos que los aman y que ellos son su mejor opción para solucionar algún problema que presenten.

CONCLUSIONES

La familia funcional es la principal fuente de apoyo para el adecuado crecimiento de los hijos, trasmisión de valores, ejemplo de fraternidad, unión familiar y fomento de los estilos de vida saludables son una de las tareas que los padres deben de transmitir a sus hijos para que lleguen a una feliz adultez.

BIBLIOGRAFÍA

- Covey SR:** *Los 7 hábitos de las familias altamente efectivas*, 1ª edición, México: Editorial Grijalbo, 1998.
- Domínguez GJ:** *La Terapia Breve Sistémica en el Tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, 1ª edición, Monterrey: México, Ediciones CREE-SER, 2008.
- Garza ET:** *Trabajo con Familias*, 2ª edición, Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León, 2009.
- González R, Castro JM, Moreno L:** *Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida*, 1ª edición, México, Ed. Mc Graw Hill. 2011.
- Martínez VRT:** *Manual de prevención de riesgos en adolescentes Guía para Estudiantes*, 2ª edición, Monterrey: La Universidad Autónoma de Nuevo León, 2009.
- Martínez VTR:** *Prevención de riesgos en adolescentes Guía para padres y maestros*, 2ª edición, Monterrey: La Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Molina A:** *Familias Valiosas, Ideas para Establecer Valores entre Padres e Hijos*, 1ª edición, México: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Moreno K:** *Metanfetaminas. Lo que los padres deben saber*, 1ª edición, México: Centro de Integración Juvenil, A.C. 2009.
- Moreno K:** *Niños: Adolescentes y Adicciones*, 1ª edición, México: Centro de Integración Juvenil, A.C. 2005.
- Taylor RB:** *Medicina Familiar Principio y Prácticas*, 1ª edición, España: Editorial Masson, 2002.



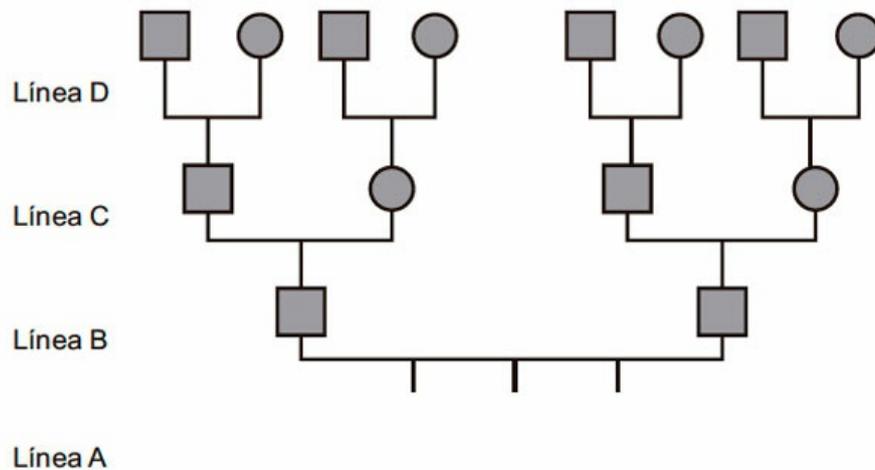
“Un buen diagnóstico se basa en una buena historia clínica”

H. Jinich

El familiograma es el instrumento más útil en la práctica del médico familiar, sirve para recolectar y almacenar información, proporciona retroalimentación gráfica inmediata, tanto al médico como al paciente y su familia, permite una interpretación rápida y global.

Con esa información se pueden explorar hechos biomédicos, genéticos, conductuales, sociales, así como las relaciones familiares. Permite graficar, en términos simples, datos familiares (nombre, fechas de nacimiento, matrimonio, muerte) e información compleja, (temas familiares repetitivos, triangulación, genética), dependiendo del problema.

El familiograma completo almacena una gran cantidad de información acerca de la familia. Ésta puede ser usada para aclarar diagnósticos y mejorar el manejo, y educación del paciente. Se deben estudiar cuando menos tres generaciones. Los últimos descendientes son los hijos, los padres la segunda y los abuelos la tercera. Incluye a toda la gente unida por sangre, matrimonio, adopción o alternativas de matrimonio (figura 18-1).



Observaciones: _____

Figura 18-1.

Formato de registro para el familiograma.

Un profesional entrenado emplea para la elaboración de un familiograma, un tiempo promedio de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Los indicadores para elaborar un familiograma son los mismos que para el trabajo con familias (véase capítulo 11 y 12).

La entrevista inicia con la obtención de la composición familiar y los datos generales de cada integrante como: nombre, fecha de nacimiento, educación, enfermedades y causas de consultas previas. Es esencial una atmósfera de confianza y aceptación, para después poder obtener información personal con preguntas tales como: ¿con quién te sientes más cercano en tu familia?, o bien, todas las familias tienen a alguien que es alcohólico; ¿quién es alcohólico en su familia?

El interés genuino y un manejo sin efectuar juicios, con frecuencia produce un grado de apertura que es sorprendente, aun cuando el entrevistador no es conocido por el paciente, si se comentan secretos es posible escribirlos en el familiograma, siempre y cuando la familia acepte, se pueden utilizar abreviaturas ya acordadas para ciertos problemas y así

proteger su privacidad. El indicar que los problemas son normales en una familia, manifestando que todas tienen secretos, relaciones difíciles, reasegura la confianza de los pacientes y con frecuencia les permite examinar aspectos que antes reprimían o ignoraban y le ayuda a obtener mejor comprensión de sus relaciones, de ellos como personas y de su enfermedad o síntomas.

Para registrar la información se usan símbolos: círculos indican mujeres, cuadros hombres (el padre se pone a la izquierda y la madre a la derecha). Estos símbolos se unen mediante el matrimonio o la línea generacional (figura 18-2).

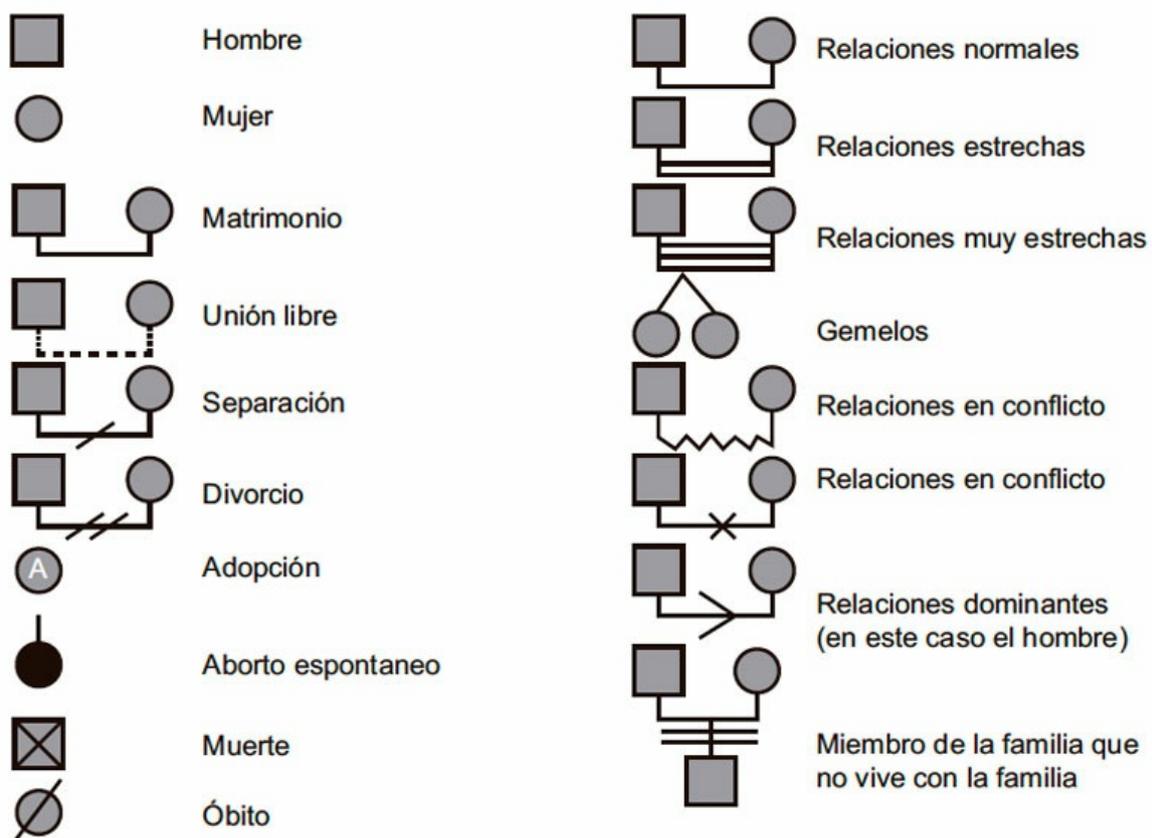


Figura 18-2.

Símbolos básicos del fameliograma.

Los hijos se indican mediante líneas verticales por abajo de la línea fraterna. Las líneas que indican el primer embarazo deben empezar en el extremo de la izquierda; los nacimientos posteriores a la derecha. Se utiliza el símbolo apropiado para el resultado de cada embarazo. Los abortos u óbitos se representan mediante símbolos pequeños que indican el sexo si

se conoció. Todas las muertes se señalan con una cruz a través del símbolo.

El nombre, lugar y fecha de nacimiento se colocan en el extremo inferior derecho incluido cualquier otro desenlace del embarazo. Si cualquiera de los cónyuges tuvo un matrimonio previo, se colocan los símbolos para la pareja anterior del cónyuge y se conecta mediante otra línea de matrimonio con el símbolo respectivo, si hubo hijos de esa unión, se indican mediante los símbolos ya descritos (figura 18-3).

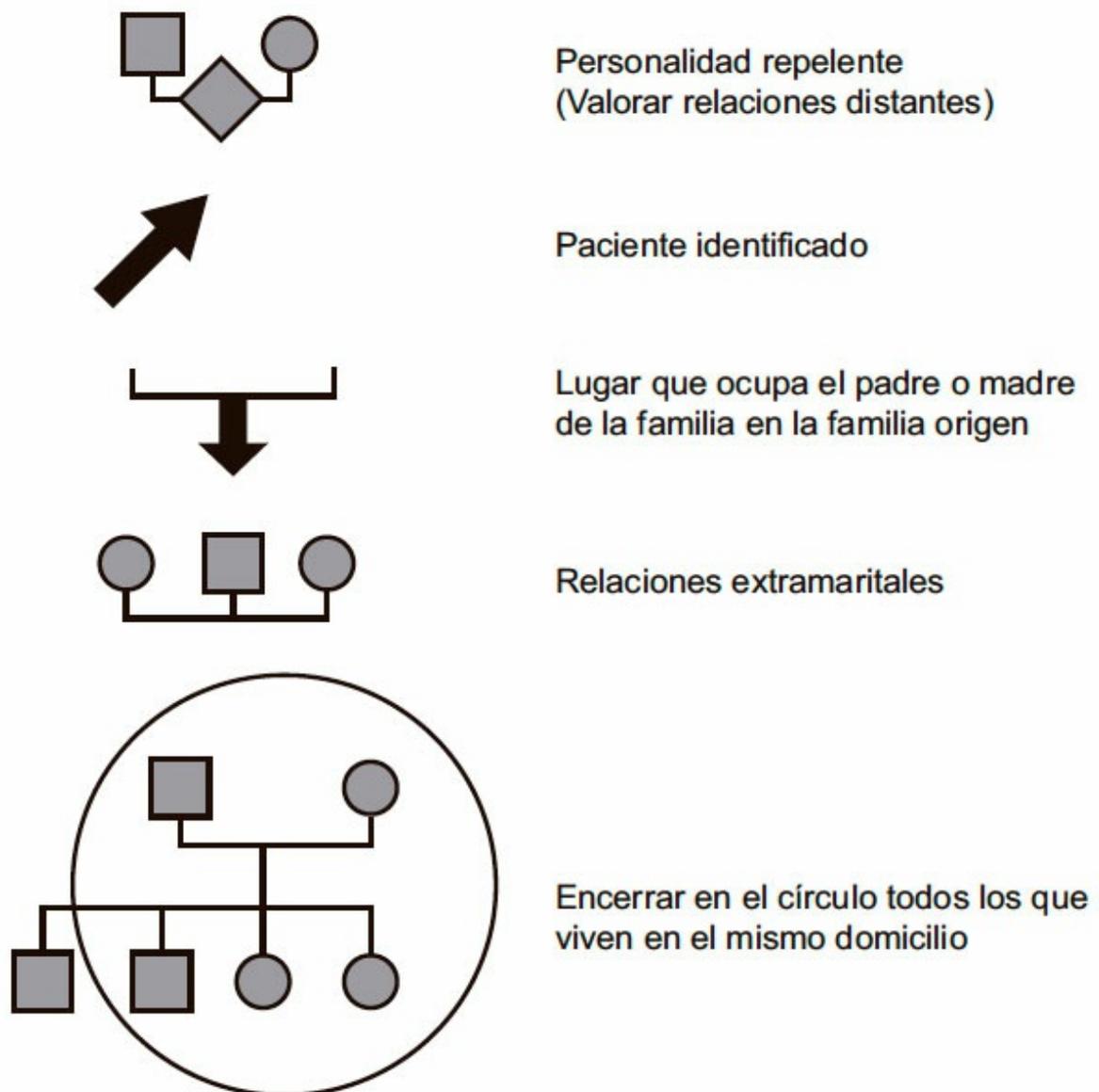


Figura 18-3.

Símbolos especiales del famiogramas.

Para cada persona se puede registrar:

1. Nombre.
2. Fecha y lugar de nacimiento.
3. Fecha y causa de muerte
4. Enfermedades importantes.
5. Fecha de matrimonio o alternativa de unión, separación, divorcio.

El nacimiento, muerte, enfermedad y la transición a otra etapa del ciclo de la vida, tienen impacto emocional con estrés y producen reorganización. Las fechas ayudan a aclarar la coincidencia de tales eventos con la enfermedad, su inicio o ambas (efecto en “racimo” o en “ondas”).

Después de la elaboración del familiograma, se pregunta si alguien en la familia tiene:

1. Cáncer o leucemia.
2. Otras enfermedades agudas o crónicas.
3. Problemas de fertilidad.
4. Cualquier otra enfermedad.
5. Problemas psicosociales como, ingesta de drogas, alcohol, embarazo en adolescentes, etc.
6. La causa común de muerte en la familia.

Se registran al lado de la persona afectada. Cualquier enfermedad, problema o antecedente importante no previsto en la simbología se anotará con sus iniciales en el lado derecho del símbolo de la persona. Por ejemplo: cefalea tensional (CT), en el espacio de observaciones se anotan las iniciales con su significado (cuadro 18-1).

Cuadro 18-1. Abreviaturas de enfermedades	
Anemia	= anemia
Alcoholismo	= ALc
Artritis	= artr
Asma	= Asm
Anomalías congénitas	= A.cong.
Glaucoma	= Glau.

Problemas sanguíneos	= P.sang.
Cáncer	= Ca
Sordera	= oir
Diabetes mellitus	= D.M.
Eccema	= Ecz
Problemas G.I.	= P.G.I.
Problemas vesicales	= P.V.
Problemas hepáticos	= P.hep.
Hipotiroidismo	= Hipo.Tir.
Problemas cardíacos	= P.card.
Gota	= gota
Hipercolesterolemia	= Col.
Hipertensión	= P.S.
Problemas renales	= P.ren.
Retardo mental	= Ret.M.
Infarto del miocardio	= I.M.
Neurosis	= Neurosis
Psicosis	= Psicosis
Fiebre reumática	= F.R.
Convulsiones	= Convl.
Accidente cerebrovascular	= A.C.V.
Sifilis	= Liles
Hipertiroidismo	= Hiper.Tir
Tuberculosis pulmonar	= T.B.P.

McGoldrick y Gerson esquematizaron seis categorías para interpretar la información del familiograma llamadas: Categorías de información del familiograma en la práctica clínica, éstas son:

- Categoría 1. Estructura familiar:
 1. Composición de la familia. Quiénes la integran y qué tipo de familia

- constituyen (nuclear, de un sólo miembro, reconstituida, de tres generaciones, extensa o sin hijos, entre otros).
2. Constelación de hermanos. Orden de nacimiento, sexo, distancia entre uno y otro.
 3. Configuraciones inusuales. Matrimonios consanguíneos, múltiples, entre otros.
- Categoría 2. Etapa del ciclo de vida familiar:
 1. Etapa actual del ciclo de vida.
 2. Crisis del desarrollo (dificultades adaptativas o incumplimiento de las tareas).
 3. Eventos “fuera de tiempo” del ciclo de vida como muerte prematura, matrimonio temprano, esposos con edades significativamente diferentes, hijo único o tardío, entre otros.
 - Categoría 3. Patrón de repetición transgeneracional:
 1. Enfermedad repetida.
 2. Funcionamiento repetido: somatización, negación, toxicomanías.
 3. Relaciones disfuncionales: aglutinación, conflictos, separación prematura.
 4. Problemas estructurales: divorcio, matrimonios tempranos, tardíos, entre otros.
 - Categoría 4. Experiencias de la vida:
 1. Estresores recientes (matrimonio, embarazo, enfermedad aguda).
 2. Estresores crónicos (enfermedad crónica, pobreza).
 3. Fechas significativas. Edades y eventos vitales como aniversarios, cumpleaños.
 4. Factores culturales, sociales, políticos, ambientales, religiosos, entre otros.
 - Categoría 5. Patrones de relación en la familia:
 1. Tipo de relaciones en la familia. Comunicación, contacto, reglas de privacidad, sobreinvolucramiento, separación.
 2. Triángulos familiares. Triangulación padres-hijo, triangulación en familias reconstituidas, triangulación generacionales con niños-abuelos.
 3. Tipos de relaciones con miembros no familiares.
 - Categoría 6. Balance y desbalance familiar:
 1. En la estructura familiar.
 2. En los roles familiares.
 3. En el funcionamiento.

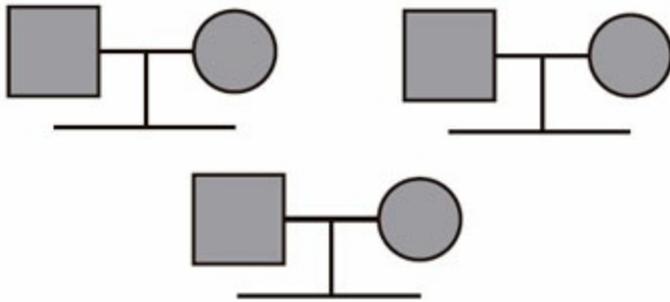
4. En los recursos, ingreso, estatus social, apoyo social.

El uso del familiograma ayuda a identificar y mostrar las causas del estrés familiar, quejas o ambas, no médicas del paciente, de manera que el médico entienda al paciente, los mecanismos que producen el padecimiento, así como las razones del por qué está enfermo precisamente ahora.

Las figuras 18-4 y 18-5 muestran los formatos que fueron diseñados en el Departamento de Medicina Familiar de La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

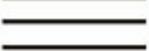
Subsistemas identificados: _____

Límites: _____



Anotar todos los integrantes de la familia y cómo son sus relaciones

Estrechas 

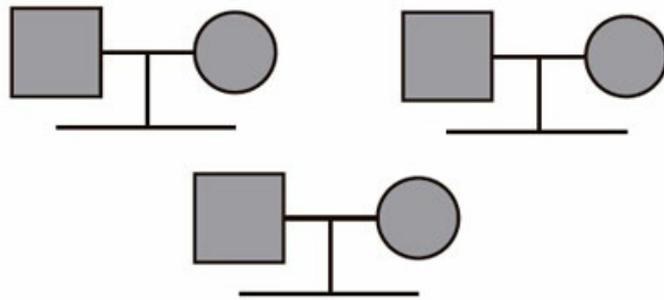
Muy estrechas 

Permeables 

Distantes 

Figura 18-4.

Vínculos familiares (Familiograma).



Familia:	_____
Fecha:	_____
No. Exp.	_____
Domicilio:	_____
Observaciones	_____

Figura 18-5.

Familiograma. Departamento de Medicina Familiar (UANL).

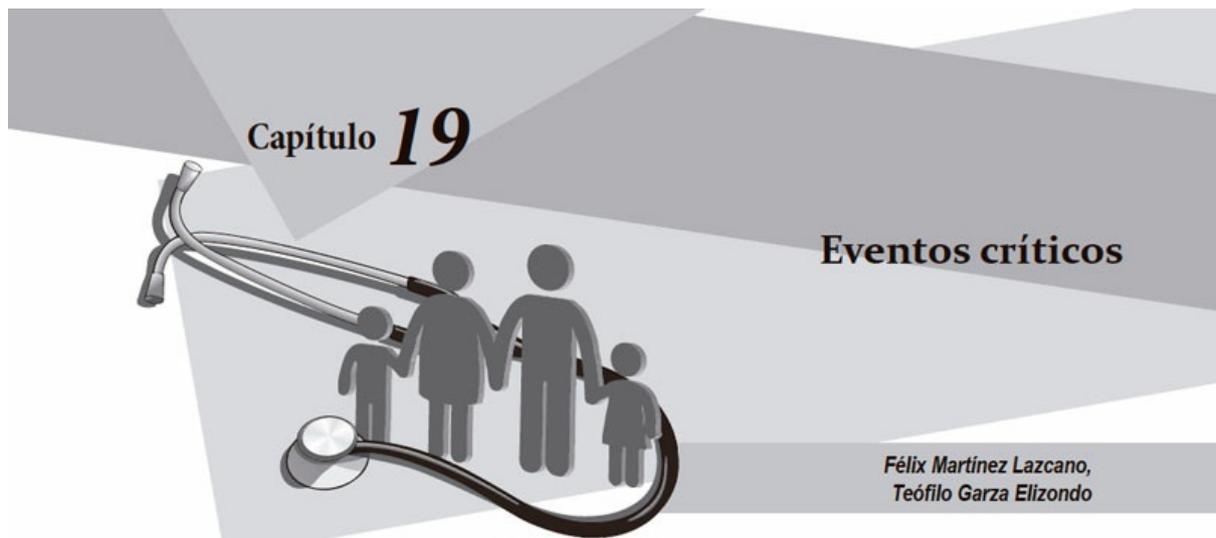
BIBLOGRAFÍA

Garza-Elizondo, Alejandro Saavedra J: *Familiograma. Salud mental dinámica familiar*, S.S.A. Serie Aprisa No. 1988:11-15.

Jolly W, Froom J, Rosen M: The Genogram. *The Journal of family practice*, 1980;10(2):251-255.

Like R, Rogers J, McGoldrick M: Reading and interpreting genograms: a systematic approach. *The Journal of family practice*, 1998;26(4):407-412.

Mullinsm H, Christie-Sealy J: *Collecting and recording family-data-the genogram. Working with families in primary care*. 1983:179-191.



“La crisis es una oportunidad de cambio”

Proverbio chino

Son cualquier circunstancia o experiencia en la vida de una persona, familia o ambos que genera estrés o tensión y un cambio. Son de dos tipos:

1. Del desarrollo, normativos o esperados.
2. Accidentales, no normativos o no esperados.

Las crisis del desarrollo o normativas son aquellos eventos relacionados con la evolución y por lo tanto, esperados y predecibles, las experimentan la mayoría de las familias; por ejemplo:

1. Matrimonio.
2. Embarazo.
3. Nacimiento
4. Inicio de la escuela.
5. Adolescencia.
6. Graduación escolar.
7. Asistir a la universidad.
8. Empezar a trabajar.
9. Nido vacío.

- 10. Menopausia.**
- 11. Retiro.**
- 12. Viudez.**

Después de ubicar a la familia en su(s) etapa(s) de desarrollo, se interroga sobre los eventos críticos del desarrollo que la familia ha enfrentado desde su formación (fase matrimonial), hasta la actualidad.

En cada evento crítico se deberá preguntar, ¿qué lo provocó?, ¿cómo afectó a cada uno de los miembros de la familia?, si causó algún tipo de conflicto y cómo fue superado; además de cuáles fueron los cambios que la familia experimentó (cosas que iniciaron a hacer y cosas que dejaron de hacer), después de éste y cuál fue el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de los integrantes de la familia.

En la etapa de matrimonio algunos de los eventos críticos que se pueden detectar son:

- 1. Matrimonio en sí mismo.**
- 2. Ocupación laboral.**
- 3. Mujer con estatus laboral superior.**
- 4. Cónyuges dependientes económicamente de los padres.**
- 5. Cónyuges dependientes afectivamente de los padres.**
- 6. Excesiva convivencia con otros familiares.**
- 7. Cónyuges adolescentes.**
- 8. Diferencia de más de 10 años entre los cónyuges.**
- 9. Adaptación sexual.**
- 10. Adaptación emocional.**
- 11. Distribución de tareas en el hogar.**
- 12. Hábitos y costumbres diferentes en la pareja.**
- 13. Diferencias de origen sociocultural, intelectual, económico, educativo y religioso de la pareja.**
- 14. Discapacidad física en uno o ambos miembros de la pareja previo al matrimonio.**

En la etapa de expansión algunos de los eventos críticos que se pueden detectar son:

- 1. Diferencias en la pareja sobre expectativas del embarazo.**
- 2. Embarazo.**

3. Nacimiento de un hijo.
4. Género del hijo.
6. Familia numerosa.
7. Padres adolescentes.
8. Diferencia en patrones de crianza.
9. Sobreprotección de padres a hijos.
9. Correspondencia entre expectativas de los padres y conducta de los hijos.
10. Desarrollo normal de los hijos incluyendo conducta y educación sexual.
11. Familia con hijos lactantes.
12. Familia con hijos en edad preescolar.
13. Ingreso y adaptación escolar de los hijos.
14. Familia con hijos en edad escolar.
15. Familia con hijo único.
16. Nacimiento de otros hijos de la familia.
17. Familia con hijos adolescentes.
18. Noviazgo de los hijos.
19. Selección vocacional de los hijos.
20. Selección ocupacional de los hijos.
21. Primeras experiencias sexuales de los hijos.

En la etapa de dispersión algunos de los eventos críticos que se deben detectar son:

1. Abuelos con limitaciones propias de la vejez que necesitan acciones de cuidado.
2. Graduación y reconocimiento de logros escolares.
3. Inicio de las actividades laborales de los hijos.
4. Separación de los hijos por causas escolares, laborales o ambos.
5. Decisión de los hijos de independizarse.
6. Matrimonio de los hijos.

En la etapa de independencia algunos de los eventos críticos característicos que se deben detectar son:

1. Padres que se quedan solos (nido vacío)
2. Jubilación o retiro.

3. Climaterio.

En la etapa de retiro o muerte:

1. Muerte de un miembro de la pareja.
2. Viudez.
3. Soledad.
4. Muerte de familiares o amigos.

Debe tomarse en cuenta que muchos eventos críticos enumerados pueden presentarse en dos o más etapas del desarrollo de la familia, lo cual es muy común en la práctica.

A continuación, el cuadro 19-1 muestra el instrumento para valorar las etapas del ciclo de vida familiar con sus tareas de desarrollo, el tipo de respuesta puede ser adaptativo o mal adaptativo dependiendo de que si los cambios fueron o no funcionales a cada nueva etapa de la vida familiar y si los miembros de la familia adquieren y llevan a cabo las tareas del desarrollo correspondientes, con el formato se facilitan también la aplicación de guías anticipadas de las variables relacionales con lo que se enfatizan las acciones y el enfoque preventivo.

Cuadro 19-1. Instrumento para evaluar el desarrollo familiar (etapas de ciclo de vida y sus tareas)

Desarrollo familiar			Tipo de respuesta
Etapa	Tarea	Adapt.	Mal Adapt.
1. Matrimonio	a) Establecer una identidad de pareja b) Redefinir las relaciones con las familias de origen c) Acuerdos acerca de la paternidad		
2. Familias con lactantes	a) Integrar los niños a la unidad familiar b) Acomodarse a los nuevos roles de paternidad c) Acomodarse a los roles de abuelos d) Mantener una relación conyugal sólida y gratificante e) Adaptarse al desarrollo de los hijos		
3. Familias con preescolares	a) Socialización de los hijos b) Acomodarse a la separación por los padres y los niños c) Adaptarse al incremento de necesidades económicas d) Adaptarse al desarrollo de los hijos e) Mantener una relación conyugal sólida		
4. Familias con hijos escolares	a) Adaptarse al desarrollo de relaciones de padres con los hijos b) Adaptarse a las influencias de la escuela y de los compañeros c) Mantener una relación conyugal sólida		
5. Familias con adolescentes	a) Adaptarse al desarrollo de la autonomía de los hijos b) Reforzar la unión y apoyo a la generación mayor c) Fortalecer la relación conyugal y las conductas de autocuidado		
6. Familias con adultos jóvenes	a) Apoyar las iniciativas del joven en cuanto estudio, trabajo y/o matrimonio b) Fortalecer la relación conyugal		
7. Familias con adultos independientes	a) Revalorar la relación de la pareja b) Adaptarse al proceso de desarrollo involutivo y/o aparición de enfermedades crónicas c) Redefinir la familia para incluir a los parientes políticos y a los nietos		
8. Familias con retiro y/o muerte	a) Adecuarse al retiro y/o muerte de la pareja b) Adaptarse al envejecimiento c) Mantener el funcionamiento individual de la pareja		

El cuadro 19-2 muestra los ejemplos de respuesta mal adaptativa.

Cuadro 19-2. Ejemplos de respuestas mal adaptativas	
Etapa	Respuesta mal adaptativa
Matrimonio	La esposa se siente más unida con su madre que con su esposo, el cual se siente más comprometido con sus amigos o trabajo
Familia con lactantes	Al nacer el primer hijo la madre se concentra en los cuidados del niño, a costa de la relación conyugal. El esposo es periférico para ambos, esposa e hijo
Familia con preescolares	Las diferencias de crianza se acentúan, cada padre tiene un hijo favorito. El resultado es relación conyugal distante y/o conflictiva y un hijo muy cercano, otro u otros lejanos
Familia con adolescentes	Sobreinvolucramiento madre-hijo menor, con relación conflictiva hijo menor-padre que evita el conflicto conyugal
Familia con adultos jóvenes	Ambos padres se concentran en el hijo menor, descuidando el apoyo que necesitan los otros y por supuesto la relación conyugal
Familia con adultos independientes	La madre se une intensamente con la hija, que desarrolla una gran dependencia con la familia de origen a expensas de la unión con su esposo
Familia en retiro y/o muerte	Familias con padres poco previsores se enfrentan a múltiples carencias en su vejez, los hijos con dificultades de adaptación en su matrimonio los evitan y/o no los ayudan
Nota. La respuesta adaptativa o no es el resultado de lo que el grupo social y familiar al que se pertenece, esperan en el desempeño de sus integrantes, para una persona de esa edad, en esa función y en su pertenencia a esa nueva estructura.	

CRISIS ACCIDENTALES

Son aquellos eventos inesperados o no normativos que pueden afectar a una persona, familia o ambos, producen desequilibrio, la sensación de falla o incompetencia y un cambio en la funcionalidad familiar.

Puede presentarse en cualquier etapa del desarrollo familiar desde su formación (fase prematrimonial), hasta el momento actual, debe identificarse la etapa en que se presentó, a quién afectó principalmente, si causó conflicto y cómo fue superado, cuáles fueron los cambios que la familia y sus integrantes experimentaron después de éste, así como el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja, el resto de los integrantes de la familia o ambos. Los eventos críticos accidentales más frecuentes que debemos considerar son:

1. Abandono imprevisto o huída del hogar por cualquiera de sus integrantes.
2. Relaciones sexuales prematrimoniales.
3. Homosexualidad.
4. Embarazo prematrimonial.
5. Matrimonio no planeado.
6. Inadecuado selección de pareja.
7. Inconformidad con el estado civil.
8. Enfermedad de transmisión sexual.
9. Experiencias sexuales traumáticas.
10. Trastornos psicosexuales.
11. Problemas con la familia política.
12. Embarazo no planeado o no deseado.
13. Abortos provocados.
14. Abortos espontáneos.
15. Complicaciones del embarazo.
16. Trastornos durante el parto y puerperio.
17. Enfermedades del producto del embarazo.
18. Enfermedades prenatales.
19. Enfermedades físicas y/o mentales en cualquiera de los miembros de la familia.
20. Cambio de domicilio o ciudad.
21. Accidentes o lesiones en algún miembro de la familia.

22. Hospitalización o cirugía en cualquiera de los integrantes de la familia.
23. Invalidez.
24. Muerte de un hijo, del esposo/a, de los padres o familiares.
25. Experiencia sexual extramarital.
26. Separación conyugal o divorcio.
27. Problemas legales de cualquier miembro de la familia.
28. Toxicomanías.
29. Conductas delictivas.
30. Prisión o reclusión.
31. Problemas económicos.
32. Pérdida de estatus económico.
33. Cambio brusco de estatus socioeconómico y laboral.
34. Aumento de responsabilidades laborales y/o escolares.
35. Problemas escolares.
36. Problemas laborales.
37. Conflictos morales.
38. Incorporación de otras personas a la familia (adopción, adición de algún familiar o amigo).
39. Problemas paterno-filiales.
40. Infertilidad-esterilidad.
41. Abuelos y otros familiares enfermos.
42. Suicidio, entre otros.

Es importante identificar quién es el que detecta la presencia de problemas o conflictos en la familia (físicos, psicológicos y sociales). Así como, quién es el que propone la forma de manejo o solución, si esto se hace de manera individual o intervienen dos o más miembros, si las soluciones propuestas se llevan a cabo o no, si se utilizan los recursos familiares y cuáles fueron los resultados obtenidos con estas acciones.

Hay que considerar que las crisis son parte de la vida y el conflicto puede durar un tiempo variable, que puede ser corto o duradero dependiendo de la toma de decisiones para actuar y la reacción de la persona y/o familia para resolver el conflicto.

Las figuras 19-1 y 19-2 muestran los formatos del instrumento para evaluar las crisis accidentales, incluye los ejemplos más frecuentes en este contexto, el tiempo cuando sucedió en el ciclo de vida familiar y los intentos de solución donde se pone énfasis en los cambios que se dieron posteriores al evento, ya sea por la aparición de conductas o bien por el

DESMORALIZACIÓN

- *Adulterio.
- *Alcoholismo.
- *Abuso de drogas.
- *Delincuencia.
- *Enfermedad incapacitante o de pronóstico mortal.
- *Problemas con familia política.
- *Problemas conyugales.
- *Problemas padres/hijos.
- *Enfermedad crónica en hijos.
- *Enfermedad crónica en padres.

Observaciones:

(Anotar los cambios familiares importantes). _____

1. Especificar cuando sucedió el evento, la etapa del ciclo de vida familiar y si coexisten otros eventos.
2. Anotar la forma en que se intenta solucionar el evento, describir los cambios familiares o individuales que se generan, las conductas nuevas o aquellas que se suspendieron.

Figura 19-1.

Historia familiar de crisis accidentales.

Departamento de medicina familiar
(UANL)
Eventos vitales tensionales

I. Del desarrollo: _____

Características de enfrentamiento: _____

II. Accidentales: _____

Características de enfrentamiento: _____

Nota: Se anotarán los eventos que la familia ha experimentado desde el más antiguo hasta el actual. Las características de enfrentamiento incluyen los intentos de solución, quienes los llevaron a cabo y sus resultados.

Figura 19-2.

Eventos vitales tensionales.

BIBLIOGRAFÍA

-
- Bages N:** Estrés y salud. El papel de los factores protectores. Conocimiento 1990;1(1): 16-27.
- Garza ET, Alejandro SJ:** Salud mental y dinámica familiar. México: Serie Aprisa, 1988;2.
- Soto Y:** *Características del estrés y su relación con la familia.* La Habana: Ed. Pueblo y educación. 1991:20-30.
- Zaldivar D:** *Conocimiento y dominio del estrés.* La Habana: Educación y técnica. 1991:5-40.

Capítulo 20

Instrumentos para valorar funcionalidad familiar



Eduardo Méndez Espinosa,
Teófilo Garza Elizondo

“Hay cosas que tienen el impacto de la sencillez.”

Anónimo.

INTRODUCCIÓN

En el trabajo con familias, quizás la parte más importante es la evaluación de la funcionalidad familiar, ya que es la dimensión de conocimientos y habilidades diferentes al quehacer médico tradicional, por lo que su aprendizaje y dominio es difícil y complicado, sobre todo al inicio del proceso formativo del médico familiar, es por eso que se recomienda el uso de algunos instrumentos de apoyo como son El Apgar familiar y el Faces III.

EL APGAR FAMILIAR

Fue elaborado por Gabriel Smilkstein, estandarizado para aplicarse a todos los miembros de la familia mayores de 15 años. Este instrumento mide el grado de satisfacción hacia el resto de los integrantes de la familia. Consta de cinco preguntas, por lo que es sencillo, fácil de aplicar, su utilidad es tanto clínica como para investigación. Es importante señalar que ningún instrumento para valorar la funcionalidad familiar sustituye a la entrevista, cuando el médico posee las habilidades necesarias para llevarla a cabo, por lo que las percepciones, conclusiones e impresiones clínicas del grado de funcionalidad familiar obtenidas en una entrevista siempre tendrán prioridad.

El Apgar familiar, es un recurso adecuado para los médicos familiares, debido a que se puede hacer pronósticos en cuanto a la recuperación de los problemas encontrados; por ejemplo, un puntaje de Apgar alto sugiere que la familia puede adaptarse a crisis como enfermedades o cambios de roles de sus miembros.

Los reactivos que componen el Apgar familiar son cinco, de sus iniciales en el idioma inglés surgió la acronimia y permite su fácil memorización al ser sinónimo del apellido de la Dra. Apgar, quien describió el método de evaluación pediátrico. A continuación, el significado de cada dimensión:

- 1. Adaptación:** de los recursos intra y extra familiares para la solución de los problemas o crisis.
- 2. Comunicación:** efectiva y de apoyo, con decisiones y responsabilidades compartidas entre los miembros de la familia.
- 3. Crecimiento:** la maduración física y emocional observada a través de la convivencia familiar.
- 4. Afecto:** las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los miembros de la familia.
- 5. Resolución:** el grado de satisfacción en el compartir tiempo, recursos y espacio, para un desarrollo físico y emocional adecuado.

La escala de calificación de estos cinco reactivos es de 0 a 2 puntos cada uno, de acuerdo con las respuestas dadas por quien conteste el cuestionario en relación con su grado de satisfacción con el resto de los integrantes en la familia la respuesta puede ser:

- Casi siempre: 2 puntos
- Algunas veces: 1 punto
- Casi nunca: 0 puntos

Un resultado de 7 a 10 puntos indica una familia altamente funcional; la puntuación de 4 a 6 indica una familia moderadamente funcional y una calificación de 3 o menos puntos es indicativo de una familia severamente disfuncional.

En el cuadro 20-1 que aparece a continuación se muestra un formato de Apgar familiar.

Cuadro 20-1. Apgar familiar			
	Casi siempre 2	Algunas veces 1	Nunca 0
Estoy satisfecho(a) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema			
Estoy satisfecho(a) con la manera como mi familia discute los problemas y comparte las soluciones de los mismos conmigo			
Mi familia acepta mis deseos de emprender nuevas actitudes o hacer cambios en mi estilo de vida			
Estoy satisfecho(a) con la manera como mi familia expresa el afecto y responde a mis sentimientos tales como coraje, tristeza y amor			
Estoy satisfecho(a) con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos			
Puntuación total:	_____	_____	_____

Este instrumento es de gran utilidad en la práctica de medicina familiar, no sólo para confirmar el diagnóstico de disfunción, sino para profundizar en áreas más afectadas cuando se está realizando una entrevista de trabajo con familias; por ejemplo, si se detecta disfunción en el área de compartir más tiempo libre, dentro de las tareas que el médico indica para mejorar la funcionalidad familiar será compartir más tiempo juntos en actividades

sociales, deportivas o de recreo, haciendo uso de los recursos para el cuidado de los niños en el hogar en caso de vacaciones; así, cada punto puede ser analizado en forma individual y también puede compararse los resultados entre los diferentes subsistemas que conforman la familia.

Es importante enfatizar que la funcionalidad familiar es una dinámica que va a depender de la presencia de eventos tensionales del desarrollo o accidentales, así como de los recursos con los que disponen. Familias que en un momento dado son moderadamente funcionales ante un evento crítico como es la muerte de un miembro de la familia, pueden ser identificadas como disfuncionales, para recuperarse después de un periodo de ajuste.

El Apgar se estandariza por medir la funcionalidad familiar en mayores de 15 años, se sugiere realizar un promedio de todos los integrantes de la familia, pero también es de gran utilidad analizarlo de manera individual para detectar integrantes insatisfechos o la pareja; por ejemplo, si una familia con cinco miembros mayores de 15 años reporta un Apgar promedio de 8, pero uno de ellos contesta con una puntuación menor de 3, es obvio que esta persona puede ser el “chivo expiatorio” o la persona identificada con el síntoma familiar.

En resumen, el Apgar familiar:

- Mide de manera objetiva el grado de funcionalidad familiar.
- Corrobora la impresión clínica de la entrevista, nunca la suple.
- Tiene utilidad para estudios de investigación clínicos y de familia.
- Mide el grado de satisfacción con la familia o pareja.
- Tiene valor pronóstico en el manejo de los problemas familiares.
- Da información acerca de las áreas afectadas en la interacción familiar, así como pautas para las acciones en el trabajo con familias.

FACES III

Otro instrumento utilizado para evaluar la funcionalidad familiar es el Faces III (por las iniciales de su nombre en inglés *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*), instrumento creado por Olson *et al.*, validado en español por Gómez Clavelina, Ponce Rosas ER e Irigoyen Coria. Este instrumento sólo mide la **cohesión** y **adaptabilidad** (flexibilidad). El puntaje obtenido clasifica a las familias en tres categorías: 1) balanceadas; 2) en rango medio; 3) extremas. Se considera que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción.

El cuestionario Faces III validado en español consta de 20 preguntas planteadas como actitudes en una escala de puntuación tipo Likert. Las cuales tienen un valor de 1 a 5, (nunca 1, casi nunca 2, algunas veces 3, casi siempre 4 y siempre 5). El cuestionario es autoadministrado, de las 20 preguntas, 10 evalúan cohesión familiar y 10 la adaptabilidad, las preguntas están distribuidas de manera alterna, numeradas como nones y pares respectivamente.

CUESTIONARIO FACES III

El cuestionario Faces III original en inglés consta de 40 reactivos, que en su versión en español disminuyen a 20 preguntas como se muestra en la cuadro 20-2:

Cuadro 20-2. Cuestionario FACES III				
Califique las siguientes preguntas de acuerdo a las siguientes opciones.				
1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
Describa a su familia				Respuesta
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. Cada 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 a los castigos	
11. Nos sentimos muy unidos	
12. En nuestra familia los hijos toman 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 a con otros para tomar decisiones	
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
19. La unión familiar es muy importante	
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar	
Total pares: _____	Total nones: _____

El resultado del cuestionario FACES III se obtiene por la suma de la puntuación de las dimensiones de cohesión (nones) y adaptabilidad (pares), de cuyo cruce se obtendrá el tipo de familia, como se muestra en los cuadros 20-3 a 20-5.

Cuadro 20-3. Calificación de cohesión según la puntuación de las preguntas nones del Cuestionario FACES III	
Cohesión	Puntuación
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50
Total:	_____

Cuadro 20-4. Calificación de adaptabilidad según la puntuación de las preguntas pares del cuestionario FACES III	
Adaptabilidad	Puntuación
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50
Total:	_____

Cuadro 20-5. Clasificación de las familias según el cruce de puntuaciones de los cuestionarios de cohesión y adaptabilidad del FACES III				
Cohesión	Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Adaptabilidad				
Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinante
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

Se sugiere el uso clínico del Apgar familiar por su sencillez, cada pregunta puede plantearse al paciente y/o su familia durante la entrevista como método de detección de insatisfacciones de las dimensiones incluidas, de forma que al encontrar insatisfacción se pueda profundizar en el interrogatorio o referir si así lo considera el médico familiar. El cuestionario Faces III posee utilidad invaluable para trabajos de investigación, pero su uso clínico en la práctica diaria del médico familiar, siempre sobre cargada, no se recomienda, ya que su aplicación es difícil por su complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

Alarid, IH: *Fundamentos de Medicina Familiar*, México: Ed. Francisco Méndez Cervantes 1996:21-28.

Anzures R, Chávez V, García M, Nobel O: Diagnóstico estructural y familiar, Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar. Medicina familiar. Primera edición. Ed. Corinter, 2008:205-286.

Gómez Clavelina, FJ, Ponce, R, Irigoyen Coria, AE: Validación de un Instrumento para funcionalidad familiar. Atención Primaria ,1999: 23:479-484.

Smilkstein G: The Family Apgar a proposal for a family test and it`s use by phisicians. J.F.P. 1978;6(6).

Wetsler S: Measuring mental illness, Psychometric assessment, Ed. Scout Wetzler, Washigton DC 1989:211-288.

Capítulo 21

Recursos familiares



Félix Martínez Lazcano,
Eduardo Méndez Espinosa

“La recuperación de una familia en crisis la determina, la comunicación y los recursos de que dispone.”

Hill

INTRODUCCIÓN

Se entiende por recursos familiares a aquellas fuentes de apoyo intra o extrafamiliares que pueden usarse en la solución de los problemas, tanto personales como familiares. En el manejo integral de los problemas de salud de las familias que atiende el médico se, debe identificar los recursos con los que cuenta la familia para promover y facilitar su uso.

Es conocido que cuando las personas o las familias carecen de recursos o tiene pocos son consideradas **disfuncionales**, que con dificultad superan una crisis, permaneciendo en esa condición o fragmentándose.

Es importante señalar que una familia puede disponer de recursos, pero no hacer uso de ellos, por lo que una parte fundamental de las funciones del médico es identificar todos los recursos que poseen las personas y familias en crisis, así como facilitar su utilización en el manejo de sus problemas.

Los recursos a identificar se incluyen en seis categorías que son las siguientes:

1. Sociales.
2. Culturales.
3. Religiosos.
4. Educativos.
5. Económicos.
6. Médicos.

Esas categorías nacen de la palabra *Screem*, acrónimo acuñado por primera vez por Gabriel Smilkstein en el año de 1975. A continuación, se describen cada una de las categorías, se incluyen algunos ejemplos que son ilustrativos, es importante señalar que no son completos.

RECURSOS SOCIALES

Se interroga, si cuenta con familia extensa, cualquier pariente, por grupos de amigos, sociales o deportivos, de vecinos y algunos otros recursos sociales de la comunidad como son: grupos de autoayuda o de enfermedades comunes como: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos

Anónimos, grupos de pacientes con cáncer u otras enfermedades; agrupaciones como asociación de padres, guarderías, asilos, entre otros.

RECURSOS CULTURALES

Se interroga por los hábitos, costumbres y actitudes que los miembros de la familia tienen hacia la salud; por ejemplo: hábitos de higiene, alimentación y nutrición, costumbres de crianza, de métodos de disciplina, hábitos de lectura, de ejercicio, entre otros. Aquí se incluye la información para identificar la actividad que es el centro que organiza la vida familiar, estos temas pueden ser: toda convivencia es un festejo, todo esfuerzo está orientado a estudiar o trabajar, toda actividad se dirige a consumir alcohol, otras sustancias, alimentos, entre otros. Es importante porque en esos temas sostienen la dirección de los objetivos de vida, suelen ser inconscientes.

RECURSOS RELIGIOSOS

Se interroga por las creencias religiosas de cada uno de los integrantes de la familia y la conformidad respecto a los otros miembros, si es practicante de los ritos de su religión como asistir a los servicios y si sigue en sus actividades diarias las reglas de su religión o si participa en algún grupo religioso; la religión es un excelente recurso, sobre todo para problemas de índole moral o para afrontar enfermedades graves o de pronóstico posiblemente letal, algunas familias pertenecen a grupos religiosos y ante algún problema son un recurso entre sí, o bien, cierto número de personas acuden con un sacerdote, ministro o pastor cuando tienen algún problema que requiere apoyo y cierta consejería.

RECURSOS EDUCATIVOS

Se interroga sobre el nivel educativo de cada miembro de la familia, incluyendo todos los cursos formales e informales, así como todas aquellas experiencias de capacitación que hayan llevado a cabo, ya que en algún momento se puede utilizar como apoyo para manejar diferentes factores de riesgo o para la solución de algún problema de salud.

Algunos ejemplos son la hija(o) con capacitación técnica básica de

enfermería, que puede ser excelente apoyo para los padres diabéticos, con un tratamiento basado en la aplicación parenteral de insulina, o en tratamiento de hipertensión arterial que requieren tomas constantes de su presión arterial o aquellas familias con un integrante anciano dependiente, postrado en cama con úlceras de decúbito, que requieren curaciones diarias, entre otros.

RECURSOS ECONÓMICOS

Se interroga por todos los ingresos económicos y otras prestaciones laborales que ganan los integrantes de la familia para obtener el ingreso total, que dividido entre el número de integrantes de la familia daría el ingreso per cápita, pero es más importante definir con claridad cuánto de ese total dedican al cuidado y atención para su salud familiar. Es importante identificar si estos recursos son utilizados previa identificación de sus necesidades, para dar prioridad a los gastos, ya que algunas familias destinan sus recursos económicos sin obtener beneficios reales.

RECURSOS MÉDICOS

Se interroga sobre cualquier tipo de seguridad médica de que dispongan y cuál es la de su elección cuando requieren su uso, con quién acuden en primera instancia cuando requieren de otros servicios como hospitalización.

Algunas familias aún y cuando dispongan de algún tipo de seguridad social no hacen uso de ella, ya que prefieren acudir con otros recursos profesionales o no, como curanderos, para recibir tratamientos mágicos; la mayoría de las ocasiones sólo empeoran su estado de salud y retrasan el inicio de un tratamiento que pudiera ser efectivo.

EJEMPLO DE LA IDENTIFICACIÓN Y USO DE LOS RECURSOS EN EL TRABAJO CON UNA FAMILIA

El problema identificado es negligencia en la atención a una mujer anciana. La familia está integrada por un padre de 60 años, la madre de 56, una hija única de 25 años, soltera y la abuela materna de 80 años.

Este problema se incrementó en los últimos años, debido a la demencia

senil e invalidez de la abuela, de tal manera que la familia la considera una carga, presentando conductas de rechazo y negligencia para con ella.

El médico se centra en la identificación de recursos, principalmente sociales y educativos. Se les informa sobre los cambios físicos y mentales de las personas mayores, así como su necesidad de afecto, comprensión y cuidado. Se identifican grupos de ancianos, secciones en las oficinas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la localidad, para personas adultas mayores. Se sugiere apoyo de los demás familiares, ya que la anciana cuenta con otros hijos, se propone un cuidado rotatorio y apoyo económico de todos para su atención médica.

Para cada problema identificado, existe un tipo predominante de recursos a usar, el pronóstico en la evolución de los problemas a solucionar en el trabajo con familias está ligado con la presencia y empleo de los recursos con los que cuenta la familia.

La figura 21-1 muestra el instrumento para identificar los recursos familiares, que se elaboró y utiliza en el Departamento y la Residencia de Medicina Familiar, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Además de identificar la existencia de los recursos es importante identificar si se han utilizado con anterioridad y los resultados obtenidos, o bien, si existe la posibilidad de su uso futuro.

Departamento de Medicina Familiar
(U.A.N.L.)
Recursos Familiares

	Disponibilidad	Utilización previa o potencial
Sociales		
Culturales		
Religiosos		
Educativos		
Económicos		
Médicos		
Observaciones		

Figura 21-1.

Instrumento para identificar los recursos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Chistie-Sealy J:** *The meaning of illness, crisis and growth. In working with families in primary care.* Ed. Praeger. 1983:115-129.
- Garza T, Riquelme H:** *Metodología para la atención familiar integral.* Monografía residencia de Medicina Familiar, U.A.N.L, 1983.
- Garza T, Saavedra J:** *Metodología para la atención de la salud familiar integral. Salud mental-dinámica familiar.* S.S.A., México: Serie Aprisa. 1988;2.
- Smilkstein G:** *The family in trouble how to tell.* J.F.P. 1975;2:19-24.
- Wicks JR:** *Crisis intervention a practical clinical guide* C.B.S. 1978.

Capítulo 22



Lista de problemas

Eduardo Méndez Espinosa,
Félix Martínez Lazcano,
Héctor Manuel Riquelme Heras

“El primer paso para la solución de un problema es identificarlo”

Anónimo.

Una vez terminada la evaluación de la familia y la obtención de la información, se procede a su análisis en busca de riesgos, problemas de salud o ambos. Se elabora una lista de los problemas identificados que pueden ser de tipo biológico, psicológico o social, o ambos, así como factores de riesgo para la salud individual, familiar o ambas. La elaboración deberá incluir las actividades efectuadas para la solución del problema, el personal responsable de llevarlas a cabo, además de un esquema para seguimiento del manejo.

Todos los problemas identificados se consideran como factores de riesgo para otro problema al que puede estar relacionado; por ejemplo, la hipertensión arterial es un factor de riesgo para el infarto del miocardio, etcétera; otros factores de riesgo que también se deberán enlistar en el inventario son aquellos antecedentes personales, familiares o ambos, de enfermedades y la no utilización de programas de salud requeridos para la etapa del ciclo de vida de la familia; por ejemplo, una mujer que requiere de algún método de planificación familiar y no es utilizado, un niño con esquema de vacunación incompleto, entre otros.

Los riesgos y problemas detectados antes de su abordaje se deben de jerarquizar de acuerdo con los siguientes parámetros:

1. Magnitud, la cual se refiere al carácter de gravedad, urgencia o alto riesgo para la salud familiar integral.
2. Trascendencia, caso en que este factor, de no ser solucionado o atendido, puede, durante un periodo de tiempo, dañar la salud de la persona o familia.

Los criterios para calificar estos dos parámetros son los siguientes:

- Magnitud:
 - Calificación de 3 si el factor o problema es determinante para la aparición del daño en la salud familiar.
 - Calificación de 2, si este es condicionante para producir daño.
 - Calificación 1, si este problema puede asociarse o necesita combinarse con otros factores para producir o condicionar daño en la salud familiar.
 - Calificación de 0, si el problema o factor de riesgo no tiene relación con el problema o no provoca daño en la salud de la familia.
- Trascendencia:
 - Calificación de 3, si el problema repercute en la salud por el resto de la vida.
 - Calificación de 2, si el problema repercute en forma prolongada.
 - Calificación de 1, si el factor repercute en forma transitoria.
 - Calificación de 0, si el factor de riesgo no repercute en daño a la salud familiar.

Con estas dos escalas de calificación se debe evaluar cada uno de los problemas de salud encontrados y una vez obtenidas las sumas de la calificación se determinará la posibilidad en su abordaje.

Una vez jerarquizados, se someten a los parámetros de vulnerabilidad y factibilidad, de manera que se detecte la posibilidad de actuar y las acciones que puedan realizarse. Los criterios son los siguientes:

- Vulnerabilidad. Se refiere a la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar el factor de riesgo o problema.
 - Calificación de 3, si existen instrumentos técnicos para abordarlos
 - Calificación de 2, si existen procedimientos específicos que indirectamente inciden en el factor.
 - Calificación de 1, si existen solamente procedimientos inespecíficos

para solucionar el problema.

- Calificación de 0, si no existen procedimientos.
- Factibilidad: se refiere a la capacidad que se tiene para impactar sobre el factor de riesgo con los recursos disponibles.
 - Calificación de 3, cuando se puede cancelar el factor de riesgo o problema.
 - Calificación de 2, si solo se puede modificar.
 - Calificación de 1, si se puede atenuar los efectos del factor de riesgo o problema.
 - Calificación de 0, si no se puede incidir sobre el factor de riesgo o problema.

Con estos dos parámetros deberán calificarse cada uno de los factores para obtener la calificación final.

Por ejemplo: una familia en cuya evaluación se detectan los siguientes problemas, factores de riesgo o ambos.

	Magnitud	Trascendencia	Suma
Embarazo	1	3	4
Alcoholismo	2	3	5
Diabetes M.	3	3	6

	Vulnerabilidad	Factibilidad	Suma
Embarazo	3	3	6
Alcoholismo	1	1	2
Diabetes M.	3	2	5

La prioridad de atención es el embarazo, seguido de la diabetes mellitus y al final, el alcoholismo.

A continuación se muestra la figura 22-1, que constituye el formato de la lista de problemas y del programa de atención.

Departamento de Medicina Familiar
(U.A.N.L.)
LISTA DE PROBLEMAS Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN FAMILIAR

No. de problema	Actividades	Personal

Fecha _____ Nombre _____ Firma _____

Figura 22-1. Instrumento para la lista de problemas y del programa de atención.

Por un lado, la necesidad de fortalecer el desarrollo de un enfoque de manejo integral y del desarrollo de una actitud positiva en el manejo de los problemas familiares, permitió al autor de este libro complementar el método de evaluación con otro formato para la identificación de problemas que incluye las fortalezas familiares, con la ventaja de que se hace un desglose de la familia que parte del sistema total, del sistema marital/parental, del sistema padres-hijos, del subsistema de los hermanos, del sistema individual y de otros sistemas extra familiares (análisis integral), en cada uno de los cuales se pueden identificar problemas pero también recursos y fortalezas; por último un espacio para resumir las recomendaciones terapéuticas con la fecha, el nombre y firma del médico familiar responsable de la evaluación y atención; para el diseño de este formato se modificó el que usan en el modelo de Calgary como se muestra a continuación en la figura 22-2.

Departamento de Medicina Familiar
(U.A.N.L.)

Identificación de problemas y fortalezas familiares

Fortalezas		Problemas
_____	1. Sistema familiar total	_____
_____		_____
_____	2. Sistema marital/parental	_____
_____		_____
_____		_____
_____	3. Sistema padres/hijos	_____
_____		_____
_____		_____
_____	4. Subsistema de hermanos	_____
_____		_____
_____		_____
_____	5. Sistema individual	_____
_____		_____
_____		_____
_____	6. Otros sistemas extrafamiliares	_____
_____		_____
Recomendaciones terapéuticas: _____		

Fecha: _____ Nombre y firma _____		

Figura 22-2.

Instrumento para la identificación de problemas y de fortalezas o recursos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarid IJ:** Fundamentos de Medicina Familiar, México: Ed. Francisco Méndez Cervantes 1985:89-110.
- Garza ET *et al.*:** Salud mental-dinámica familiar. Metodología para la atención familiar integral. Secretaría de Salud, México: Serie Aprisa. 1988;2.
- Wright LM, Leahey M:** *Nurses and families*. Ed. F.A. Davis Company, 1984.

Capítulo 23

Programa de atención



Teófilo Garza Elizondo

“Un trozo de papel y un lápiz son más útiles que la mejor de las memorias”

Proverbio de las aulas

El médico familiar que se precie de su especialidad debe ofrecer a sus pacientes, familia o ambos, un programa de atención integral, para lo cual requiere, elaborar diagnósticos integrales; la práctica clínica del médico familiar es fundamentalmente individual, por lo que es necesario que esta actividad aprenda a desarrollarla como una consulta individual con enfoque familiar; es decir, obtener información del contexto de vida familiar del paciente y elaborar preguntas como: ¿con quién vive?, ¿quiénes son las personas más importantes para usted?, ¿qué opinan de lo que le pasa?, ¿qué creen que tiene o padece?, ¿cómo lo apoyan cada uno en su enfermedad o problema? Por otro lado, es necesario obtener información del contexto del síntoma con preguntas como: ¿con quién está cuando aparece su síntoma?, ¿cuándo el síntoma se incrementa o aumenta con quién está o qué está haciendo?, ¿cuándo el síntoma disminuye o aminora con quién se encuentra?, entre otros. Lo anterior debido a que la mayoría de instituciones de salud donde puede ser contratado el médico familiar, no favorecen ni promueven las entrevistas familiares en la consulta de atención primaria, pero el médico puede ser proactivo en la búsqueda de estos espacios clínicos, para ser por sí mismos quienes poco a

poco configuren su propia práctica. Por lo que es necesario que, ya sea en consultas individuales con enfoque familiar o en consultas al grupo familiar, el médico realice lo siguiente:

1. Diagnósticos individuales. Se deberá seguir la guía del modelo de atención biopsicosocial para identificar: problemas biológicos, emocionales o psicológicos o ambos, problemas de la interacción familiar y problemas en la interacción social.
2. Diagnósticos familiares. Se deberá seguir de acuerdo a la teoría sistémica estructural para identificar: problemas conyugales, del subsistema jerárquico, de padres e hijos y entre hermanos.
3. Diagnósticos sociales, extrafamiliares o ambos. se deberá seguir de acuerdo a la teoría sistémica para identificar: problemas con familia paterna, con familia materna, con otros sistemas sociales como: vecinos, amigos, escuela, trabajo, grupo religioso, entre otros; problemas del sistema social (devaluaciones, sismos, entre otros).

Estos últimos serán la guía para desarrollar el programa de atención que el médico familiar ofrecerá a su paciente, familia o ambos. La Dra. Virginia Satir identificó ocho procesos de atención a la salud para que ésta tenga un carácter integral y completo, éstos son:

Procesos de atención

1. Biológico.
2. Emocional.
3. Conductual.
4. Educativo.
5. Familiar.
6. Nutricional.
7. Espiritual.
8. Epidemiológico o social.

El perfil formativo de los médicos familiares es el que se acerca a cubrir estos ocho procesos de atención. En cada uno de ellos se incluirán los problemas identificados que el médico y su equipo de trabajo decidan abordar. Se desarrollan objetivos de atención específicos para cada problema y se describen las tareas, y actividades para conseguirlos.

Las tareas y actividades se asignan a los diferentes integrantes del equipo

de trabajo que sean considerados como los profesionales adecuados para su consecución (equipo de salud).

Durante las entrevistas, el médico orienta sus intervenciones para facilitar que los pacientes y familias tomen decisiones razonadas en el proceso de atención de sus problemas de salud, reflejando una práctica efectiva, productiva y responsable.

El médico familiar también debe trabajar los procesos de solución de problemas a través de su capacidad cognitiva, ya que dichos procesos son el principal recurso cognitivo de las personas. Se le enseña a la persona a pensar en orden, a seguir un proceso secuencial para identificar el problema, definir opciones de solución, identificar ventajas y desventajas de cada opción, elegir la mejor y llevarla a la práctica o acción (véase capítulo 11, 15, 20).

Los procesos de atención ayudan a desarrollar una guía de los objetivos de atención. Por ejemplo: una paciente con antecedente familiar de cáncer de mama.

- **Proceso de atención cognitivo o educativo:**

- Información precisa sobre el riesgo de adquirir la enfermedad.
- La importancia de llevar un programa de detección riguroso con actividades como autoexploración, exploración por personal especializado, toma periódica de estudios de gabinete como la mamografía, citas programadas, acordar que, de no asistir, se llevará a cabo visita domiciliaria por personal de salud.

- **Proceso de atención emocional:**

- Citas para apoyarla a identificar los sentimientos asociados al antecedente familiar que sean negativos y facilitar su expresión constructiva.
- Apoyarla a identificar fuentes de culpa.
- Apoyarla a identificar posibles pérdidas y de existir, apoyarla a facilitar sus procesos de duelos.

- **Proceso de atención conductual:**

- Aprender la técnica de autoexploración mamaria.
- Aprender a identificar los recursos médicos disponibles en su localidad y la manera de acceder a ellos.

- **Apoyarlos a desarrollar habilidades de comunicación y negociación efectivas en la familia:**

- Promover actividades de convivencia dentro y fuera del hogar.

- Sugerir la importancia de acompañarla a sus citas de atención.

En la figura 23-1 se muestran algunos ejemplos con una descripción de actividades y del personal del equipo de salud a cargo de las mismas.

Departamento de Medicina familiar(U.A.N.L.)
Lista de problemas y programas de atención familiar

No. de problema	Actividades	Personal
Mal apego a la dieta	-Identificar la persona que compra la despensa -Identificar la persona que prepara las comidas	El Médico Familiar, El Lic. en Nutrición El Lic. en Nutrición
Fascitis plantar	-Reposo -Toma adecuada y con horario de analgésicos	- El médico familiar y la enfermera -El médico familiar y la enfermera
Antecedente familiar de Cáncer de mama	-Autoexploración -Toma de mamografía	-El médico familiar y la enfermera

Fecha: 16 de Sept. De 2014. Nombre: Dr. Teófilo Garza Elizondo. Firma
Los procesos de atención ayudan a desarrollar una guía de los objetivos de atención. El cuadro se desarrolló con base en el caso de una mujer de 38 años, con antecedentes de diabetes mellitus y cáncer de mama, así como un diagnóstico de fascitis plantar d el pie izquierdo.

Figura 23-1.

Ejemplos de un programa de atención.

BIBLIOGRAFÍA

Fishman HC, Rosman BL: *El cambio familiar: desarrollo de modelos.* Gedisa, 1990.

Garza ET et al.: *Salud mental-dinámica familiar. Metodología para la atención familiar integral.* Secretaría de Salud, México, Serie Aprisa,

1988.

Wright LM, Leahey M: *Nurses and families*. Ed. F.A. Davis Company,
1984.

Capítulo 24

Ejemplos de trabajo con familias



*María Cristina Benavides Ibarra,
Teófilo Garza Elizondo*

“Las bondades del trabajo con familias son que además de una serie de intervenciones efectivas, ofrecen en las mismas un toque cálido y humano en la práctica médica”

TGE

El modelo de trabajo con familias descrito en estos ejemplos refleja de manera práctica y sencilla el trabajo realizado por el médico familiar en la consulta, así como lo aprendido por él como residente. Por otro lado describe el modelo docente para enseñar/aprender las habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas (véase capítulo 1).

Los siguientes ejemplos de casos de atención familiar se transcribieron de acuerdo con la secuencia en cómo se dieron las consultas, para ser más descriptivos y claros, se registraron los diálogos entre médico familiar, la paciente, sus familiares o ambos, tal cual se expresaron en las consultas individuales con enfoque familiar o al grupo familiar, Las observaciones que se resaltan son las reflexiones hechas por la médico familiar postconsulta, y en algunos casos, las del profesor/tutor durante las supervisiones posteriores.

PRIMER EJEMPLO DE CASO DE ATENCIÓN FAMILIAR

Acude la señora María de 71 años de edad a la consulta de medicina familiar por artralgias de más de 10 años de evolución, refiere dolor constante de las articulaciones de ambas rodillas y hombro derecho, el cual mejora con el reposo y se agrava con el ejercicio y en temporada invernal, menciona escuchar constantes crepitaciones al movimiento de dichas articulaciones. También refiere poliaquiuria y disuria de 1 mes de evolución, niega otros síntomas acompañantes. Acudió a consulta con médico particular que le prescribió trimetoprim con sulfametoxazol (TMP/SMZ), pero al no presentar mejoría decide ir a esta unidad para su atención. La paciente asistió a la consulta de medicina familiar con resultados de laboratorio.

Antecedentes heredo-familiares: desconocidos, personales no patológicos, negados.

Antecedentes personales patológicos: hipertensión arterial sistémica diagnosticada aproximadamente hace 30 años; captopril 25 mg, tabletas vía oral. Diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace 30 años, tratada con metformina 500 mg, tabletas vía oral. Artralgias tratadas con analgésicos: diclofenaco, ácido acetilsalicílico, ketorolaco y paracetamol. Ingiere a diario ampicilina, cefalexina, TPM/SMZ, benzofibrato, ranitidina, omeprazol y buscapina, por historia de diagnósticos frecuentes de infección de vías urinarias. Antecedentes G-O, PAP y exploración de mama: nunca realizados.

En la exploración física se encontró presión arterial de 160/90 mm Hg, ambas rodillas con crepitación audible y palpable, maniobras de estrés negativas, cajón anterior y posterior negativo, rangos de movimiento conservados. El hombro derecho con crepitación audible y palpable y rangos de movimiento conservados, maniobra del arco, jobe, y cajón negativas, fuerza conservada.

Acudió con los siguientes resultados: biometría hemática normal; química sanguínea: glucosa 223, creatinina 0.5, nitrógeno ureico en sangre (BUN): 23, tasa de filtrado: 83.09 mL/min/m²; perfil de lípidos: colesterol: 200, triglicéridos: 258, colesterol HLD: 33.7, colesterol LDL: 114.7; examen general de orina: nitritos: positivos, leucocitos: 10 por campo, eritrocitos: 2 por campo, resto normal.

La señora María acudió sola a la primera consulta, después de saludarla

por su nombre e invitarla a pasar, el médico familiar se presenta y da tribuna libre para que exprese su motivo de consulta y sus inquietudes.

PRIMERA CONSULTA

Señora María: -Doctora es que tengo muchas molestias de años, me duelen todos los huesos, no se me controla el azúcar y la presión, pero lo que me molesta más es el mal de orín, ya fui a consultar y tengo todo el mes así, me tomo las pastillas y hago lo que me dice el doctor pero no se me quita **(el médico identifica múltiples, sigue indicaciones médicas con inefectividad terapéutica).**

El médico procede a realizar la historia clínica. Inicio el interrogatorio por los medicamentos utilizados, al momento de la consulta utiliza 12 fármacos diferentes recetados por varios médicos (polifarmacia), se pregunta por la forma de tomarlos:

Ella describe: -Los tomo todos juntos en la mañana y cuando algo me duele, como no sé cuál es cuál y son muchas cajas, los pongo todos en un frasco y así nada mas cargo uno con todas las medicinas **(polifarmacia: apego a indicaciones pero con ejecución inadecuada e inefectiva, adulto mayor con uso inadecuado de recursos familiares).**

Se le pregunta por la causa de decidir tomar así los medicamentos, a lo que responde: “Así lo he hecho siempre, es más fácil, me explican y me anotan cómo debo tomarlos pero se me olvida lo que me dicen y como no sé leer (a la paciente analfabeta se deben dar las indicaciones por medios no escritos), no me acuerdo cuál medicina es para qué cosa y mejor me tomo todos, no vaya a ser que deje de tomar alguno y no me cure”.

Doctora: -¿María sabe para qué sirve cada medicamento que toma?

Señora María: -Pues yo sé que curan pero no sé cuál cure qué cosa.

Doctora: -¿Cree usted que exista alguna manera de saber cómo tomar los medicamentos? **(se exploran otras alternativas para la toma de decisiones y se promueve la auto-decisión y con ella la independencia de la paciente).**

Señora María: -Pues no se me ocurre, a mí siempre me dan la receta y yo trato de hacerlo como me lo dicen, pero siempre me confundo.

Doctora: -Usted es una buena paciente, pero a pesar de que sigue las indicaciones no logra un buen control, ya que al no saber leer por más que le anoten, si no recuerda las indicaciones va a seguir tomándolas igual, todas juntas. **(Sé hace un reforzamiento positivo y se hace una síntesis de su descripción)**, ¿qué hará para no confundirse con las tomas? (de nueva cuenta se interroga en búsqueda de otras opciones).

Señora María: -No lo sé doctora, no se me ocurre.

Doctora: -Usted no sabe leer pero sigue las indicaciones, **(reforzamiento positivo)** no lee letras o palabras pero pudiera entender alguna marca, otras señas, dibujos o algún color para cada medicina **(se hace una sugerencia específica)**. ¿Cree usted que si elije un dibujo, un color o una marca para identificar las cajas de los medicamentos los podría aprender a distinguir y entonces aprender cuál y cuándo tomarlos? **(Se describe la secuencia del proceso, primero elegir una señal, segundo asociar la marca con la caja del medicamento y por último asignar y aprender un horario de toma)**.

Señora María: -Pues yo creo que con una marca se me haría más fácil.

Doctora: -Y si con una marca puede saber cuál es cada uno, ¿cree usted que podría distinguir cada medicamento, para qué sirve y dejarlos en su frasco original?

A lo que respondió:

Señora María: -Pues yo creo que sí.

Durante la consulta se procedió a clasificar los fármacos, seleccionando sólo aquellos que en ese momento son útiles para la paciente, ella propone clasificarlos mediante una marca, ya que de esta manera se le facilita la asociación.

Se procede a explorar el problema identificado **(contexto del síntoma e identificar su red de apoyo familiar)**.

La información previa era que la Sra. María es casada y vivía con su pareja, que tenían cinco hijos viviendo aparte.

Doctora: -¿Su familia le ayuda en el control de su enfermedad?

Señora María: -Mi esposo también tiene muchos malestares pero nunca le ha gustado consultar, pero se preocupa por mí; mis hijos ya están casados tienen cosas que hacer, sólo van a visitarme cada cierto tiempo,

pero a ellos no los molesto con mis cosas.

La paciente con una enfermedad crónica no lleva un control médico, suele automedicarse. Asimismo, mencionó que a dos cuadras de su casa se encuentra el centro de salud al cual no acudía a pesar de que fue allí donde le detectaron la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, debido a que no entiende las recetas (**recurso médico identificado sin ser utilizado**).

Se identifican los siguientes criterios para ofrecer trabajo con familias:

- Enfermedad crónica.
- Necesidad de involucrar a la familia.
- Técnica de toma de decisiones inadecuada.
- Uso inadecuado de recursos.

Por lo que se explica a la paciente en qué consiste el trabajo con familia y cómo se beneficiará de las intervenciones. Se le muestra la lista de problemas encontrados hasta el momento y se le señala que es necesario cambiar ciertas conductas para poder solucionar cada uno de los problemas identificados (**técnica de negociación**). La paciente se mostró dispuesta en trabajar y realizar las acciones indicadas, se comprometió a acudir a las citas y a seguir las indicaciones, por lo que se hace el **contrato terapéutico** y se da por terminada la consulta.

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS DE SALUD

Biológico: hipertensión arterial sistémica no controlada. Diabetes mellitus tipo 2 no controlada. Hipertrigliceridemia. Osteoartritis de rodilla y hombro derecho. Infección de vías urinarias bajas.

Psicológico: polifarmacia. Paciente con baja educación escolar y sobre su enfermedad. Paciente con hábitos inadecuados de autocuidado.

Familiar: familia en etapa de retiro con manejo inadecuado de recursos.

Programa de atención o planes:

- **Biológico:** Captopril 25 mg tabletas cada 12 horas. Metformina 500 mg tabletas cada 12 horas. Dieta baja en grasas. Diclofenaco en gel, aplicar cada 12 horas. TMP/SMZ tabletas cada 12 horas por 10 días. Se solicitan, glucosa sérica, examen general de orina, radiografías anteroposterior, lateral de ambas rodillas y hombro derecho. Cita en dos semanas con resultados y se le pide que acuda junto con su esposo y su

hijo mayor.

- **Psicológico:** informar acerca de la enfermedad y su tratamiento (uso de fármacos, nueva estrategia, estilo de vida, entre otros).
- **Familiar:** facilitar la Identificación de los recursos intra y extrafamiliares. Expandir red de apoyo (involucrar al resto de los hijos).

SEGUNDA CONSULTA

Acude la Señora María puntual a su cita, acompañada por su esposo y su hijo mayor (**apego a las indicaciones con buen apoyo familiar**). Después de saludar a la paciente procede a presentarme a su esposo e hijo y a pasar.

Señora María: -Buenos días doctora, ellos son mi esposo y mi hijo mayor Roberto.

Doctora: -Mucho gusto, qué bueno que pudieron acompañar a Doña María, la señora me platicó de ustedes y me dijo que se interesan por ella y sus problemas de salud (**se elogia su conducta con el fin de fortalecer la relación médico-paciente-familia, [unión] así como reetiquetar de manera positiva, el apoyo a su familiar e identificarse como un recurso para ella**).

Responden que decidieron acudir porque la señora María les había externado que se sintió muy a gusto en la consulta con la doctora y que como quieren ayudarla, al acompañarla pueden saber cómo (**se percibe en el lenguaje corporal de la señora una actitud de vulnerabilidad y dependencia de la señora María, por los comentarios de sus familiares y en ellos, el deseo de apoyarla activamente**).

Señora María: -Sí doctora, yo les dije que usted es la que me va a cuidar (**actitud dependiente e intento de triangulación hacia la doctora**).

Doctora: -En realidad vamos a hacer algo aún mejor, vamos a trabajar juntas para que usted aprenda qué debe hacer y cómo debe hacerlo para cuidarse bien de sus enfermedades (**se redirecciona el comentario de la paciente hacia ella y su esfuerzo para evitar la triangulación sin descalificarla, se facilitan la expresión de pensamientos y acciones o actividades hacia su independencia y sus habilidades de autocuidado**).

La doctora expresa su disponibilidad con suavidad, aunque firmemente no acepta la propuesta de hacerse cargo de la paciente o del modelo de atención tradicional. Se interroga acerca de la sintomatología descrita en la primera consulta (artralgia más poliaquiuria y disuria), la paciente se refiere asintomática. Trajo los resultados del examen general de orina, que fue normal y la glucosa sérica de 72. Las radiografías con cambios compatibles con osteoartrosis en ambas rodillas y hombro derecho.

Doctora: -Señora los resultados son normales, ¿cómo le ha ido con los medicamentos, la marca le ayudó a tomarlos como lo platicamos en la consulta pasada? **(revisar las indicaciones anteriores para subrayar la importancia de las mismas y evitar caer en auto-descalificaciones).**

Señora María: -Sí doctora, con las marcas se me hace más fácil y ya puedo tomarlos por separado, y ya me los puedo tomar cuando me levanto y antes de dormirme.

Se felicita con cierta efusividad a la paciente por llevar acabo de manera adecuada las indicaciones de la consulta anterior **(reforzamiento positivo)**. Se le recuerda a la paciente sobre el acuerdo de obtener información de su familia y del llenado de los instrumentos, ECOMAPA y Apgar familiar, **(el objetivo fue identificar recursos familiares y evaluar si existe flexibilidad en el resto de la familia)**.

Se trata de una familia de dos personas, en etapa de retiro, con enfermedades crónicas y antecedentes familiares desconocidos, los hallazgos por categoría fueron (figura 24-1).

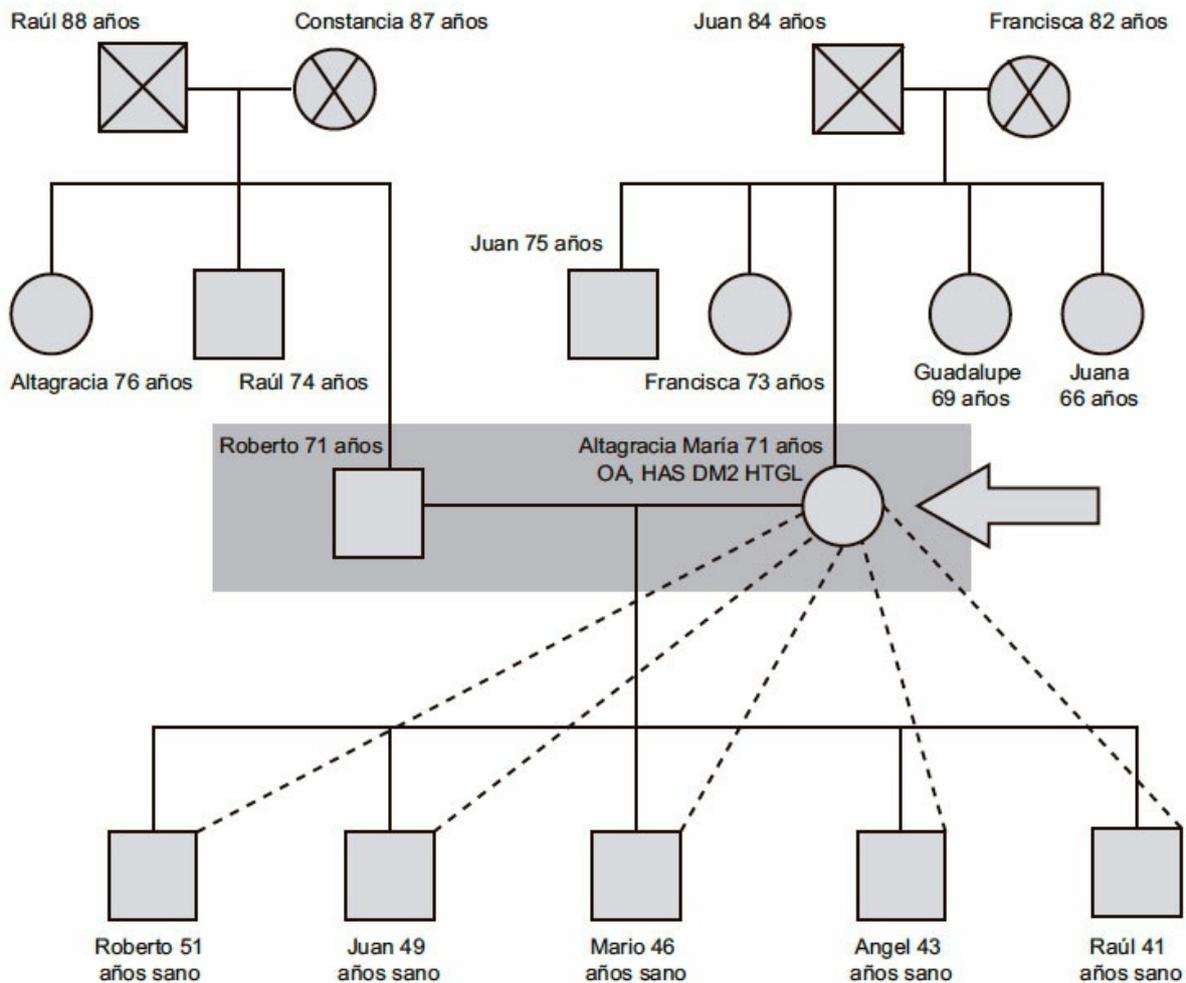


Figura 24-1.

Familiograma de la familia de María y Roberto.

- Categoría 1: familia nuclear.
- Categoría 2: familia en etapa de retiro.
- Categoría 3: sin patrones de enfermedad o relaciones repetidos.
- Categoría 4: con tensión crónica por enfermedades mal controladas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoartrosis.
- Categoría 5: relación estrecha con hijos y cónyuge, relación muy estrecha con hijo mayor.
- Categoría 6: sin patrones de desbalance familiar en la estructura.

Es una familia con recursos extrafamiliares poco utilizados, se observa uso de religión y trabajo, conexiones débiles con el resto de recursos.

El objetivo del trabajo con esta familia fue identificar los recursos médicos en la familia extensa y facilitar su uso en el cuidado de su salud.

Apgar promedio total: nueve puntos, indica que se trata de una familia altamente funcional, por lo que tienen buen pronóstico para resolver sus conflictos; 4 de 5 esferas evaluadas por Apgar (adaptación, comunicación, crecimiento y afecto) son satisfactorias para los integrantes, con excepción de la evaluación del área de resolución, donde la señora María se muestra menos satisfecha, lo cual concuerda con el ECOMAPA, donde se observa la poca participación de la familia extensa (hijos), así como la falta de convivencia y de actividades recreativas.

Objetivos: fortalecer unión con la familia extensa y la socialización.

Plan: promover las actividades de aprendizaje sobre sus enfermedades y otras de tipo recreativo a través de la integración al grupo de ayuda mutua del centro de salud cercano a su domicilio.

Se comienza a trabajar la activación de los recursos identificados de manera previa, por medio de ECOMAPA, por lo tanto se muestra el instrumento y explica que, al fortalecer estas uniones se verán favorecidos otros aspectos de su vida, no sólo en cuanto al control de su enfermedad. Se trabaja la unión con el hijo y la madre.

En la figura 24-2 se muestra el Ecomapa de María y Roberto tal como se usó en la consulta para apoyar a María en la identificación de sus recursos.

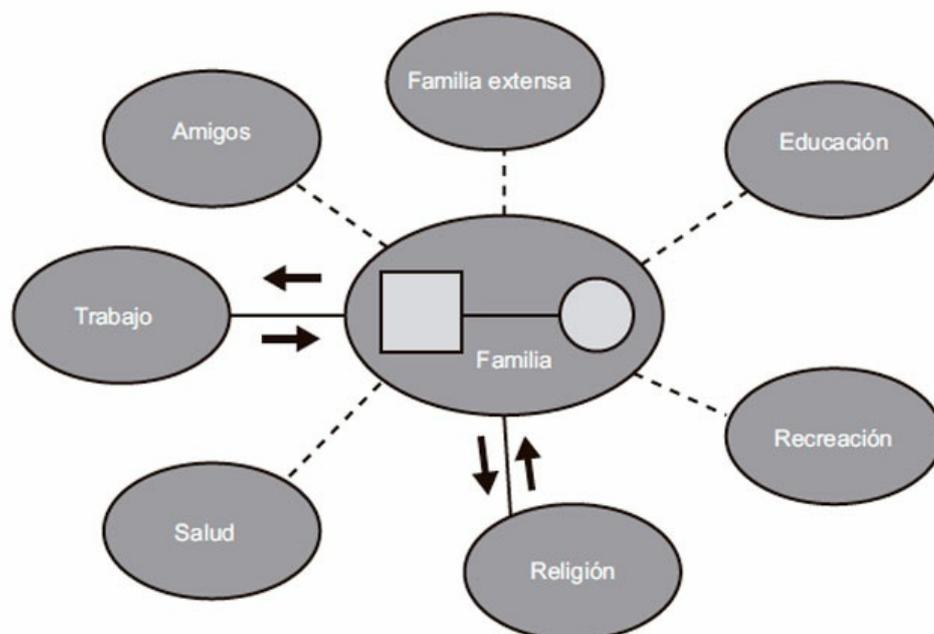


Figura 24-2.

Ecomapa de María y Roberto.

Doctora: -¿Oye Roberto, has pensado en alguna manera en la cual podrías ayudar a tu mamá con el control de su enfermedad?”

Roberto hijo: -Pues yo creo que puedo ir a visitarla más seguido, además creo que podría ayudarle con las medicinas.

Doctora: -A qué te refieres con ayudarle con las medicinas” **(técnica de repetir la última frase o últimas palabras dichas por el paciente para inducirlo a continuar o profundizar en un tema).**

Roberto hijo: -Pues le puedo recordar cuándo tomarla, o sea el horario.

Doctora: -Roberto, se te ocurre alguna manera diferente en la que le podrías ayudar a tu mamá, ya que ella ha podido tomárselos sola muy bien desde su consulta pasada **(reforzamiento positivo a las conductas de autocuidado de la madre e inducción de pensamientos orientados a generar otras opciones).**

Roberto: -Déjeme pensar, ahorita no se me ocurre nada.

Doctora: Bien, señor Roberto, ¿alguna idea que usted tenga? **(Se acepta la solicitud por el hijo y se integra al padre).**

Señor Roberto: -Pues en la casa tenemos un reloj grande algo viejo doctora, creo que mi hijo puede dibujarle las nubes y el sol **(las marcas)** y ponerlos en lugar de los números **(aporta una idea creativa, barata y que permite que todos participen y aporten algo).**

Doctora: -¡Muy bien señor Roberto, buena idea! **(reforzamiento positivo).**

Se pregunta a la señora si está de acuerdo con esta propuesta. Se muestra de acuerdo y entusiasmada por aprender cosas nuevas, por lo que se felicita tanto al cónyuge como al hijo por las ideas sugeridas y la forma tan efectiva de trabajar en equipo como familia, se cierra con el compromiso de todos de llevar a cabo las tareas **(reforzamiento positivo a las ideas sugeridas y al trabajo en equipo e indicación de tarea para un tiempo limitado).**

Doctora: -Señora María, ¿a qué se debe que no acuda a su centro de salud para el control de sus enfermedades? **(se explora y promueve el uso de**

sus recursos).

Señora María: “Pues mire, sí voy por mi medicamento, pero es que a veces no entiendo bien lo que me explican de cómo me los debo de tomar”.

A continuación se le explica que el centro de salud puede ser un excelente recurso para atender sus malestares, ya que es cercano a su domicilio, que entre sus ventajas existen grupos de apoyo para personas que padecen su misma enfermedad y que de esta manera podrá socializar y aprender más acerca del control de su padecimiento y autocuidado **(se etiqueta positivamente al centro de salud como recurso y se evitan descalificaciones y competencias).**

La paciente se muestra interesada en el recurso. Posteriormente se elabora y entrega la nota de referencia para el centro de salud, con base en el contexto de la paciente, se le indica que para la siguiente consulta deberá de haber acudido a éste; asimismo, los familiares se comprometen a acompañarla. Se da la nueva tarea a realizar y se finaliza la consulta.

Nota: durante la consulta, también se realizó una intervención educativa al informar a la familia acerca del padecimiento de la señora María; del mismo modo se reforzó el sistema aprendido por la paciente en cuanto a la toma del fármaco, para estos momentos, ella se identifica a la perfección con el horario de toma de sus medicamentos. **Nota.** Se envía nota de referencia al personal del centro de salud para valorar integración de la paciente a los grupos de qué dispongan.

TERCERA CONSULTA

Acude la Señora María a su tercera consulta acompañada por su hijo y su cónyuge **(en este punto de la consulta es clara la alianza e involucramiento afectivo-empático que existe entre el padre y el hijo para apoyar y promover el autocuidado de la paciente).**

Doctora: -Los recibo con muestras de gusto, Sra. María, Sr. Roberto, Roberto, ¿cómo están? **(Maniobras de unión).**

Todos responden: -Bien doctora.

Doctora: -¿Qué tal Señora María como le fue en estos días? **(se fortalece la relación médico-paciente cuando se pregunta por el estado de la paciente y se define el objetivo de la reunión).**

Señora María: -Pues ya fui al centro de salud a darles la nota que me dio, me dijeron que tenía que ir a final de mes que es cuando se junta todo el grupo y también me dijeron que me van a dar mi medicamento. Le enseñé al doctor del centro de salud como tenía que hacerme los dibujos para que yo le entendiera y ya me los pone así. **(es clara la adquisición de la habilidad, dominio e iniciativa de la paciente al explicar cómo desea que se le recete y expliquen las indicaciones de ahora en adelante, además esto habla de una comunicación clara y directa, misma que no se había tenido en ocasiones anteriores en el subsistema, establecido entre ella y su centro de salud).** Lo anterior describe el empoderamiento de la señora para hacer valer sus derechos a una atención de calidad de acuerdo a autores anglosajones, muchas personas sienten que carecen de derechos por carecer de alguna característica del grupo social, en este caso el analfabetismo.

La Señora María se muestra satisfecha con la atención que recibió en el centro de salud y con su actitud, se planea que lleve su control de enfermedades crónicas allí, a lo que ella muestra estar de acuerdo **(es importante la unión y conformidad con el centro de salud, ya que este es un recurso identificado que por su ubicación cercana puede tener la capacidad de un gran impacto en la vida de la paciente).** Se interroga a la paciente por otras tareas, cómo saber si acudió a la consulta de nutrición.

Señora María: -Sí acudí, me acompañó mi hijo, me dieron una dieta y me quitaron la sal, ahorita estoy tratando de cocinar algunas cosas que me sugirieron, apenas nos estamos acostumbrando al sabor de la comida sin sal **(se observa el involucramiento afectivo empático en el subsistema entre el hijo y su madre al acompañarla a una consulta de nutrición, donde no fue requerido por el equipo, recordemos que la paciente en un principio acudía sola a consulta).** Ahora, si bien la paciente está cambiando, en su dieta es importante el refuerzo positivo de esta conducta de ser acompañada por su hijo, ya que por los comentarios de la paciente se corre el riesgo de no apegarse a la dieta propuesta. Se realiza fortalecimiento positivo por las indicaciones realizadas.

Nota: la paciente, también menciona que los hijos la han comenzado a

visitar con mayor frecuencia.

En este momento, la paciente se encuentra asintomática, con apego a las indicaciones médicas y resultados terapéuticos adecuados.

Su presión arterial es de 130/80 mm Hg, se realiza dextrostix durante la consulta y se aplica de nueva cuenta el Apgar familiar con resultados de familia altamente funcional.

Se le explica a la paciente que se han cumplido los objetivos del contrato planteado en la primera consulta, y éstos eran:

- Control de enfermedad crónica.
- Estrategias para mejorar el tratamiento.
- Involucrar a la familia.
- Identificación y uso adecuado de sus recursos.

Se felicita a la familia por acudir, trabajar, cumplir cada tarea y por haber fortalecido su unión como familia (**refuerzo positivo**).

Se menciona a la paciente que el servicio de medicina familiar continuará al pendiente de su bienestar y por lo tanto se hará una cita de seguimiento dentro de un mes y posteriormente las citas serán abiertas. Además se le dice a la familia que deberán de continuar estas tareas de forma constante y que el control de la enfermedad crónica será en el centro de salud, se le indica que debe de acudir con ellos en caso de cualquier malestar.

La familia se muestra de acuerdo, por lo que se da por terminada la consulta y el contrato de trabajo. La paciente acudió a su cita de seguimiento con su esposo y los cambios se mantenían, el control continuaba en el centro de salud y asistía cada mes a las reuniones del grupo.

Este trabajo muestra la importancia del **enfoque bio-psico-social (sistémico)** en la atención de los problemas biológicos de los pacientes.

Las familias con un integrante con **enfermedad crónica** se enfrentan a una **crisis accidental de tipo continuo**, que produce tensión constante que **afecta al enfermo y a cada uno de sus integrantes** como un todo, de aquí la importancia del abordaje bio-psicol-social por el médico familiar.

Se puede observar que el problema biológico de la paciente se resolvió desde su contexto psicosocial (**indicaciones no médicas**), al fortalecer el desarrollo de las habilidades de autocuidado y las relaciones de la paciente con el resto de subsistemas familiares, así como el uso de sus recursos médicos y sociales, pues el problema real no era la enfermedad orgánica o

el desapego al tratamiento de la paciente, sino la falta de comprensión de las indicaciones por el analfabetismo y el escaso uso de sus recursos, en especial a su familia extensa.

SEGUNDO EJEMPLO DE CASO DE ATENCIÓN FAMILIAR

Paciente masculino de 45 años de edad, acude a consulta por presentar dolor punzante en la región plantar derecha. Inició su padecimiento hace 30 días, al sentir dolor en el pie derecho con limitación de la marcha, en consulta particular se le indicaron reposo y analgésicos con mejoría; la sintomatología se exacerba con la marcha y actividades físicas, sobre todo al caminar para trasladar material de construcción y al trotar, que eran actividades cotidianas para él. No se relacionó con horario ni calendario, mencionó presentar tres episodios similares posteriores a la consulta anterior, por lo que al no tener mejoría decide acudir a la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario.

El resto del interrogatorio por aparatos y sistemas fue negativo a la exploración física:

- Peso: 71 kg
- Talla: 1.68 m
- Índice de masa corporal: 25.1
- Perímetro abdominal: 93 cm

Presentó dolor a la palpación profunda en el borde interno y central del talón del pie derecho y a la extensión del mismo.

PRIMERA CONSULTA

Acude el señor Fabián acompañado de su esposa. Se observa facies dolorosa al incorporarse de su asiento para dirigirse al consultorio, su marcha es antálgica (**primer problema detectado, marcha antálgica como probable motivo de consulta**).

Se lleva a cabo la presentación y saludo de mano.

Señor Fabián: -Doctora, vengo a consulta porque desde hace 30 días inicié con un dolor en la planta del pie derecho, que no me deja caminar y ahora no puedo jugar fútbol (**existe sospecha de que es una consulta por límite de tolerancia, ya que el paciente marca la fecha exacta de la sintomatología y hace énfasis en el dolor como causa de consulta**)

(véase capítulo 11).

Doctora: -Señor Fabián ¿qué es lo que más le preocupa, que le duela la planta del pie o que no puede realizar sus actividades como jugar fútbol?, **(se plantea de esta manera la pregunta para corroborar la hipótesis de que se trata de una consulta por límite de tolerancia).**

Señor Fabián: -Lo que más me preocupa doctora es que me duele mucho mi pie y fíjese que ya ni jugar fútbol los domingos puedo **(se comprueba que es una consulta por límite de tolerancia).**

Se procede a realizar historia clínica completa. Después a valorar el contexto del síntoma en la familia del paciente con la siguiente pregunta:

Doctora: -Señor Fabián ¿qué tipo de problemas a tenido debido a este dolor que le aqueja?, **(al realizar la pregunta de manera abierta se trata de que el paciente exprese el malestar que siente, ya que si éste causa el motivo de consulta es fundamental al sobrepasar el límite de tolerancia).**

Señor Fabián: -Mire Doctora, recientemente desarrollé un proyecto de construcción en mi casa, cualquier reparación que se necesite la realizo yo, pero con este dolor no he podido seguir con el trabajo **(el paciente menciona el rol que ocupa dentro de su familia).**

Doctora: -¿Y no ha pensado en que le puede ayudar alguien de su familia? **(Con esta pregunta evalúo la flexibilidad de los integrantes de la familia para intercambiar roles y proporcionarse apoyo).**

Señor Fabián: -No doctora, en mi casa tengo puras mujeres y las mujeres en mi familia no realizan este tipo de actividades, me parece muy duro para ellas, además no van a querer **(el paciente me señala un probable mito dentro de su familia donde los roles son descritos como rígidos. Se toma nota de este aspecto y se decide explorarlo más adelante si se sospecha que es importante para el tratamiento).**

Doctora: -Bueno, una parte muy importante de su tratamiento es el reposo y por lo que me dice creo que no está descansando o ¿me equivoco? **(se realizó esta pregunta para corroborar si esta actividad es causa de la sintomatología y recaídas del paciente).**

Señor Fabián: -Pues sí doctora, lo que pasa es que desde hace un mes estoy construyendo un segundo piso en la casa **(señala la fecha de inicio de la construcción, la cual coincide con el inicio de la exacerbación de su sintomatología).**

Doctora: -Bueno hace un mes que comenzó con su proyecto y hace un mes que también inició su dolor, ¿no cree que podría aplazar ese proyecto mientras usted se recupera?, **(se busca estar en posibilidades de negociar la incorporación de las hijas y esposa como parte del tratamiento).**

Señor Fabián: -No creo doctora, es que todo el piso de arriba conecta con la casa, no sé si me explique, pero si no acabo pronto la casa queda desprotegida, al clima y a los ladrones.

Doctora: -Bueno creo que esa no es opción para usted, ¿qué otras opciones podría tener para poder descansar?, **(se exploran opciones en el proceso de toma de decisiones del paciente y facilitar una lluvia de ideas).**

Señor Fabián: -No, pues es que apenas que contratara a alguien para que me ayudara pero tampoco estamos bien de economía **(la opción de recibir ayuda de su esposa e hijas es anulada).**

Doctora: -Bueno creo que usted tiene razón, hay que cuidar la economía, ¿qué otra opción podría tener? **(se continua explorando el proceso de toma de decisiones del paciente).**

Señor Fabián: -Pues es que la única que veo es que yo termine y me aguante el dolor pero no puedo. Ya me duele mucho ni con la medicina se quita; si dice que tengo que descansar me la pone difícil. Yo creo que la única sería que me ayudaran en mi familia, pero ellas no van a querer **(el paciente, a pesar de expresar rigidez en los roles, habla por primera vez pidiendo ayuda, esto refleja una disminución de la rigidez del rol, lo cual se identifica como tema para el diálogo familiar que podría ayudar al y a su familia a resolver su problema).**

Doctora: -Bueno, usted está haciendo algo bueno para su familia ¿por qué cree que no le ayudarían, si es algo bueno para todos?

Señor Fabián: -Lo que pasa es que eso de la construcción y las reparaciones es un trabajo pesado que nos toca a los hombres **(el paciente retoma el mito familiar, por lo que se decide interrogar a su pareja).**

Doctora: -Señor Fabián y ¿por qué en vez de suponer se lo pregunta a su pareja?

Señora Margarita: -Bueno, es que mi esposo tiene razón, en casa, las mujeres nos dedicamos a labores del hogar y él siempre repara todo, **(la pareja corrobora el mito familiar).**

Doctora: -Me parece muy bien que estén tan organizados

(mantenimiento y apoyo al sistema).

Se realiza un apoyo positivo a la pareja respetando los roles que organizan su familia, en este punto se tienen los datos suficientes para decir que se trata de una familia con roles rígidos, sostenidos por el mito familiar de “las mujeres realizan trabajo de mujeres y los hombres trabajo de hombres”. Si bien las familias rígidas tienden a ser menos funcionales no se ha encontrado aún, un dato que indique que la familia se encuentra insatisfecha con estos roles. Por otra parte, la sintomatología del paciente coincide con la fecha de inicio de la construcción de su hogar y el reposo, al ser parte fundamental del tratamiento, se decide preparar una intervención dirigida a vulnerar la rigidez del mito familiar, por lo que se les plantea.

Doctora: -Bueno, **(dirigiéndose a la Sra. Margarita, para tratar de activarla como recurso)**, la parte del tratamiento más importante es el reposo, ¿cómo cree usted, Margarita que pueda ayudar a su esposo a que trabaje menos en su proyecto y pueda reposar para poder recuperarse?, **(comienza el paso del contexto individual del síntoma al contexto familiar).**

Señora Margarita: -Pues no sé Doctora. La verdad no se me ocurre. Yo le ayudo con lo que puedo.

Doctora: -Me alegra mucho que usted le ayude, así es en los buenos matrimonios, creo que los dos como pareja se ayudan mutuamente, usted protegiendo a su familia y usted Margarita procurando a su marido **(continúa con el refuerzo positivo, al activarla como recurso y fortalecer la relación conyugal como inicio para establecer un contrato terapéutico).**

Doctora: -Vamos a trabajar en equipo para que podamos resolver la molestia que los trajo hasta aquí, para eso me gustaría que piensen para la siguiente cita cómo podría usted señor, lograr más reposo y usted señora Margarita cómo podría hacer para que su esposo descansa ese pie, pero como todos viven en el hogar y se ayudan mucho me gustaría, si están de acuerdo, que la siguiente cita vengan sus hijas, toda la familia, ustedes y sus hijas para conocerlas y ver qué pueden aportar, Margarita, recuerde que usted lo tiene que procurar y es parte de su trabajo **(el diálogo se realiza de esta manera con los pacientes siguiendo las pautas que mantienen al sistema funcionando,**

etiquetando de manera positiva a cada uno de los integrantes y respetando, hasta aquí, sin cuestionar sus roles).

Al pasar del contexto individual al familiar, se propone trabajar con su familia, lo cual aceptaron, para dirigirse a tener éxito es necesaria una entrevista familiar, por lo que se requiere la integración de las hijas en la siguiente consulta, con el objetivo de identificar áreas de oportunidad de cambio.

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS DE SALUD

Biológicos: fascitis plantar.

Psicológico: perfil psíquico sano.

Familiar: familia funcional con mito vinculado al síntoma.

Programa de atención o planes:

- **Biológico:** ejercicios de estiramiento. Ibuprofeno tabletas, 400 mg, cada 8 h en caso de dolor.
- **Psicológico:** apoyar fortalezas del paciente.
- **Familiar:** cita con todos los integrantes de la familia para explorar el mito familiar e integrarlos en el tratamiento. Facilitar las habilidades de comunicación efectiva en la familia.

SEGUNDA CONSULTA

La familia del Sr. López integrada por tres hijas y su pareja acude a la consulta (**indicador positivo de funcionalidad familiar**).

Después de saludar se hace la presentación a todos los miembros y se hacen preguntas sencillas, como ocupación, estudios, entre otros, para conocerlas un poco. Se procede a preguntar cómo se sintieron durante la semana. El paciente refiere que no tuvo mejoría, que ha continuado con la molestia y que no han encontrado solución al problema de cómo reposar sin dejar de trabajar, se percibe un tono de molestia en su voz, por lo que se decide realizar la evaluación familiar y comenzar con la información para el familiograma (figura 24-3).

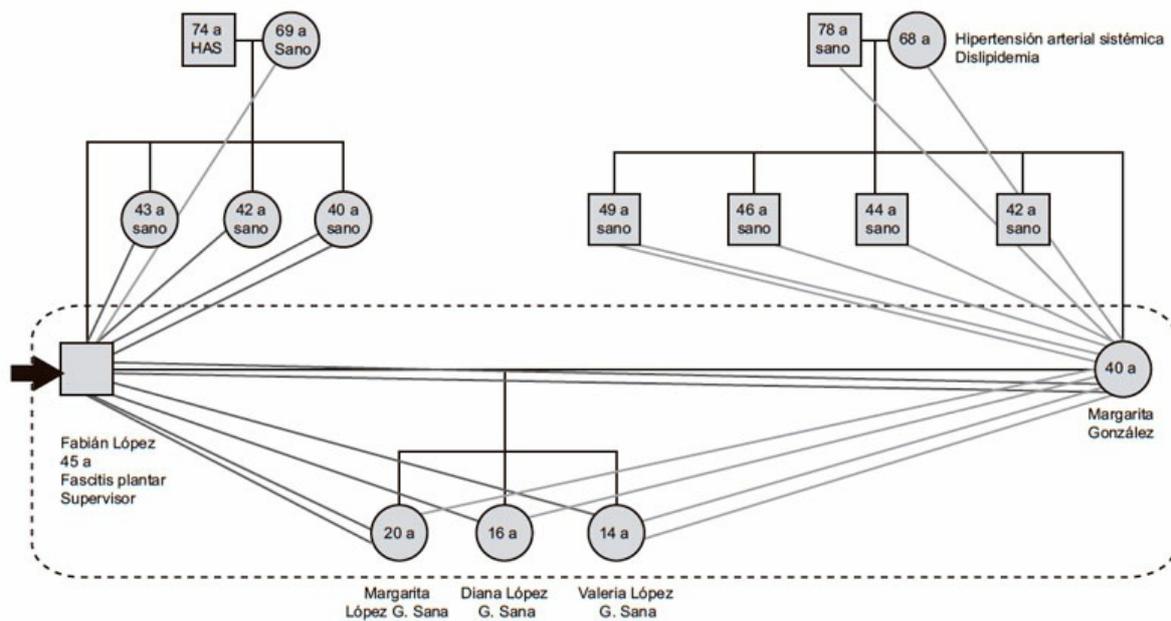


Figura 24-3.

Familiograma de la familia López.

Interpretación de las categorías del familiograma

Categoría 1: estructura familiar.

- Composición familiar: familia nuclear con tres hijas y sin configuraciones inusuales.

Categoría 2: adaptación al ciclo vital. Familia en etapa de expansión tardía.

Categoría 3: patrones transgeneracionales: el mito familiar “los hombres sólo realizan trabajos de hombres y las mujeres trabajos de mujeres” ha sido sostenido por ambas familias a través de su historia.

Categoría 4: crisis y sucesos de la vida (experiencias de la vida). Sin datos.

Categoría 5: triángulos y vínculos. Unión estrecha madre-hija menor. Unión estrecha padre-hija mayor.

Categoría 6: equilibrio y desequilibrio (balance y desbalance). Sin desequilibrio.

La pareja se encuentra en equilibrio tanto en roles como en estructura, la

persistencia del mito familiar sugiere que se eligieron mutuamente al ser la esposa, la hija menor dentro de su sistema familiar y al ser el esposo, el hermano mayor dentro de su sistema familiar, con lo cual se refuerzan los roles. El familiograma ofreció una valiosa información, pues durante el interrogatorio se pudo corroborar que a lo largo de la historia de ambas familias, las mujeres se han dedicado a labores del hogar y han sido protegidas por los integrantes masculinos.

Para esta familia en particular, es necesario trabajar orientados a flexibilizar estas pautas de interacción, pues para la pronta recuperación del paciente, llevar a cabo el intercambio temporal de los roles a través de la modificación del mito familiar es el objetivo a alcanzar.

Doctora: -Margarita, usted ¿cómo ha visto a su esposo en estos días?

Señora Margarita: -Pues no ha descansado nada doctora y sigue quejándose del dolor, cede un poco con el medicamento, pero vuelve, sobre todo cuando carga los ladrillos para la construcción.

Doctora: -Y ¿han pensado usted o sus hijas en alguna forma de ayudarlo? **(se persiste en el objetivo y se continua explorando soluciones).**

Margarita (hija mayor): -Pensamos en ayudarlo a cargar el material, para que no se tenga que mover de un lado al otro y acabe más rápido, y pueda seguir sus indicaciones, doctora (la hija señala ventajas en esta nueva opción).

Doctora: -Y ustedes Diana y Valeria (hijas menores), ¿qué piensan de esto que propone su hermana? **(integración de las hijas siguiendo el contexto familiar del síntoma).**

Diana: -Yo no pienso igual doctora, eso que dice Margarita es trabajo que le corresponde a los hombres, además papá siempre nos dice eso, que nosotras nos dediquemos a las cosas de la casa, a ayudarlo a mi mamá **(se expresa resistencia al intento de cambio, por lo que esta intervención trata de que continúe el mito familiar).**

Doctora: - ¿y tú Valeria?

Valeria: -Yo pienso igual que Diana, nunca hemos visto que mi mamá haga trabajo de hombres, eso es algo muy rudo y nos podemos lastimar **(acepta la coalición resistencial y trata de fortalecer los patrones transgeneracionales que perpetúan el mito en la familia).**

Doctora: -¿No creen que si trabajan en equipo le puedan ayudar a su papá a terminar más pronto y así él pueda reposar y mejorar de su dolor? Y ¿Su casa quedará protegida? **(se realizó una sugerencia específica para**

facilitar el proceso de toma de decisiones).

Señora Margarita: -Sí doctora, es lo que hemos estado platicando mi esposo y yo, junto con Margarita mi hija mayor.

Doctora: -Señor Fabián, ¿usted qué piensa al respecto, le parece bien lo que comenta su hija margarita, le parece bien esa idea de ayudarle para que termine más pronto y pueda reposar?

Señor Fabián: -Sí doctora, me gustaría intentarlo, ya que el dolor es muy intenso y me interesa que mis hijas y esposa estén bien.

Doctora: -Y ustedes Diana y Valeria, ¿estarían de acuerdo en intentarlo?

Valeria: -Sí doctora, si eso ayuda a mi papá a mejorar su dolor.

Diana: -Bueno vamos a intentarlo, no prometo nada doctora, pero si mi papá quiere que le ayudemos, lo hago.

Doctora: -Me parece muy bien que estén todos de acuerdo. Me gustaría verlos la siguiente semana y me platicuen cómo les fue y cómo se sintieron con estos cambios que propusieron.

Se despide de la familia.

TERCERA CONSULTA

Acude el Señor Fabián a la consulta acompañado de su familia. Después de saludarlos se evaluó si se efectuó la tarea y cómo se sintieron al respecto.

Doctora: -Señor Fabián, ¿cómo se sintió con el dolor?

Señor Fabián: -Bien Doctora, el dolor desapareció por completo, he realizado las recomendaciones que me hizo, los ejercicios, la aplicación de hielo sólo lo he hecho dos veces al día, pero me ha funcionado y las taloneras batallé para encontrarlas pero si pude dar con ellas, me han dado muy buen resultado.

Doctora: -¿Y cómo se ha sentido con respecto a que lo ayuden sus hijas y esposa con la construcción?

Sr. Fabián: -Muy bien doctora, he recibido mucha ayuda de mis hijas y mi esposa; gracias a su ayuda he podido seguir con sus indicaciones. Me han ayudado a mover blocks y arena en tinas, ya casi terminé la construcción, sólo me falta poner una puerta y la casa estará lista, sobre todo protegida.

Doctora: -Ya escuchamos a su papá y esposo, ¿ustedes qué sintieron al

darle su ayuda?

Diana: -Muy bien doctora, nos dimos cuenta de que podemos ayudar tanto a mi papá como a mi mamá.

Doctora: -¡Muy bien! Me parece excelente lo que sintieron y que hayan resuelto como familia este problema de manera exitosa. En equipo y apoyándonos las cosas resultan más sencillas.

Todos comentaron percibir mejoría en las relaciones familiares, ya que platican más y comentan que si tuvieran un problema, volverían a apoyarse y se ayudarían entre todos. Se refuerzan sus comentarios y se hace énfasis en las medidas preventivas de acuerdo con la edad y estado actual de todos. Se decide programar cita de seguimiento un mes, después en tres meses y dar cita abierta para cualquier otra eventualidad. Acudieron a las citas y se mantuvieron los cambios.

El trabajo con esta familia muestra cómo el médico, con el uso adecuado de la educación sobre el trabajo en equipo y el uso de preguntas estratégicas que inducían a la reflexión y a la acción para apoyar a la familia a flexibilizar y modificar sus roles pudo inducirlos a cambiar un mito que impedía la solución de un problema biológico. Ambos casos se resolvieron en el consultorio del médico familiar, en tres consultas y tres más de seguimiento, la duración promedio de cada consulta fue de 30 minutos aproximadamente.

Ambos ejemplos muestran la manera de integrar las habilidades psicosociales a las entrevistas individuales con enfoque familiar o a las del grupo familiar, siempre en el espacio de la práctica clínica diaria, describen de manera clara y objetiva la manera de aplicar el modelo de atención biopsicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

Garza ET: Trabajo con Familias. ED. UANL, 2009.

Garza ET, Alejandro SJ: Salud mental-Dinámica familiar: Metodología para la atención familiar inyebral. México: Ed. SSA. (serier Aprisa# 2), 1988.

Minuchin S: Familias y Terapia familiar. Ed. Gedisa, 1989.

Minuchin S, Fishman H CH: Técnicas de Terapia familiar. Ed. Paidós, 1990.

Sealy JC: Working wlth the families in primary care, Ed. Praeger, 1983.

Capítulo 25

La familia psicosomática



José Manuel Ramírez Aranda

“No hagas del amor una atadura”

J Gibrán.

INTRODUCCIÓN

La familia con un miembro es quien por lo general presenta un padecimiento crónico con un componente psicósomático, el cual no se controla a pesar de aplicar los procedimientos ortodoxos de tratamiento.

En la práctica de la medicina familiar es posible encontrar pacientes con padecimientos en donde se ha aplicado este concepto de familia psicósomática, es decir, diabetes mellitus, de la antes llamada juvenil, asma bronquial, anorexia nerviosa, colitis ulcerativa y dolor abdominal recurrente en niños, entre otros.

Los factores críticos identificados son el perfil de personalidad del paciente y el estrés externo.

En el caso del diabético juvenil se han descrito características tales como: dificultad para manejar el estrés, tendencia a internalizar el coraje y cierta inmadurez para lidiar con situaciones difíciles.

El término de familia psicósomática tuvo gran auge a finales de la década de los años setenta, cuando Salvador Minuchin *et al.*, del *Philadelphia Child Guidance Clinic*, publicó el libro *Familia psicósomática*, basado en las experiencias de su intervención terapéutica con diabéticos juveniles y

sus familias.

Éstos tienen como característica común un pobre control de la diabetes con episodios frecuentes de cetoacidosis, a pesar de haberse instituido el tratamiento con fármaco a dosis adecuadas.

Los métodos específicos de investigación fueron dos: la tarea familiar y la entrevista diagnóstica de familia.

Se proporcionaron cinco tareas para negociar en ausencia del investigador, el desarrollo se grabó en *videotape* y sus patrones transaccionales fueron valorados en las dimensiones de intrusión, protección, independencia y liderazgo.

La entrevista diagnóstica familiar consistió en estimular el diálogo relativo a un conflicto familiar entre los padres introduciendo después al paciente identificado en la discusión.

La determinación de ácidos grasos libres se utilizó como un parámetro metabólico basado en el hecho de que estudios previos demostraron que se liberaban por el estrés. Durante y al final de la entrevista se midieron los ácidos grasos libres de los padres mientras discutían solos, mostrando una elevación, cuando se le permitía al hijo participar en la interacción, los niveles disminuían en los padres y aumentaban en el hijo, elevación que persistió tiempo después de terminada la entrevista, era por lo tanto, una forma de evidenciar el efecto de un problema emocional sobre el terreno orgánico.

Minuchin acuñó entonces el término **diabetes psicósomática** para definir aquel cuadro con síntomas severos (incluyendo episodios severos de cetoacidosis y la cetonuria crónica) en los cuales se había descartado causas orgánicas para su pobre manejo.

Aunque este concepto no es aceptado en su totalidad, Minuchin *et al.*, señalaron ciertos patrones transaccionales característicos de estas familias, que eran diferentes de otras con miembros diabéticos, que sí se controlan y acuden a terapia por otra razón. Estos patrones fueron definidos como:

1. Aglutinamiento.
2. Sobreprotección.
3. Rigidez.
4. Falta de resolución de conflictos.
5. Involucramiento del miembro enfermo en el conflicto marital.

AGLUTINAMIENTO

Es una característica de las familias en las que los límites entre los subsistemas de la pareja y de los hijos son difusos y fácilmente cruzados. El síntoma mínimo de enfermedad desencadena una respuesta exagerada de todo el sistema.

La comunicación entre dos es difícil porque hay fácil intromisión de un tercero o hay bloqueos que no permiten el diálogo. La relación de pareja es deficiente; sin embargo su función parental es bien ejecutada ya que esta es una familia centrada en el síntoma, todo gira alrededor de la enfermedad y el miembro enfermo, incluido su cuidado.

El control de los hijos es inefectivo, el menor intento de ejercicio de autoridad desencadena el agravamiento de la enfermedad o en el caso de los asmáticos desencadena una crisis.

Individualmente, no hay diferenciación, autonomía o privacidad, los padres del niño asmático al reconocer que las crisis pueden sobrevenir durante la noche, duermen con las puertas abiertas, o con el niño en su cama, lo cual afecta la intimidad de la pareja.

SOBREPROTECCIÓN

Es un alto grado de preocupación o interés por el bienestar de los otros miembros familiares, sobretodo el físico. Se piden y suministran respuestas de protección de manera constante.

En el caso de diabéticos o asmáticos, la familia los cuida de forma exagerada de la exposición de factores desencadenantes, de las crisis o se les restringe de actividades sociales o deportivas, impidiéndoles el desarrollo normal en esa etapa de la vida.

Por lo general es la madre la que protege al hijo, pero este sobreinvolucramiento es a expensas de la relación marital. El paciente identificado siente gran responsabilidad de proteger a la familia y al usar los síntomas para ese fin, puede ser un gran reforzador de su enfermedad.

RIGIDEZ

Es el grado de adaptabilidad de la interacción familiar. Este tipo de familias tiende a mantener el estatus. Tiene gran dificultad para alternar el cambio y el crecimiento. Por ejemplo, al llegar el hijo a la adolescencia, la

familia no cambia sus reglas o patrones transaccionales, lo que bloquea la autonomía propia de su edad. Son vulnerables a eventos externos como cambio de trabajo o pérdida de algún miembro, esta característica junto con las anteriores hace que el umbral de conflictos sea muy bajo. Se utiliza un código ético o religioso como racionalización para evitar el conflicto. Estas familias niegan la necesidad de cambio, afirman que todo es normal excepto por la enfermedad del niño.

FALTA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Existe incapacidad para confrontar diferencias hacia una resolución negociada. A menudo uno de los esposos es el que evita los conflictos, desviando la confrontación, saliendo de casa o como en algunas familias, con trastornos de alimentación (anoréxicos) cuando hay un problema, están de acuerdo instantáneamente, sin negociación ni resolución.

Se han descrito tres formas de conflictos en estas familias:

1. Triangulación.
2. Coalición estable, padre-hijo.
3. Desviación.

Triangulación

Es el involucramiento de un tercero en la interacción de dos. Es un concepto descrito por Bowen, el cual menciona que la relación más estable es entre tres. En este caso la pareja está en conflicto y el hijo es presionado abiertamente a tomar partido por uno en contra del otro.

En la triangulación, los padres se enfocan más en el hijo, en su enfermedad o ambas, con lo cual evitan el conflicto marital subyacente.

La triangulación como los otros patrones transaccionales, suele ocurrir en familias funcionales, la diferencia con las francamente disfuncionales es que éstas lo repiten una y otra vez, mientras que los primeros cambian a otros modos de confrontación o negociación de conflictos que les permitan el aprendizaje, crecimiento y la solución de los problemas.

Coalición estable

El hijo presenta una alianza permanente con uno de los padres, por lo general la madre en contra del otro. El rol del padre excluido varía de acuerdo al grado en que él o ella traten de romper la coalición.

Desviación

En este caso la pareja (díada marital) está unida; sin embargo, cuando aparece el conflicto se desvía para proteger al hijo enfermo o para culparlo de la situación, el cual es definido como el único problema. Es decir, hay un etiquetamiento de “enfermo” o “malo”.

Las familias psicósomáticas pueden usar cualquiera de las tres formas para involucrar a un miembro o pueden usar una predominantemente.

- Involucramiento de un miembro en el conflicto marital.
- Esta es la quinta característica de este tipo de familias.
- Desde el punto de vista transaccional los síntomas del paciente adquieren significancia como reguladores del sistema familiar.

Ya han sido referidas las formas como un miembro es involucrado en un conflicto marital. Estas características de patrones transaccionales se han descrito últimamente también en familias con un miembro psicótico o con fármaco-adicción.

METAS DE TRATAMIENTO

- Aliviar los síntomas para prevenir el uso del paciente como un medio para desviar los conflictos familiares.
- Identificar y cambiar aquellos patrones que en el medio ambiente familiar o extrafamiliar tienden a exacerbar y perpetuar los síntomas severos.
- Intervenir para cambiar la estructura y funcionamiento del sistema familiar, y así promover un distanciamiento o desligue duradero del paciente.

Guía del proceso de tratamiento y breve descripción de técnicas

- El primer paso es evitar que el paciente funcione como desviador de los conflictos de la familia ayudándole a que disminuya la intensidad y frecuencia de sus síntomas. Los padres son entrenados acerca del manejo agudo de la enfermedad, de manera tal que disminuya sus contactos con el sistema médico u hospitalario. Se enfatiza el hecho de que los padres están a cargo del manejo de las enfermedades.
- Se involucra más al padre periférico, haciéndose cargo de ayudar al hijo en la práctica de las técnicas de relajación respiratoria en caso del niño asmático o de llamar al médico.
- Asegurar el acuerdo de los padres, así se refuerza su función como subsistema parental para apoyar la autonomía, madurez y responsabilidad del niño.
- Se enfatiza que el niño no es vulnerable, frágil o enfermizo sino que necesita aprender a ser responsable en su cuidado.
- Se busca estimular la relación del niño sintomático con sus iguales y hermanos. No debe haber tareas especiales para él.
- Debe haber mayor involucramiento de actividades extrafamiliares, escolares, deportivas entre otras.
- Se insta a los padres a abordar otros problemas y discutirlos a solas, preferentemente de los otros hijos para “desfocalizar” al niño sintomático y hacerlo aparecer menos aislado del resto de los hermanos.
- Reforzar los límites del subsistema conyugal. Hacer que la pareja salgan solos una vez por semana, aumentado paso a paso el tiempo de estancia y la frecuencia de salidas.
- Hacer un cambio gradual del interés en la enfermedad hacia una adaptación psicosocial normal.
- En ocasiones puede ser necesaria la terapia familiar. A medida que los padres se enfocan menos en el hijo sintomático y atienden, pero su relación de pareja con conflictos no resueltos puede suceder que en esta etapa reflexionen y decidan separarse, situación que es indicativa de referencia a terapia familiar en la cual se les apoyará para facilitarles encontrar una solución de sus problemas y aminorar el impacto en el resto de la familia sobretodo los hijos.

BIBLIOGRAFÍA

Coyne JC, Anderson BJ: The Pschosomatic Family Reconsidered II: Recalling a defective model and looking a head JM. Fam Ther;

1989;15(2):139-148.

Coyne JC: Anderson BJ the Psychosomatic Family Reconsidered: Diabetes in contest. *JM. Fam. Ther* 1988;14(2):113-123.

Kog E, Vertommen H, Vandereycken W: Minuchin's Pschosomatic Family Model Revised: a Concept-Validation Study using a Multitrit-Multimethod Approach. *Fam. Prac.* 1987;26:235-253.

Mauroner NL: The Family in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 1977;17: 8-10.

Minuchin S: *Familias y Terapia Familiar. Barcelona:* Ed. Gedisa, 1989.

Sargent J: The Family and Childhood Psychosomatic Disorders. *G.H.P.* 1983; 5:41-48.

Wood B, Wathins JB, Noguerra J, Zimand E, And Carroll L: The "Psichosomatic Family" Model: an empirical and theoretical analysis *Fam. Prac.* 1989;288:3417-3999.

Capítulo 26

Familia alcohólica



Teófilo Garza Elizondo

“La libertad Sancho es uno de los más preciosos dones, que a los hombres dieron los cielos, con ella no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra, ni el amor encubre, por la libertad así como la honra, se puede y debe aventurar la vida y por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres”

Don Quijote.

Cuando se habla de alcoholismo, vienen a la mente una serie de definiciones y conceptos que parten del individuo. Pero para los profesionales de la salud con orientación sistémica y familiar, el punto central es interaccional ¿cuál es?, ¿cómo se da? La relación entre el uso del alcohol y la conducta de interacción de los integrantes de la familia.

Al pensar así, el alcoholismo deja de ser un problema individual para convertirse en familiar, ya que involucra e invade todos los aspectos de vida de la familia.

En la definición médica de alcoholismo se encuentran tres dimensiones constantes:

1. Cultural: incluye el exceso de consumo de alcohol del límite culturalmente aceptado.
2. Conductual: la diferencia la da el uso, mal uso y abuso de alcohol, donde las últimas alternativas tienen que ver con ejemplos de

consecuencias adversas, tanto físicas como socio-conductuales y por supuesto, el patrón de ingesta es crónico.

3. Fisiológica: el concepto central es la adicción (habituaación o dependencia) y se agrupan en dos grandes criterios diagnósticos:

- Síntomas de tolerancia.
- Síntomas de abstinencia.

En cuanto a la frecuencia, el problema es universal, en la población general la existencia va del 10 al 14%, existe tanto en hombres como en mujeres, con predominio masculino de 4 a 1, lo que refleja que el problema no es tan infrecuente en las mujeres, otro dato que llama la atención es el inicio a edades más tempranas, al grado que en la actualidad, oscila alrededor de los 10 años de edad, lo que también define el problema como familiar.

Para revisar el tema de alcoholismo, el primer paso es evaluar su impacto, el cual repercute a todos los niveles e instituciones sociales, la familia no es la excepción.

Existen dos tipos de impacto:

- 1.** El agudo, es inmediato a corto plazo y su efecto suele ser devastador.
- 2.** El crónico, es constante, de todos los días, a largo plazo; su efecto más importante es en la familia, influye en la conducta de cada uno de sus integrantes.

Del impacto agudo se puede hacer un recuento de lo grave que resulta en todos los aspectos, se sabe de la relación directa entre el alcoholismo y:

- La tasa elevada de divorcios.
- La constante con actos violentos, delictivos y accidentes.
- Los problemas laborales, tanto accidentes y como los ausentismos.
- Su asociación con depresión y suicidio.

Lo anterior puede ser sustentado con base en notas periodísticas y estadísticas de las salas de urgencias de los hospitales.

El impacto es grave en todos los órdenes, su costo es muy alto. Esto precisamente es lo que impide observar y señalar la importancia del efecto crónico, ¿qué es lo que sucede cuando el alcohol se introduce y forma parte de la vida de la familia?

Los cambios que se dan en la familia son muchos, pero cuando el alcoholismo se introduce y persiste, lo común es que se convierta en un principio organizador central de la vida de familia, alrededor del cual se estructura y organiza toda su vida y actividades.

Cuando es así, se pueden identificar cinco aspectos básicos o fundamentales:

1. El alcoholismo por definición es un problema crónico, con comienzo insidioso y trayectoria prolongada, puede tener crisis periódicas.
2. El alcohol es una droga psicobiológicamente activa, su uso tiene la capacidad de producir efectos estimulantes transitorios y efectos depresivos posteriores. También produce alteración de la memoria, sueño, conducta interaccional verbal, entre otros. Por lo tanto el sistema familiar también se modifica y cambia en las mismas áreas; por ejemplo: comunicación verbal, tono afectivo, ritmos de interacción entre otros, de acuerdo que se esté o no alcoholizado.
3. La pauta de conducta es de naturaleza cíclica y exhibe un periodo de ciclos sobriedad-embriaguez.
4. La respuesta conductual de la persona alcohólica es coherente y predecible, lo que implica un alto grado de pautas fijas. Estas pautas se extienden a la familia.
5. El trayecto del alcoholismo en la vida no es como se pensaba, de deterioro constante, sino al contrario, existe un rumbo variable para los alcohólicos, pero definible; por ejemplo: algunos muestran remisión espontánea, otros estabilización de su conducta de embriaguez, por mencionar algunos.

Estos aspectos básicos o fundamentales de la familia alcohólica permiten a largo plazo que:

1. El alcohol sea un principio organizador central.
2. La familia desarrolle notable tolerancia al estrés.
3. El impacto psicológico y conductual es mucho mayor en los miembros no alcohólicos.
4. El impacto puede ser determinado en gran medida por las características de la familia y el ambiente (esto es las pautas de consumo y de vulnerabilidad propias de cada familia).

La esencia del enfoque sistémico es la atención a la organización, a la relación entre las partes, y a considerar los hechos en el contexto en el cual se dan, esto es, ¿cómo está estructurada la vida diaria?, ¿qué cosas hace cada uno de los que viven y comparten la experiencia con el alcohólico?, ¿cómo es la relación entre ellos, ¿en qué momento se da la ingesta?, ¿cuál es la reacción de cada uno?, entre otros aspectos.

Los conceptos sistémicos son:

1. El concepto de organización (el todo es mayor que la suma de sus partes).
2. El concepto de morfoestásis (regulación interna, homeostasis).
3. El concepto de morfogénesis (crecimiento controlado y tendencia a la complejidad).

La familia funcional o “sana” es la que ha desarrollado un equilibrio adecuado entre morfogénesis y morfoestasis, teniendo una adaptación coherente de los mecanismos reguladores y los temas del desarrollo.

En la familia alcohólica, las conductas relacionadas con el uso del alcohol han llegado a tener una función importante dentro de los mecanismos de la familia, deformándolos, lo que significa que ésta se organiza alrededor del consumo de alcohol; por ejemplo, se compra en el supermercado, no falta bebida, se recibe al paciente con la bebida, se come con vino o cerveza, entre otros.

El modelo sistémico para la familia alcohólica tiene cuatro principios básicos:

1. El alcoholismo y las conductas relacionadas se convierten en principios organizadores centrales alrededor de los cuales se estructura la vida familiar.
2. Se altera el equilibrio entre crecimiento y estabilidad familiar.
3. El impacto del alcoholismo se produce con mayor énfasis en las conductas reguladoras de la vida familiar (rutinas, rituales y solución de problemas).
4. Las conductas reguladoras afectan el crecimiento y desarrollo de la familia. Se altera el ciclo normativo de la vida se producen deformaciones del desarrollo.

Un supuesto básico del trabajo con familias es que la conducta es pautada,

predecible y estable, por lo tanto identificable y modificable.

El cambio en la vida es constante, las crisis pueden ser repentinas e impredecibles, y sin embargo, la familia con o sin problemas logra mantener un sentido de equilibrio, de regularidad en su vida.

La familia, como todo sistema, posee estructuras reguladoras profundas que son las que definen las reglas que orientan el comportamiento, la conducta de cada uno de sus integrantes.

Estos mecanismos no pueden ser observados ni medidos de manera sistemática son propiedades metafóricas, a saber:

1. Temperamento de la familia.
2. Identidad de la familia.

1. El temperamento de la familia: se refiere a niveles de actividad y estilos de respuesta que en cada familia se usan para definir las rutinas cotidianas y de solución de problemas. El temperamento de familia es dado por tres propiedades fundamentales:

- a) El nivel de energía, que se refiere a la actividad conductual, sus integrantes son o no activos, esto es tienen mucho o poco movimiento.
- b) La distancia de interacción. Tiene que ver con el tipo de límites tanto internos como externos, que tanta distancia toleran entre ellos, mucha o poca.
- c) La amplitud de conducta. Significa la gama de alternativas o variables en las relaciones que se dan entre los integrantes de la familia, son flexibles se permiten explorar o actúan de manera siempre igual.

2. La identidad de la familia: es lo que hace especial, única y la diferencia de los demás, es un sentimiento subjetivo, de continuidad a largo plazo, es como está situada en el momento y cómo es su carácter, quiénes son y quiénes pertenecen a ella.

Es una estructura cognitiva, es una serie de creencias, actitudes y atribuciones que la familia comparte respecto de sí misma. Muchos autores han hablado de la identidad de la familia dándole otros nombres entre los que se encuentran:

- Reglas familiares.
- Paradigma familiar.
- Temas familiares.

- Mitos de familia.

Configuran la identidad de la familia y sus integrantes, quiénes pertenecen y quiénes no, en el presente, pasado, por las creencias y recuerdos que motivan su conservación entre una y otra generación.

A lo largo de la vida, dos familias dan sus identidades a la persona, la de origen (donde nace y crece) y la de procreación (la que forma para tener descendencia). Cuando surge la última es cuando nace la continuidad, la herencia cultural o del comportamiento.

Se inicia en otras palabras el proceso de transmitir cualquier concepto o valor que la familia de origen considere fundamental, y el alcohol y su uso es uno más de esos grandes temas o valores fundamentales que pueden heredarse.

Tanto la identidad de la familia, como su temperamento, regulan la vida de la familia, pero como construcciones teóricas no se les puede medir ni observar, más que a través de otras conductas, éstas sí observables, como son:

1. Rutinas de todos los días.
2. Rituales de la familia.
3. Solución de problemas a corto plazo.

Las rutinas de la familia son todas las conductas que dan estructura y forma a la vida de todos los días; como por ejemplo: el ciclo sueño-vigilia, la preparación y consumo de los alimentos, el aseo de la casa, las compras, los ciclos de aseo personal entre otros, todos ellos ejemplos de estas actividades.

Por tanto se puede concluir que el hogar es la representación más clara y concreta de la vida familiar. Estas rutinas son influidas en gran medida por el temperamento y sus diferentes propiedades, nivel de energía, distancia interaccional y amplitud de la conducta. Aquí encaja la conducta del uso de bebida, que puede invadir poco a poco la vida de la familia, de forma que al pasar los años, la presencia del alcohol y su consumo sea algo para ellos totalmente “normal”. Por ejemplo, en una familia se acostumbra tomar unas cervezas o bebidas antes de acostarse o después de consumir los alimentos, o bien que se compre la bebida alcohólica como parte de la despensa.

Los rituales son conductas especiales y para ser calificados como tales

deben poseer cuatro características:

1. Tienen que ser limitados en el tiempo.
2. Existe clara conciencia que la conducta es especial.
3. Predomina sobre cualquier otra, en esos momentos.
4. Poseen fuerte simbolismo.

Entre las conductas que se pueden ritualizar se encuentran:

1. Las celebraciones:
 - Fiestas religiosas (Navidad, Pascua).
 - Fiestas laicas (acción de gracias, entrada de la primavera).
 - Ritos de pasaje (bodas, bautizos).
2. Las tradiciones:
 - Cumpleaños.
 - Vacaciones.
 - Reuniones especiales (aniversarios, graduaciones, entre otros).
3. Las rutinas pautadas:
 - Hora de ir a la cama.
 - Hora de comer.
 - Uso de cierto tiempo libre.

Los rituales son diferentes de familia en familia, en gran medida, por la identidad y el temperamento de cada una. Son transmisores de la cultura de cada familia, la cual posee su propio estilo que se moldea en los diferentes rituales; por ejemplo: hay familias que se distinguen por sus celebraciones que, sin importar si son o no religiosas, son abundantes en cuanto a la disponibilidad y permisividad en el consumo de alcohol, lo que importa es la ocasión.

La solución de problemas es una respuesta a desafíos específicos (crisis), que se dan contra la estabilidad de la familia, son conductas que se ponen en práctica *a posteriori*, esto es sólo cuando son necesarias, cuando vuelve la estabilidad regresan a un segundo plano. Las siguientes condiciones son específicas de los mecanismos de solución de problemas:

1. Poseen un grado de estereotipia.
2. Existe una expresividad afectiva vinculada.
3. Se da un cierto grado de cohesión intrafamiliar.

En este sentido existen dos aspectos distintivos que se dan en la familia alcohólica: son extraordinariamente sensibles, reaccionan de manera intensa y vigorosa ante cualquier desafío a su *statu quo*, esto es, que se activan con gran facilidad ante la magnitud del problema y algo que es único para el alcoholismo, existen ciertos mecanismos que sólo se activan si la persona está bebida. Esto es lo que configura el ciclo de sobriedad-embriaguez, en el cual se presentan las siguientes características conductuales:

1. Se dan cambios en la conducta, la cual es muy diferente si se está sobrio o embriagado, no se dan términos medios, tiende a ser una conducta exagerada.
2. La conducta alterada es predecible esto es, un observador externo que lo observa una vez, la puede “adivinar” al presentarse de nuevo el ciclo sobriedad-embriaguez.
3. La conducta es repetida y pautada, incluso ritualista. Los cambios que se dan en las conductas sensibles al ciclo sobriedad-embriaguez poseen tres dimensiones:
 - a) Existen cambios en el ritmo o nivel de actividad interaccional. Las personas se vuelven más activas o pasivas, pero existe un contraste entre uno y otro estado.
 - b) Se modifica la distancia interaccional, esto es, las personas se acercan o se separan.
 - c) Se dan cambios en la expresividad afectiva, se permiten afectos o emociones difíciles de expresar cuando no están bebidos.

Es común recordar la persona que sólo es cariñosa cuando está tomado o que se “vuelve” violenta y golpeadora con el alcohol.

MODELO DEL CICLO SOBRIEDAD-EMBRIAGUEZ (FIGURA 26-1)



Figura 26-1.

Sistema familiar de embriaguez.

En el modelo del ciclo sobriedad-embriaguez se tiene un sistema familiar homeostático sobrio, que se perturba por un desafío específico, puede ser a nivel individual, por conflictos familiares o bien con otros sistemas; por ejemplo en el trabajo, con la familia extensa u otros.

Estas crisis producen inestabilidad en el sistema familiar, el cual activa sus conductas reguladoras, sobre todo las estrategias de solución de problemas, que en la familia alcohólica influyen en la conducta del uso del alcohol o ingesta, lo que produce el sistema familiar de embriaguez, se da entonces una solución temporal de la crisis con lo que la familia se ubica después de un tiempo como sistema familiar de sobriedad de nuevo.

TRATAMIENTO

El esquema de tratamiento descrito por Steinglass, incluye cuatro etapas las cuales son secuenciales:

1. Diagnóstico de alcoholismo y su identificación como problema de familia, lo más importante en esta etapa, es definir:
 - Si la familia tiene un integrante alcohólico.

- Si es una familia alcohólica.

Por lo que aquí es necesario evaluar las conductas de consumo, percepción y significado que la familia les da, las consecuencias y respuestas de todos los integrantes al consumo; cuáles son las conductas que se usan para la solución de problemas en estado de embriaguez y de sobriedad, cuáles han sido, si los hubo, intentos de tratamiento anterior y resultados.

2. Eliminar el alcohol de la familia. Es necesario ser rígidos y firmes en cuanto al cese del consumo, la presencia de alcohol en la casa y las rutinas, la meta es eliminar el alcohol de la vida de la familia.

Es importante buscar apoyo de diferentes recursos sociales como los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), AL-ANON (Familiares de Alcohólicos), entre otros; lo más importante es incorporar y mantener a la familia en un tratamiento de psicoterapia que esté dirigido a llevar a la familia del estado mojado (embriaguez), al seco (sobriedad) y en seguida, que busquen cambiar las pautas de conducta (rutinas, rituales y mecanismos de solución de problemas), esto sólo es posible con psicoterapia.

La desintoxicación alcohólica se puede llevar a cabo por una de las siguientes tres opciones:

- Desintoxicación con internamiento.
- Desintoxicación como paciente ambulatorio.
- Desintoxicación mixta.

3. La etapa del desierto emocional. Se caracteriza por la inestabilidad de todos los integrantes de la familia, sobre todo el alcohólico y los más involucrados con él; viven la sensación de inseguridad que todos los cambios generan, dejan lo conocido y se inicia una sensación de vacío, inestabilidad, de estar transitando sin dirección, por lo que es común tener un ambiente deprimente en lugar de uno de felicidad (dado el cese del consumo del alcohol).

En estos momentos se viven las más intensas presiones para volver al estado de embriaguez y consumo, surge la resistencia en conductas como: hacer fiestas con bebida, regalar alcohol al paciente o surgen conflictos familiares, el hijo que inicia con drogas o delincuencia, la hija que se va del hogar, la esposa o esposo con conductas de infidelidad son solo algunos ejemplos.

Hay que dar apoyo al paciente como a la familia y dirigir el tratamiento a no claudicar.

4. Reorganización de la familia. La familia alcanza otra forma de organización en donde el alcohol ya no cabe, a veces este nivel no se logra y la familia sólo se reestabiliza, pero está en riesgo de reanudar el consumo ante la aparición de crisis que generen una tensión muy fuerte (esto es, aparecen problemas en áreas de mucho significado para la familia).

El éxito del tratamiento del paciente alcohólico, siempre ha sido muy difícil, es por eso que el incorporar a la familia, resulta no sólo novedoso sino esperanzador, sobre todo, debido a que es en la familia donde se aprende lo que uno es y cómo comportarse, ¿será ésta la manera de romper el círculo de la herencia que enseña a consumir y tener alcohol en el hogar?, tal vez no de manera total, pero sí como una alternativa en la que se llega y puede trabajar con la mayoría de los afectados, vale la pena intentarlo.

BIBLIOGRAFÍA

DSM III: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, 1984.

Fishman H Ch, Rosman BL: *El cambio familiar: Desarrollo de modelos*. Gedisa 1990.

Stanton MD, Todd T: *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa 1990.

Steinglass P, Bennet LA, Wolen SJ, Reiss D: *La familia alcohólica*. Gedisa 1989.

Capítulo 27

Violencia familiar. Maltrato infantil



Eduardo Méndez Espinosa,
Teófilo Garza Elizondo

“La razón errónea más común para casarse, es querer escapar del maltrato de la propia familia.”

Jay Haley

La violencia familiar es un problema médico-social que siempre ha existido, no es sino hasta hace poco tiempo que los profesionales de la salud lo han identificado como un factor importante en la disfunción familiar. La violencia tiene múltiples implicaciones, existe sin importar raza, cultura o nivel educativo y económico.

Existen diferentes tipos de violencia en la familia:

- Abuso infantil.
- Violencia marital:
 - Esposa maltratada.
 - Esposo maltratado.
- Maltrato de ancianos.
- Violencia entre hermanos.
- Abuso parental (hijos-padres).

Aún cuando los datos de violencia familiar son más confiables, su verdadera dimensión aún no se conoce, ya que los estándares de diagnóstico no están muy claros y varían de cultura a cultura.

Sin embargo, se puede asegurar que la violencia es tan antigua como la familia, se encuentran referencias en el *Antiguo Testamento*, en la mitología griega e incluso en el Imperio Romano.

La violencia familiar es sin duda una de las principales causas de familias disfuncionales, con pobres recursos. Son las personas más débiles las que son motivo de abuso, principalmente niños, ancianos, mujeres, discapacitados y enfermos crónicos.

Es necesario un enfoque en sistemas, ya que en este problema no es sólo la persona que realiza el maltrato quien debe ser considerado, sino todo el grupo familiar, el padre, la madre, los hijos, otros familiares y el ambiente. La comprensión de los diferentes componentes del sistema familiar y sus relaciones con los sistemas más amplios son importantes para una efectiva intervención en el tratamiento y prevención de este problema de salud.

El maltrato infantil como parte de la violencia en la familia, es uno de los principales problemas médico-sociales aún sin solucionar. Este problema es tan viejo como la humanidad, la historia documenta hechos de infanticidios verdaderamente dramáticos; a lo largo del tiempo, los adultos se han adjudicado el derecho de explotar y castigar a los menores.

Fue hasta la década de los años sesenta cuando el Dr. Henry Kempe publica y acuña el término de **síndrome de niño maltratado** y a más de 30 años de ser reconocido es poco lo que se ha logrado progresar, a pesar de que se legislaron los derechos constitucionales de los niños por la Organización Mundial de la Salud (OMS), éstos no son llevados o vigilados en la mayoría de los países.

El maltrato infantil se define como: Actos de comisión u omisión perpetrados por los padres o cuidadores que al ser juzgados por valores comunitarios y/o profesionales son considerados inapropiados.

El abuso infantil se clasifica en:

- Negligencia
- Emocional
- Físico
- Sexual

El más frecuente es por negligencia, pero nunca se presenta una sola variedad siempre coexisten dos o más tipos.

Se desconoce la frecuencia exacta de este síndrome, los reportes van del 5 al 12% de la población menor de 5 años; en EUA se estima una

incidencia con incremento anual del 15%, es evidente que existe un subregistro por no pensar en ello o profundizar en las causas de las lesiones ya que muchos casos no son informados o en el peor de los casos el médico ni siquiera lo sospecha, 1 de 10 ingresos a las salas de urgencias de niños menores de 5 años son por maltrato.

El 75% de los agresores son los padres biológicos. Una cifra que no deja de ser impresionante es que 3 de cada 5 hogares son escenario de alguna forma de violencia.

En México se ha reportado que la madre es la principal agresora, la edad promedio de los padres agresores es de 26 años, con historial de ser madres solteras o con embarazos no deseados. Mujeres expuestas a continuas experiencias humillantes, frustrantes con muy poca compensación, con profundo resentimiento fácilmente canalizado hacia los hijos. Las madres abusan más en las modalidades físicas y por negligencia; y los padres en lo físico y sexual.

Los hechos contribuyentes o precipitantes del maltrato se relacionan en general con condiciones de vida insatisfactoria, con matrimonio inestable o desintegrado, falta de apoyo familiar o social, mala salud, crisis económica, ignorancia en la crianza de los hijos, expectativas poco realistas en lo que esperan de los hijos, alcoholismo y otras formas de fármaco-dependencia. Son familias en las que se pueden identificar en forma simultánea dos o más crisis.

Halfer, médico inglés, postula que en el maltrato infantil se presentan las siguientes condiciones:

1. Un padre especial; con antecedentes de abuso en su infancia, individuo que además de joven puede ser dependiente o adicto al alcohol u otras drogas. Sujeto a estrés intenso y con pobre control de impulsos. La mayoría desconoce sobre el desarrollo normal del niño.
2. Un niño especial, menor de tres años, de bajo peso, no esperado, no deseado, crónicamente enfermo o discapacitado, puede ser hiperactivo, llorón, con conducta extrema o inadecuada, difíciles de manejar, demandantes en exceso.
3. Un evento precipitante. Puede ser mayor o menor; por ejemplo: muerte, divorcio, desempleo o situaciones triviales como descomposturas de aparatos, el coche, si pierde su equipo de fútbol favorito, entre otros.

Cuando existe la expresión de violencia familiar en cualquiera de sus

formas, es importante evitar el buscar culpables, es fundamental para el profesional de la salud comprender los patrones de interacción familiar, conocer la historia del desarrollo de los padres, identificar las fuentes de estrés, los recursos, las fuentes de apoyo o ambas; es imprescindible recordar que una evaluación de violencia familiar está incompleta si se desconoce ¿qué tanto saben los padres de?:

- Los aspectos básicos del desarrollo humano.
- Lo fundamental de la crianza de los hijos.
- Las diferencias entre sus expectativas y las de sus hijos.
- Lo agotador y difícil de la presencia de un hijo especial.
- La asociación entre violencia y alcoholismo, otras formas de fármaco-dependencia y otros trastornos psicopatológicos.

Todas las condiciones que facilitan que las interacciones familiares se configuren en un círculo vicioso, repetitivo y constante.

En cuanto al diagnóstico, lo más importante es la sospecha, es necesario practicar una exploración física detallada del niño donde, de acuerdo con la lesiones se buscará de manera intencional signos de maltrato, como ya se mencionó, el abuso emocional/psicológico y la negligencia van de la mano. Algunos datos que lo sugieren son:

- Descuido del estado general.
- Vestido inadecuado.
- Consulta médica a destiempo.
- Actitud fría y agresiva de los padres.
- Desnutrición.
- Esquema de vacunación ausente o incompleto para la edad del niño, entre otros.

Por lo que respecta al abuso físico, ante cualquier lesión en un niño se debe investigar la posibilidad de abuso, discrepancias entre la historia clínica y las lesiones encontradas, contradicciones entre los padres con respecto al caso, si ha transcurrido mucho tiempo entre el fenómeno ocurrido y la solicitud de ayuda médica, existencia de repetición de traumatismo o lesiones.

En la exploración física deben buscarse lesiones del tipo no accidentales, las más comunes son equimosis con forma de dedo o mano, lineales o con

forma bizarra esto es conservando la forma del agente (cables, zapatos, hebillas, entre otros). Los sitios típicos de presentación son nalgas, espalda baja, extremidades, mejillas (bofetada), cuando las equimosis se encuentran en muslos y genitales debe sospecharse de abuso sexual.

Otras lesiones pueden ser por mordedura o quemaduras desde cigarrillos hasta líquidos hirvientes, donde la discrepancia entre la historia que se refiere por quien cuida al niño y las características de las lesiones es obvia.

En niños cuyo motivo de consulta es por quemadura, la sospecha de maltrato es una consideración mayor puesto que deja huella que sugiere el agente, en las quemaduras no accidentales por líquidos encontramos que las lesiones pueden ser por inmersión en calcetín o guante, en otras involucran objetos de metal como planchas y quemaduras con cigarrillos encendidos.

El abuso sexual incluye violaciones, agresiones y formas de explotación sexual, frecuentemente por parte de un familiar adulto, que puede ser el padrastro o compañero de la madre, maestro o cualquier otro adulto.

Existen dos formas generales de presentación:

1. Doméstico.
2. No doméstico.

El primero es sin lugar a dudas la máxima expresión de disfunción familiar. El segundo incluye los episodios aislados, a veces únicos, violentos, que son cometidos por un extraño, el cual padece algún tipo de trastorno mental o bajo los efectos del alcohol o drogas.

Por último, el abuso doméstico, en el cual las niñas son más agredidas, en una proporción de 2 a 1, la edad fluctúa de los 6 a 12 años, con un promedio de 10.

En la mayoría de los casos, las niñas si no son tratadas escapan de la casa y se convierten en adolescentes con conductas promiscuas, antisociales con o sin drogadicción.

Las que permanecen en casa sufren depresión, intentos de suicidio y otros trastornos como ataques de pánico; la mayoría de ellas, cuando sean adultas, tendrán dificultades en sus relaciones íntimas, con lo que se vuelve a cerrar el círculo de disfuncionalidad familiar en riesgo para maltrato.

Las familias con alto riesgo de abuso sexual son definidas por los autores cuando presentan los siguientes cuatro puntos básicos, los cuales son

determinantes en la aparición del abuso:

- El que una hija ejerza voluntaria o forzadamente las funciones de esposa madre.
- Incompatibilidad sexual relativa entre los padres.
- Miedo a la desintegración familiar.
- La aprobación consciente o inconsciente por parte de la madre.

En la visión de sistemas lo importante es el proceso interaccional, no tanto quién es el que golpea o abusa, ya que ambos padres están involucrados, uno de forma activa y el otro pasiva, pero ambos responsables.

La Teoría Sistémico-Estructural de Minuchin define al sistema familiar en riesgo de abuso como aquel que está caracterizado por fusión (familia amalgamada con límites difusos) con intensidad emocional, comunicación verbal limitada, son familias en las que un padre está unido estrechamente a un hijo o bien a su familia de origen. Son personas que compiten mucho por la atención de las figuras de autoridad. Son pobremente diferenciados (se sacrifica individualidad, no existe actividad fuera de casa) y con un poco o escaso sentido del yo mismo, (esto es que los demás son muchos más importantes).

Los niños a menudo se encuentran triangulados en medio del conflicto de los padres, de forma que los sentimientos dirigidos a la pareja son canalizados a través del hijo (chivo expiatorio), otra forma es descargar en el hijo (hijo parental) responsabilidades inapropiadas a su edad con lo que se evita la separación conyugal.

Debe sospecharse cuando los niños tienen cambios repentinos de comportamiento, cuando se les encuentra ropa interior rota, manchada de secreciones, sangre o excremento, cuando muestran un conocimiento detallado sobre actividades sexuales o actitudes inapropiadas para su edad.

TRATAMIENTO

Se incluyen los tratamientos médicos de las lesiones, se debe de brindar protección al menor reportando el caso a las autoridades competentes, en nuestro medio la Procuraduría para la Defensa del Menor o a las oficinas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), o bien cualquier autoridad judicial.

La actitud del médico ante un caso de abuso será:

- Proporcionar información clara y directa a los padres acerca de la sospecha de maltrato y la obligación de denunciar.
- Esto con mucho tacto y delicadeza.
- Evitar sensacionalismo y exposición del niño a sus familiares, por lo general el niño está muy asustado y es muy pequeño para presentar acusaciones, para defenderse o ambas.

Es preferible incurrir en errores que devolver al niño al sitio donde puede ser agredido nuevamente.

La protección del niño puede ser en un medio hospitalario con el pretexto de valorar su estado de salud.

En caso de rebeldía de los familiares, solicitar la intervención de Ministerio Público. Entrevistar a los vecinos para confirmar el tipo de relación familiar y de ser posible el maltrato.

El manejo debe hacerse en instituciones apropiadas y por un equipo multidisciplinario donde intervienen médicos, trabajadores sociales, enfermería, terapeutas familiares, entre otros. Cuando la investigación psicofamiliar indica que entre el niño y el agresor, en especial si este último es la madre, nunca se estableció un vínculo afectivo o bien, se rompió tempranamente, resulta evidente que el niño no podrá retornar a su hogar y habrá de recurrir a instituciones de protección a la niñez.

Cuando el vínculo afectivo esté debilitado por circunstancias que interfieren en la sana interacción, lo ideal será tratar de preservar la integridad de la familia. Sólo 2% de los niños maltratados requieren separación del agresor.

Las familias no tratadas producen niños que más tarde serán delincuentes juveniles y generaciones de futuros agresores infantiles.

El seguimiento del caso es el aspecto más importante del tratamiento

integral, encaminado a vigilar la evolución del menor y su familia, y por lo tanto evitar la reincidencia. En términos generales incluye la coordinación del médico familiar con los profesionales involucrados en la atención del niño y su familia para verificar el cumplimiento de las indicaciones.

La prevención es la clave de este problema, debe iniciar desde la elección adecuada de la pareja, planeación del matrimonio, entendimiento del concepto de paternidad responsable, aspectos todos del dominio del médico familiar.

Actividades útiles son la facilitación de:

- La convivencia y recreación familiar en un ambiente sano.
- Mejoramiento de las condiciones de vida.
- Identificación de padres de alto riesgo.
- Aprender a manejar el estrés adecuadamente.
- Identificar familias de riesgo, en base a las características mencionadas y trabajar con ellas para disminuir los riesgos.

La siguiente lista fue elaborada y distribuida por el departamento de salud de los EUA para saber qué hacer cuando se sospecha abuso sexual.

- Creer lo que dice el niño, rara vez mienten sobre el abuso sexual.
- Alabar al niño por decir la verdad.
- Hacerle saber al niño que sus padres lo apoyan. La mayor ansiedad del niño la genera el culparse así mismo de lo que pasó.
- Controlar su reacción. La comprensión es fundamental. El mayor reto es no transmitir horror por el incidente.
- Reportar el incidente a la autoridad competente.
- Actuar de inmediato es importante, otros niños corren riesgo.
- Que los hijos sepan que si alguien les hace algo que los confunda (tocarlos, tomarles fotos provocativas o desnudos, darles regalos, entre otros) se los comuniquen de inmediato y por supuesto, que no lo permitan. Darles seguridad es fundamental.
- Hablar todos los días con sus hijos, aprender de sus sentimientos y actividades.
- Animarles a compartir con sus padres, ansiedad y problemas.
- Explicarles que sus cuerpos les pertenecen y que deber decir “no” a cualquier persona, familiar, conocido y sobre todo desconocidos que intenten hacerles algo indebido.

BIBLIOGRAFÍA

Clínicas Pediátricas de Norteamérica. *El niño maltratado*. Ed. Interamericana . Vol. 4, 1990.

Flores AA: *Manejo de problemas médicos en el primer nivel de atención*. Facultad de Medicina U.A.N.L.-S.S.A., 1990.

McRae KN: The battered child syndrom Can med. assoc. J. 1973;108:859-860.

Minuchi S: *Familias y Terapia familiar*, Ed. Gedisa, 1989.

Sealy CJ: *Working with families in primary care*. Ed. Praeger 1983.

U.S. Department of health and human services: Study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect. Washington, D.D.1988.

Wood B et al.: *The psychosomatic family model: An emphirical and theoretical analysis*. Fam Pract. 1989;288(39):99-117.

Capítulo 28

Maltrato geriátrico



Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

“Quién utiliza al débil, utiliza a su hacedor”

Proverbios 14:31

El abuso en el anciano constituye la última modalidad de maltrato en la familia y ha seguido al abuso infantil, fue reconocido en la década de los años sesenta y el maltrato a la esposa fue descubierto en la década de los setenta.

El abuso en el anciano fue descrito como “el *alien* del americano ideal” y ha sido considerado como “una desgracia nacional”.

DEFINICIÓN

El abuso del anciano es el hecho u omisión que resulta en daño o amenaza a la salud o bienestar de una persona anciana.

EPIDEMIOLOGÍA

Los factores que dificultan conocer la frecuencia real del abuso en el anciano son múltiples, entre éstos encontramos que:

- a) La víctima se siente avergonzada de admitir el abuso.

- b)** Hay temor a recibir represalias si se reporta el abuso.
- c)** La víctima tiende a aceptar el maltrato o niega que éste exista.
- d)** El profesional de la salud tiende a minimizar el abuso por temor a acusar al ofensor, por ignorancia del problema o por encontrarse en muchas ocasiones una actitud desfavorable con respecto al anciano.

En EUA, la cifra de abuso al anciano se incrementó a 100 mil casos por año, encontrándose una incidencia que va del 5 al 10%, lo grave es que sólo uno de cada seis casos llega a ser atendido. Respecto a la frecuencia por sexo, predomina escasamente en mujeres. Ocurre en cualquier estrato socioeconómico, grupo religioso o raza, es visto en ancianos sanos y competentes, pero en mayor frecuencia en los discapacitados y enfermos.

El abuso en el anciano puede ser clasificado en seis categorías:

- a)** Negligencia psicológica.
- b)** Abuso psicológico.
- c)** Violación de los derechos personales.
- d)** Abuso material.
- e)** Negligencia física.
- f)** Abuso físico (incluye el sexual).

NEGLIGENCIA

Es la privación intencional o no de proporcionar asistencia para el desarrollo de actividades de la vida diaria o necesaria para evitar el daño físico o la angustia mental y puede ser psicológica y física. Entre los ejemplos de negligencia psicológica se encuentran el dejar al anciano solo por largos periodos de tiempo, el no entablar charla con él, el no acompañarlo durante su tiempo de comida o no sacarlo fuera del hogar.

Ejemplos de negligencia física sería el no cubrir sus necesidades básicas como: alimentación, vestido, vivienda, necesidades corporales o el no brindar atención médica cuando se requiera.

La negligencia es la forma más común de abuso en el anciano.

PSICOLÓGICO: ASALTO VERBAL

Es la amenaza verbal constante de privación de servicios o propiedades del

anciano ocasionando un sufrimiento emocional, por ejemplo: la amenaza constante de internamiento en asilos, el comentario frecuente de que es un estorbo, no sirve para nada, es una carga constante, etc., también es una forma de presentación.

ABUSO FÍSICO: ASALTO DIRECTO

Es el acto de violencia que ocasiona un daño corporal, este tipo de abuso es el más obvio y reconocido, pero es una de las formas menos comunes en el anciano.

Se puede observar que fue deliberado por la morfología y distribución de las lesiones y su agente, ya sean quemaduras, escoriaciones, hematomas, entre otras, se incluye también el abuso sexual.

ABUSO MATERIAL: EXPLOTACIÓN

Es el robo o mal uso de las propiedades o recursos del anciano; por ejemplo: la pensión de la persona es utilizada en bebidas alcohólicas o para otros fines, en vez de ser utilizada para la compra de sus alimentos o medicamentos.

VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS

Es el privar al anciano de cualquier derecho legal o inadvertido incluyendo su libertad personal, propiedades personales, habla libre, privacidad y voto. Por ejemplo: negarle el derecho de escoger donde vivir o no, permitirle volver a contraer matrimonio en caso de que así se desee.

ETIOLOGÍA

La falta de conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y las actitudes negativas hacia los ancianos, pueden contribuir a su abuso o descuido, la sociedad actual contribuye en gran parte con actitudes negativas hacia la vejez, al mismo tiempo que favorece un ambiente en el que puede producirse con facilidad su maltrato.

Existen cuatro teorías para explicar el abuso en los ancianos:

- 1. Teoría de déficit físico y mental del paciente (el anciano dependiente).** El anciano a causa de su déficit físico y mental tiende a ser más dependiente, lo que lo hace vulnerable, aquí se incluyen ancianos enfermos o discapacitados.
- 2. Teoría del estrés del cuidador.** La persona anciana llega a ser fuente de estrés y frustración e ira para el cuidador, ya que demanda cuidados, apoyo, recursos económicos y responsabilidades que afectan la libertad del cuidador para distribuir su tiempo y energía. Esto puede complicarse si el anciano es alcohólico o es enfermo con altas demandas; por ejemplo incontinencia, coordinación muscular que le provoque caídas o bien, sea violento o padezca demencia, lo que lo convierte en una verdadera carga.
- 3. Teoría de la violencia familiar.** La violencia familiar es una conducta aprendida como una reacción al estrés que se presenta en la misma familia, por lo que los niños que han sido maltratados pueden llegar a ser adultos que maltraten, lo que cerraría el ciclo de padres e hijos abusando unos de otros a través de su vida. En esta teoría se ha sugerido un espíritu de revancha en respuesta al abuso previo; puede existir una complicidad táctica por parte del anciano, según algunos expertos, el comportamiento violento es transmitido de una generación a la siguiente y refleja la forma en que el individuo aprendió a expresar la ira y frustración.
- 4. Teoría de la psicopatología del causante de abuso.** Esta teoría habla de que el abusador es una persona que tiene alguna forma de trastorno psiquiátrico como esquizofrenia, psicosis o practica algún tipo de fármaco-dependencia como alcoholismo u otras formas.

Algunos autores han descrito un perfil para el anciano maltratado y para su

agresor el cual, se describe a continuación:

- **Perfil del anciano maltratado.** La mayoría de los ancianos maltratados son mujeres mayores de 75 años que viven solas o con su pareja, el cual puede ser el agresor. La mayoría son pacientes con demencia, deprimidos, altamente dependientes y/o con necesidades prolongadas.
- **Perfil del agresor.** Se ha encontrado que la mayoría de los agresores son familiares de la víctima y habitan en la misma casa. El cónyuge es quien con más frecuencia es el causante del maltrato y se reporta que hasta en 60 a 65% está presente. Cerca de 25% los agresores son los hijos adultos quienes viven en la misma casa y dependen económicamente del anciano. Por lo que un factor de riesgo significativo para la producción de abuso y negligencia es la proximidad íntima y la convivencia entre el agresor y su víctima.

DIAGNÓSTICO

La dificultad para detectar el abuso o negligencia es variable dependiendo de que las manifestaciones del maltrato resulten o no evidentes.

Dentro de los indicadores de detección de abuso del anciano es de gran importancia la elaboración de una historia clínica completa, haciendo énfasis en la búsqueda de antecedentes de conflictos entre el paciente, su familia, su cuidador, o bien detectar un retraso inexplicable en el tiempo de búsqueda de ayuda por algún problema que amerita atención médica. La vaga explicación del daño físico encontrado, la negación de daños corporales demasiado obvios, incluso el encontrar una historia de accidentes frecuentes similares o no son factores que deben despertar la sospecha de maltrato.

La exploración física confirma los daños, los cuales han sido inflingidos al paciente en forma intencional. Algunas lesiones frecuentes son:

- Luxaciones o fracturas.
- Laceraciones.
- Quemaduras en sitios inusuales o en forma características.
- Lesiones en la cabeza, piel cabelluda o en cara.
- Contusiones, las cuales si son en ambos brazos superiores indican que lo han sacudido, en ocasiones se observan contusiones recientes y/o antiguas, incluso en forma similar a un objeto, lesiones en tobillo y

muñeca o en cara interna de muslos o brazos que indican que pudo haber sido sujetado o atado.

- Otros: como son la pobre higiene personal, signos de errores en la medicación, ya sea sobre o pobre medicación. En el área genital, investigar equimosis, secreciones, traumatismos, huellas de rascado o de sangrado, que sugieran abuso sexual o enfermedades transmitidas por actividad sexual.

Observaciones

Investigar si hay baja autoestima en el paciente, si su estado de ánimo indica ansiedad o depresión, si el paciente tiene ideas suicidas o está desorientado y confuso, también es de mucha importancia observar la interacción entre paciente/cuidador/familia, donde pueden observarse temor al acompañante, conflictos entre ellos, indiferencia del acompañante o quejas respecto al costo del tratamiento o bien negar al paciente la oportunidad de interactuar con el personal de salud en forma privada.

TRATAMIENTO

Si se sospecha de abuso, los siguientes pasos deber ser tomados en cuenta:

- Hablar en forma privada con el anciano antes de discutir la situación con el acompañante. Siendo necesario establecer un clima de confianza y simpatía con el paciente permitiendo el tiempo necesario para la explicación del problema, realizar preguntas específicas y directas documentando al máximo la presencia de lesiones, valorando, rápidamente si hay un daño inminente y solicitándole el permiso para poder realizarle una exploración física completa.
- Hospitalizar al paciente si la gravedad del daño lo amerita.
- Es preferible iniciar con un diagnóstico médico (deshidratación, desnutrición) antes que confrontarlo con el diagnóstico de abuso, ya que la hospitalización proporciona tiempo para realizar una evaluación del medioambiente domiciliario y familiar mientras se protege el paciente.
- Establecer contacto con la familia, por una parte la familia puede ser la causante del maltrato, pero al mismo tiempo continua comunidad, siendo la principal fuente de recursos a largo plazo.

- Conocer los servicios sociales que existen en la comunidad.

Reducir el estrés en el cuidador, esto se logra a través de tratar todos los problemas médicos reversibles, simplificar al máximo los medicamentos utilizados, favorecer la independencia en el anciano a través de corregir la incontinencia, inmovilidad, insomnio, entre otros. Se recomienda apoyarse en agencias que proporcionen ayuda al anciano y en caso necesario, canalizar al cuidador para tratamiento y apoyo psicológico.

Los familiares médicos están en posición óptima de identificar y manejar el abuso en el anciano, ya que más con ellos que con otros profesionales de la salud, ya que generalmente existe más confianza y tiempo para una atención sin prisas y cuidadosa, es por ello que se debe aprovechar esta oportunidad y tener en mente la posibilidad del maltrato geriátrico.

BIBLIOGRAFÍA

Cochrand C, Petrone S: Elder Abuse: The physician's role in identification and prevention. Springfield. Illinois Medical Journal 1987;171(4):241-246.

Elder Abuse Assessment and Management for the primary care physician. Office of medical education research and development College of human medicine, Michigan State University 1990.

Judy S, Blomm MPA: Detecting Elder Abuse: A guide for physicians. Pamels and Sell M.S.W. Geriatrics. June 1989;44(6):40-56.

Michael D, Bourland M: Elder Abuse. From Definition to Prevention. Post Graduate Medicine 1990;87(2):139-144.

Capítulo 29

Trabajo con familias con un enfermo crónico



Teófilo Garza Elizondo

“La familia con un enfermo crónico es una familia normal que vive una situación totalmente anormal.”

Rolland

Cuando el médico familiar atiende a una familia que cursa con una crisis accidental del tipo de las enfermedades crónicas se enfrenta a una serie de desafíos. El primero es llegar a un diagnóstico definitivo, el segundo es aplicar un tratamiento para controlar la enfermedad, sus complicaciones o ambas, y el tercero es lo que algunos autores han llamado la atención de las necesidades psicosociales del paciente y que en la residencia de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) se llama: **Atención integral de la familia o Trabajo con familias.**

En 1990, 5.5% de la consulta del Departamento de Medicina Familiar fue a personas con enfermedades crónicas con una gran tendencia a aumentar.

¿QUÉ ES UNA CRISIS?

Según Geyman es cualquier evento personal o interpersonal, interno o externo a la familia, que requiere una respuesta adaptativa de la misma o bien, es un grado de desorganización que el impacto de una enfermedad produce en ella y que de manera inevitable produce cambios. Estas crisis pueden ser eventos del desarrollo esperados durante el desarrollo de

cualquier persona o familia, como serían cambios en los grupos de edad (lactante, escolar, púber, adulto, viejo, etc.), matrimonio, embarazo, entre otros y eventos accidentales o no esperados, como deudas, desempleo, enfermedades agudas o crónicas, divorcio, muerte, entre otros.

Una característica importante es su temporalidad y pueden ser transitorias o continuas, siendo estas últimas las que por su carácter permanente, provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia.

¿QUÉ ES LO QUE SUCEDE A UNA FAMILIA CON UN ENFERMO CRÓNICO?

Se enfrenta a una crisis accidental de tipo continuo, que es un evento que produce mucha tensión, que afecta no sólo al enfermo sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo. Dicha influencia se sustenta en los cambios que se producen en la familia, así como en el tipo y gravedad de la enfermedad. En otras palabras, la influencia o impacto depende de los cambios físicos, en las actividades y rutinas de cada uno de sus integrantes, ¿qué dejaron de hacer?, ¿qué hacen desde entonces en cada una de las áreas importantes de la vida familiar?, cómo son: la toma de decisiones, necesidades fisiológicas, deberes del hogar, crianza de los hijos, relación entre la pareja, proyectos personales, y sobre todo, las actividades para la atención del familiar enfermo, entre otros.

La comprensión y conocimiento de los diferentes estilos de la respuesta de adaptación de la familia a la enfermedad crónica es fundamental, pero además es necesario contar con un marco referencial o modelo que permita conocer el proceso y las etapas que cursa, que simplifique su abordaje, evaluación y manejo.

Este modelo se complementa con base en un sustento en la Teoría de Sistemas y de la Comunicación Humana, y que como mencionó Minuchin, independiente del desarrollo y del problema, es la familia la que debe encontrar su propio camino en el proceso de salida de sus dificultades, dicho modelo lo proporcionó Hill y comprende:

- I.** Una fase de desorganización.
- II.** Una fase de recuperación.
- III.** Una fase de reorganización.

Fase de desorganización

Se caracteriza por una ruptura de la estructura de funcionamiento familiar previo. Ésta puede darse en líneas débilmente consolidadas en el sistema, guarda relación con el significado de la crisis y con la funcionalidad familiar (tipo de límites).

Puede expresarse o identificarse por cualquiera de los estilos de respuestas mencionados, pero hay que estar atentos a dos riesgos:

- a) Reorganización familiar precoz. En la que un integrante de la familia secundado por otro u otros dan muestras de capacidad de reorganización en la situación actual, parte más de la negación que de la aceptación del problema y sus riesgos.
- b) Desorganización irreversible. La familia evoluciona hacia su disolución, porque alguno de sus integrantes abandona el campo o bien, surgen conflictos que al paso del tiempo son insalvables.

Funciones del médico familiar

- 1. Ayudar a la familia a asimilar el impacto. Durante las entrevistas se sugiere hablar de los cambios que todos llevan a cabo a partir del diagnóstico de la enfermedad y de cómo se sienten con ellos.
- 2. Respetar el tiempo y características de enfrentamiento propias. Hablar de temas difíciles o para los que la persona no se siente lista es una actitud que invade espacios privados que lleva a los siguientes riesgos:
 - a) Provocar el rechazo (el paciente puede decidir ya no asistir, con el impacto en su atención)
 - b) Estimular la dependencia (el paciente deja de hacer esfuerzo y se descuida para aprender habilidades de autocuidado)

Proceso de intervención

- 1. Aplicar las habilidades de unión o enganche como son el escuchar activo, disponibilidad, facilitar la expresión afectiva, hacer la correlación entre las emociones identificadas y los síntomas y signos físicos de la enfermedad.
- 2. Evaluar el impacto de la enfermedad crónica a través de los cambios y acerca de cómo afectó al grupo familiar y a cada integrante, ¿qué cambios se dieron después de la crisis?, ¿cuánto tiempo se han llevado

antes para la solución de un problema?, son tal vez, los aspectos más importantes. Además se deben evaluar la capacidad que en la familia se tiene para comunicar los pensamientos y sentimientos asociados a la enfermedad con los otros.

3. Ofrecer educación con base en las preguntas y dudas de la familia acerca de la enfermedad. Es útil recordar:
 - Uso de términos comunes.
 - Evitar dar información no solicitada sobre todo de pronóstico y complicaciones.
4. Identificar el estilo de respuesta (clima emocional, conflictos emergentes, estructura y etapa del ciclo familiar)
5. Negociar un programa de seguimiento para paciente y familia, que facilite el acceso al médico familiar y a una educación pertinente, adecuada y confiable.

Bowen mencionó dos aspectos para determinar el grado de apertura del sistema familiar:

1. El nivel de diferenciación individual que es la capacidad de cada persona para discriminar entre el funcionamiento emocional e intelectual.
2. El grado de tensión familiar que se relaciona con la intensidad y duración de la tensión. Es obvio lo que sucede con una enfermedad crónica en la familia, en que a más duración, más riesgo de disfunción. Después llega un momento que se “olvida” la enfermedad crónica, pero no sus efectos y surge la ola de choque emocional (Bowen) en el resto de la familia expresada como somatizaciones (cefalea tensional, dorsalgia, lumbalgia, agotamiento, entre otros).

Ante un evento que produce tensión, la familia tiende a adaptarse, los siguientes son los estilos de respuesta de las familias aquejadas por una enfermedad crónica:

- I. Un clima o estado emocional de los integrantes, secundario a la enfermedad:
 1. Choque o impacto inicial.
 2. Negación.
 3. Enojo o ira.

4. Tristeza o depresión.
5. Aceptación y negociación.

Estas etapas de adaptación emocional a una crisis fueron descritas por la Dra. Kubler-Ross, posterior a su experiencia profesional en la atención de pacientes moribundos, tiempo después otros clínicos las encontraron adecuadas en el trabajo con personas que han vivido cualquier tipo de pérdida (crisis accidentales, del desarrollo o ambas).

Estas etapas se dan en un proceso que puede o no ser continuo, se puede pasar de una etapa a la siguiente, brincarse una, retroceder, etc., y aunque Caplan describió la duración de una crisis entre 1 y 6 semanas, es importante recordar que los seres humanos están preparados para solucionar problemas y dificultades breves, por lo cual es necesario adaptarse y tener en mente que atender con efectividad una crisis como por ejemplo, una enfermedad crónica es un gran reto.

Es por ello necesario recordar a Rappaport, quien señaló los factores que le dan significado a las crisis:

1. Que el evento resulte amenazante.
2. Que la amenaza se dirija a una necesidad instintiva, lo que la persona y/o familia expresaría como conflicto o vulnerabilidad.
3. Que se dé una incapacidad para responder adecuadamente.

Lo anterior es básico para comprender lo relativo del significado de un evento para diferentes personas, lo difícil y arriesgado de intentar predecir la duración de un evento y la respuesta emocional, sobre todo cuando en la enfermedad crónica, en la que por definición, no existe curación sólo la posibilidad de buen control.

II. Conflictos interpersonales emergentes:

1. Problemas o síntomas en cualquier parte del sistema familiar (individuos, subsistemas).
2. Otros problemas interpersonales (escolares, laborales).
3. Accidentes.

Existen familias cuyos integrantes actúan la tensión, les resulta difícil discriminar entre lo que sienten y lo que es su causa en el ambiente familiar (contexto), en este caso una enfermedad crónica por lo que puede

sucedan, que la forma en que expresen su tensión sea a través de conflictos interpersonales dentro o fuera de la familia, o bien la tendencia o propensión a tener accidentes.

II. Cierta grado de desorganización familiar que depende de:

1. El significado de la enfermedad.
2. Concurrencia de otros eventos que producen tensión (accidentales o del desarrollo).
3. Etapa del ciclo de vida familiar.

De acuerdo con Carter, la familia enfrenta dos tipos de tensiones, unas son horizontales que van en relación con su desarrollo (tensiones internas) y otras son accidentales (tensiones externas), estas serían las crisis, (descritas en los capítulos respectivos).

Sin embargo lo que le da sentido y significado a la enfermedad (tensiones) son las llamadas por él, **tensiones verticales**, que se relacionan con la forma de internalizar las creencias, las actitudes familiares y sociales (cultura familiar y social), de manera que la tensión generada en sentido vertical (ideología) sería la de gran influencia, aunque en el sentido horizontal (ciclo de vida) se den cambios pequeños.

Existen factores que influyen en el significado de la enfermedad crónica para la familia, algunas dependen del tipo y gravedad de la misma, por ejemplo:

1. Curabilidad.
2. Complicaciones.
3. Secuelas.
4. Tipo de tratamiento.
5. La ideología familiar, (mitos y creencias acerca de la enfermedad).

¿Qué significa para la familia esa enfermedad? ¿Existen antecedentes familiares y/o en personas cercanas o importantes? Si es así, ¿qué piensa el resto de la familia?, ¿cuál es la imagen que el grupo social tiene sobre la enfermedad, evolución y pronóstico?

La respuesta de estas preguntas es lo que da significado y explica el estilo para adaptarse de la familia ante la enfermedad crónica. Se obtienen

durante la entrevista a la familia.

No es lo mismo una diabetes mellitus en una familia con amaúroticos que en una sin ellos, o una familia con una persona con sida, que una familia con una persona con leucemia u otro cáncer, aunque en los dos la enfermedad es mortal.

También influyen en el grado de desorganización familiar, la concurrencia de otros eventos que producen tensión, sean del desarrollo o accidentales y la etapa del ciclo vital de la familia, en otras palabras, el momento en que ocurre la enfermedad incrementa la vulnerabilidad familiar, es diferente un accidente vascular cerebral (AVC) en una persona de 70 años jubilado, que pertenece a una familia donde otro adulto se encarga del aporte financiero mayor, que un AVC en una persona de la misma edad, pero cuya familia está formada sólo por su esposa de 69 años, sin otros familiares cercanos.

Sin embargo, para definir el grado de desorganización familiar es necesario conocer la dinámica del grupo familiar que depende de acuerdo con la teoría estructural de Minuchin, del tipo de límites que predomina en esa familia, por lo que las alternativas son tres:

1. La primera sería la familia desligada cuyos límites serían rígidos.
2. La segunda la familia aglutinada con límites difusos.
3. La tercera, la familia con funcionamiento adecuado, esto es con límites claros o permeables.

Permeabilidad de los límites de la familia

Cuando se presenta una enfermedad crónica existen dos tipos de riesgos que en lo posible hay que evitar o minimizar.

1. La pérdida, disminución o ambas, de los contactos familiares con su ambiente, que produciría un aislamiento familiar, lo que se traduce en limitación importante de las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la persona con la enfermedad crónica y en un condicionamiento de las oportunidades para aprovechar la experiencia para crecer por el resto de sus integrantes.
2. En un incremento de conflictos dentro de la familia con mayores posibilidades en la relación conyugal, sobre todo si previamente había problemas, diferencias o ambas, pueden surgir triángulos o coaliciones

estables entre el hijo enfermo y uno de los padres contra el otro. Otra posibilidad es cuando el enfermo es uno de los padres y el otro progenitor se apoya en uno de los hijos (hijo parental).

Aislarse, así como permitir la excesiva intromisión son riesgos que en estas familias siempre hay que tener presentes.

De acuerdo a lo anterior el estilo de la respuesta familiar ante la enfermedad puede ser de dos formas, que van en relación directa con el tipo de límites predominantes en la familia, éstas son:

1. La tendencia centrípeta que se expresa por una gran cohesión alrededor del enfermo, el cual es el centro de interacciones y atenciones; las complicaciones y recaídas son acompañadas de sobresaltos (límites difusos). La familia funciona y se organiza alrededor de la atención del enfermo, todos o la mayoría de sus integrantes se aglutinan, en ocasiones aportando poco o con resultados inefectivos, curiosamente estar cerca no significa control adecuado.
2. La tendencia centrífuga se identifica con la presencia de conductas de evitación o distancia en relación al enfermo así como la atención de la enfermedad, se descuida al enfermo y la convivencia o cuando mucho, uno de ellos casi siempre la esposa o madre se dedica a su cuidado, el riesgo es el desarrollo de una relación sobreinvolucrada y de dependencia entre enfermo y cuidador con la consecuencia de que el enfermo “evita” aprender las cuestiones acerca de su cuidado, el cuidador se dedica en cuerpo y alma a atender al enfermo, y el resto de integrantes de la familia “evita” involucrarse.

Fase de recuperación

El inicio de la fase de recuperación es poco preciso, pero existen indicadores que facilitan su identificación, algunos de ellos son:

- Mayor involucramiento de una persona periférica en cuanto a la enfermedad, su manejo o ambas.
- Desfocalización. Alguien más consulta por enfermedades menores o consulta por otros problemas o programas de salud.
- Solicitud de más información.
- Búsqueda de información en otras fuentes.

- Reconexión con la familia extendida y otros recursos del medio social, con o sin el mismo problema.

Como puede observarse, la característica es la movilización del sistema buscando un nivel de funcionamiento que permita mayor maniobrabilidad.

- Se involucran y activan recursos periféricos.
- Se desfocaliza repartiendo atención y tensión.
- El aspecto cognitivo se hace más activo para organizar el sistema. La apertura del sistema cubre función similar además de ofrecer apoyo con personas con experiencias similares y/o profesionales conocidos como expertos.

En esta fase se magnifica la oportunidad de ser efectivos como médicos familiares, sobre todo en dos áreas de trabajo:

- a) La educación sobre la enfermedad y su manejo, ya que este momento es el de mayor asimilación del aprendizaje; debe incluir dos grupos de información:
 1. La información de la enfermedad en cuanto a etiología, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y la relación con el estilo de vida, lo cual debe “enseñarse” al enfermo y su familia.
 2. La información proporcionada por las sensaciones corporales del paciente (signos y síntomas), que debe ser ofrecida al paciente de tal manera que él se responsabilice de su enfermedad, apoyando su autonomía, autorresponsabilidad y fortaleciendo los límites familiares.
- b) Facilitar cambios en la estructura del grupo familiar abordando su aspecto relacional. Estimulando el desarrollo de su capacidad y alentando los proyectos personales.

Fase de reorganización

La reorganización familiar ante una crisis (enfermedad crónica) tiende entre otras alternativas a:

1. Mantener o consolidar la estructura anterior de la familia, esto es que funciones y tareas se mantienen en las mismas personas.
2. Se produce un cambio en el nivel de funcionalidad familiar con

cambios en el proceso de adjudicación de tareas y asunción de funciones. Esto puede producir:

- a) Un nivel más efectivo para la solución de sus problemas.
- b) Un nivel menos efectivo para la solución de sus problemas.

De lo anterior se desprenden algunos riesgos familiares

- La reorganización familiar se centra en el enfermo.
- La reorganización familiar se da entre un solo miembro de la familia y el enfermo.
- La reorganización familiar es precoz y aparecen efectos colaterales en otras áreas del sistema.
- Cambios drásticos de la estructura familiar (se bloquean los mecanismos y esto es potencialmente patogénico). La familia puede evolucionar a su disolución irreversible.

La función primaria del médico familiar es prevenir estos riesgos, la forma más efectiva es el anticiparse a estos eventos y actuar como recurso a lo largo de la crisis (enfermedad), con un esquema de intervención claro en actividades y objetivos de atención. Sin embargo, en ocasiones es posible enfrentarse ante una familia que se ha reorganizado, sacrificando a uno o todos sus integrantes, sobreprotegiendo al enfermo, evitando o desalentando el crecimiento de un integrante o con pautas de solución que producen gran tensión y poco efectivas, ¿qué hacer ante esto?

En primer lugar, recordar que las intervenciones del médico familiar tienen objetivos claros y son básicamente tres:

1. Para evaluar, que depende de la obtención de información de la familia y su análisis, para detectar riesgos y problemas de salud específicos.
2. Para enganche o unión y el establecimiento de una relación médico-paciente-familia de trabajo, para lo que disponemos de:
 - Nuestra efectividad clínica y de las habilidades en la entrevista médica en el consultorio y en el domicilio, así como de nuestra disponibilidad para atención constante, que es muy útil y necesaria cuando la familia tiene un enfermo crónico ya que frecuentemente se presentan sobresaltos por la evolución del problema.
 - Para manejo, cuyo objetivo final es facilitar cambios del sistema familiar que lo hagan más efectivo en la solución de sus problemas de

salud sobretodo los que involucran el manejo de la enfermedad crónica, para lo cual se dispone de nuestra habilidad para ofrecer:

- a)** Educación, guías anticipadas, información específica, normalización.
- b)** Facilitación, redefinición positiva, clarificación.
- c)** Intervención en crisis.
- d)** Sugerencias específicas.
- e)** Referencias.

Pero, ¿qué se puede hacer para que dichos cambios eleven el nivel de efectividad en las familias con un enfermo crónico? Es posible realizar las siguientes actividades:

- Promover los límites entre los subsistemas familiares.
 1. Conyugal.
 2. Parental.
 3. Filial.

Lo anterior a través del fortalecimiento de la relación de pareja, promoviendo tiempo y actividades en común, estimulando el intercambio de actividades y tiempo con los hijos, permitiendo que éstos convivan sin interferencias, entre otros.

- Promover y facilitar la apertura del sistema, esto es a través de hacer la indicación o promoción de las actividades de colaboración con la familia extendida y amistades, otra forma es incorporarlos a los grupos de trabajo o capacitación de problemas comunes, con esta última también se cubre el objetivo de ofrecer educación a la familia y al enfermo sobre su enfermedad y manejo, otras alternativas son su asistencia a la unidad médica para actividades como consulta, inmunizaciones y la visita domiciliaria por cualquiera del equipo de salud para mantener contacto, dar información, tener seguimiento, entre otros.
- Promover y facilitar la comunicación, para lo cual es útil el uso de la dimensión instrumental (tareas del hogar y su distribución) primero de la función familiar y luego de la afectiva, se promueve una entrevista familiar donde se identifican las tareas o quehaceres afectados por la crisis, y se buscan alternativas y personas que los lleven a cabo, en entrevista posterior se verifica que se hayan efectuado.

- Alentar los proyectos personales de cada integrante de la familia. Lo ideal es hacerlo en una entrevista familiar, donde se identifiquen dichos proyectos (planes a corto y mediano plazo) se analice la factibilidad y se aliente su seguimiento con cada integrante, al hacerlo así (en entrevista familiar) se comparten con todos, se puede alentar su logro y se evita el “secreto” y la impresión de “traición” o “deslealtad” para con la familia. De aquí la importancia del punto anterior donde primero todos ayudamos un poco como familia y luego se estimula el desarrollo y autonomía individual. Objetivo de la familia, de la medicina familiar y del trabajo con familia.

BIBLIOGRAFÍA

Garza ET: Salud Mental-Dinámica Familiar, S.S.A. Serie Aprisa México, 1998;2.

Kornblitz A: *Somática familiar*. Ed. Gedisa, 1984.

Munuchin S: *Familias y terapia familiar*. Ed. Gedisa, 1989.

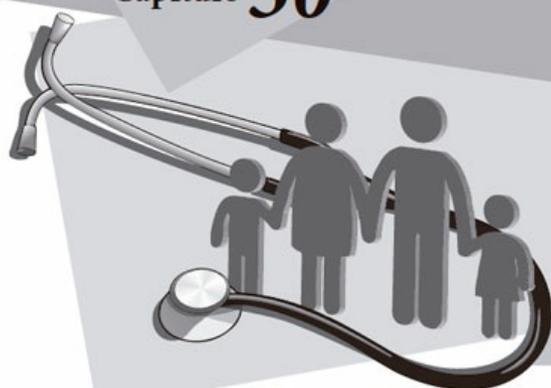
Robles FT et al.: *El enfermo crónico y su familia*. Ed. Nuevo mar, S.A. de C.V. 1987.

Rosen GM, Geyman SP: *Behavioral science in family practice*. Ed. Appleton, Century, Crofts. 1980.

Shires BD, Hennen BK: *Medicina Familiar: guía práctica* Ed. McGraw Hill, 1983.

Capítulo 30

Diabetes mellitus: impacto en la familia



Teófilo Garza Elizondo

“Las cadenas del hábito son demasiado débiles para ser sentidas, hasta que son demasiado fuertes para ser rotas.”

S. Jackson.

La diabetes mellitus tipo 2 (anteriormente conocida como “no insulino-dependiente”), es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. En la población general, según estadísticas del Centro Nacional para la Salud de EUA, cerca del 15% de la población ve limitadas sus actividades por una condición crónica, pero se analiza el dato según los grupos de edad y como resultado en el grupo de 45 a 60 años, el 25% padecen una enfermedad crónica y en el grupo de mayores de 65 años, la cifra se eleva al 45%. Estos valores no difieren mucho de estudios en México.

En cuanto a la diabetes mellitus tipo 2, la mayoría de los reportes ubican su presencia en alrededor de 20% de la población adulta mayor de 25 años, lo que significa que una de cada cinco personas la padece, y lo que es más importante, que en una de cada tres familias hay un diabético. Como puede observarse, una cantidad mayor de personas y familias se enfrentan a los procesos de diagnóstico y tratamiento, así como al proceso de adaptación para aprender a vivir con una enfermedad crónica, en este caso la diabetes mellitus, en un miembro de la familia, de ello la necesidad de preparación que los profesionales tienen para conocer y manejar el impacto que este tipo de padecimientos produce.

El impacto se muestra en los cambios que se manifiestan en la persona y su familia, secundarios a la aparición del diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus. Éstos pueden ser:

- Cognitivos.
- Emocionales.
- Conductuales.
 1. Personales.
 2. Familiares.

El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 es una crisis significativa en la vida de personas y familias, produce un impacto que varía en su gravedad dependiendo de las siguientes condiciones:

1. El significado que se le da a la enfermedad.
2. La coincidencia de otras crisis.
3. La etapa del ciclo de vida familiar.

El significado es una elaboración cognitiva que las personas construyen para entender un evento y que al internalizar se configura como creencias, actitudes, valores; este significado depende de la experiencia, tanto familiar como individual que se tenga con otros familiares conocidos que hayan padecido la enfermedad, y de cómo haya ocurrido el curso y aparición de las complicaciones de la misma. Influyen también en el significado, el efecto en cuanto a cambios de actividades que tienen los integrantes, secundarios a la aparición del padecimiento, esto es: ¿cómo los afecta?, ¿qué tiene que aprender a hacer diferente o nuevo?, ¿qué tienen que dejar de hacer? Por ejemplo: La diabetes mellitus tipo 2 es un evento generador de tensión que se traduce en un clima emocional secundario al diagnóstico, cuya gama de posibilidades va desde la negación: “no es cierto”, “no me está pasando a mí”, “están equivocados”; el enojo: “me pasó por el coraje que hice”, “la culpa la tiene mi esposa o cualquier otra persona”; tristeza: “la abuela murió de esto”, “si hubiera hecho suficiente ejercicio no hubiera pasado”; aceptación: “me puede ir bien si pongo empeño y sigo las indicaciones”.

La tensión intrafamiliar puede expresarse también como conflictos interpersonales dentro o fuera de la familia, lo que depende del grado de individualización de los integrantes. En estos conflictos es muy frecuente

que involucren a los profesionales de la salud por altas demandas de atención, o bien, por conductas de oposición a indicaciones, estudios o citas.

En algunas ocasiones, la diabetes mellitus tipo 2 es una de varias crisis que existen en la familia, la coexistencia puede darse con cualquier otra crisis como: pérdida de empleo, deudas económicas, diagnóstico de otras enfermedades como hipertensión arterial o hiperlipidemias; o bien, crisis menos llamativas para los médicos como problemas conyugales, problemas padres-hijos, entre otros. Sin embargo, cuando se da esta coexistencia, la tensión intrafamiliar se incrementa, lo que puede afectar el uso adecuado de los recursos para enfrentar el proceso de la atención, o puede influir al descuidar aspectos tan importantes para el tratamiento como son dieta, ejercicio y estabilidad emocional.

Al mismo nivel influye la etapa del ciclo de vida familiar. La familia en su desarrollo tiene periodos de cercanía y cohesividad como son los años de expansión (reproducción y crianza), que cubren entre los primeros 10 a 20 años de vida, en los que genera fuerzas centrípetas que tienden a unir a sus integrantes. Esto es, los actos tienden a promover la unión familiar.

Otros periodos son de separación y distanciamiento como en la adolescencia, donde los hijos buscan su independencia y se generan fuerzas centrífugas que tienden a distanciar a sus integrantes, por lo que las conductas e intereses que se identifican son extrafamiliares. Su importancia radica en el riesgo de descuido de las necesidades familiares, ya sean la atención del paciente diabético o de otras, afecto, tiempo, proyectos personales, etc.; lo cual genera frustración, resentimiento y pobre comunicación, esta última se afecta sobre todo en la gratificación resultante, para los que integran la familia. Estas etapas con sus efectos de unión, cohesividad o independencia, actividad extrafamiliar y dispersión de los integrantes son esperados y funcionales, pero con efectos (impacto), muy diferente en cuanto a resultados en la atención; en la primera, los familiares del paciente con diabetes mellitus responden con interés, se involucran y participan en las actividades y programas de atención. Para el paciente y profesionales de la salud es mucho más gratificante y proporciona retroalimentación.

La diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo con la categorización de las enfermedades crónicas por su tipo psicosocial, propuesta por Rolland en 1984, es gradual, progresiva, no incapacitante y no fatal, lo cual significa que el inicio es difícil de identificar, ya que es insidioso, su curso es lento

pero progresivo, no incapacitante con excepción de los últimos años de la fase crónica, y por supuesto en la fase terminal, no es fatal en cuanto al efecto en la disminución en la esperanza de vida, que no es tan importante en la cantidad, pero cabe aclarar que un control adecuado es la diferencia, para que los últimos años sean de mejor calidad de vida, de no ser así, los últimos cinco a seis años suelen afectarse seriamente por la presencia de complicaciones y limitaciones físicas.

La diabetes mellitus tipo 2, como toda enfermedad crónica, tiene un proceso de desarrollo, que según Rolland (1988), Reiss y Kaplan (1989), consta de tres fases que son: de crisis, crónica y terminal; cada una de ellas con sus propias tareas de adaptación, que necesitan cubrirse en su momento, ya que de no hacerse, se bloquea el proceso de adaptación de la familia, lo que produce una evolución más difícil y tormentosa.

FASE DE CRISIS

Por lo general se inicia antes del diagnóstico, los síntomas son vagos e inespecíficos y tal vez sólo se identifica el que algo puede andar mal en la salud.

Después del diagnóstico se tiene que dar la aceptación del mismo por el paciente y la familia, y se inicia el proceso de dar un significado a la enfermedad. Quizá, el cambio más importante es el contacto, presencia e influencia de los profesionales de la salud en la vida de la familia, los cuales tienen que ser aceptados e integrados en una relación que Doherty (1992) describe como crónica, por lo que no está libre de roces, diferencias y dificultades.

Los integrantes de la familia necesitan aprender a organizar su vida para apoyar y atender al paciente, así como para aprender nuevas conductas, sobre todo las relacionadas con el proceso de diagnóstico y tratamiento del padecimiento, necesitan información confiable que les permita tomar las mejores decisiones.

La duración de esta fase es variable y una característica es que todos los integrantes de la familia participan de manera activa.

FASE CRÓNICA

Inicia después de la estabilización del padecimiento, cuando ya se hicieron rutinarios los procesos de atención en la familia. Pueden presentarse crisis por recaídas y descontrol de la diabetes; sin embargo, se aceptan los cambios y negocian las nuevas actividades y roles para la atención a largo plazo. Existen momentos de depresión por tener que vivir pérdidas de diferente tipo, desde las de identidad, funciones, actividades y expectativas.

En esta fase se activan los recursos intelectuales y cognitivos, la familia busca todo lo que se les dé o exista de información, por lo que éste es el momento para ofrecer la educación para la salud, previa evaluación familiar para identificar quién participa y en qué función, ya que de eso dependerá a quién dirigir la información, aspecto tan importante que, de darse a la o las personas equivocadas es como si ésta no se hubiera proporcionado.

En realidad ¿quién toma las decisiones?, ¿quién compra la despensa?, ¿quién prepara los alimentos?, ¿quién identifica y da solución a los problemas en la familia?, ¿acostumbran leer?, ¿qué actividades prefieren al aire libre o sedentarias?, ¿cuál es el nivel educativo?, ¿poseen atención médica institucional? Estas son sólo algunas preguntas importantes que debe contestarse el profesional de la salud al trabajar con familias de diabéticos.

Las implicaciones de la educación en las familias con un diabético van más allá de la transmisión de información exclusiva, por lo que se deben diferenciar dos conjuntos de datos:

1. La información que el grupo familiar, incluido el enfermo, deben poseer para manejar de forma eficaz la enfermedad. En este grupo se incluyen aspectos como: facilitar el intercambio de las creencias que tengan acerca de la diabetes, proporcionar material escrito y discutir con ellos datos y dudas, informar sobre formas de manejo, así mismo la responsabilidad del paciente y su familia.
2. La información que el enfermo debe aprender a reconocer a partir de sus sensaciones corporales: reconocer signos y síntomas propios de la diabetes, identificar efectos secundarios del tratamiento farmacológico, reconocer recaídas y complicaciones, así como signos de mejoría y saber

qué hacer en cada caso. Esto debe discutirse de manera amplia con el paciente.

Existe un riesgo de conflicto en esta etapa, que consiste en la dificultad de lograr el balance entre cubrir las necesidades de atención del diabético en forma efectiva y apoyar los proyectos personales de los integrantes de la familia, sobre todo cuando empiezan a aparecer las complicaciones y las necesidades de atención se incrementan, recuérdese que en estas etapas la familia genera fuerzas centrífugas o de dispersión, ya que su función más importante es apoyar la independencia de los hijos o bien, los hijos están en la primeras etapas de la vida de su familia de procreación y enfrentan el dilema de: ¿cómo apoyar a sus padres enfermos sin descuidar a su propia familia?, además para estos momentos la mayoría de los cuidadores ya están muy agotados física y emocionalmente.

FASE TERMINAL

En el caso del paciente con diabetes mellitus tipo 2, la aparición de complicaciones es gradual y progresiva, por lo que el final de la fase crónica y el inicio de la fase terminal se traslapan; sin embargo, en todo momento ese avance gradual, insidioso pero progresivo hace que se vivan muchas minicrisis secundarias a pérdidas de alguna función y/o del duelo por la anticipación de la muerte del ser querido, es por ello que en esta fase existe la oportunidad de negociar la separación, muerte y luto consecuente, también se debe promover la solución de asuntos pendientes o no resueltos y se puede auxiliar al diabético moribundo a expresar sus deseos y a desprenderse de sus seres queridos.

Transitar un proceso así es muy costoso para personas y familias, tanto en salud física como emocional. En lo primero, el médico suele estar preparado para ayudar y apoyar, pero en la atención psicológica y en el apoyo familiar existen carencias formativas en los profesionales de la salud, recién se empieza de manera sistematizada y efectiva a profundizar en ello, por lo que debe ser considerada una prioridad en la enseñanza médica, tanto como de pregrado como de posgrado, el que se transmitan y fomenten estos conceptos que darán a los egresados un perfil integral y sobre todo humanista de la práctica médica.

Los egresados necesitan aprender que la salud y su atención cubren niveles que van más allá del aspecto biológico de la práctica clínica, otros niveles son el psicológico, familiar y espiritual, por lo que cuando se atiende a personas con diabetes mellitus no insulino-dependiente se debe recordar que la atención integral debe cubrir la evaluación y manejo del impacto biológico, psicológico y social de pacientes y familias.

BIBLOGRAFÍA

Combrinck-Graham I: A developmental model for family systems. Family process, 1985;24:39-150.

Doherty WJ: Implications of chronic illness for family treatment. In: *Chronic illness in disability*, Newbury Park, Ca, 1988.

Garza ET: Atención integral de la familia con un enfermo crónico. En: *Trabajo con familias*, editado para la Subdirección de Educación

Continua de la Facultad de Medicina de la U.A.N. L. 1996.

Garza ET: *Trabajo con familias. Aplicaciones, en trabajo con familias*, Subdirección de Educación Continua de la Facultad de medicina, 1996.

McDaniel SH et al.: The challenges of chronic illness. In: *Medical family therapy*, 1992:184-210.

National health interview survey, U.S. National Center for Health Statistics, Series 1987;10(164):10.

Capítulo 31

Abordaje integral de la familia del paciente con SIDA: una propuesta



Teófilo Garza Elizondo

“Si la vida tiene un porqué, puede sobrellevar cualquier cómo.”

F. Nietzsche.

Cualquier intercambio de información que se tenga sobre hábitos y conductas relacionadas con la salud es una discusión que involucra a la familia; ello debido, entre otras, cosas a que:

- Es en la familia donde se aprenden los hábitos que se pondrán en práctica el resto de la vida.
- La familia es el grupo primario, da identidad y sentido de pertenencia, y como tal, puede promover actitudes hacia la salud, en ocasiones facilitar la aparición de problemas de salud o bien, impedir la solución efectiva de otros.
- La familia se ve afectada cuando uno de sus integrantes se enferma, sobre todo con enfermedades como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El sida es una enfermedad infecto-contagiosa cuyas principales características son: 1) el estigma psicosocial relacionado con su forma principal de contagio, la práctica homosexual; 2) su evolución crónica con consecuencias fatales.

En relación al estigma psicosocial cabe mencionar, si bien es cierto, que

según datos del Centro Estatal de Información, Prevención y Control del VIH/SIDA en Nuevo León, en las formas de contagio predominan las conductas homosexuales (44.3%), las conductas heterosexuales son casi de un tercio del total (28.7%), por lo que con estos datos puede concluirse que la conducta heterosexual individual por sí misma no excluye el contagio por VIH. Lo fundamental es que se deben promover y practicar las conductas sexuales de bajo riesgo, sin importar el tipo de orientación sexual, ello debido a que algunas personas pueden sentir una falsa seguridad, en relación al posible contagio con VIH por saberse heterosexuales.

En lo que respecta al segundo punto, un padecimiento como el SIDA afecta en forma primaria a la persona, en segundo lugar a su familia y en tercer lugar al sistema de salud.

La larga evolución del padecimiento implica deterioro físico y económico para los sistemas antes mencionados, por lo que cualquier modelo de abordaje, debe intentar ser integral para incluir todos los involucrados, a saber:

1. Paciente.
2. Su familia.
3. El SIDA como enfermedad crónica con sus características específicas, sobre todo de contagio.
4. Los profesionales de la salud que participan en su atención: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas familiares, nutriólogos, entre otros.

Los pacientes con SIDA y sus familias viven en sobresaltos constantes debido a las crisis que inician y se relacionan con el proceso diagnóstico, y después con las derivadas del proceso de la enfermedad en sí y a los procedimientos terapéuticos; por lo que es posible concluir que viven crisis secuenciales, lo que los hace altamente vulnerables y dependientes del sistema de salud. Después del diagnóstico aparecen en su vida los profesionales de la salud, en una relación definida por Doherty como crónica con áreas de interacción que crean múltiples posibilidades de conflictos. Algunas serían: funciones profesionales; por ejemplo el no seguir indicaciones, no modificar o suprimir ciertas conductas de riesgo, entre otros; sistemas de creencias o valores; por ejemplo, conductas sexuales; expectativas (diferencias en relación con conceptos) como

mejoría y curación, entre otros.

Al momento del diagnóstico se sufre un impacto o choque emocional, en el que de hecho se bloquea la persona o familia. La capacidad de pensar o razonar se ve seriamente afectada. En estos momentos se inicia el proceso de dar un significado a la enfermedad, el cual será de mucha influencia sobre la evolución, sobre todo por las conductas asociadas, tanto del paciente como de la familia.

Kornblitz en su libro de *Somática familiar*, esquematiza las variables que influyen en el significado de una enfermedad. Lo hace con dos ejes, el horizontal que representa el curso del desarrollo individual, familiar, y las crisis asociadas, y el vertical que constituye la ideología en la que influyen las familias nuclear y extensa, así como el grupo social a los que se pertenece; que de acuerdo a sus valores definirán el significado que se le atribuye a la enfermedad. Concluye que el de mayor influencia es el eje vertical en el que crisis o problemas aparentemente menores pueden tener gran significado. Por ejemplo, es diferente el significado y la respuesta en dos personas que adquieren el VIH, cuando uno de ellos es soltero de 58 años, quien vive solo y su familia extensa sabe de su conducta homosexual, que en otra persona que tiene 28 años, es casado, con una familia cuya esposa tiene 27 años, y dos hijos de 3 y 1 año respectivamente, cuya conducta bisexual ha estado encubierta.

Rolland definió la tipología de la enfermedad crónica de acuerdo con cuatro características que son:

1. Inicio:

1.1 Gradual

1.2 Agudo

2. Curso:

2.1 Progresivo

2.2 Constante

2.3 Recaídas episódicas

3. Consecuencias:

3.1 Fatales

3.2 No fatales

3.3 Posiblemente fatales

4. Incapacidad:

4.1 Incapacitante

4.2 No incapacitante

De acuerdo con la clasificación de Rolland, el SIDA sería de inicio gradual, curso progresivo de consecuencias fatales y no incapacitante, sobre todo al inicio. Además dicha tipología es un auxiliar en la diferenciación de la posible respuesta familiar.

El supuesto que define la enfermedad crónica (el SIDA no es la excepción por lo menos hasta el día de hoy) es que es incurable, significa que cuando se le diagnostica éste se constituye en un evento que en cuanto a su evolución y complicaciones queda fuera del control del paciente y su familia, se vive como una catástrofe. Provoca en los integrantes de la familia toda la gama de reacciones emocionales conocidas, expresadas con tal intensidad, que al ser evaluados, pueden confundirse con pacientes con trastornos psiquiátricos. Un supuesto que tiene que mantenerse siempre en mente como profesionales de la salud, es que la mayoría de las familias con un enfermo con SIDA no son psiquiátricas, pero sí necesitan un trabajo bien estructurado, que les ofrezca apoyo emocional y toda la educación necesaria para tomar las mejores decisiones en cuanto al tratamiento y comportamiento personal posterior.

Leahey y Wright propusieron un modelo de trabajo basado en el significado de la enfermedad crónica, el cual se adecuó para el trabajo con familias con un enfermo con estas características en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se complementó con el modelo propuesto por Steinmetz (1992) para la atención de familias con pacientes con SIDA, este modelo se basa, entre otros, en los siguientes supuestos:

1. La enfermedad es fuente de estrés, la cual puede aumentar los conflictos familiares, sobre todo, durante la transición de algunas etapas del desarrollo, por conflictos con la autoridad paterna y de autonomía de los integrantes, esto sería en familias con adolescentes y/o adultos jóvenes.
2. De la tolerancia al estrés que poseen personas y familias, la cual varía si se vive el estrés como:
 - Reto o desafío, con lo que se expresarían actitudes tendientes a la

solución de problemas.

- Injusticia, pérdida o castigo, con lo que se tendería a reaccionar con actitudes depresivas.
 - Amenaza con lo que la reacción sería de ansiedad, enojo o ambas.
3. Existe la tendencia en personas y familias de repetir las soluciones de problemas del pasado sean éstas adecuadas o no.
 4. La enfermedad se relaciona con muchas pérdidas entre las que se incluyen:
 - Salud.
 - Imagen mental (autoimagen).
 - Imagen física.
 - Autonomía.
 - Ingresos económicos.

Por lo que es necesario identificar cada una de las pérdidas y trabajar él o los procesos de duelo asociados, así como fomentar la identificación y el uso adecuado de los recursos sociales.

5. La familia puede ser un recurso o un obstáculo para el manejo de la enfermedad (SIDA), por lo que es fundamental el trabajo con la misma para enfatizar sus fortalezas y actitudes positivas, entre las técnicas más útiles se encuentran las de negociación, de manejo del estrés, la de toma de decisiones y sobre todo, aquellas que faciliten la comunicación intrafamiliar.
6. La gama de reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad (SIDA) y su manejo, es muy amplia y varía de persona a persona y de familia a familia, pueden identificarse: depresión, ira o enojo, dependencia, sobreprotección y abandono entre otras. No existe una regla fija para su presentación, puede ser secuencial, progresiva, de recaídas, lo importante es apoyarlos en su expresión adecuada y funcional.
7. Es fundamental la información que se ofrezca sobre la enfermedad, en este caso el SIDA al paciente y su familia; debe incluir aspectos sobre su diagnóstico, manejo, forma de contagio y conductas de riesgo, debe verificarse que la información proporcionada se entienda clara y por completo a nivel personal como familiar; dado que de ello depende la modificación y control de riesgos y de conductas de riesgo.
8. Las expectativas familiares y personales cambian con el diagnóstico de

la enfermedad (SIDA). Es necesario que se promueva y acepte dicho cambio, pero también que se reconozca, acepte y se trabaje en superar la pérdida de un proyecto de vida y el duelo consecuente.

9. Recordar que del significado que se le dé a padecer la enfermedad (SIDA) o tener un familiar que lo padezca, será lo que más influencia tenga en su evolución en cuanto a cooperar o no con el manejo y aceptar los cambios implícitos, tanto los de las personas como los de las familias.

El modelo de atención de Steinmetz y Gabel incluye las siguientes dimensiones:

1. El compromiso con el paciente y su familia, en el que se contemplan los siguientes puntos:

- 1.1. La relación médico-paciente, que para ser efectiva el médico debe desarrollar el dominio de la entrevista, conocer los aspectos básicos de la comunicación humana, desarrollar la habilidad de “escuchar activo” y las habilidades de unión, sobre todo la disponibilidad.
- 1.2. La relación médico-familia. Es necesario desarrollar dos habilidades para que sea efectiva, las de evaluación familiar y la de trabajo con familias.
- 1.3. El manejo de las pérdidas, es fundamental proporcionar una atención adecuada del duelo, pero antes es prioritario identificar y reconocer las diferentes pérdidas, sean reales o imaginarias. Algunos ejemplos son: de salud, del proyecto de vida, pérdidas en relaciones interpersonales, de imagen, económicas, de la familia real o futura y aquellas relacionadas con la expresión de la sexualidad, entre otros.
- 1.4. La educación al paciente y a su familia.
 - 1.4.1 Al paciente
 - La información sobre sus signos y síntomas.
 - Sobre el tratamiento y sus avances.
 - La necesidad de un buen seguimiento.
 - Cambios del estilo de vida.
 - Identificación y cambios de las conductas de riesgo.
 - 1.4.2 A la familia sobre:
 - Identificar las reacciones emocionales propias y la de los seres queridos.
 - Identificar comportamientos de riesgo.

- Hablar y discutir sobre los mitos relacionados con el SIDA.
- Identificar y promover el uso de las fuentes de ayuda y apoyo social.
- Su disponibilidad para apoyar al familiar enfermo.
- La necesidad de un buen seguimiento.
- La identificación y buen manejo de signos y síntomas de la enfermedad.
- Formas de contagio.
- Expresiones afectivas, entre otros.

1.5. Los asuntos éticos y legales. Es importante hablar claramente con el paciente de su responsabilidad al mantener conductas de riesgo; de la necesidad de poner en orden la disponibilidad y transmisión de sus bienes, antes de que se aproxime el deceso; las implicaciones legales en cuanto a informar o no respecto a su enfermedad al personal de salud que lo atiende en sus problemas médicos, dentales y/o ante estudios de laboratorio.

1.6. El tratamiento y alivio de los síntomas. Éste es el rol más conocido por los profesionales de la medicina, pero es posible ampliarlo cuando el SIDA ya es una realidad, para facilitar que el paciente decida sobre el tipo de tratamiento que recibirá y el lugar de la atención, ya sea en el hospital, algún asilo o centro de atención y/o en el domicilio.

2. El desarrollo profesional del médico y sus necesidades emocionales:

2.1. Es necesario que todos aquellos que atienden personas con SIDA y sus familias, tengan la oportunidad de reconocer y expresar sus emociones, debido, entre otras cosas, a que a los médicos se les enseña a suprimir o controlar muchas de las emociones como son las relacionadas con la muerte, la frustración, el enojo y la tristeza. Lo deseable es estar en tratamiento psicoterapéutico, para clarificar las emociones y aprender a expresarlas de forma constructiva y sobre todo, en beneficio de las personas que se atienden.

2.2. Facilitar la creación y pertenencia a grupos de apoyo, en las que se facilite la expresión de las emociones que surgen durante el proceso de atención. Los grupos Balint son un buen ejemplo y excelente alternativa.

2.3. La educación continua es fundamental para fortalecer los conocimientos básicos y aprender los nuevos que surjan sobre el sida, sobre todo en el tratamiento y prevención.

2.4. La supervisión por expertos. Es difícil que todos los pacientes

tengan acceso a hospitales de prestigio o a la atención brindada por las autoridades en la materia, lo que puede hacerse para poner al alcance de los pacientes la garantía de una buena atención, es tener supervisiones de nuestro trabajo con algún experto, lo cual es una buena forma de aprender-haciendo, después de egresados.

3. La cooperación y la coordinación con otros profesionales:

- 3.1.** Es fundamental una relación de respeto y apoyo profesional con todos los médicos y/o profesionales involucrados en el manejo de un paciente con SIDA y su familia.
- 3.2.** Es necesaria la coordinación con otros profesionales de la salud como serían: enfermeros, nutriólogos, trabajadores sociales, terapeutas familiares, entre otros, por lo que una actitud de trabajo en equipo es adecuada.
- 3.3.** Es básico promover el uso de otros recursos sociales y apoyos comunitarios que ayuden a aligerar la carga de estos pacientes y sus familias. Algunos ejemplos en nuestro medio son: Humánitas, Cáritas, Ayuda, Coesida, entre otros.

La intención de esta propuesta de modelo es ofrecer un manejo integral y sobre todo humano, al paciente con SIDA, y a su familia que de improviso se ve seriamente afectada, sin olvidar a los profesionales de la salud cuyo deber es ofrecer atención, pero que con frecuencia se pasa por alto la problemática de las personas que son atendidas y que por ende, también afectan al médico tratante.

BIBLOGRAFÍA

Daniel MC et al.: *Medical Family Therapy A. Biopsychosocial Approach To Families With Health Problems.* Basic books, 1992.

Garza ET: *Atención integral de la familia con un enfermo crónico.* En: *Trabajo con familias.* Ed. Subdirección de Educación Continua de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L. 1ª ed., 1997.

Kornblitz A: *Somática Familiar.* Gedisa, 1984.

Notificación sobre SIDA. Centro de Información, Prevención y Control VIH/SIDA en Nuevo León. Noviembre 1994.

Robles de Fabre T et al.: *“El enfermo crónico y su familia”*, Ed. Nuevo Mar, S.A. de C. V., 1987.

Steinmetz D, Gabel LL: *The Family Physician’s Role in caring For The*

Dying Patient and family: a Comprehensive Theoretical Model. *Family Practice*, 1992;9(4).

Wright LM, Leahey M: *Nurses and families A guide to family Assessment an Intervention*. F.A. Davis Company, 1984.

Capítulo 32

Cómo cerrar el ciclo de la vida

Teófilo Garza Elizondo

“La cuestión no es si debe decirse a alguien que se está muriendo, sino cómo decirselo”.

Elisabeth Kübler Ross

Para la persona que vive su etapa terminal, el proceso de morir es su último aprendizaje de la vida, pero para las personas que lo acompañan es la enseñanza final y quizá la máxima que pueden recibir.

La muerte como etapa final de la vida es un evento natural, puede ser prematura, inesperada, accidental o injusta, pero es parte de la vida, una parte difícil e incomprensiva, puede ser la consecuencia de alguna de entre muchas enfermedades, pero la muerte no es una enfermedad a la que hay que combatir y tratar de superar, no es un enemigo.

La atención de personas terminales no es tarea fácil, ni en lo profesional y mucho menos en lo humano.

Acompañar personas terminales en su proceso de morir, necesita el desarrollo de ciertas habilidades técnico/profesionales, pero es una tarea esencialmente humana que requiere de un profesional que esté dispuesto a compartir su ser y sentir, con otro ser humano que vive la etapa más dolorosa y difícil de su vida, el momento de morir.

El proceso de morir es una experiencia única y diferente para cada persona, en él influyen:

- La manera como se ha vivido.
- La etapa del ciclo de vida en la que se encuentra el paciente terminal y su familia.
- Los resultados obtenidos en la atención de las pérdidas anteriores.

Etapas del proceso de morir:

1. Negación.
2. Enojo o ira.
3. Tristeza, depresión o ambas.
4. Aceptación.

NEGACIÓN

Es una reacción defensiva, la persona necesita un tiempo de adaptación para aceptar la difícil realidad, la duración es variable y se debe respetar.

Se reconoce al escuchar algunas de estas frases: “no puedo estar viviendo esto”, “no puede ser”, “es un error”, “por qué a mí”.

Sugerencias para acompañar:

- El lenguaje que predomine debe ser el no verbal.
- Las conductas serán de aceptación incondicional.
- Es fundamental el contacto físico.
- En el lenguaje verbal se sugieren frases cortas y aquellas que faciliten la expresión emocional, verbal o ambas del paciente.

ENOJO O IRA

Es la expresión de la frustración del proceso que se vive y/o de perder o de no poder recuperar el control de su cuerpo, se incluye la sensación de vulnerabilidad y la dependencia hacia otras personas.

También se explica como el resultado de una lucha interna entre la conciencia progresiva de la muerte y el deseo de recuperar su salud y su mundo perdidos.

Sugerencias para acompañar:

- Facilitar la expresión de cualquier molestia o inconformidad.
- Aceptar la forma de expresión.
- Facilitar e identificar las ideas o pensamientos que expresan el enojo y apoyarlo para que hable de ellas.

TRISTEZA, DEPRESIÓN O AMBAS

La característica distintiva es el abatimiento acompañado de vulnerabilidad, tristeza, llanto, silencios, pero pueden alternarse momentos de conductas agresivas hacia cualquier persona sea familiar, profesional o ambas.

Sugerencias para acompañar:

- Se debe transmitir disponibilidad total.
- Se sugiere cercanía afectiva y física.
- En esta etapa la regla es el contacto físico.
- Se sugieren técnicas para facilitar la expresión emocional y cualquier tema del que se desee hablar.

ACEPTACIÓN

Se da de manera sutil pero progresiva, inicia por momentos breves hasta que la persona alcanza paz y tranquilidad interior y exterior prolongadas.

Se identifica por oraciones como: “estoy listo”, “ya puedo morir”, “pronto voy a partir”, “no se preocupen”, “voy a estar mejor”, entre otras.

Sugerencias para acompañar:

- Apoyarlo a identificar preocupaciones y pendientes.
- Motivarlo a resolverlos.
- Transmitirle la seguridad de que su voluntad y deseos se cumplirán.
- Promover entrevistas con los familiares indicados por el paciente, en las que se actuará como facilitador.

Habilidades a desarrollar para acompañar a las personas terminales:

- “Escuchar con todos los sentidos”.
- Disposición para acompañar y permanecer con ellos.
- Disposición al contacto físico.
- Aceptación, tolerancia al sufrimiento o ambas, al dolor y a la tristeza.
- Tolerancia y respeto a los silencios.
- Facilitar los diálogos en los que evite hacer suposiciones, juzgar o ambas.
- Apoyo incondicional para que la persona tome sus decisiones.
- Apoyo incondicional a estar informado.
- Apoyo para buscar solución a sus preocupaciones y pendientes.
- Apoyo para desarrollar un sentido de satisfacción con la vida.
- Facilitar la expresión de afecto amoroso.
- Facilitar la expresión de sus creencias religiosas.
- Facilitar su despedida y partida.

BIBLIOGRAFÍA

Gómez SM: *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Ed. ARÁN, 2006.

Kübler RE: *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo, 2001

Orozco Garibay JM: *Tres ensayos sobre la muerte*. Ed. ETM, 2010.

Ortíz QF: *El acto de morir*. Ed. ETM, 2006.

Rodríguez EM: *¿Eutanasia o autanasia? Por una muerte digna*. México: Ed. El Manual Moderno, 1996.

Capítulo 33

Proceso de duelo



Teófilo Garza Elizondo

“El tiempo lo cura todo”.

Anónimo

El duelo es un proceso de adaptación a diferentes pérdidas, éstas pueden ser del cuerpo y de su funcionamiento, personas significativas, mascotas, pertenencias y de objetos.

El duelo es un fase natural ante cualquier pérdida, incluye procesos intrasíquicos, somáticos, familiares y en las relaciones extrafamiliares o sociales.

Es necesario diferenciar los conceptos, duelo y luto. La palabra duelo deriva del latín *dolus* que significa dolor y luto de la palabra *lugere* que significa llorar, por lo que el duelo es una aflicción (dolorosa) por una pérdida y el luto, corresponde a un grupo de conductas y comportamientos que transmiten el mensaje del pesar y la aflicción por la persona perdida; por ejemplo, en el medio es un tiempo de aislamiento de ciertas rutinas sociales, de vestir de color negro u oscuros, de llevar a cabo ciertas reuniones religiosas para el “descanso” del difunto, entre otras.

El duelo como proceso psicológico inicia con la adquisición o toma de consciencia de la pérdida del ser querido y termina con la aceptación de la nueva realidad sin su ser querido, para lograrse con éxito es necesario que se cubran las siguientes tareas u objetivos:

1. Aceptar la pérdida, esto es deshacer los vínculos afectivo-funcionales que unían a la persona sobreviviente con el difunto o el objeto de la pérdida.
2. Encontrar un sentido al dolor, lo que facilitaría elaborar un significado (explicación) que permita aceptar, tolerar o ambos, el dolor relacionado con la pérdida de la persona fallecida o el objeto de la pérdida.
3. Identificar las cualidades, los mejores recuerdos, comportamientos de la persona fallecida.
4. Construir una estructura de actividades, de rutinas y/o de relaciones interpersonales diferentes a las que se tenían con el fallecido (aceptar la nueva realidad).
5. A partir de lo anterior, elaborar un plan o proyecto diferente o nuevo de vida.

La duración promedio del duelo en las culturas occidentales es de menos de seis meses, pero es común que a los dos meses los síntomas inicien a declinar; sin embargo, el proceso de duelo puede alargarse hasta un año sin ser considerado anormal, pero si prolongado.

Diferentes autores han descrito que las etapas del proceso de duelo normal pueden cambiar de nombre, pero los síntomas y conductas existentes son los mismos, éstos se pueden resumir en las siguientes etapas:

1. Shock e incredulidad, evitación o fase inicial.
2. Duelo agudo o fase aguda.
3. Resolución del duelo o fase final.

Los signos o síntomas, o las reacciones de una persona ante una pérdida significativa, incluyen:

- Quejas físicas como la expresión de alteraciones en diferentes aparatos y sistemas, como serían: náuseas, vómitos, molestias gastrointestinales, diarrea, estreñimiento, alteraciones del apetito, cefaleas, dorsalgias, lumbalgias, entre otros.
- Quejas psicosociales como: negación o evasión del suceso, enojo, tristeza, depresión, ansiedad, resignación, entre otros.

Todos pueden aparecer en cada una de las diferentes etapas, pero como se

describe más adelante, predominan en alguna de ellas.

Las etapas facilitan un orden del proceso y su comprensión, pero en la práctica es muy difícil de observar, varía, avanza, retrocede, se detiene en una, se viven todas las etapas en un solo día.

Cabe señalar que solo la persona que sufre la pérdida sabe lo que la persona fallecida significa y esa es la medida de la expresión de su dolor.

El elemento básico, la esencia del duelo es la búsqueda del objeto perdido, el anhelo de recuperarlo y de esa manera suprimir el dolor y el sufrimiento de haberlo perdido.

1. Shock e incredulidad, evitación o fase inicial. Se caracteriza porque la persona afectada presenta:

- Incapacidad de aceptación de la pérdida.
- Desconcierto.
- Desesperación.
- Incredulidad.
- Negación absoluta.
- Conductas, pensamientos de evasión y evitación de la realidad, así como de no aceptación del evento.

La negación aparece cuando la capacidad o fuerza interior o yóica de la persona es rebasada, su función es amortiguar el golpe y dar tiempo para que otros recursos se activen, existen diferentes tipos de negación, algunos son:

- Negación de los hechos.
- Negación de las implicaciones y consecuencias de la enfermedad.
- Negación de la muerte como desenlace de vida o como consecuencia de la enfermedad.

2. Duelo agudo o fase aguda. La persona presenta conductas de inquietud física y pensamientos ambivalentes asociados con la persona fallecida, los cuales son fuente de culpa, de fallas, de autoreproches.

La persona presenta llanto fácil, sollozos, desinterés por el mundo que lo rodea, con lo cual inicia lenta pero progresivamente la aceptación de la pérdida.

Aparecen reacciones hostiles que puede expresar como enojo y rabia dirigidos a personas cercanas, contra sí mismo, contra el difunto o contra

el personal de salud.

Pueden aparecer conductas parecidas a las del carácter del fallecido y síntomas somáticos similares a los de la enfermedad del difunto, existe una gran preocupación por la imagen que perdure y trascienda del fallecido y conductas de autocastigo.

La persona se ve afectada en todas sus funciones, pierde los patrones de hábitos y costumbres habituales, el **punto central** es la **sensación de inutilidad y pérdida de sentido de la vida**, se expresa como desorganización, la cual poco a poco se supera y también poco a poco se inicia el reconocimiento de la pérdida y de su impacto, los síntomas casi siempre son mixtos, la mayoría de las ocasiones depresivos, pero en momentos existe ansiedad en diferentes grados.

3. Resolución del duelo o fase final. La persona acepta la pérdida y ausencia de su ser querido, los recuerdos dolorosos se van superando y cada vez son más distantes, aprende a recordarlo sin dolor, al grado de que incluso algunos recuerdos pueden ser divertidos y hasta placenteros. Se recupera poco a poco el interés y energía por el resto de actividades, se reestablecen o inician nuevas relaciones interpersonales y elaboran nuevos proyectos de vida.

Por último, cuando se acompaña y apoya a una persona con su proceso de duelo es importante tener en mente que existen algunos factores que es indispensable evaluar, éstos son:

1. Tipo de vínculo o relación con la persona fallecida, ¿cuál era la relación con el difunto?, padre, madre, hermano, hijo, pareja, es diferente que un familiar lejano o poco frecuentado.
2. La causa de la pérdida o muerte. Cualquier tipo de muerte es dolorosa y difícil de aceptar, pero es más fácil aceptar una muerte natural por la edad avanzada de la persona que por otras causas como serían por una enfermedad con estigma social como el sida, por un suicidio, o por un homicidio en un secuestro o asalto, también es difícil aceptar la muerte accidental o por enfermedad de un niño o joven.
3. Las experiencias de pérdidas y su manejo. El antecedente de pérdidas y su manejo efectivo es uno de los mejores recursos que se posee, identificarlo y hablar del mismo siguiendo los pasos del proceso de afrontamiento llevado a cabo con el deudo es una técnica que además de útil, apoya las fortalezas personales, familiares y autoestima al reconocerle un buen y exitoso desempeño anterior.
4. La etapa del ciclo de vida en la que se encuentran.

5. Los recursos personales.
6. Las redes sociales de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez SM:** *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Ed. ARÁN, 2006.
- Kübler RE:** *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo, 2001
- Orozco Garibay JM:** *Tres ensayos sobre la muerte*. Ed. ETM, 2010.
- Ortíz QF:** *El acto de morir*. Ed. ETM, 2006.
- Rodríguez EM:** *¿Eutanasia o autanasia? Por una muerte digna*. México: Ed. El Manual Moderno, 1996.

Capítulo 34

Retos de la medicina familiar



Iracema Sierra Ayala,
Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

“Un barco sin timón puede avanzar, pero sin rumbo.”

J. Gibrán

México experimenta cambios en la morbimortalidad de su población debido a los avances tecnológicos y científicos en la medicina, a las mejoras en los servicios sanitarios y a las acciones enfocadas en la prevención, los cuales se ven reflejados en las pirámides poblacionales. En los últimos años, el país transita por un proceso poblacional de “transición demográfica”, que consiste en un cambio en la dinámica de población, en una desaceleración del crecimiento poblacional, que va de un escenario con tasas de natalidad y mortalidad altas a otro donde ambas descienden, es un proceso complejo, que junto con la transición epidemiológica, donde el foco de atención transita de las enfermedades infecto-contagiosas como causa de muerte, a las enfermedades crónico-degenerativas. La esperanza de vida en el año de 1950 era hasta 36 años, para el año 2000 alcanzó los 74 años, siendo mayor para las mujeres. Se estima que para el año 2050 la esperanza de vida alcance los 84 años. En cuanto a la edad media, pasó de los 21 años en 1970 a los 26 años en el 2000 y alcanzará los 43 años alrededor del año 2050.

Los retos que se vislumbran en la atención a la salud para el médico familiar se ven dirigidos a los cambios sociodemográficos de transición demográfica y epidemiológica, a los cambios de una sociedad

industrializada que serán el punto de partida para los programas preventivos. El panorama de morbilidad actual, plantea nuevos y diversos retos a la atención en salud. Los retos en salud para el médico familiar se ven inmersos en el desarrollo de estrategias y fórmulas que conlleven a un mejoramiento en la salud de su población, con elementos de calidad, efectividad, eficiencia, equidad, accesibilidad.

El objetivo principal de este texto es dar al lector una nueva perspectiva frente a los retos en salud que se presentan para el médico familiar en su población, específicamente mediante el análisis, la reflexión y la evaluación crítica de la información con la que se cuenta en materia de salud, y que le brinde las herramientas necesarias para un mejor desempeño dentro de su marco contextual, con la generación de programas de acción orientados a las necesidades específicas.

Para el médico familiar, la relevancia de los retos en salud se consolida en las necesidades sentidas de la población, siendo cada día más importante la sensibilización de los problemas prioritarios de salud y su aproximación sistemática. Al acercarse al estudio de las necesidades y de los retos en salud se encuentra un amplio panorama, la problemática reafirma y plantea la importancia del desarrollo y análisis de estrategias. Dentro de estos retos en salud para el médico familiar se encuentra el desarrollo de una cultura sobre el conocimiento en materia de envejecimiento, no sólo por cuestiones del aumento en la esperanza de vida o una mayor comorbilidad, o procesos de patología crónica-degenerativa y mortalidad, sino por identificar de manera clara e integral la situación actual y las necesidades y/o repercusiones en este rubro de población.

La creación de programas preventivos y la atención oportuna de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, que es un problema que cada día está en aumento y pasa desapercibido por las familias, así como por los profesionales; asimismo, otro ejemplo es la demencia, ya que representa un reto en salud; del mismo modo la presencia de obesidad y su manejo con programas integrales de atención preventiva y operacionalización a través del Programa Cinco Pasos por tu salud.

El reto de la disminución de la mortalidad materna e infantil con programas de planificación familiar, atención calificada durante y después parto, atención obstétrica de emergencia, consolidando estrategias con el fin de disminuir los riesgos, optimizar la atención prenatal y la respuesta

oportuna ante las urgencias, pasando de un enfoque de riesgo a uno de atención oportuna. Éstos son algunos de los retos y acciones prioritarias en donde el médico familiar retomará las herramientas que se le han instruido durante su ejercicio profesional, con el fin de ser utilizadas en acciones correctivas, preventivas y de manejo para mejorar la calidad en la atención y la eficacia en las acciones.

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento poblacional será uno de los retos que se enfrenten. Las consecuencias de la transición epidemiológica marca un punto de partida en la gestión de demandas sociales, en la transformación, reestructuración y reorganización de las instituciones, las cuales deben de responder a las necesidades de salud, accesibilidad total, entre otras.

Al profundizar en el estudio de envejecimiento y de la salud del adulto mayor, el médico familiar tendrá como desafío el estar preparado para cubrir la gran demanda de atención de este grupo etario de población, teniendo que enfrentar el desconocimiento generalizado que existe sobre lo que confiere al tema de vejez por parte de la población y asimismo, por el propio personal de salud; en donde la línea de diferenciación entre envejecimiento y enfermedad es muy delgada, requiriendo reconocer ampliamente la diferencia y en consecuencia la necesidad de diferenciación del envejecimiento usual del exitoso. El conocimiento por parte del médico familiar de los cambios fisiológicos propios que ocurren con la edad, le permitirán dirigirse de manera sistemática y realizar un correcto y amplio abordaje integral al adulto mayor, donde se evalúe las áreas física, funcional, mental y familiar, reconociendo la presencia de polipatología, polifarmacia y atipia; características propias del envejecimiento. Por lo tanto, será común ver ancianos que acuden a consulta presentando múltiples enfermedades, principalmente crónicas, ingiriendo una gran cantidad de fármacos y además presentando una sintomatología atípica; definiendo la atipia como la expresión clínica diferente en el paciente, por tal motivo se hace indispensable que el médico familiar sea un buen clínico y que sospeche las enfermedades comunes de los ancianos, a pesar de no presentar la sintomatología normalmente esperada.

Otro reto que enfrenta el médico familiar será el prepararse para atender la consulta cada vez más frecuente de personas con pérdida de la funcionalidad. Lo más importante para el adulto mayor es el valerse por sí mismo y no depender de otra persona; sin embargo, conforme se incrementa la edad, la posibilidad de requerir algún tipo de ayuda aumenta de manera considerable, como lo muestra el censo del Consejo Nacional de Población del año 2010, donde 5.1% de la población nacional presenta algún grado de discapacidad y dentro de los cuatro grupos de origen de

discapacidad que son: a) nacimiento, b) enfermedad, c) accidentes y d) edad avanzada. La edad avanzada representa 23.1%, sólo superada por algún tipo de enfermedad con 39.4%. La causa de discapacidad en 58% es tipo de discapacidad motriz, seguida por la visual 27% y en tercer lugar la auditiva 12%.

El médico familiar se enfrenta a este cambio demográfico encontrando a una mayor proporción de población geriátrica y con ello, todos los cambios inmersos en el proceso de envejecimiento, además de atender a sus familias y al remodelado familiar que viene sucediendo ya desde hace tiempo atrás. Es decir, se enfrentará con pacientes cada vez más viejos, con múltiples enfermedades, polifarmacias, interacciones medicamentosas y con familias que atraviesan una época de desintegración, con menos integrantes; la integración de la mujer al campo laboral, modificando el esquema tradicional de cuidado, donde la violencia y el estrés son las protagonistas del día a día.

Son muchos los retos, la aproximación y la claridad del problema darán la pauta para profundizar en la situación biológica, funcional, mental y social de los adultos mayores.

ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

La transición epidemiológica alcanza su mayor expresión en la diabetes mellitus (DM) que se ha convertido en la primera causa de muerte en el país y, aún en los individuos de 20 a 39 años de edad, se ubica entre las primeras diez causas de muerte, lo que puede explicarse por qué muchos factores que contribuyen a su desarrollo son cada vez más frecuentes en la sociedad mexicana.

La epidemia de la DM es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 240 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. Con la información disponible se visualiza que en las personas con dicha patología, la reducción en la expectativa de vida a causa de la diabetes se reduce a nueve años menos en los hombres y siete años menos en las mujeres. También ocurre una mayor mortalidad cardiovascular en los enfermos diabéticos que en la población general. Uno de los tópicos más importantes en cuanto a la DM se refiere, es la presencia de complicaciones tanto agudas como crónicas, constituyendo las principales causas de ingreso hospitalario, y el aumento en los costos sanitarios, además de poner en riesgo la vida de la persona que la padece de una forma aguda, esta enfermedad deteriora de manera importante su calidad de vida y la repercusión en la dinámica de la familia. Ejemplo de una complicación a largo plazo es la insuficiencia renal crónica.

La prevención y control de la DM constituye uno de los grandes retos en salud, debido a la representatividad social y por ser una de las enfermedades con costos más altos en salud y ser incapacitante. El reto para el médico familiar en cuanto a diabetes mellitus es el de realizar un diagnóstico oportuno, con estrategias innovadoras de tamizaje, un manejo farmacológico y no farmacológico adecuado, la promoción de la salud y la atención a los problemas de índole psicológico que la enfermedad y sus complicaciones pudieran traer consigo para el control de la enfermedad. Es importante mencionar que si se cumplen estos retos de manera adecuada, se vería reflejado directamente en el estado de salud de la población en México.

Por otro lado, la hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis y

después la aparición de enfermedades cardiovasculares. Lamentablemente el 61% de los hipertensos detectados en la encuesta nacional 2000, desconocieron ser portadores de la enfermedad y en el estudio ENSANUT del año 2012, se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA, situación que es de extrema importancia, ya que en México, el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de su HTA y quizás, ya habrá en su mayoría, algún grado de daño a órganos blanco. El reto del médico familiar en cuanto a hipertensión arterial se refiere, consiste en realizar un diagnóstico temprano, en donde este proceso sea más minucioso, detectar de manera oportuna las posibles complicaciones, dar un tratamiento eficaz y ajustado a los requerimientos del paciente con base en el enfoque de riesgo, y proporcionar información adecuada y suficiente a los pacientes de su padecimiento, permitirá contribuir a la disminución en la mortalidad por la aparición de problemas cardiovasculares.

Otro de los grandes desafíos para el médico familiar es el rubro referente a las demencias que, de acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV), la demencia se caracteriza por déficit cognoscitivo múltiple que implica un deterioro de la memoria. Es un proceso degenerativo de las células del cerebro. La causa de este problema es orgánica, es decir, se debe a un problema físico. Hasta el momento se trata de una enfermedad crónica e incurable; sin embargo, existen varios medicamentos que pueden aliviar algunos síntomas en ciertos casos.

Las demencias no son un trastorno exclusivo de la vejez, pero sí son más frecuentes en esta etapa de la vida, ya que la edad por sí misma es un factor de riesgo para padecer y desarrollar la enfermedad. En la actualidad, se calcula que en el mundo existen 36 millones de personas con algún tipo de demencia, donde el 66% de ellas vive en países en vías de desarrollo y se estima que para el año 2025 se incrementará de manera notable esta enfermedad. El reto para el médico familiar es el reconocimiento de este padecimiento como tal, la diferenciación entre lo normal y lo patológico respectivamente, para el diagnóstico temprano se necesita alto grado de sospecha y estar sensibilizado. Luego de hacer un diagnóstico correcto y realizar los ajustes pertinentes en el manejo, se requiere explicar a la familia este padecimiento, por su repercusión familiar, así como realizar guías anticipadas para que así puedan prever las situaciones que se presentarán.

Además de indicar un tratamiento farmacológico correcto, el médico debe incluir a la familia, teniendo en cuenta que la demencia es una enfermedad que se le diagnostica al paciente, pero que la padece la familia. En esta patología en particular, se debe tomar en cuenta a los cuidadores informales como familiares sensibles y con necesidades. La formación de grupos de autoayuda para familiares será de gran auxilio para que se concentren en algunas clínicas de la institución y tengan asesoría del médico familiar y la participación de un equipo multidisciplinario.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La salud ha sido para la humanidad una preocupación desde los inicios de la historia, en donde el reto es el desarrollo de nuevas estrategias y su aplicación.

Para iniciar el acercamiento hacia los retos del médico familiar ante las enfermedades transmisibles, será necesario mencionar que éstas hoy en día son una causa importante de morbimortalidad y un problema de salud muy importante que afecta a nivel mundial, a pesar de los avances realizados en la prevención, control y tratamiento de dichas enfermedades.

Los sucesos más notorios en los últimos años han sido el aumento en la virulencia de algunos microorganismos, la aparición de nuevas enfermedades y el incremento de la resistencia de algunos microorganismos a la antibióticoterapia. Las patologías transmisibles siguen siendo hoy en día un tema a tratar. Hay aumento de enfermedades emergentes como el sida y de otras que se creían controladas como la tuberculosis. La emergencia epidemiológica por el virus de la influenza A (H1N1), iniciado en abril del año 2009, dio lugar a la implementación de estrategias y acciones coordinadas en el Sector Salud, con el fin de limitar el contagio, aminorar los efectos de la epidemia y establecer las medidas de control necesarias.

En el contexto global de la trascendencia de dicho proceso, la implementación de acciones dirigidas, previamente analizadas por el médico familiar con base en los programas, se logró el control y manejo de la enfermedad de manera oportuna. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la resistencia a fármacos y diseminación a partir de pacientes con infección latente son las causas más importantes de la pandemia actual de tuberculosis.

En el año 2006, la OMS puso en marcha la estrategia Alto a la tuberculosis, siendo un reto para el médico familiar el establecer las pautas de detección diagnóstica, medidas pedagógicas de educación en salud, preventivas de control y remisión, y de continuidad de cumplimiento de planes terapéuticos establecidos.

La lucha de contra el VIH/SIDA debe sustentarse en fortalecer las políticas de prevención, en donde se incluyan la promoción del uso de condón, el acceso a los medicamentos antirretrovirales, así como la difusión de información acerca del combate de la estigmatización y

discriminación hacia los pacientes con este padecimiento, así como el apoyo a sus familias como entes sociales, donde el enfoque busca no sólo la salud personal, sino igualdad de oportunidades y la salud para todos.

El médico familiar constituye el primer recurso al que recurren las personas en los sistemas de salud, estando el capacitado para la oportuna detección, diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades que prevalecen en nuestro medio. El reto para él ante el control y prevención de las enfermedades transmisibles será situarse en una posición más amplia y flexible que le permita ser agente de cambio y desarrollo, logrando el objetivo de mejora continua del nivel de salud, bienestar del individuo y su ambiente.

DISCAPACIDAD

Un grupo que ha cobrado especial interés en la población, tanto internacional como nacional son las personas con discapacidad, tomando un gran significado por parte de los profesionales de la salud. La problemática ante la que se enfrentan las personas con discapacidad son analizadas a la luz de los expertos, con el fin de mejorar las condiciones de vida y su bienestar personal y familiar. El Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, planteó como objetivo: “Promover la integración de la personas con alguna discapacidad y su incorporación al desarrollo, a fin de garantizar el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, recreación, deporte e infraestructura que permitan la movilidad y el transporte, y de todo aquello que contribuya al bienestar y mejora de su calidad de vida, así como a difundir la cultura de la integración social basada en el respeto y en la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores de la unidad de la familia”.

La discapacidad afecta no sólo a la persona, sino también al núcleo familiar y a la comunidad de la que forma parte; sus dimensiones sociales y económicas, así como sus consecuencias para la salud pública adquieren otra magnitud. Las personas con discapacidad no presentan únicamente una limitación física en sus funciones, sino también muestran un desajuste psicológico y limitación para su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural con repercusiones sociofamiliares de gran importancia. La resistencia de algunos profesionales por tratar a personas con discapacidad, demuestran un no saber qué hacer ante lo que constituye el manejo de una persona con discapacidad, por lo que el médico familiar debe observar y reconocer la situación actual, junto con las necesidades, la problemática que hace a la discapacidad un constructo social con concepciones prevalentes acerca de las capacidades y las diferencias de las personas como actores especiales, marcándolo sólo como atributo personal y no reflejado en lo material, al ver la ausencia de caminos, rampas, pasamanos, escaleras, entre otros, que expresa la ausencia social

VIOLENCIA FAMILIAR

Son muchos los estudios que hablan acerca del impacto de la violencia familiar en la persona, la familia y en la sociedad. Ésta se ha convertido en problema cada vez más serio con una connotación social oculta, que no respeta fronteras geográficas y políticas, que traspasa los límites étnicos, religiosos, educativos y socioeconómicos, en la actualidad es manifiesta en grupos que se catalogan como vulnerables en nuestra sociedad: niños, mujeres, ancianos y discapacitados.

Las revelaciones e introspecciones que son creadas en torno a la violencia no son raras ni recientes. En la historia de la humanidad, sea en sus esferas de convivencia social y política, la violencia surge como un agente periódicamente, con el cual tienen que pugnar gobernantes y ciudadanos. La violencia no tiene una explicación sencilla que mencione los factores causales de la misma y mucho menos una causa única. La Organización Mundial de la Salud declaró que la prevención de la violencia, en su marco general y familiar es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de la magnitud de este problema, ya que es observada como un asunto de salud pública por el impacto negativo que tiene en el estado físico y mental de los grupos vulnerables, aunado a que la magnitud del problema está poco documentado, diagnosticado y denunciado.

El reto del médico familiar es arduo y hay aspectos esenciales desde el punto de vista de salud pública que pueden asistir elocuentemente a combatir la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, como el profundizar en la prevención, favorecer un enfoque multidisciplinario y alentar el uso de procedimientos epidemiológicos para su registro. Estas son estrategias concretas que generarán las condiciones óptimas para la disminución de la violencia y su impacto negativo, y genere un escenario de igualdad y respeto mutuo.

OBESIDAD

Otro problema de salud reconocido y con grandes retos para el médico familiar es la obesidad. En los últimos años, la prevalencia de obesidad ha ido en un aumento acelerado, siendo hoy en día un programa de salud prioritario, que requiere atención inmediata para su manejo, control, diagnóstico oportuno y prevención.

El sobrepeso y obesidad afectan a 7 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones. El desarrollo de estrategias tendientes para la promoción de la actividad física, alimentación saludable que incluya frutas, verduras, leguminosas, consumo de agua, entre otros, junto con la disminución en el consumo de alimentos con alto contenido calórico, son algunos de los retos que deberá enfrentar el médico familiar para lograr transformar la cultura de mala alimentación y sedentarismo, en consecuencia, la obesidad.

MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

La mortalidad materna es un indicador de impacto. La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, es la definición de mortalidad materna según la Organización Mundial de la Salud. Cada año, fallecen en promedio 1 100 mujeres. En el año 2009 fallecieron 1 207 mujeres y el cálculo para el año 2015 son 417 por año; el 80% de las defunciones maternas son prevenibles.

La muerte materna va más allá de una pérdida humana, donde se desintegra una familia, se trunca un proyecto de vida familiar, hay cambios en la dinámica de la familia, entre otras situaciones. Por lo que la mortalidad materna en México revela las necesidades de una atención médica oportuna y efectiva. Al considerar lo prevenible de las muertes maternas, es posible reflexionar sobre el llevar a cabo los programas integrales de salud, concernientes a esta etapa de la vida de la mujer, programas de prevención que tiene como objetivo el bienestar integral de la madre y el hijo. El otorgar atención de alta calidad a la mujer garantiza entregar el binomio en buenas condiciones.

El reto para el médico familiar ante la muertes maternas son las estrategias de mejora planteada en acciones como: capacitación, en donde se adiestre en el tema con la revisión de guías de práctica clínica tendientes a dicho proceso como infecciones urinarias, control prenatal, preclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica etc., sesiones generales, talleres; la identificación de diagnósticos oportunos, presencia de complicaciones para su referencia; la prevención detección de situaciones de riesgo para la madre o el hijo, y el acceso a la atención especializada durante y después el embarazo es fundamental.

Hoy en día se pueden encontrar un sin fin de información acerca de programas educativos, preventivos encaminados a proporcionar conocimientos fundamentales para el mejor manejo de nuestros pacientes, los retos para el médico familiar son arduos y con un compromiso importante para el mejoramiento de la calidad de vida y disminución de riesgos. La efectividad en los procesos cada día va más de la mano del binomio “salud- tecnología”, pero no podemos olvidar la importancia de la

actitud, el compromiso, la indagación, el alto sentido de responsabilidad, la prevención y la promoción de la salud con el quehacer máspreciado, como elemento trascendental en el éxito de los retos en salud para el médico.

Se espera que la medicina familiar alcance a ser la principal disciplina en atención primaria, que el número de médicos con esta especialidad se incremente en las instituciones, que sea bien aceptada y tenga un alcance biopsicosocial dentro de su práctica médica y en el núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

Barquera S, Campos-Nonato I, Aguilar-Salina C et al.: Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy 2013;9:1-9.

Castro G et al.: Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético, Castro, 2009;25:481-526.

Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie Documentos Técnicos. 11-13.

Díez J, Laviades C: *Los retos de la hipertensión arterial en el siglo XXI.* Nefrología. 1999;19(6).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control 2012;1-3.

Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México Recuperado de: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia

Fuentes M: La asistencia social en México. Historia y perspectivas. 1998 National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2010.

Hernández M: [Challenges and updating in public health]. Salud Pública De México [serial on the Internet]. Recuperado de: http://www.paot.org.mx/centro/inesemarnat/informe02/estadisticas_2000 2000, Jan), [cited May 28, 2013]; 42(1): 4-5.

Mora: Programa específico de deterioro intelectual y demencias. Servicios de Salud Mental 2002, 6-9.

OPS 2003. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud OPS/ Publicación ocasional No. 12: 131 pp.

Piskorz D: De la hipertensión arterial a la insuficiencia cardíaca.

- Insuficiencia Cardiaca, 2:1-6.
- Programa de acción específico 2007-2012. Diabetes Mellitus, 2008:22-23.
- Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012. Recuperado de: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/issuu/pronaddis_2009
- Quiroz J, Irigoyen A:** Una visión histórica sobre la Medicina Familiar en México. MPA e-Journal MF&AP 2008;1:49-54.
- Rivero O, Jiménez I, Morales M, Salgada A, Acosta N:** Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *Mediciego* 2010;16:1-9.
- Rosas M, Pastelín G, Martínez J, Herrera-Acosta, Attie F:** Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. *Archivos de Cardiología de México* 2004, 74: 134-157.
- Transición demográfica de México. El envejecimiento de la población en México, 19-44.
- Villagómez P:** El envejecimiento demográfico en México: niveles, tendencias y reflexiones en torno a la población de adultos mayores. Instituto de Geriátria, 306-313.
- WHO Report 2008. Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing. [Consultada el 8 de junio de 2008. 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.who.int/tb/publications/2008/fullreport.pdf>
- WHO. Recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. En: Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy. Sixty third World Health Assembly, 2010.

Anexo **A**

**Formatos para la
evaluación familiar**



Teófilo Garza Elizondo

INTRODUCCIÓN

Los formatos que se muestran a continuación fueron diseñados para registrar la información obtenida por el médico familiar durante sus entrevistas, así como para apoyar y dar sentido a su práctica e identidad. Fueron creados en el año de 1983 y han sido modificados en varias ocasiones en el transcurso de los años. Muy pocas veces es necesario evaluar todas sus dimensiones, ya que el médico familiar elegirá la que considere más útil para las intervenciones que usará de acuerdo al tipo de problema identificado. El trabajo con familias es práctico y su utilidad principal es facilitar en al médico en formación, el aprendizaje de las habilidades psicosociales de diagnóstico y tratamiento que enriquecen su perfil. Puede agregarse al expediente clínico la información familiar obtenida para la atención de un problema de salud, pero no fue diseñado como forma o guía para un reporte, sino como un auxiliar durante el proceso de atención familiar en la práctica diaria, a continuación se presentan los formatos para el trabajo con familias:



Hospital Universitario
"Dr. José Eleuterio González"
Consulta #26 de Medicina Familiar
y Trabajo con familias



I. Datos generales

Nombre del paciente: _____

Núm. de Exp: _____ Fecha: _____

Nombre de familia: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Estado civil: _____ Religión: _____

Problema que justifica la atención familiar: _____

¿Recibió atención familiar? Sí _____ No _____ ¿Dónde? _____

¿De quién? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Resultados: Excelentes _____ Buenos _____ Regulares _____ Sin cambio _____

¿Qué espera de esta consulta? _____

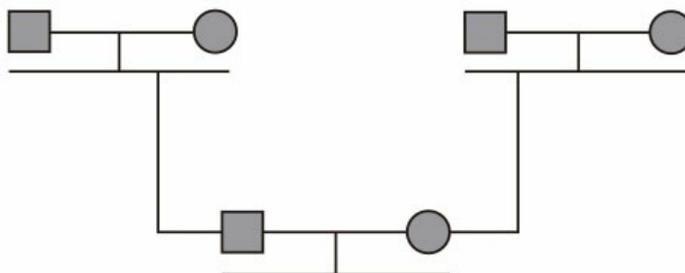
II. Composición familiar

Nombre	Edad		F. de Nac.			Escolaridad	Ocupación	APP	Estado civil	Observaciones
	M	F	D	M	A					

III. Relaciones familiares y su función de acuerdo al problema identificado::

- 3.1. Subsistemas identificados _____
- 3.1.1 Conyugal _____
- 3.1.2 Paterno _____
- 3.1.3 Fraternal _____
- 3.1.4 Otros subsistemas asociados al problema familiar _____
- 3.2. Límites (claros, rígidos, difusos) _____
- 3.2.1 Entre los integrantes del subsistema _____
- 3.2.2 Entre el subsistema y el resto de los integrantes de la familia _____
- 3.2.3 Entre el subsistema y otros sistemas externos _____

3. Familiograma



IV. Relaciones extrafamiliares (usar el ecomapa)

V. Desarrollo familiar

Etapa	Tarea	Tipo de respuesta	
		Adaptativa	Mal adaptativa
1. Prematrimonial	<ul style="list-style-type: none">a) Comunicación de pensamientosb) Comunicación de sentimientosc) Formación de identidad de pareja (Separación de la familia de origen)		
2. Matrimonio	<ul style="list-style-type: none">a) Establecer identidad de pareja<ul style="list-style-type: none">1. Comunicación de sentimientos2. Comunicación de pensamientos3. Comunicación y adaptación sexualb) Redefinir las relaciones con la familia de origenc) Llegar a acuerdos acerca de la futura paternidad		
3. Familias con lactantes	<ul style="list-style-type: none">a) Integrar a los niños a la unidad familiarb) Aprender los nuevos roles de la paternidadc) Acomodarse a los roles de los abuelosd) Adaptarse y conocer el desarrollo de los hijose) Mantener una relación conyugal sólida y gratificante		
4. Familias con preescolares	<ul style="list-style-type: none">a) Fortalecer la adquisición de hábitos personales saludables en los hijosb) Adquisición de habilidades sociales de los hijosc) Acomodarse a la separación progresiva entre los padres y los hijosd) Adaptarse al incremento de necesidades económicase) Adaptarse al desarrollo de los hijosf) Mantener una relación conyugal sólida y gratificante		

<p>5. Familias con hijos escolares</p>	<p>a) Adaptarse al desarrollo de relaciones de los pares (amigos) con los hijos</p> <p>b) Adaptarse a las influencias de la escuela y de los compañeros</p> <p>c) Mantener una relación conyugal sólida y gratificante</p>		
<p>6. Familias con adolescentes</p>	<p>a) Adaptarse y promover el desarrollo de la autonomía de los hijos</p> <p>b) Reforzar la unión y apoyo a la generación mayor (abuelos)</p> <p>c) Adaptarse al incremento de necesidades económicas</p> <p>d) Adaptarse al desarrollo de los hijos y a su tendencia progresiva a la toma de decisiones personales</p> <p>e) Mantener una relación conyugal sólida y gratificante</p>		
<p>7. Familias con adultos jóvenes</p>	<p>a) Apoyar las iniciativas del joven en cuanto a estudio, trabajo y/o matrimonio</p> <p>b) Mantener el hogar como centro de apoyo para la independencia de los hijos</p> <p>c) Mantener una relación conyugal sólida y gratificante</p>		
<p>8. Familias con adultos independientes</p>	<p>a) Redefinir la relación conyugal como pareja sola sin hijos en el mismo domicilio</p> <p>b) Adaptarse al proceso de desarrollo involutivo y/o al impacto de las enfermedades crónicas</p> <p>c) Redefinir a la familia para incluir a los parientes políticos y a los nietos</p>		
<p>9. Familias en retiro y/o muerte</p>	<p>a) Adaptarse al retiro y/o muerte de la pareja, otros familiares y amigos</p> <p>b) Adaptarse a los cambios del envejecimiento</p> <p>c) Mantener en lo posible el funcionamiento individual y de pareja (identificar áreas de interés y/o de pareja)</p>		

Nota: Después de identificar la etapa del ciclo de vida familiar en la que se encuentra la familia, se usan las tareas de desarrollo como guía o tema de conversación con los integrantes de la familia durante la entrevista para evaluar si los han llevado a cabo, y con qué resultados, de no de no haberlas hecho, promover que lo hagan.

VI. Historia familiar de crisis accidentales

Cambios de estatus:	Especificar tiempo cuando sucedió	Intento de solución Adaptativo/Mal adaptativo
Deudas fuertes o gastos imprevistos	_____	_____
Dependencia económica	_____	_____
Empobrecimiento repentino	_____	_____
Desempleo prolongado	_____	_____
Riqueza o fama repentinas	_____	_____
Cambio de domicilio	_____	_____
Cónyuges y/o padres adolescentes	_____	_____
Abandono:	_____	_____
Muerte de un miembro de la familia	_____	_____
Hospitalización y/o cirugía de un familiar	_____	_____
Huída de un hijo del hogar	_____	_____
Divorcio o separación marital	_____	_____
Suicidios en la familia	_____	_____
Adición:	_____	_____
Embarazo no planeado o no deseado	_____	_____
Adopción	_____	_____
Adición de padrastro/madrastra/hijastro(a) a la familia	_____	_____
Adición de amigos o parientes a la familia	_____	_____
Desmoralización:	_____	_____
Infidelidad	_____	_____
Alcoholismo	_____	_____
Abuso de drogas	_____	_____
Delincuencia	_____	_____
Enfermedad incapacitante o de pronóstico mortal	_____	_____
Problemas con familia política	_____	_____
Problemas padres/hijos	_____	_____
Enfermedad crónica en hijos	_____	_____
Enfermedad crónica en padres	_____	_____
Otras:	_____	_____

Nota: La lista anterior es una muestra de los eventos tensionales y/o crisis accidentales más frecuentes, se usa como guía y los no incluidos que se identifiquen se anotan en el renglón de otros.

Observaciones(anotar los cambios importantes y los pasos que siguieron para superar esa experiencia): _____

4. Respuesta afectiva

¿Se identifican las emociones asociadas al problema? Sí _____ No _____
¿La familia permite la expresión de todas esas emociones? Sí _____ No _____
¿Cuáles no? _____
¿Cuáles son las dificultades para expresarlas? _____

¿Existe alguien en la familia que se lo impida? Sí _____ No _____
¿Quién? _____
¿Aparecen recuerdos o pensamientos que bloqueen su expresión? _____
¿Cuáles? _____

5. Involucramiento afectivo con el paciente

1. Ausencia de involucramiento
2. Involucramiento desprovisto de sentimientos
3. Involucramiento narcisista
4. Involucramiento empático
5. Sobre-involucramiento
6. Involucramiento simbiótico

6. Control de conductas

Tipo de control	Tendencia de Expresión Positiva/Negativa		Estilo de control
	Tipo/Estilo	Tipo/Estilo	
1. Control Instrumental			1. Rígido
2. Control Psicológico			2. Flexible
3. Control Corporal			3. Caótico

Nota: Durante la entrevista se identifican el tipo y el estilo de control de conductas y se registran, marcando con una cruz o subrayándolo en el espacio correspondiente, para usarse como tema de los diálogos en las entrevistas, resaltando las ventajas de la expresión positiva de cualquiera de los tipos de control y del estilo flexible.

Observaciones generales de la funcionalidad familiar

VIII. Identificación de problemas y fortaleza familiares

_____	1. Sistema familiar total	_____
_____		_____
_____		_____
_____	2. Sistema marital/conyugal	_____
_____		_____
_____		_____
_____	3. Sistema padres/hijos	_____
_____		_____
_____		_____
_____	4. Subsistemas de hermanos	_____
_____		_____
_____		_____
_____	5. Sistemas individuales	_____
_____		_____
_____		_____
_____	6. Otros sist. extrafamiliares	_____
_____		_____
_____		_____

Nota: En la columna de la izquierda se anotan en cada inciso los problemas identificados y en la columna de la derecha las fortalezas entre las que se incluyen los recursos identificados para apoyar en su posible solución.

IX. Recomendaciones terapéuticas o programa de atención

Fecha _____

Nombre y firma

X. Seguimiento

Fecha _____

Fecha _____

Fecha _____

Fecha _____

Fecha _____
