

## INDICE

- . Prefacio
- . Introducción
  
- 1. Bases intelectuales y Científicas de la Salud Familiar.
- 2. Principios de la Salud Familiar
- 3. La Familia como Unidad de Atención
- 4. Etapas en el Desarrollo del Individuo
- 5. Ciclo vital de la Familia
- 6. Factores Psicosociales y Salud.
- 7. Trastornos de la Función Familiar.
- 8. El Familiograma.
- 9. Mantenimiento de la Salud según el ciclo vital
- 10. Psicoterapia de Familia y Medicina General.
- 11. La Enfermera y la Salud Familiar.
- 12. El Odontólogo y la Salud Familiar.
- 13. Dinámica de la Tipología Familiar en Colombia.
- 14. Enseñanza-Aprendizaje de la Salud Familiar en Pregrado.
- 15. Cómo implementar en programa de Salud Familiar en las Facultades de Ciencias de la Salud.

## P R E F A C I O

La práctica de la Medicina y la Salud Familiar se extiende cada vez más en el mundo. Por su misma concepción filosófica es universal por lo que no es extraño que haya sido adoptada en países de muy distintas ideologías y culturas: Inglaterra lo ha desarrollado como su principal sistema de atención primaria; los Estados Unidos tienen más de 400 programas de entrenamiento; Cuba lo ha instituido como obligatorio; Taiwan, Puerto Rico, Holanda, Portugal, la mayoría de los países Latinoamericanos cada vez cubren más su atención con el enfoque de Salud Familiar.

Hemos querido contribuir con esta publicación a la difusión de la ideas y práctica de la Salud Familiar. Este libro partió de una serie de conferencias y seminarios que se planearon para impulsar la Salud Familiar en las Facultades de Salud en Colombia. El propósito fue el de contribuir con una guía muy general para profesores y estudiantes de medicina, odontología, enfermería y otras profesiones afines. Debido a la continua solicitud de literatura en español, que no solo fuera comprensible por el idioma sino también que se adaptara más a los programas y a la práctica de Latinoamérica, estamos en esta primera edición ampliando un poco las guías originales y complementando los aspectos teóricos con algunos ejemplos y descripciones de cómo llegar a la práctica de una atención primaria enmarcada dentro de una visión integral y sistémica.

Creemos que estos capítulos pueden ser útiles para estudiantes, docentes y médicos de atención primaria en América Latina.

## I N T R O D U C C I O N

Dr. Diego Mejía Gómez

La Salud Familiar resurgió en un momento de gran cambio. Por un lado adelantos acelerados en el conocimiento y en la tecnología que condujeron a una necesidad de especialización estimulada ésta última por la disponibilidad de recursos para la investigación y por el prestigio asociado al "dominio" de un área pequeña del conocimiento. Por otra parte, las personas, las familias y las pequeñas comunidades expresaban a través de los distintos medios y organizaciones la necesidad de una atención más humana, más integral, menos fragmentada.

Ocurrían al mismo tiempo otros fenómenos como la visión sistémica, la tendencia a integrar conocimientos y acciones, la perspectiva de la familia con mucho potencial de acciones exitosas y de fracaso, los aportes de la sociología, de la psicología, de la terapia familiar. También los administradores y los expertos en comunidad buscaban estrategias para llevar a las personas la aplicación de los avances científicos, de los cuales se estaban beneficiando solo una proporción de la población general.

En nuestra concepción de "Salud Familiar" queremos incluir toda aquella serie de experiencias, de conocimientos, de actitudes que deben incorporarse en la formación de los profesionales de pregrado en las disciplinas de salud. Aún más, creemos que este propósito, inicialmente académico no puede separarse de una influencia marcada en los sistemas de atención en salud, de tal manera que el proceso docencia-asistencia lleve un dinamismo enriquecedor entre el ámbito universitario y el sector de servicio.

Considerando que el propósito del programa de Salud Familiar es tan amplio,

hemos decidido tratar en esta publicación aquellas áreas que por razones históricas han tenido menos énfasis en nuestros currículos de pregrado. Di gamos desde ahora, que las Facultades de salud han organizado excelentes programas en el campo biológico y en el manejo de los problemas severos de la patología.

La perspectiva de la Salud Familiar no pretende minimizar o disminuir la formación académica en la función o disfunción del organismo. Quiere más bien dar un enfoque más amplio y más real al mirar al ser humano como un ser biopsicosocial. No es posible, con los conocimientos actuales, separar los componentes físico, mental y sociocultural cuando se mira el pro ceso-salud enfermedad.

Por esta razón sugerimos considerar los contextos familiar y comunitario; analizar los problemas desde la perspectiva biológica, psicológica y socio cultural y enfocar las intervenciones con planes educativos, de promoción de la salud, con esquemas de mantenimiento y guía anticipatoria de los ries gos posibles y también con tratamientos adecuados, tratando de obtener la óptima funcionalidad aún cuando se trata de problemas crónicos o avanzados.

¿QUE ENTENDEMOS POR SALUD FAMILIAR?

No es fácil DEFINIR en pocas palabras este concepto. Dado que para nosotros "Salud Familiar" implica una apertura a las innovaciones y a la creatividad para una excelente atención primaria, cualquier definición sería inadecuada. Sin embargo, podemos decir cómo debe ser la práctica de la Salud Familiar y qué hace una Facultad de Salud cuando dice que tiene un programa de Salud Familiar.

Un programa de Salud Familiar es aquel en el que:

1. Un equipo interdisciplinario está comprometido en los aspectos de salud enfermedad-bienestar con un grupo definido de familias.

- 2. Hay una práctica integral. Esto implica conocer a la persona, a la familia y el entorno de trabajo de estudio, el vecindario y demás nichos donde se mueven la persona y la familia. También implica la aplicación del modelo biopsicosocial y una dimensión especial cual es la educación, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el "mantenimiento " de la salud y la "guía anticipatoria" según el riesgo. Por último las acciones de curación y rehabilitación.
- 3. Hay una participación de las familias en su autocuidado.

Para desarrollar adecuadamente las acciones mencionadas los profesionales de la salud deben tener ciertos conocimientos específicos, ciertas actitudes (compromiso con personas, trato humano, ética, etc). y debe utilizar ciertos instrumentos. Esto quiere decir que deben tener una preparación y formación en algunos aspectos específicos como:

- Familia: Definición. Dinámica. Función y disfunción.
- Principios de la Salud Familiar.
- Ciclo vital del individuo y de la familia (etapas)
- Elementos de la Teoría de Sistemas. La Familia como Sistema
- El modelo biopsicosocial
- El Familiograma. El Ecomapa
- El Apgar Familiar.
- La Historia Clínica Familiar.
- Introducción a la Consejería Familiar.

En esta edición estamos presentando algunos puntos que consideramos esenciales. También se sugieren lecturas para complementar la información.

¿POR QUE PROGRAMAS DE SALUD FAMILIAR?

Los éxitos y el crecimiento del conocimiento alcanzados por el desarrollo tecnológico y científico han llevado a la fragmentación del cuidado del paciente y como consecuencia a cierto grado de despersonalización. Los órganos y sistemas, así como las entidades nosológicas atraen más el interés de los profesionales de la salud que la persona misma.

Los modelos de atención para la curación han tomado prioridad sobre las acciones en los estilos de vida, la educación, la prevención y la rehabilitación. La actitud autoritaria del profesional y la dependencia del paciente no permite delegar buena parte de la responsabilidad por su propia salud al paciente, a la familia y a la comunidad. Los modelos de enseñanza-aprendizaje, en los que los profesionales han sido entrenados, son centros de alta complejidad que no representan la patología más común. En ellos los especialistas y subespecialistas son los tutores o mentores de los estudiantes, estableciendo motivaciones concientes o subconcientes de imitación. Hay un clima de desprestigio o poca consideración por la labor del generalista. El trabajo es aislado o descoordinado por parte de los agentes de cuidado médico. Hay falta de articulación entre las instituciones de atención, en sus distintos niveles. Falta por identificar quién es responsable de la salud de la gente.

El rol del profesional ha sido sólo el de tratar de ayudar a los pacientes cuando se presentan con su problema, olvidando todo el proceso previo de la historia natural de la enfermedad y sus niveles de intervención.

Debemos analizar cuidadosamente los conceptos filosóficos acerca de lo que es la salud y la enfermedad. Cualquier profesional de la salud es capaz de repetir definiciones de salud y enfermedad, pero no todos dominan o aceptan íntimamente el paradigma biopsicosocial. Si los profesores en el campo de la salud y los estudiantes tuvieran incorporado intelectual y afectivamente este enfoque, la práctica sería completamente diferente.

Los adelantos científicos han dirigido a las profesiones con cierta fuerza hacia el reduccionismo, hacia el análisis, hacia la fragmentación en todos los campos del conocimiento y con un éxito relativo. Sin embargo, se hace necesaria una labor de síntesis, una tendencia integralista, más humanística. Desde Aristóteles se hablaba de que el todo es más que la suma de las partes. Hoy en día, con los desarrollos en la Teoría General de Sistemas, se ha visto la importancia enorme que tienen aquellas interrelaciones que hay entre los elementos constitutivos de un "todo". Un ejemplo de lo anterior es la familia, que como concepto, es mucho más que la suma de sus miembros.

El estudio de las relaciones e interacciones de los miembros de la familia, ha demostrado la influencia poderosa de esta unidad básica de la sociedad en la conservación de la salud, en la recuperación de la enfermedad, así como también en la génesis de la enfermedad y en la perpetuación de la misma.

Los estudios de la formación de la familia, de sus ciclos vitales, de los riesgos, de la disfunción familiar y su detección, de la intervención en la familia, de los procesos para la toma de datos y su registro han llevado a mejorar la perspectiva de la atención primaria desde otros ángulos.

El estilo de vida, la intervención a nivel de los nichos ecológicos donde se desenvuelve el ser humano como son la casa, el lugar de trabajo, la escuela y el vecindario, han llevado a entender mejor los factores de salud y enfermedad y a buscar una mayor participación de la comunidad para utilizar los recursos apropiados y optimizarlos.

El trabajo en equipo de los profesionales de la salud, con otros profesionales y con los líderes de la comunidad es un modelo que siempre debe perfeccionarse.

¿QUE SE ESPERA DE LOS PROFESIONALES FORMADOS CON EL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR?

1. Que resuelvan con competencia un alto porcentaje de los problemas presentados por sus pacientes. Esto implica una buena formación en el componente biológico y psicológico.
2. Que proporcionen un cuidado integral al paciente y a su familia. Esto implica una adecuada obtención de la información sobre el paciente, la familia y la comunidad; un análisis y evaluación a nivel físico, biológico, psicológico y social; un plan educativo, preventivo así como de curación y rehabilitación.
3. Que trabajen en equipo con otros profesionales de la salud. Para esto deben adquirir habilidad para conocer y utilizar los recursos de la comunidad en beneficio de la misma.
4. Que se comprometan con su comunidad. De esta manera no sólo tratarán los problemas muy manifiestos sino que establecerán estrategias para prevenir o para detectar los problemas más oportunamente.
5. Que entiendan a la familia como una unidad básica de la sociedad. Las interrelaciones de la misma. Su desarrollo y dinamismo a través del ciclo vital de la misma. Las funciones de la familia, su papel en la respuesta al estrés, sus patrones de adaptación, sus crisis y sus mecanismos de adaptaciones apropiadas o inadecuadas. Los recursos intra y extrafamiliares. La detección temprana de disfunción y la intervención.
6. Que lleguen a un grado óptimo de autoconocimiento para de esta manera poder establecer una relación más humana y ética con la población que esta bajo su cuidado.

7. Que comprendan los elementos de la Unidad de cuidado familiar en donde se daría una situación de:
  1. Atención integral a una población definida.
  2. Responsabilidad continua a través del cuidado personal y familiar.
  3. Coordinación de un equipo de salud con profesionales y miembros de la comunidad.
  4. Acciones educativas, preventivas y de curación, no sólo en el centro u hospital sino en los demás nichos ecológicos. (casa, escuela, vecindario, etc).

¿QUE CONTENIDOS DEBEN TENER LOS PROGRAMAS DE PREGRADO CON ORIENTACION A LA SALUD FAMILIAR?

1. Las actuales asignaturas que componen el currículo de las facultades de salud.
2. Introducción a la Teoría General de Sistemas.
3. El concepto biopsicosocial de la Salud.
4. Los factores psicosociales en la salud y la enfermedad.
5. La familia. Definiciones. Conceptos socioculturales. Estructura, Función, ciclo vital de la familia. La familia como sistema dinámico.
6. Disfunción familiar. Estrés. La familia ante el estrés y sus formas de adaptación. Recursos. Crisis. Desequilibrio. Equilibrio Patol<sup>ó</sup>gi co. Desequilibrio terminal. Detección de función anormal y disfun- ción de la familia. Intervención y Consejería.
7. Las etapas (edades) del hombre.
8. Bases científicas e intelectuales del enfoque de salud familiar.
9. Autoconocimiento y papel en la sociedad.
10. Habilidades en comunicación humana (verbal y no verbal)
11. Práctica en Centros de Atención Primaria donde se den las situaciones que sirvan de modelo: atención integral, trabajo en equipo, enfoque familiar, participación de la comunidad, trato humano, afectuoso, con t<sup>í</sup>n<sup>u</sup>o, etc.

En los capítulos 14 y 15 señalamos, solo como ejemplo o guía muy general algunos posibles caminos para llevar a cabo programas orientados a la Sa lud Familiar, basados en nuestra experiencia en Colombia.

A. BASES INTELECTUALES Y CIENTIFICAS DE LA SALUD FAMILIAR

En realidad ninguno de los campos de la medicina, ni ninguna de las especialidades se ha tenido que definir ni explicar filosófica, intelectual o científicamente. La gente se iba dedicando a tratar un órgano o restringía su práctica a determinados problemas médicos o algunas tecnologías y así se fueron creando las sub-especialidades. La Medicina Familiar fué naciendo como una reacción contra un poco de hechos como la fragmentación, la despersonalización, el desplazamiento de los pacientes de un profesional a otro, etc y al mismo tiempo que se producía esa reacción, se fueron estableciendo bases cada vez más firmes de una visión integral, de una visión de síntesis.

A continuación presentaremos algunos conceptos y hechos que constituyen parte de las bases del enfoque de la salud desde el punto de vista generalista y familiar. Luego reuniremos estos conceptos para justificar la importancia de reforzar estas ideas.

Hay muchas evidencias que dan aporte a la teoría holística. Más adelante cuando hablemos de relación de la familia con la salud y la enfermedad, encontraremos ejemplos en los que el estrés y la falta de apoyo familiar tienen que ver con el desarrollo de muy diferentes tipos de problema médico, no sólo de carácter emocional. Otras observaciones citadas por Mc Whinney (1981), son las siguientes:

1. Durante un período de 20 años Hinkle encontró que en un mismo ambiente el 25% de la población padecía el 75% de las dolencias. Si todo se debiera a agentes específicos, la distribución de la enfermedad hubiera sido más homogénea. Estos problemas fueron de todo tipo: leves y severos, infecciosos, orgánicos y psicogénicos.
2. Los cambios sociales influyen en forma importante en la morbilidad y en la mortalidad. Las personas estables en un lugar tienen menos morbi-mortalidad; el ostracismo social ha llevado a la muerte

vudú en ciertos países, el luto está asociado a mayor mortalidad, la deprivación física y afectiva lleva a trastornos severos del desarrollo físico e intelectual y a depatología social y psicológica.

- 3. Los estados emocionales producen cambios bioquímicos importantes. Además de las modificaciones hormonales (epinefrina, norepinegrina, cortisol, insulina, etc.) conocidos hace mucho tiempo, cada vez hay más informes de alteraciones a nivel del sistema inmunológico (Schleifer, 1983).
- 4. Los factores sociales no producen ciertas enfermedades específicas. Se altera toda la susceptibilidad del organismo.
- 5. Las enfermedades mentales se asocian más frecuentemente a enfermedades orgánicas. El ser humano responde como un todo a los factores de estrés. Este estrés social no siempre actúa a nivel de las emociones. Hay demostraciones de cambios fisiológicos importantes como respuesta al estrés.

**TEORIAS DE LA ENFERMEDAD:** Holística y Reduccionista. Introducción a la idea de sistema.

Este tema de reduccionismo en el campo de la medicina y la biología es fascinante y complejo.

Para el que quiera profundizar recomiendo leer los libros de Koestler (1979) de Von Bertalanffy (1982) y (1986) y especialmente el libro de Estudios sobre filosofía de la biología (Ayala, 1983) en el que figuras de primera línea en el campo de la biología y de la ciencia presentan sus puntos de vista y argumentos.

Barbour define reduccionismo como "el atribuir exclusivamente realidad a los constituyentes más pequeños del mundo, y la tendencia a interpretar ni

veles superiores de organización en términos de niveles inferiores".

Mc Whinney (1981) refiriéndose específicamente a la teoría reduccionista de la enfermedad dice que según este punto de vista "las enfermedades son entidades causadas por agentes externos, con una existencia casi separada de la gente que sufre de ellas".

Bertalanffy se refiere a la teoría reduccionista como aquella que tiene en cuenta el mecanicismo biológico. La investigación biomédica se limita sobre todo a la desagregación o el análisis de organizaciones biológicas y procesos vitales en elementos y procesos parciales. El organismo aparece como un agregado celular, la célula como un agregado de coloides y compuestos orgánicos, la enfermedad como una acumulación de trastornos celulares etc.

La teoría holística es una concepción en la que los organismos se analizan como seres organizados completos: " El todo es más que la suma de sus componentes".

El individuo es como un sistema abierto, compuesto por subsistemas y además es parte de otros sistemas superiores organizados.

Creo que el enfoque reduccionista ha contribuido al desarrollo científico y ha permitido conocer muchos factores que intervienen en la salud y la enfermedad.

También creo como lo dice K. Popper (1983) que los científicos, cualquiera que sea su actitud filosófica hacia el holismo, deben dar la bienvenida al reduccionismo como método pero no al reduccionismo filosófico (que es similar al esencialismo).

Sin embargo, para esta presentación, más que un ataque o crítica al reduccionismo, quisiera hacer énfasis en que el reduccionismo no explica muchos fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad.

Cada persona tiene una distinta susceptibilidad y las familias y los individuos tienen dolencias muy diferentes a las entidades nosológicas teóricas escritas en los textos. Hay una dinámica entre los factores agresores y la susceptibilidad genética del individuo. También, hay una relación entre la severidad del agente estresante, la apreciación de ese factor por la persona y la familia, los soportes o recursos de tipo cultural, social, religioso, económico, educativo y el resultado final de la superación de la crisis o de la producción de la enfermedad.

La teoría holística implica que el individuo es más que la suma de sus órganos. También que la familia como entidad es más que la agregación de sus miembros. A medida que pasamos de un sistema más elemental a otro más complejo, aparecen "propiedades emergentes" que no existían. Por ejemplo el agua tiene propiedades muy diferentes a sus componentes separados. La familia adquiere características diferentes a sus miembros aislados.

**MODELO RELACIONAL.**

El Doctor Lynn Carmichael hizo un estudio de las situaciones de consulta de los pacientes con sus médicos. El llamó modelo Médico Clínico a aquel en el que se necesita una intervención diligente de tipo curativo porque de otra manera el proceso patológico continúa llevando a un deterioro importante o a la muerte. Esta situación correponde aproximadamente al 15% de las consultas de los generalistas.

Otros casos (85%) tienen que ver con entidades autolimitadas que necesitan una intervención de soporte, problemas sicosociales, aspectos educativos o de prevención, así como asuntos administrativos o de certificación. Este modelo que el Doctor Carmichael llama Relacional y qué, como lo hemos anotado, corresponde al 85% de la consulta, tiene mucho que ver con las áreas del comportamiento, con el conocimiento de las personas, de las familias y del mismo autoconocimiento del profesional de la salud.

Es el prototipo de la acción de los generalistas y del equipo básico y allí es donde los conceptos de familia y sus interrelaciones son básicos para una buena práctica (Carmichael, 1980)

Hablando del modelo relacional como paradigma del generalista vale la pena anotar aquellas condiciones y quejas que según Gayle Stephens (1975) requieren las habilidades de manejo especial de un médico sabio y comprensivo:

1. Quejas que son oscuras, vagas o indiferenciadas.
2. Quejas que se originan de una enfermedad que amenaza la vida.
3. Quejas que parecen fuera de proporción a los hallazgos físicos o de laboratorio.
4. Quejas que son raras o muy extrañas, que no coinciden con lo esperado anatómica y fisiológicamente.
5. Quejas que son persistentes e incapacitantes.
6. Quejas asociadas con marcada ansiedad o cambios en el talante.
7. Quejas que resultan de cambio de vida, conflicto o estrés.
8. Quejas que pueden requerir procedimientos diagnósticos y terapéuticas arriesgadas.
9. Condiciones que son incurables.
10. Condiciones que tienen que ver con los hábitos y el estilo de vida del paciente.
11. Condiciones que requieren decisiones morales o éticas.

#### LA ERA DE LA SINTESIS

La tendencia a la fragmentación y a la especialización no era solo en el campo de la salud. Alvin Toffler (1981) en su libro "La Tercera Ola" hace

14

referencia a este hecho."..... el industrialismo disgregó la sociedad en miles de partes entrelazadas ... rompió el conocimiento en disciplinas especializadas... "

"Fragmentó los trabajos. Rompió las familias en unidades más pequeñas. Al hacerlo fraccionó en mil pedazos la vida y la cultura de la comunidad..."

"Alquién tenía que reunir las cosas en forma diferente. Esta necesidad dió origen a muchas nuevas clases de especialistas, cuya tarea fundamental era la integración".

Y más adelante al hablar de la Tercera Ola, dedica un capítulo a la Nueva Síntesis: "..... La civilización de la segunda ola hizo extraordinario hincapié en nuestra capacidad para descomponer los problemas en sus elementos constitutivos; nos recompensó menos frecuentemente por nuestra capacidad para ensamblar de nuevo las piezas. La mayoría de las personas son culturalmente más hábiles como analizadoras que como sintetizadoras. A ello se debe el que nuestras imágenes del futuro sean tan fragmentarias, causales.... y equivocadas.

Nuestra tarea aquí será pensar como generalistas, no como especialista...."

Y continúa Toffler... "Tengo la convicción de que nos encontramos en la actualidad al borde de una nueva Era de Síntesis".

"En todos los campos intelectuales, desde las ciencias puras hasta la sociología, la psicología y la economía, es probable que presenciemos un retorno al pensamiento a gran escala, a la teoría general, al ensamblamiento de piezas ahora dispersas. Pues estamos empezando a comprender que nuestro obsesivo énfasis sobre el detalle cuantificado sin atención al contexto, sobre la medición progresivamente más precisa de problemas progresivamente más pequeños, no hace sino dejarnos sabiendo cada vez más cosas sobre cada vez menos cosas....."

## LA BARBARIE DEL " ESPECIALISMO "

Aunque no comparto todas las expresiones fuertes de Ortega y Gasset sobre el especialismo, su lenguaje muestra la angustia de hace más de medio siglo (60 años) sobre la tendencia a la especialización: "... el hombre de ciencia, generación tras generación, ha ido constriñéndose, recluyéndose, en un campo de ocupación intelectual cada vez más estrecho..." "... como en cada generación el científico, por tener que reducir su órbita de trabajo, iba progresivamente perdiendo contacto con las demás partes de las ciencias, con una interpretación integral del universo, que es lo único merecedor de los nombres de ciencia, cultura, civilización..." "...Una buena parte de las cosas que hay que hacer en física y en biología es faena mecánica de pensamiento que puede ser ejecutada por cualquiera, o poco menos. Para los efectos de innumerables investigaciones es posible dividir la ciencia en pequeños segmentos, encerrarse en uno y desentenderse de los demás.... Así la mayor parte de los científicos empujan el progreso general de la ciencia en cerrados en la celdilla de su laboratorio, como la abeja en la de su panal o como el pachón de asador en su cajón..."

Y dice Ortega más adelante "... para el progreso de la ciencia se necesita de tiempo en tiempo una labor de reconstitución y esto requiere un esfuerzo de ramificación cada vez más difícil..." El énfasis de Ortega está en la visión estrechadel científico, sin considerar el contexto. Por supuesto que que la investigación detallada nos está llevando a un avance vertiginoso y no debemos menospreciarla. Pero por el otro lado, necesitamos continuamente buscar una visión integradora, de reconstrucción, para que no se nos pierda el ser humano y su contexto.

## LA REVOLUCION DE LA INTELIGENCIA

Luis Alberto Machado en su libro "La Revolución de la Inteligencia" (1975) se refiere al tema del especialismo y el generalismo.

"La historia nos muestra que las ciencias que se han separado, en algún momento se han vuelto a reunir, aunque sea 25 siglos después. Cuando las ciencias eran pocas, se dividieron y ahora, que son unas 1.200, se encuentran de nuevo en la física, química, la fisicomatemática, la bioingeniería, la bioquímica..." "... Cuanto más se ahonda en una especialidad más se aproxima el estudio a los componentes últimos de la materia. Todas las ciencias se encuentran, en el camino de la verdad, con átomos, moléculas y células; y no quiero decir: con uno o con otro; quiero decir con las tres.

"Los especialistas, cualquiera que fuere su campo de acción, que lleven al estudio de su respectiva especialidad al máximo extremo posible se encontrarán con que automáticamente han dejado de ser especialistas para convertirse en investigadores de lo más general que existe: las partículas elementales, componentes de todas las cosas. Todos los caminos de la ciencia conducen a las partículas elementales".

"La especialización, sino está integrada en un conjunto, ya no es fructífera, ni siquiera útil..."

"El especialista presta un servicio de incalculable valor en el progreso de la ciencia, siempre y cuando tenga él mismo, una visión de conjunto; a su lado, a otros especialistas en diversas ramas; y por encima, a quién no tenga ninguna especialidad.

"El que dirige tiene que poseer la perspectiva general necesaria para poder ocuparse de los asuntos de todos..."

"La especialización puede aumentar los conocimientos, pero la generalización es la que la valoriza".

"La ciencia, a medida que avanza, se va a encontrar con una creciente urgencia de generalizadores, hasta el punto de que es posible que en los últimos decenios la más importante 'especialidad' llegue a ser la de 'generalista'".

## DE COMO EL TODO LLEGA A SER MAS QUE LA SUMA DE LAS PARTES

Krebs, el famoso bioquímico que describió el ciclo del ácido tricarboxílico, hizo un recuento de los pasos seguidos históricamente hasta la clasificación de este importante hecho biológico.

En un artículo (Krebs 1970) explica por qué otros no llegaron a la misma conclusión: "Por qué a Martus, no se le ocurrió que las reacciones que el había descubierto y estudiado podrían ser componentes del principal proceso de producción de energía de la materia viva?. Creo que es un asunto de perspectiva científica, de actitud "filosófica". El se consideraba así mismo como un químico-orgánico+teórico, un interesado en los mecanismos de reacción. Por lo tanto estaba satisfecho cuando había clasificado la vía citrato-cis-acnitato-isocitrato -oxoglutarato. No se ocupó de preguntarse el papel fisiológico de esta vía.

"Mi punto de vista era el de un biólogo tratando de dilucidar los eventos químicos en las células vivas. Yo estaba acostumbrado a correlacionar las reacciones químicas en la materia viva con las actividades de la célula como un todo. Poniendo las piezas de información juntas a modo de un rompecabezas, he intentado descubrir los eslabones faltantes. traté de llegar al cuadro coherente de los procesos metabólicos".

En un artículo posterior (Krebs, 1971), el mismo autor hace relación a la importancia de la investigación a nivel molecular y al método analítico (hasta la Química y la Física)... "pero hay que estar de acuerdo en que también hay y habrá, hasta donde podemos percibir, enfoques no científicos de la vida, el mundo de la poesía y de las bellas artes, de las experiencias religiosas, de los juicios de valores humanos y de las emociones, un mundo no menos importante que el mundo de la ciencia".

## CONCLUSION

La investigación analítica, reduccionista ha sido útil para el avance científico, y como metodología es necesaria para aclarar muchos fenómenos biológicos y patológicos. Sin embargo, los organismos vivos y especialmente el hombre y sus dolencias son demasiado complejos y la mayoría de sus problemas no pueden ser entendidos sino se miran de una manera holística, integral, sintetizadora. La teoría de sistemas nos permite organizar la mente para observar fenómenos que ocurren en entidades "complejas", que tienen cierta independencia, función, controles y relaciones, pero siempre dentro de un contexto tal, que cada sistema tiene una serie de subsistemas con interrelaciones. El sistema tiene límites, pero también comunicaciones con los sistemas de mayor y de menor jerarquía.

La tendencia filosófica a un enfoque holístico, generalista, sintetizador, no sólo ocurre en el campo de la salud como nos lo refiere Toffler en su Tercera Ola y también a un nivel de sistemas menores como nos lo explica Krebs, con su ciclo tricarboxílico.

Hay evidencias clínicas, trabajos de comunidad y experimentación de laboratorio que apoyan el enfoque generalista y la necesidad de que algún grupo del personal de salud se dedique al cuidado integral del ser humano mirado en su contexto, máxime cuando la mayoría de los encuentros a nivel de la relación médica, se refiere al modelo relacional (como lo demostró Carmichael) y no al puramente técnico.

La factibilidad de llevar a la práctica un sistema de prestación de servicios en el cual un equipo de salud de atención primaria atienda un alto porcentaje de los problemas de salud y coordine la intervención por otros especialistas, está comprobada por las experiencias en medicina familiar en muchas partes del mundo. Hay argumentos en contra de la idea, de que la especialización elimina toda la incertidumbre, de que la especialización es la única forma de lograr "profundidad" en el pensamiento y de que una sola persona debe dominar todo el conocimiento (Stephens, 1975)

17

minar todo el conocimiento (Stephens, 1975).

El generalista es experto en el manejo de problemas, su habilidad es mayor en aquellos <sup>problemas</sup> problemas que epidemiológicamente son más prevalentes, conoce sus limitaciones y consulta cuando es necesario a subespecialistas y profesionales de otras disciplinas.

LECTURAS RECOMENDADAS.

Mc Whinney R. An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press (1981)

Schleifer S.J. et al: Supresion of Lymphocyte Stimulation Following Bearevement JAMA 250: 374 (1983)

*Koestler*  
Kvestler A. James A. Summing up. Ed. Pan Books, London (1979)

Bertalanffy L. Prospectivas en la Teoría General de Sistemas. Ed. Alianza Universidad (1982)

Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas. Fondo de cultura Económica. México (1986)

*correcto (Dobzhankey?)*  
Ayala F.J. Dobzhankey T. Editores. Estudio sobre la Filosofía de la Biología Ed. Ariel Barcelona (1983)

Barbour IG. Issues in Science and Religión. S.C.M. Press, Londres (1966)

Popper KR La reducción científica y la incompletitud esencial de toda ciencia, en Ayala FJ Pág. 333 (1983)

Thorpe WH. El reduccionismo en la Beología (V. Ayala P. 152, 1983)

Carmichael LP. The Relational Model : A Paradigm of Family Medicine. J. Florida M.A. 67: 8:00 (1980)

Stephens GG The Intelctual Basis of Family Practice: J . Fam Pract 2:423 (1975)

*Toffler*  
Toffer A. La Tercera Ola. Edinal Ltda. Bogotá (1981)

Ortega y Gasset. La rebelión de las masas. Ed. Universo S.A. Lima Perú. pag. 133 (1975)

Machado LA. La revolución de la inteligencia. Ed. Séix Barral. Novena Edición pag. 79 (1975)

Krebs HA. The history of the tricarboxylic acid cycle. Perspectives in Biol. and Med. P. 15 Autrmn (1970)

Krebs HA. How the <sup>w</sup>hole becomes more than the sum of the parts. Persp. in Biol. and Med. Spring (1971)

## PRINCIPIOS DE LA SALUD FAMILIAR

La Salud Familiar tiene una serie de elementos, de conceptos, de principios, que gobiernan sus acciones. Sin embargo, de acuerdo con las concepciones filosóficas algunos autores dan más importancia a unos aspectos que a otros. A continuación trataré de resumir no sólo los principios sino también algunas características de la Salud Familiar, advirtiendo que hay a veces interrelación entre unos y otros y que tomando los elementos aislados unos de otros no son exclusivos de la Salud Familiar ya que muchos de ellos son o deberían ser compartidos por los profesionales de la salud especializados. Sin embargo, este sistema de valores y el enfoque de problemas en su conjunto es lo que caracteriza a la Salud Familiar.

\* Para no estar repitiendo las citas, ya que los líderes intelectuales de la Medicina Familiar coinciden en muchos de los puntos, al final de este capítulo se darán algunas referencias bibliográficas. La mayoría de los conceptos han sido extraídos de los escritos de Mc Whinney, Geyman, Shires, Hennen, Smilkstein, Curry y Stephens.

### I. CUIDADO INTEGRAL

Para el cuidado integral se podría seguir el modelo de Leavell-Clark (Tabla No. 1) en el que se presenta la historia natural de la enfermedad y sus niveles de intervención. Aunque ese modelo fue propuesto hace muchos años y algunos lo consideran pasado de moda, podría tomarse como una contribución más para señalar posibles intervenciones a lo largo de la historia natural de la enfermedad, pero agregando la actitud de intervención según riesgo y la guía anticipatoria. Para comprender mejor estos aspectos los remitimos al capítulo de "Mantenimiento de la Salud según el ciclo vital".

*aquí quedó*

Geyman, basado en las etapas o categorías del cuidado en Salud propuestas por James (1963) propone los siguientes componentes para el cuidado integral:

1. Educación en Salud.
2. Evaluación de los fundamentos de la salud (factores en salud y enfermedad como herencia, dieta, ejercicio, hábitos, condiciones de vivienda, trabajo, familia etc). y el grado de riesgo para los pacientes individuales y sus familias; con un plan definido para el seguimiento.
3. Exámenes periódicos.
4. Atención de urgencia.
5. Atención del paciente agudamente enfermo.
6. Atención del paciente con afecciones crónicas, rehabilitación.
7. Consejería.
8. Cuidado del paciente que va a morir en un corto tiempo.

Otros autores llaman cuidado integral al que sigue el modelo biopsico social propuesto por George Engle; por último, algunos consideran que integralidad es la consideración del individuo visto en el contexto de la familia y de la comunidad.

Nosotros hemos preferido tomar todas estas dimensiones del cuidado integral y por eso hemos adoptado el modelo propuesto por Smilkstein (Fig. No. 1) y que es paralelo al enfoque de la historia por problemas (SOAP).

- a) Los DATOS de base. Por supuesto, es necesario tomar la historia del individuo. En forma progresiva, a través de los contactos con la familia se van conociendo los contextos no sólo de familia sino de trabajo, de estudio y del vecindario. Estando el equipo de sa-

### CUIDADO INTEGRAL (Smilkstein)

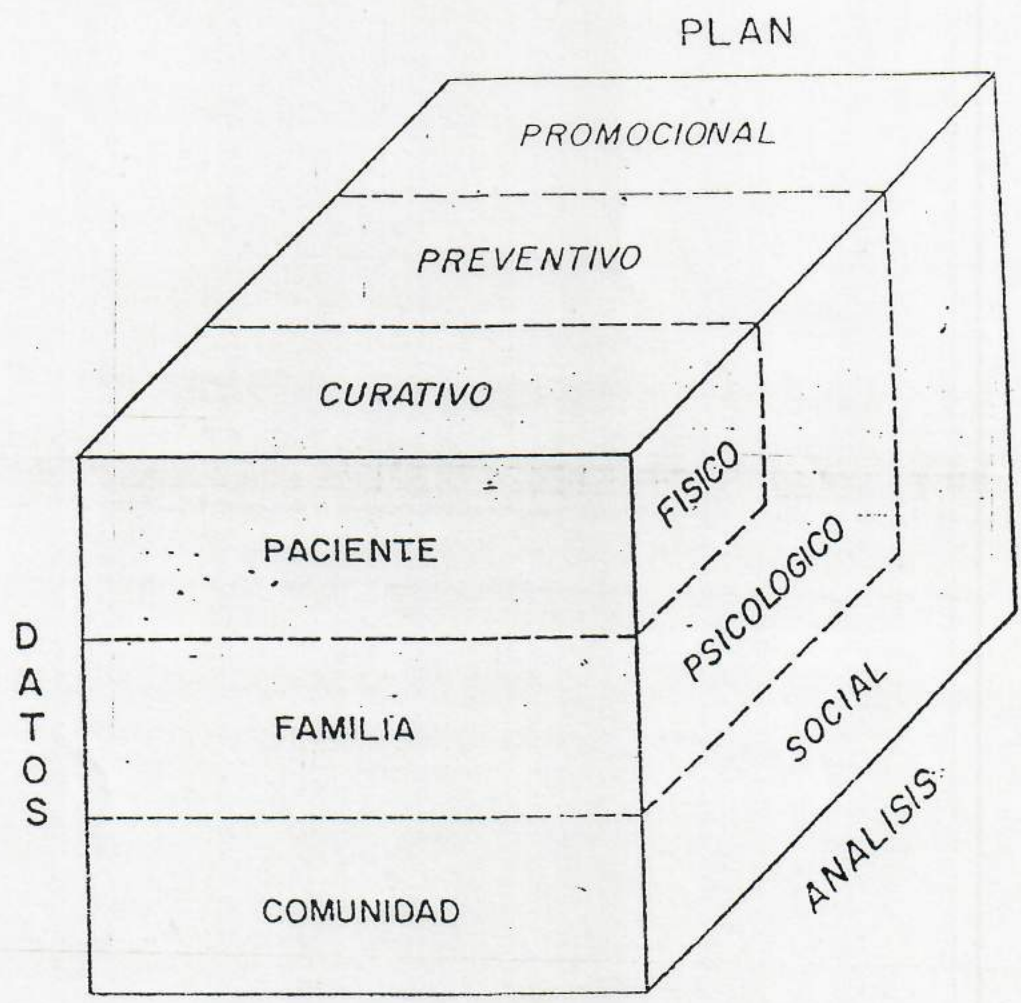


FIGURA No. 1

lud trabajando en una comunidad, va acumulando también la información acerca del medio ambiente y de otros aspectos que ayudarán a entender la epidemiología y el comportamiento de la comunidad.

- b) El ANALISIS de los datos se hace desde el punto de vista físico, biológico, psicológico, social y cultural.
- c) Se desarrollan PLANES de acción a nivel de educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad según riesgos (mantenimiento) así como en el nivel curativo y de rehabilitación.

## II. CONTINUIDAD DE LA ATENCION.

Este concepto implica responsabilidad longitudinal del paciente y su familia, sin tener en cuenta la presencia o ausencia de enfermedad.

Por supuesto, esta idea está íntimamente vinculada a la del cuidado integral y a la de compromiso. Es la idea opuesta a la del cuidado episódico, muy propio de nuestros sistemas de atención.

Además de los beneficios de una educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la continuidad tiene otras grandes ventajas: el conocimiento acumulativo de los pacientes y las familias que llevan a un vínculo afectivo a través de todos los eventos cargados de emoción como son el embarazo, el nacimiento de un niño, las crisis familiares, los contactos en momento de enfermedad y de muerte etc.

El médico llega a percibir cambios sutiles en sus pacientes (psicológicos y biológicos) y fácilmente correlaciona el contexto (social, económico, cultural, biológico, psicológico) con los episodios de enfermedad. Esto para no hablar de la credibilidad y seguimiento de los indicadores del médico en la educación, prevención y tratamiento.

En síntesis, la continuidad comprende aspectos de continuidad en el tiempo (con la responsabilidad en momentos de salud y de enfermedad), continuidad geográfica (en el consultorio, en el hospital, en la casa, dimensión interdisciplinaria (trabajo con otros miembros del equipo y con el consultor y en los aspectos diversos de la patología misma del paciente con sus distintos problemas biológicos y psicológicos).

La continuidad permite además de un mayor conocimiento e información, una dinámica más fluida y de confianza entre el paciente y el equipo y unos nexos afectivos que llevan a mejor participación y seguimiento de las prescripciones y sugerencias.

✓  
III. LA FAMILIA COMO EL OBJETO DE CUIDADO EN SALUD.

En otra parte de esta presentación se describirá más en detalle la importancia de la familia en la prevenición de la enfermedad en la recuperación de la salud y en la génesis y agravamiento de la enfermedad.

También es importante considerar la acción sobre la familia, porque ésta es el grupo social primario sobre el cual se basan la mayoría de las agrupaciones sociales. La constitución genética, los comportamientos y actitudes constructivas y destructivas, las muchas enfermedades comunicables, nutricionales y de toda índole tienen su origen en la familia. También los aspectos culturales, económicos, educacionales tienen su asiento en la familia.

Otros aspectos de la familia como el ciclo vital familiar y los riesgos a cada nivel; el proceso la detección y la intervención en la crisis de familia, así como los recursos para la recuperación, se analizarán en otra parte de la presentación.



**IV. COMPROMISO CON LA PERSONA Y LA FAMILIA**

Algunas de las especialidades se han creado teniendo en cuenta la edad de los pacientes (p.e. pediatría, geriatría), otras según el órgano afectado (oftalmología), algunas atienden solamente a un determinado sexo (ginecología y obstetricia), el origen de otras es la tecnología aplicada (radiología, anestesia) y otras especialidades tienen en cuenta el tipo de patología (oncología, diabetología).

El profesional de la salud familiar entiende que su campo de acción es la persona y la familia cualquiera que sea el problema de salud que se presente y aún más, sus acciones van dirigidas al mantenimiento de la salud cuando las personas están sanas.

El equipo de salud considera que debe tratar de solucionar el problema con la ayuda del paciente, la familia y los otros recursos de la comunidad que incluye, por supuesto la consulta a expertos en otras disciplinas.

Este compromiso es uno de los principios básicos en Salud Familiar y está claramente ligado a los enunciados previamente y a otros que se describirán luego.

**V. EL PROFESIONAL EN SALUD FAMILIAR BUSCA ENTENDER EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD.**

Este principio aunque parece obvio, no siempre es tenido en cuenta. Mc Whinney compara este concepto con la observación aislada de la pieza de un rompecabezas que muchas veces no tiene sentido hasta que

se coloque en el lugar apropiado (su contexto). Con frecuencia, en el ambiente hospitalario se ignora el contexto biosicosocial del paciente. Por ejemplo, es frecuente encontrar a una paciente de 45 años con múltiples síntomas (dolor de cuerpo entero) que no tiene hallazgos al exámen físico o de laboratorio. Una rápida exploración, teniendo en cuenta la etapa del ciclo en que se encuentra, nos lleva a descubrir una serie de señales sugestivas: una hija se va a casar, al hijo de lo llevan para el ejército, hay cambios premenopáusicos, las relaciones conyugales pueden estar alteradas, etc.

**VI. EL PROFESIONAL DE SALUD FAMILIAR APROVECHA CADA CONTACTO CON SUS PACIENTES COMO UNA OPORTUNIDAD PARA EDUCAR Y PREVENIR.**

Aunque este concepto está incluido dentro de la "ATENCIÓN INTEGRAL" no está por demás recalcar la situación única favorable de un equipo de salud que tiene muchas ocasiones a través del contacto repetido con distintos miembros de una familia.

Para poder llevar a cabo esta gestión debe contarse con una actitud de alerta que perciba los riesgos y oportunidades educativas, y también instrumentos (dentro del registro clínico) que permitan llevar sistemáticamente esas actividades de mantenimiento de la salud (consejería según ciclo vital, inmunizaciones, exámenes etc).

**VII. EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR MIRA A SU POBLACION SEGUN EL RIESGO.**

Esto tiene que ver con el punto anterior, pero teniendo en cuenta no sólo al paciente que consulta o va a control sino también, y en forma sistemática, a aquellos miembros de la familia que no van al centro de atención. Los riesgos deben buscarse según el ciclo vital del individuo y de la familia. También según las entidades prevalentes en

la comunidad y según la historia familiar (diabetes, cancer, enfermedad conoraria, etc). y según el estilo de vida.

Hoy en día, además de elementos como colesterol, glicemia, presión arterial y datos del embarazo o del desarrollo del niño, debemos estar alertas sobre adicción a drogas, cigarrillo, alcohol así como a contaminaciones, ruidos, alergenos y otros frecuentes problemas ocupacionales y propios de nuestra sociedad industrial

VIII. EL PROFESIONAL DEBE DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE CONOCERSE ASI MISMO.

La frecuencia con la que se enfrenta a problemas sicosociales lo obliga a tener un buen grado de introspección.

*Cruz*

Debe conocer sus prejuicios, sus valores, sus concepciones culturales y religiosas, sus reacciones emocionales ante el estrés. Debe ser más facilitador que juez. El desarrollo de seminarios con expertos en comportamientos (Balint)(1972) permite mejorar en esta percepción propia.

IX. EL PROFESIONAL EN SALUD FAMILIAR DEBE SER UN BUEN ADMINISTRADOR DE RECURSOS.

Para esto debe conocer la red de servicios de la comunidad y ayudar al paciente y a su familia para que se beneficie óptimamente de ellos. Sobre este aspecto Gayle Stephens (1975) dice que el "sine qua non" del médico familiar es el conocimiento y la habilidad que le permite hacer frente a un número relativamente grande pacientes no seleccionados con problemas no seleccionados y llevar a cabo relaciones terapéuticas con pacientes a lo largo del tiempo. El grupo de profesionales que componen el equipo de salud familiar deben ser expertos en la utilización de recursos, incluyendo dentro de ellos a los mismos miembros de la comunidad en que trabajan.

**X. INTERRELACIONES:**

Aunque el concepto puede aparecer en los puntos anteriores vale la pena hacer énfasis en una capacidad muy propia y según H. Curry (1977) la más característica del médico familiar: la habilidad para entender y manejar las interrelaciones de los miembros de la familia.

Esto es parte del contexto (principio <sup>III</sup>~~IV~~). Sin embargo, el profesional debe adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que lo lleven a observar y consignar aquellos aspectos que van más allá de la descripción de los componentes y de las familias y mirar cuidadosamente las interrelaciones. Esto es lo que hace que la familia, como sistema, sea más que la suma de sus componentes. Y esto es lo que permite una mejor evaluación del problema del fondo y la estratégica intervención más adecuada.

*conclusión ver hoja amarilla*

# Lecturas Recomendadas

McWhinney

~~Shires~~

Shires Hennen

Geyman

Stephens G.

LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ATENCION.

DEFINICION DE FAMILIA.

Queremos trabajar con una definición amplia de familia. Para muchos propósitos de orden administrativo, sociológico o investigativo es necesario dar de finiciones muy precisas. Sin embargo, cuando hablamos de salud y familia de bemos ser laxos porque las interrelaciones, apoyos y conflictos a que nos referimos se pueden aplicar a todo tipo de familias y aún a otros nichos no familiares como lugar de trabajo, escuelas etc. También cuando se define muy estrechamente el concepto de familia se llega a discusiones poco relevantes para nuestro campo de acción como el que la familia "se está acabando" o se está modificando.

Lo que ha cambiado a través de los tiempos son las formas de asociarse las personas o también la duración de cada una de las etapas del ciclo de la familia. En Colombia, como en el resto del mundo, las tipologías de familias van cambiando. Para tener una idea de las tendencias en nuestro país los referimos al capítulo ( ) escrito por Virgina Gutiérrez de Pineda, quien es una autoridad en esta materia.

La llamada "típica familia nuclear" es solo un bajo porcentaje de las familias en algunos países industrializados. Las personas viven más años y los hijos abandonan el hogar más temprano lo que hace que el ciclo familiar cambie sus fases en forma considerable. Hay cada vez más familias con uno solo de los padres, así como familias mixtas en las que los padres aportan hijos a un nuevo matrimonio. También ha aumentado el número de personas que viven solas. Hay grupos de familias que viven en forma diferente como las comunas o como los Kibutzim en Israel. Todos estos modelos nos hacen evitar más la sobredefinición de familia y nos hacen pensar en la familia como recurso, como ausencia de apoyo o como generación de conflicto. Adoptaremos la definición propuesta por Smilkstein (1980) "La familia es una unidad

básica de la sociedad en la cual dos o más adultos con o sin niños o también un adulto con niños tienen el compromiso de 'nutrirse' o apoyarse emocional y físicamente. Deciden compartir recursos tales como tiempo, espacio y dinero. Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay una sensación de hogar".

LA FAMILIA COMO OBJETO Y UNIDAD DE ATENCION.

Hay varios aspectos que favorecen y estimulan la idea de que la familia debe ser la unidad de la atención.

1. Por muchos años ha habido la práctica individualista y como reacción la práctica de atención a a la comunidad. Muchas veces la Salud Pública y la Medicina Comunitaria se escapan a la acción de la mayoría de los profesionales por dificultad en la definición de su tarea y en los límites de acción. Cuando hay una población de familias asignadas a un equipo de salud el objetivo de la tarea es más fácil. Esto no descarta el ma-  
nejo individual de las personas ni la visión de contexto de la comunidad.
2. Como se ha dicho antes la familia es un sistema y el buen conocimiento de sus elementos no es suficiente. Las interrelaciones permiten comprender mejor a los seres humanos.
3. Como está expuesto en otra sección de este trabajo, la familia tiene que ver con la génesis, con el desarrollo y con el empeoramiento de muchos problemas de salud de toda índole: genéticos, de comportamiento, mentales, orgánicos, infecciosos, metabólicos, etc.

También la familia tiene que ver con el mejoramiento de la salud, la protección contra la enfermedad y la recuperación y mejor control durante los procesos morbosos. Recordemos que la familia es el recurso más próximo que tenemos cuando necesitamos apoyo.

4. Algunos estudios (no todos) han demostrado que muchas familias quieren estar bajo el cuidado de un solo equipo de profesionales.
5. Los avances en terapia de familia favorecen la idea creciente de que al atender familias se puede mejorar la función de las mismas. Los síntomas presentados por algunos individuos tienen una función que pretende "estabilizar la familia o buscar su supervivencia".
6. Un aspecto relacionado con los anteriores es el de que la patología de un miembro es muchas veces la patología de la familia. Los síntomas presentados por un individuo pueden, muchas veces, cumplir una función "estabilizadora" de la familia o ser la única tabla de supervivencia del sistema familiar.

Algunos estudios (Prince-Embury, 1984) muestran como hay ciertos síntomas que se repiten en las familias, hasta tal punto que se han sugerido genogramas para mostrar este hecho que puede ser útil en la práctica.

**EVIDENCIA DE LA INTERACCION DE LA FAMILIA CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.**

Aunque a nivel intuitivo y por experiencia clínica es fácil darse cuenta de las interacciones de la familia con los procesos de enfermedad y de recuperación. Hay muchísimos estudios que demuestran que el enfoque de la familia como unidad de atención tiene un respaldo científico. Sólo presentaremos algunos ejemplos, la mayoría de ellos citados en una excelente revisión del Dr., David Schmidt. (1978).

1. Los estudios de Dingle (1964) muestran cómo la estructura de la familia influye en el patrón y frecuencia de las infecciones del aparato respiratorio superior. Donde hay niños en edad escolar hay más resfriados que donde sólo hay preescolares.

2. Un trabajo muy interesante (Meyer 1962) demostró la relación entre el estrés familiar y la mayor incidencia de infecciones por estreptocóco y también la elevación de los títulos de antiestreptolisinas. No es sólo el contacto con el germen sino que los eventos estresantes aumentan la vulnerabilidad a infecciones específicas en el seno familiar.
3. La mayor susceptibilidad a la enfermedad no sólo ocurre en los procesos infecciosos. Un estudio muy bien llevado en Carolina del Norte (Neser 1975) demostró que la fragmentación de la familia y la patología social llevó a un número mayor de accidentes cerebrovasculares en una población negra.
4. Es muy citado el trabajo de Nuckolls y Cassel (1972) en el cual se observó que el soporte familiar y social protegió a un grupo de embarazadas de presentar complicaciones por estrés. Se compararon mujeres en gestión pertenecientes a familias sometidas a eventos estresantes severos.

Las que tenían buen apoyo familiar tuvieron una incidencia de complicación significativamente menor que las gestantes con familias disfuncionales y con poco soporte entre sus miembros.

5. Otra forma de fragmentación de la familia es la ausencia de uno de los padres o de ambos. Hay varios estudios que indican una alta frecuencia de problemas psiquiátricos mayores en estas familias. Hay más trastornos de personalidad sociopática (Earle 1961); mayor número de intento de suicidio y depresión (Bowlby, 1961). También se demostró un déficit importante en el desarrollo físico e intelectual en niños privados de la presencia materna (Spitz, 1946).
6. Son muy conocidos los casos de personas adultas que han quedado solas, como viudas y separadas, cuya vulnerabilidad a enfermedades muy diversas aumenta. La tuberculosis, el cáncer, los accidentes y el suici-

dio son más frecuentes en este tipo de individuos.

7. Medalie (1973) hizo un seguimiento cuidadoso de 10.000 pacientes con enfermedades coronarias. Entre otras hallazgos encontró que la frecuencia de los dolores anginosos era mayor en aquellos pacientes que tenían problemas familiares o en sitios de trabajo.
8. Otro estudio interesante muestra que muchos jóvenes a los 15 años han adoptado el tipo de personalidad de sus padres. Este es considerado un factor de riesgo para enfermedad coronaria y sugiere que este patrón de comportamiento es aprendido en el ambiente familiar.
9. Por otro lado hay una serie de evidencias que muestran cómo el apoyo familiar contribuye a recuperación de la salud.

La rehabilitación de las escuelas por accidentes cerebrovasculares por problemas ortopédicos y en alcohólicos es más rápida en familias funcionales que participan en el manejo de sus seres queridos. En otros casos se ha demostrado que las familias pueden ser decisivas en el cumplimiento de las indicaciones y prescripciones médicas, particularmente en el control adecuado de enfermedades crónicas (Schmidt, 1978).

10. La familia responde o se adapta en forma adecuada a patología ante el impacto de una enfermedad severa de uno de sus miembros. En el caso de los diabéticos (juveniles y adultos) se crean rivalidades, celos y desequilibrios por las demandas que hacen sobre la familia. Las enfermedades fatales de los niños producen reacciones, muchas veces predecibles en la familia (choque emocional ansiedad y confusión - negación - rechazo al enfermo - críticas al profesional de la salud - sensación de culpa, etc ).

Los niños hemofílicos crean ciertas reacciones en las madres (sobrep<sup>ro</sup>tectoras) y en los padres (temor a causar accidentes) y en ambos casos sentimientos ambivalentes.

- 11. En ocasiones las enfermedades crónicas en un miembro de la familia con tribuyen al desarrollo de dolencias en otros miembros. Es frecuente en con trar síntomas somáticos en cónyuges de personas enfermas. Ciertas en fermedades crónicas como hipertensión, enfermedades circulatorias y artri tis se encuentran con una mayor prevalencia en parejas de cónyuges. (Schmidt, 1978).
  
- 12. Muchos de los aspectos que conectan lo psicosocial con lo biológico se está estudiando en una nueva disciplina, la psiconeuroinmunología .Ca- da vez entendemos más aquellas relaciones entre nuestro entorno, los me canismos neuroendocrinos y el sistema inmunológico. Son muy interesan- tes los trabajos de Shlcifer 1983), con los cuales demostró la mayor vul nerabilidad de los viudos al tener una baja de defensas por un período de varios meses, al morir el cónyuge. Estos y otros estudios nos demue tran el poder protector o patogénico que pueden tener la familia y los sistemas psicosociales que nos rodean.

Aunque este capítulo hace un énfasis considerable en la familia y presen ta argumentos de peso para mostrarnos la importancia de tomar la familia como foco o unidad de atención, debemos tener en cuenta que en la prác- tica trabajamos más frecuentemente con individuos. El principio que pode mos sacar de estas consideraciones es el de no olvidar los contextos en los que se mueven las personas, el de mirar los entornos y el de compre n- der las inter-relaciones. En los casos en que sea posible, buscar opor- tунidades para reunirse con aquellas personas que son significativas en la vida de las personas asignadas a nuestro equipo de salud.

## ETAPAS EN EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO

El desarrollo del ser humano ha sido analizado desde el punto de vista embriológico, biológico, educativo, antropológico, sociológico y psicológico. Nuestro interés en esta presentación será más bien una aproximación al aspecto psicosocial. En las facultades de salud hay suficientes programas que presentan la evolución biológica y frecuentemente se tocan los temas del desarrollo psicológico del niño según las ideas de Freud. En otros momentos se habla del desarrollo cognitivo de acuerdo a Piaget.

Para los efectos de comprensión de las etapas de desarrollo tomamos más bien las ideas de Erik Erikson, quien fué un psicoanalista muy ortodoxo y notable, admirador y seguidor de Freud, pero quien se dió al trabajo de elaborar más sobre las etapas de la vida que van más allá de la niñez.

Debemos tener en cuenta que este proceso evolutivo es un continuum y la pretención de dividirlo en etapas es sólo un esfuerzo de concentrar en períodos manejables para nuestra percepción los fenómenos de transformación que van ocurriendo día a día en los seres humanos.

No hay fechas precisas que determinen el cambio. Sin embargo, son procesos que clasificados, como lo hizo Erikson, nos permiten entender actitudes y comportamientos e intervenir en ellos.

Quisiera anotar que en Salud Familiar estamos más interesados en comprender estas "edades"; las tareas que se exigen y las crisis normativas que se presentan, no tanto para luego hacer un análisis retrospectivo que nos expliquen los comportamientos, sino como un instrumento para poder educar, para poder actuar con una actitud de "Guía Anticipatoria". También para

articular aquellos elementos del ciclo individual con los del ciclo de la familia.

Por el carácter limitado de esta publicación sólo incluiremos aquí algunos puntos especiales de las ocho etapas del hombre descritas por Erikson. Recomendamos leer y estudiar cuidadosamente el capítulo siete del libro - "Infancia y Sociedad" de ese autor, en los cuales vale la pena notar no sólo el desarrollo psicológico sino aspectos importantes de la evolución biológica y social concomitantes. Esto nos recuerda que el ser humano es un ente biopsicosocial integral y que la separación en áreas biológica, psicológica y social son divisiones artificiales a las que tendemos para analizar nuestras observaciones y explicar los fenómenos. Sin embargo, somos menos hábiles en la labor de síntesis o de apreciación de los entes en forma más global que es como más se parecen a "lo real".

A continuación resaltaremos algunos de los elementos de las "Edades del Hombre", tomados a Erik Erikson :

## I CONFIANZA BASICA vs. DESCONFIANZA BASICA

### Etapa Sensoro-Oral.

El niño no sólo quiere incorporar por la boca, elementos del mundo exterior, sino que experimenta en forma progresiva con cada uno de los sentidos.

La madre con sus caricias y cuidados le va supliendo sus necesidades y le da esa "sensación" de confianza básica que será la principal "virtud" sobre la que se van construyendo las demás a medida que pasa de una etapa a otra.

El niño en este primer año de vida va diferenciándose del exterior, adquiere una identidad un poco primitiva. Se originan los mecanismos de proyección y de introyección: El daño interno se le atribuye a las per

sonas a su alrededor y la bondad externa se convierte en una certeza interior.

Es muy importante en esta etapa del desarrollo que el niño pueda captar que lo que sus padres hacen tengan un significado y una consistencia, especialmente cuando se premia o se castiga.

Ejemplos de psicopatología relacionada con esta etapa están la esquizofrenia, la personalidad esquizoide, la depresión. La meta en estos casos sería la de recuperar la confianza. Socialmente se desarrolla la idea de religión.

Vale la pena anotar que no sólo es conveniente el sentido de confianza. Cierta grado de desconfianza es necesario para la supervivencia.

Es esta etapa la del impulso y la fortaleza que se quiere conseguir es la ESPERANZA. *no subrayar*

II. AUTONOMIA vs. VERGUENZA Y DUDA.

Es la etapa "Muscular-anal". No sólo se aprende a controlar los esfínteres sino que hay un mayor desarrollo de los músculos para tener una posición erecta y caminar. Aquí hay una experimentación con dos modalidades : retener o soltar. Esto puede mirarse en el sentido positivo o negativo en cada una de ellas : puede aferrarse a las cosas en forma cruel y destructiva o puede conservar y tener. También puede liberarse hostilmente de los objetivos (o de las heces) o simplemente "dejar pasar" y "dejar vivir".

Muy importante en la actitud de los mayores en esta etapa crítica es la de ser FIRMEMENTE TRANQUILIZADORES. Por una parte controlar ciertas tendencias y decisiones en personas no adiestradas aún para discriminar con buen juicio y por el otro permitir cierto grado de ensayo, de autonomía sin el sentido de verguenza. El manejo inadecuado en este período puede conducir a expresiones en la vida adulta de "gobernar según la letra y no de acuerdo al espíritu".

La sensación de vergüenza, de sentirse desnudo, de sentirse pequeño delante de los demás, de no ser mirado, a veces es explotada por la sociedad en forma inadecuada y puede llevar no a corregir los comportamientos incorrectos sino a esconderlos o a llevarlos a cabo cuando no se es observado.

La duda la analiza Erikson como consecuencia de ser conciente de un reverso y de un anverso, más específicamente de un trasero, que se hace vulnerable, de una sensación de ser atacado por detrás. En el adulto puede equivaler a un estado paranoide en el que perseguidores ocultos pueden amenazar desde atrás. Aquí se desarrollan sentimientos de amor y odio, cooperación y obstinación, libertad de auto-expresión y supresión.

Así como en la primera etapa se mencionó la religión como el equivalente institucional o proyección social, a esta etapa equivaldría el principio de la ley y el orden. Es esta edad la del autocontrol y la fortaleza esperada es la FUERZA DE VOLUNTAD.

### III. INICIATIVA vs. CULPA.

~~Fortaleza esperada~~ : ~~Dirección y PROPOSITO.~~

Es la etapa o período "Locomotor-Genital". Una vez adquirido cierto grado de confianza y luego de autonomía se puede llegar a dedicar energías a la iniciativa. <sup>El niño va</sup> ~~va~~ tomando más conciencia de sí mismo y se vuelve más activo y busca una dirección. Cambia su lucha de independencia por un planteamiento o movimiento hacia una tarea. Socialmente se traduce en un ataque para la conquista de algo, para un logro que lo beneficie.

Erikson, siguiendo a Freud, señala la importancia en esta etapa del niño hacia el falo y en la niña hacia atraer, atrapar, despertar el afecto. Hay el peligro de culpa por haberse excedido en las metas. Es una etapa de rivalidad fraterna en competencia por la preferencia de la madre. También se crea el complejo de castración. Aquí tie-

nen, pues, asientan algunos de los principales conflictos de los seres humanos : sexualidad, tabú del incesto, complejo de castración, desarrollo del superyo. Empieza una verdadera división y transformación entre lo instintivo y cierto grado de "conciencia", de responsabilidad moral, de participación en roles de ayuda y uso de instrumentos. Hay también el peligro de la formación de un superyo muy rígido y de una ambivalencia hacia los padres. Es la iniciación del "ethos económico": La sociedad ofrece la imagen de adultos ideales con sus funciones y sus uniformes. (Estos reemplazarían a los héroes de las historias). Los niños en esta etapa están ansiosos por cooperar y aprender mucho en forma ávida. Los sueños e ideales pueden vincularse a metas de una vida adulta activa.

Algunos ejemplos de psicopatología relacionada con esta etapa serían la inhibición, negación histérica, sobrecompensación y algunas manifestaciones de tipo psicossomático. También algunas actitudes exageradas de "moralismo", que estimulan más supervisión y control que una orientación al desarrollo de la iniciativa. Es la edad de la dirección y la fortaleza esperada es el PROPOSITO.

#### IV. INDUSTRIA vs. INFERIORIDAD.

Es el momento de "entrar a la vida". La etapa escolar o la de LATENCIA. Aprende a producir cosas, ya no está observando y manipulando con el funcionamiento de sus órganos. Adquiere el sentido de la industria, usa herramientas. En esta etapa los niños reciben una instrucción sistemática de los mayores. En esta etapa hay el peligro de sentirse inferior, inadecuado, que lo puede llevar a actitudes más regresivas. La teoría psicoanalítica considera esta etapa como de latencia, de calma. Sería como un período de calma antes de la tormenta de la pubertad. Socialmente es muy importante: Se hacen cosas con los demás y se desarrolla el "ethos tecnológico". Hay el peligro de tomar muy en serio que lo único importante es el trabajo y lo eficaz; esto puede convertirlo en conformista o esclavo irreflexivo. En

esta edad se considera importante el método y la fortaleza esperada es la COMPETENCIA en el sentido de CAPACIDAD de realización.

V. IDENTIDAD vs. CONFUSION DE ROL.

Es el período de la ADOLESCENCIA.

Se acaba la infancia y viene la juventud. El crecimiento corporal rápido trae consigo un reto a esa continuidad y regularidad previos. Estos cambios y las futuras responsabilidades llevan al joven a reflexionar sobre la imagen que proyectan y a comparar lo que observan de él los demás. Lucha y busca adversarios entre personas bien intencionadas que lo rodean y establecen ídolos e ideales que les ayuden a afianzar su identidad. Para definir su ego integran una serie de experiencias anteriores, de sus impulsos y de sus relaciones con la sociedad.

Tiene el peligro, esta etapa, de la confusión de rol. Dudas sobre identidad sexual y comportamiento a veces definitivamente psicótico, que observados y manejados apropiadamente pueden no tener un significado tan severo. Preocupa especialmente el futuro ocupacional. Pueden llevar a sobre-identificarse temporalmente. Aquí viene la etapa del "enamoramamiento" que es diferente del amor maduro del adulto. Es más una necesidad de identidad.

Tiene el adolescente la tendencia a rechazar de sus grupos a los que son diferentes y a formar bandas o pandillas. Siempre hay el peligro a identificar con ideologías extremistas.

Se considera la adolescencia como una etapa de transición. Es una mente ideológica. Buscan valores sociales y consideran que los mejores llegan al poder y a través de ellos se desarrolla lo mejor que hay en la gente. Hay pues, idealización de los que triunfan y logran el control político. Por esta razón, la juventud es frecuentemente

explotada por los políticos. En esta etapa se desarrolla la devo-  
ción y la fortaleza esperada es la FIDELIDAD.

VI. INTIMIDAD vs. AISLAMIENTO.

Se entra a la etapa del ADULTO JOVEN. Una vez establecida su pro-  
pia identidad busca fundirla con la de otros. Está preparado para  
la intimidad, para un amor más maduro, para entregarse, para sacri-  
ficar. En este proceso de solidaridad, de aproximación estrecha,  
de orgasmos y de experiencias más profundas puede verse amenazada  
la pérdida de la identidad y si el temor es grande hay el peligro  
de aislamiento. Este peligro lleva a que las relaciones íntimas,  
competitivas y combativas se experimenten con y contra las mismas  
personas.

El adulto que desarrolla adecuadamente sus potencialidades crean el  
sentido ético maduro. También es el alcance de la verdadera genita-  
lidad. Según Freud la persona normal es la que sabe amar y trabajar.  
(Lieben und arbeiten).

La genitalidad consiste en la capacidad plena para desarrollar una  
potencia orgástica libre de las interferencias pregenitales. Según  
Erikson "la utopía de la genitalidad debería incluir :

Mutualidad del orgasmo; con un compañero amado; del otro sexo;  
con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua; y con  
el que uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procrea-  
ción, la recreación; a fin de asegurar también a la descendencia  
todas las etapas de un desarrollo satisfactorio".

El peligro señalado ya, es el aislamiento o sea el evitar la inti-  
midad.

En esta edad se obtiene un mayor sentido de afiliación y la fortaleza esperada es el AMOR.

## VII. GENERATIVIDAD vs. ESTANCAMIENTO.

Es la edad de la ADULTEZ. El hombre maduro necesita sentirse necesitado; es necesario la guía de aquello que se ha producido y que se debe cuidar, como ocurre con la nueva generación. Además es la etapa de la productividad y de la creatividad. El concepto de generatividad va asociado a aquella necesidad que emerge de esos seres que se unen y que expanden los intereses del yo. Es una etapa en el desarrollo no sólo psicosocial sino también psicosocial. Una deficiencia en este desarrollo puede llevar a estancamiento y empobrecimiento personal.

El hombre en esta etapa quiere aplicar su potencialidad para el desarrollo de la sucesión generativa. Esto es apoyado por todas las instituciones, aún aquellas que por sus normas como los movimientos monásticos no tienen como propósito la procreación. Sin embargo <sup>toman</sup> toman misiones como la de cuidar y la de la Caridad.

Es la etapa de producción y la fortaleza esperada es el CUIDADO

## VIII. INTEGRIDAD DEL YO vs. DESESPERACION.

En esta octava edad está considerada la MADUREZ y ANCIANIDAD. Después de haber pasado por las distintas etapas y haber generado o creado otros seres o productos se llega a una verdadera integración del yo. Se ha logrado una seguridad; hay orden y significado en el mundo espiritual. Hay una aceptación de un ciclo de vida, de patrones de otras épocas, de los propios padres. Se toma una actitud de defender la dignidad de su propio estilo de vida contra amenazas físicas y económicas.

Acepta que su ciclo vital es un fragmento de toda la historia. El estilo de integridad desarrollado por su cultura o su civilización se convierte en el patrimonio de su alma; el sello de su paternidad moral de sí mismo. La falta de esta integración del yo se manifiesta

en el temor a la muerte. Viene un estado de desesperación, queda poco tiempo para rehacer la vida o alcanzar la integridad no lograda.

La integridad del yo implica una integración emocional en la cual no sólo participa aquella aceptación de los portadores de ideologías en la relación, la política, la tecnología, la economía, las ciencias y las artes sino aquella aceptación de su responsabilidad en el liderazgo. Esta etapa es la de renunciamiento y la fortaleza esperada es la SABIDURIA.

CONCLUSION.

Las etapas o edades de la vida están condensadas aquí como una guía general, tomando los puntos sobresalientes de las ideas de Erik Erikson, cuyos textos deben leerse cuidadosamente. Por supuesto, que Erikson hace más énfasis en el desarrollo psicosocial del ser humano y otros autores han sido más específicos en el desarrollo biológico y en el factor cognoscitivo (PIAGET).

No debemos olvidar nuestro paradigma <sup>biopsicosocialcultural</sup> biopsicosocialcultural. Esta palabra a veces puede sugerir separación más que conjunción de elementos. El ser humano es integral: su desarrollo biológico y fisiológico va a la par con la formación psicológica que no tiene límites precisos con su formación cognitiva. Las emociones, los sentimientos, las pasiones van continuamente ligadas con lo que llamamos conocimientos, que a su vez es lo que buscamos para sobrevivir y para alcanzar aquellas metas de bienestar o felicidad. Los aspectos culturales no son aislados o separados de los elementos psicológicos y cognoscitivos sino que enmarcan, guían, canalizan y se articulan con ellos.

Las virtudes de las edades del hombre presentadas por Erik Erikson están en la vinculación permanente entre ese desarrollo aparentemente interno del individuo con los aspectos sociales e institucionales de su entorno.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Erikson Erik H. Infancia y Sociedad. Editorial Paidós. Ediciones Hormé. 6a. Edición, 1961.
- Erikson Erik H. Identity. Youth and Crisis. W.W. Northon & Company Inc. New York, 1968. *Youth*
- Lidz T. The <sup>L</sup>life Cycle. En "Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed. Freedman H. Williams and Wilkins, 1980.
- Sheehy G. Las crisis de la edad adulta. Círculo de Lectores, Bogotá, 1979.
- Pitt B. Conflictos en la edad adulta. Ed. Norma, 1982.
- Dubrovsky G. Crisis de vida en la mediana edad. Editorial Galerma, Buenos Aires, 1985.

47

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD FAMILIAR

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Diego Mejía Gómez, M.D.

Marzo 26, 199

### CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Más que un ciclo, nos referimos aquí a ciertas etapas por las que pasan muchas familias. Aunque cada familia tiene su evolución desde que se crea la pareja hasta la muerte de los cónyuges, tendemos a pensar en términos de un ciclo porque hay una serie importante de eventos que se repiten en otras familias y en los hijos de las familias que estamos considerando. Estos eventos repetitivos, muchas veces de gran alegría y estímulo, como el nacimiento de un bebé y otras veces triste o muy traumático como la muerte de un ser querido, son por la misma razón describibles, predecibles y, lo que es más importante, susceptibles de una intervención anticipada por los profesionales de la salud.

La razón para estudiar cuidadosamente las etapas del desarrollo de la familia estriba principalmente en aquella guía anticipatoria que facilita la utilización óptima de los recursos para cumplir las tareas esperadas en cada período y para que en aquellos puntos de transición de una fase a la siguiente se tomen como oportunidades de crecimiento lo que muchos consideran y evidentemente lo son, momentos de crisis y de estrés.

Las familias se forman, se desarrollan, avanzan. Los estudiosos hacen esfuerzos por clasificar las etapas y las transiciones.

Muchas de estas clasificaciones son útiles, sobre todo si tenemos en cuenta que no son descripciones absolutas sino encasillamientos prácticos para facilitar nuestras acciones.

Incluimos aquí el cuadro, adaptado por Geyman (1980), en el que se dan ejemplos de clasificaciones del ciclo vital familiar. La familia pasa por las etapas de formación, expansión, dispersión, independencia y muerte de uno de los cónyuges. En cada una de las etapas hay ciertos riesgos y ciertas tareas. Los riesgos pueden ser en el campo biológico, psicológico o social, si uno quiere verlo así. Sin embargo, lo usual es que haya una mezcla de fenómenos biopsicosociales que afectan a las personas de una manera u otra. Por ejemplo: un hombre de 52 años puede presentarse con un infarto del miocardio, el cual lleva consigo una serie de consecuencias físicas, psicológicas y sociales. A su vez las causas de la oclusión coronaria tienen que ver con su herencia, su estilo de vida, su residencia geográfica, posiblemente con su personalidad y tal vez pudo relacionarse con el estrés social y con relaciones de apoyo o falta del mismo por sus familiares y compañeros.

En otro capítulo de este libro Ruiz y Durán nos señalan los puntos a los cuales debemos mirar para el mantenimiento de la salud, según

VARIAS CLASIFICACIONES DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

Etapo del Ciclo	Conferencia Nacional de la Vida Familiar (1948)	Duvai (1957)	Worby (1971)	Salomon (1973)
I	Pareja sin hijos.	Pareja sin hijos.	Formación de la familia.	Matrimonio.
II	Hijo mayor: 30 meses.	Hijo mayor: 30 m.	Nacimiento del primero.	Nacimiento del primogénito y de los demás hijos.
III	Hijo mayor: 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> - 5 años	Hijo mayor: 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> - 6 años.	Individualización temprana del mayor.	III Individualización de los miembros de la familia.
IV	Hijo mayor : 5-12 años.	Hijo mayor: 6 -13 años.	Emergencia de la sexualidad en el hijo.	III Individualización de los miembros de la familia.
V	Hijo mayor: 13-19 años.	Hijo mayor: 13 - 20 años.	Adolescencia del mayor.	
VI	Desde que el primero -- abandona la casa hasta - que se va el último.	Desde que el primero abandona hasta que el último se va.		(IV) Verdadera partida de la familia.
VII	Últimos años.	Desde el nido vacío hasta la jubilación.	(VI) Padres solos	(V) Integración de la - pérdida.
VIII		De la jubilación hasta la muerte de ambos conyuges.		

Adaptado de Rowe C.P. Citado por Geyman J.P. (1980)

Es una etapa de preparación y ajuste mutuo, previos a una unión más permanente. La selección de la pareja no es tan casual como parece. Hay ciertos ambientes propicios para el encuentro

## I Etapa Inicial: El Noviazgo

La etapa del ciclo que estamos considerando. En esta presentación no señalaremos todas las posibles crisis que se dan en las familias. Es bueno recordar que hay una relación entre aquellos procesos del ciclo individual en cada uno de los miembros y las etapas por las que pasa todo el grupo familiar. Cuando nosotros pensamos en los procesos por los que pasa el adolescente en su búsqueda de identidad, debemos hacer una composición relacional de lo que esto implica para todo el sistema familiar. Las múltiples interrelaciones es lo que hace que la familia sea más que una colección de individuos. El libro de Medalie (1987) es un texto excelente para profundizar sobre este tema del ciclo. Sin embargo es recomendable leer a Geyman (1980), Doherty (1983), Duval (1967), Carter (1980), Wohlroos (1978), Shires y Hennen (1980) y Taylor (1983). Hemos querido en cada etapa tomar una pregunta fundamental presentada por los autores García-Shelton y Howard Brody en el libro de Taylor por considerarlas interesantes y casi que un resumen del proceso en cada etapa de la vida.

que dependen del vecindario, del lugar de estudio o de trabajo, de los sitios donde se comparten aficiones o ritos como deportes, iglesias, clubes, teatros, juegos, exposiciones, bibliotecas, algunos de estos escenarios tienen que ver con el nivel social, económico y educativo o con la creencia religiosa que se profese. Sin embargo, la gran movilidad y flexibilidad del mundo actual está llevando cada vez más a uniones de personas muy heterogéneas lo cual puede conducir a crecimiento personal de cada una de ellas pero también llevan un alto riesgo cuando las diferencias culturales y la apreciación de valores no se resuelvan de manera armónica. Ya se han señalado algunos de los posibles factores relacionados con la selección de la pareja. En el mundo Occidental estamos acostumbrados a pensar que hay una libre elección del futuro cónyuge. Aunque esto es aparentemente así hay una serie de fenómenos psicológicos y familiares que influyen en los llamados matrimonios de "libre elección". Por un lado hay ciertos atractivos psicológicos muchas veces positivos, otras veces relacionados con aquellas personas que nos llevan a experimentar ciertas emociones (rabias, temor, tristeza) a las que estamos propensos como lo señala Berne en los "Juegos en los que Participamos". También en las familias de manera expresa o un poco sutil se da aprobación o rechazo a las personas elegidas como amigos o novios. Existen los "matrimonios arreglados".

Esto es más propio de algunas culturas orientales y son los familiares los que eligen o negocian el matrimonio. También hay "matrimonios forzados", que tienen que ver con situaciones de embarazo no deseado o relaciones prematrimoniales no aceptadas por los padres de la novia.

Factores asociados a un matrimonio exitoso:

Los puntos señalados anteriormente inciden sobre el éxito o fracaso del matrimonio. También el conocimiento previo de la pareja. Cuando hay "amor y matrimonio a primera vista" se encuentra una mayor frecuencia de divorcio. Es recomendable un noviazgo mayor a los dos años. La motivación hacia el matrimonio y la vida familiar es un factor importante en el éxito. Esto está dado por las etapas previas de la maduración de los cónyuges, sus identificaciones previas, el ejemplo recibido en casa y el logro de una actitud sexual de entrega.

Para esta etapa de transición debe haber una aceptación de separación y diferenciación del sistema familiar al cual pertenecían los cónyuges y un compromiso serio con el nuevo sistema.

Cambios y tareas en esta etapa:

a. Diferenciación del individuo con la relación o la familia de origen o sea cierto grado de autonomía.

García y Brody señalan como la pregunta clave en esta etapa del ciclo la siguiente: ¿Cómo hace esta pareja su transición de las familias de origen y sus vidas individuales a una vida de pareja, balanceando sus necesidades de autonomía y modo privado de vivir con las necesidades de intimidad y de compartir valores?

En esta etapa el acoplamiento sexual es de vital importancia. Además de una educación sexual apropiada, la pareja debe conocer anticipadamente algunos problemas y temas que ocurren con frecuencia en esta etapa: Planificación familiar, respuesta sexual humana adecuada, eyaculación precoz, dispareunia, impotencia, cistitis de la luna de miel, variaciones en el himen y el sangrado etc.

- b. Desarrollo de relaciones íntimas con sus contemporáneos
- c. Establecimiento en el trabajo.
- d. Formación de un sistema marital, con una filosofía de la vida como pareja. También cada uno de los elementos: Hogar, economía, sexo, comunicación. Un compartir de valores.
- e. Replanteamiento de relaciones con las familias extendidas y las amistades para incluir al cónyuge en las redes de apoyo de cada uno.

Además de los cambios normales y los riesgos comunes del embarazo se pueden presentar ciertas patologías y situaciones especiales como virusis, incompatibilidad de grupo sanguíneo, diabetes gestacional, abuso de alcohol o cigarrillo, hipermesis gravídica

Es bueno desde ahora decir que son ambos cónyuges quienes esperan al nuevo habitante de su hogar. Con frecuencia las acciones se toman para apoyar y preparar a la madre para este evento. Esta etapa es especialmente importante para educar a los padres sobre la forma de cuidar a su futuro hijo. El embarazo es también una época crítica en la que hay más permeabilidad entre las fronteras del subconsciente y la conciencia y por lo tanto hay más apertura y comunicación para terapia y cambio actitudinal Hay una serie de cambios orgánicos y riesgos específicos que no mencionaremos aquí porque se explican bien en los cursos y libros de obstetricia. También hay cambios fisiológicos y emocionales hacia los aspectos de tipo sexual. El marido, según sus experiencias previas y según las actitudes que tuvieron sus padres presentará una actitud de motivación hacia la familia que crece y hacia los diferentes roles que le corresponderá asumir. También es posible que tome actitudes regresivas o de celos hacia su próximo hijo.

II La Pareja que espera un bebé:

padres que podrían estar presentes. ese abandono es más bien afectivo por la indiferencia de unos es separado físicamente de la presencia de sus padres o cuando ción, la duración de la separación, la edad en la que el niño y con mucha razón. En él reconoce el proceso mismo de la separación este último aspecto casi todo el capítulo sobre el primer hijo y de la deprivación afectiva. Medalle en su libro dedica a tracto respiratorio superior, de las vacunas, de la nutrición temas de la enfermedad diarreica aguda, de las infecciones del

programa colombiano para "Vigías de la Salud" se tratan los tades de salud con suficiente información y práctica. En el estos aspectos son frecuentemente presentados en nuestras facultadología y buena parte de lo que es la pediatría. Sin embargo, En esta sección podríamos incluir todos los aspectos de la neo-

### III El primer hijo.

El principio esencial en esta etapa de transición es la aceptación de un tercer miembro de la familia con todas las implicaciones afectivas, económicas y de espacio que esto implica.

amenazas de aborto o de parto prematuro, hemorragias, etc. sobre las cuales hay que actuar tempranamente dando el apoyo científico y emocional necesario según las circunstancias.

Aquí la familia debe tratar los asuntos de límite entre los asuntos del hogar y aquellos relacionados con la escuela.

La familia con un niño escolar.

IV

¿Ias de origen?

reevaluando su propia relación y las interacciones con las familias la pareja la dependencia total, emocional y física del bebé, como pregunta fundamental la siguiente: ¿Cómo esta aceptando afectivo y en otros órdenes. García-Shelton y Brody señalan extendida para que los nuevos abuelos tomen su papel de apoyo Un hecho esencial es la inclusión de otros miembros de la familia tanto en el cuidado del bebé como en las otras tareas del hogar. muy importantes los nuevos roles de cada uno de los padres, la aceptación de un nuevo miembro en la familia. También son persona o de la institución que toma esa obligación. Es crítica Se menciona la sustitución de los padres y la calidad de la peligrosos y aún una madre sustituta puede ser rechazada. año, siendo sin embargo los primeros tres años especialmente más delicado ocurre desde el cuarto mes hasta la edad de un cambio si es antes de los tres primeros meses de vida. El período Cuando la madre que sustituye es adecuada, no es muy grave el Un factor determinante es la edad en que el niño es abandonado.

57

Son diferentes los asuntos críticos según que la adolescencia esté empezando, cuando el niño empieza a tener cambios fisiológicos muy rápidos; la adolescencia media y la adolescencia tardía cuando el joven se está acercando a la adultez y está tratando de emanciparse. Hay varios temas del desarrollo: cambios corporales, entendimiento con las demás personas, independencia, logro de un status económico o una preparación para estudiar una profesión, reafirmación en su sexo y logro de una identidad. Se presentan algunos problemas médico-quirúrgicos, frecuentemente

La familia con un adolescente.

V

El niño aumenta su grado de socialización, hace comparaciones y empieza a recibir nuevas normas de comportamiento y exigencias que a veces son trasladadas a la familia. Es importante para la pareja poder aceptar el rol de contribuir con la formación e instrucción de su hijo y a la vez conservar la relación conyugal, equilibrando ambos roles. También acomodarse a la comunidad de padres de familia con escolares para actuar colaborando positivamente. La pregunta especial para esta etapa según García y Brody es: ¿Cómo está manejando la familia aquellos límites que se originan cuando un miembro de ella asiste a la escuela y a la vez estimula al niño para que domine nuevas habilidades?

En esta etapa el joven tiene una actitud altruista y es muy propenso a vincularse a grupos, sectas o instituciones que le ofrezcan apoyo afectivo y cierta estabilidad ya que está ansioso por buscar una identidad. A su vez su actitud hacia las personas del otro sexo son más bien tendientes a reafirmar su propio rol sexual. Sin embargo, es una preparación para la siguiente etapa de su vida que implica una verdadera intimidad y entrega madura. La meta es buscar un balance de libertad con responsabilidad. Esta etapa del hijo adolescente corresponde a una en la que se replantean asuntos de la misma pareja y de los alcances de la carrera o profesión. También se mira a las relaciones con la generación mayor y a la facilitación para que el hijo pueda aspirar a salir exitosamente del sistema, logrando más autonomía e independencia.

poco severos como faringomigdalitis, lesiones traumáticas de la piel y los huesos, catarros, acné, cambios menstruales, cefaleas. Es de especial importancia la labor del equipo de salud familiar para estimular un estilo de vida que promueva el bienestar como una dieta adecuada, ejercicio, deportes, acciones cívicas, y el evitar problemas como el cigarrillo, el alcohol, otras drogas, así como embarazos no deseados, promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Se llama así a esta edad de la familia, en la que los hijos mayores empiezan a abandonar el hogar por distintas razones, siendo las más importantes las de irse para el ejército, viajar a estudiar a una universidad fuera de la ciudad de residencia, contraer matrimonio o iniciar la vida laboral independiente. Cada partida de un hijo es un evento estresante y que afecta en mayor o menor grado a los miembros de la misma según que el evento haya tenido un anuncio o preparación anticipado o no. También depende de las experiencias anteriores en la familia misma o en otras familias cercanas. Es la etapa de independencia de los hijos que debió ser manejada satisfactoriamente en la adolescencia. Es importante tratar de celebrar con un rito solemne o especial este paso de emancipación. A medida que la familia va dando salida a cada uno de sus hijos, se van reestructurando los roles y las relaciones de apoyo entre los que quedan en casa. Los padres al ir quedándose con menos obligaciones en casa deben reforzar el mantenimiento de sus propias relaciones de pareja y emprender actividades sociales, cívicas y de compromiso con sus mayores que van necesitando más de ellos.

## VI La familia en "Plataforma de Lanzamiento".

La pregunta crucial planteada por García y Brody es: ¿Cómo maneja la familia aquellos asuntos que emergen en este periodo como son: la independencia, la identidad y la sexualidad?

Cuando los hijos se casan o abandonan el hogar para irse a otro sitio a estudiar o trabajar se presenta en el hogar la situación del "nido vacío". En familias numerosas este proceso se hace lentamente y a veces la presencia de hijos y nietos que vuelven al hogar pueden hacer que nunca ocurra. Sin embargo, en las familias con hijo único o pocos hijos esta etapa puede llegar súbitamente y crear una situación muy crítica, particularmente cuando la hija se casa sin haberlo planeado previamente o por otras razones el hijo o los hijos abandonan la casa. Actualmente es uno de los períodos más largos de la familia, ya que cada vez las familias tienen menos hijos y éstos buscan oportunidades de estudio o de trabajo en sitios diferentes. Esta etapa post-filial vuelve a la pareja a una situación de reencuentro ya que esta sola. Para muchos esta es una etapa feliz, pero otras parejas se han dedicado a los hijos y a otras tareas y encuentran difícil readaptarse a una situación de soporte y preparación para la siguiente etapa, que es la de darse cuenta de su

## VII

La Edad Mediana de los padres.

García y Brody preguntan en este período: ¿Cómo se replantea esta familia sus relaciones de rol y de aprendizaje para tratar a sus hijos como adultos interdependientes cuando ellos empiezan a vivir por su cuenta?

envejecimiento. En esta edad hay replanteamiento acerca de los logros, acerca de cómo están mirando la vida y una mayor reflexión hacia el futuro. Se viven otras etapas críticas de los padres y de los hijos. Es posible que alguno de los miembros de la generación mayor sufran de una enfermedad crónica o que muera y también es posible que sus hijos tengan nuevos miembros en la familia y se deben desempeñar roles como los de suegros y abuelos.

Los principios esenciales de la transición están relacionados con una serie de salidas y entradas en el sistema familiar. Hay un redescubrimiento de la pareja que busca nuevas satisfacciones. Además de replantar las interacciones con padres, hijos y otros parientes, se adapta la vivienda para recibir los nietos y otros visitantes. En el trabajo se hacen nuevos ajustes para una búsqueda de la estabilidad económica en los años futuros. Al mismo tiempo se hacen reflexiones sobre aquellos valores que se estimen deben durar y guiar las acciones individuales y de la familia.

García y Brody presentan la siguiente pregunta para esta etapa: ¿Cómo aprende esta familia a relacionarse de nuevo como pareja sin otras personas en el hogar, a la vez que se enfrenta a los restos del envejecimiento?

Aunque para cada edad hay ciertos riesgos como ya se señaló al principio, el envejecimiento frecuentemente trae consigo la posibilidad de enfermar y la falta de flexibilidad o acomodación de las funciones de varios órganos a los estreses que imponen algunas enfermedades. Vale la pena mirar en el capítulo sobre Mantenimiento de la Salud aquellas entidades sobre las cuales hay que hacer una guía anticipatoria o una intervención temprana. Hay asuntos relacionados con la nutrición, con los órganos de los sentidos, con las facultades mentales, con la adaptación sexual, con la estabilidad, etc, que deben tenerse muy en cuenta. Según lo señala Erikson, es la etapa de la "Integridad del ego". La jubilación y la disminución de ciertas habilidades llevan a las personas a desligarse de varios de los sistemas sociales a los cuales pudieron estar muy íntimamente atados como son el trabajo, grupos deportivos, comités cívicos, etc.. En la familia se deben adaptar a ciertos roles específicos. Se espera el consejo de los ancianos cuya experiencia los capacita para ciertas decisiones cargadas de sabiduría. Es muy importante ver cómo ciertos elementos se enlazan unos con otros en esta etapa: Es posible un ingreso económico menor que a su vez lleva a cambiar sus hábitos alimentarios y de recreación. A

su vez los cambios orgánicos como dentadura postiza o ausencia de piezas dentarias y alteraciones en el gusto y el olfato también influyen en la selección de la dieta. Hay un uso aumentado de los servicios de salud, más que todo debido a enfermedades imitanes.

El principio esencial en la transición a la vejez es la aceptación del cambio en los roles generacionales. Hay, pues, unas tareas relacionadas con los puntos señalados anteriormente. Se deben mantener los intereses y las funciones a pesar de cierto deterioro orgánico. Se deben jugar papeles de consejeros para las demás generaciones, conservando cierta prudencia en ejercer esta función. Se debe manejar la situación relativamente frecuente de asistir a la muerte de familiares y amigos de la misma generación. Se debe aceptar cierto grado de desprendimiento para aceptar la declinación y la muerte. La pregunta de García y Brody para la familia anciana es: ¿Cómo está la pareja manteniendo su integridad del yo ante los estreses del envejecimiento y de la creciente dependencia de sus hijos adultos?

Mencionaremos aquí sólo algunos puntos. Señalamos que la muerte puede ocurrir en cualquier etapa del desarrollo de la familia, aunque es más frecuente que ocurra en los ancianos. Sin embargo, implícita o expresamente aprendemos actitudes hacia la muerte en todas las etapas de nuestra vida. Las enfermedades severas y potencialmente fatales muestran una parte de lo que debemos considerar sobre el proceso de la muerte. Se cita con frecuencia a Kübler-Ross (1969) en este campo, por sus investigaciones y publicaciones acerca de la muerte y el morir. Aunque ella señaló cinco etapas por las que pasan las personas, no es necesario que todas ocurran y tampoco en el estricto orden señalado. Estas clasificaciones tienen un valor práctico y de sistematización por lo que podrían tener alguna utilidad para comprender ciertos aspectos de negación, rabia y agresividad, negociación, depresión, aceptación y desprendimiento, et. de los pacientes próximos a morir. Vale la pena señalar aquí los derechos de orden legal y económico que tienen los pacientes de conocer la verdad, pero nos parece más importantes aquellas relacionadas con el apoyo y el afecto sincero que son más fáciles de lograr con una comunicación más transparente y más franca. Es obvio que tiene más importancia la manera de comunicar los hechos que el mismo contenido a veces muy técnico, y desprovisto de calidez. El apoyo humano y terapéutico de una comunicación dosificada y cariñosa es lo que se espera en esta situación.

También las personas que van a morir tienen derecho a una muerte digna y hasta donde sea posible, desprovista de dolor, de sufrimiento y de traumas producidos por una lucha a toda costa y frecuentemente inútil contra la muerte. Cada vez hay más rechazo hacia esa actitud de aplicar una excesiva tecnología hasta el último minuto en casos de una muerte a todas luces inevitable. Esto se ejemplifica a menudo en las unidades de cuidado intensivo en la que el paciente, conectado a sueros, monitores, aspiradores, respiradores, etc, es aislado del contacto humano, sin distinguir el día de la noche y sin el calor y apoyo de los seres queridos. La preparación psicológica para morir se va alcanzando a través de un paso adecuado por las distintas etapas del hombre. Después de haber logrado y reafirmado cierto grado de confianza básica, de autonomía, de habilidades y de una identificación apropiada, el ser humano se prepara para una vida de intimidad madura en la que aprende a entregarse a otros seres y está preparado para desarrollar una labor o una profesión. Proporciona a las generaciones menores parte de su trabajo y sus experiencias a través de una "generatividad" que ocurre en la adultez. Atiende a sus mayores y se habilita para un retiro en el que consolida sus valores y sirve el rol de sabio para sus allegados y la sociedad. Cuando ha pasado por estas etapas señaladas por Erikson (1961) está preparado para una verdadera integración de su ego,

contrario a un sentimiento de desesperación y de no haber cumplido. En este momento puede irse desprendiendo en forma madura de de las cosas y de las personas al aceptar la declinación progresiva de sus facultades. Al parecer en una forma escalonada, el cumplimiento de esas tareas que hemos señalado a lo largo de este capítulo es lo que mejor prepara al individuo y al sistema familiar para una muerte digna.

Es una labor del equipo de salud dar apoyo a la persona que va a morir y a su familia desde mucho antes del desarrollo final. Esta labor no se da como una receta prefabricada. El arte de apoyar a la familia se va dando con una educación activa. Con lenguaje verbal y no verbal. Escuchando con forma atenta y comprensiva. Contestando preguntas en una forma discreta pero veraz, que permita una comunicación franca y libre de celos.

Muchas veces lo que se espera es solamente la presencia en ciertos momentos cruciales, otras veces el alivio del dolor, en lo cual no debemos ser avaros ni cientifistas, otras veces es calmar algunas incomodidades como la incontinencia, la dificultad respiratoria, las náuseas, la depresión o la angustia. En muchas circunstancias lo que se requiere es un apretón de manos o una afirmación de que estaremos con ellos cuando nos necesiten. Así como se va ayudando al paciente que va a morir se van explorando con los miembros de la familia los recursos más adecuados para esta etapa crítica: Cuáles son

Las personas de la familia que pueden dar mejor apoyo; preguntar por los vecinos y amigos que puedan ayudar. En muchas ocasiones las creencias religiosas y los sacerdotes juegan un papel muy útil. Cuando esto ocurre el profesional de la salud puede ejercer un papel catalizador para que la familia, con su propia autonomía y decisión, vaya reorganizando los roles para un re-  
linamiento del sistema que le permita funcionar y evolucionar de la mejor manera posible.

LECTURAS RECOMENDADAS

*disruption*

- Bowlby J. Effects on behaviour of disruption of an affectional bond Engenics Soc. Symp. 4:94 (1968)
- Carter, E.A., Mc. Goldrick M. The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy. Gardner Pres. N.Y. 1980
- Doherty, W.L., Baird. M.A. Family Therapy and Family Medicine The Guilford Press. N.Y. London 1983.
- Duval, E.M. Family Development. Lippincott. Philadelphia 1967.
- Erikson E. Infancia y Sociedad. Editorial Paidos. Ediciones Horne, 6a. Edición 1961.
- Kubler-Ross E. On Death and Dying. Collier Books. Macmillan Publishing Company, New York 1961
- Medalie, J.H. Medicina Familiar. Principios y Práctica. Editorial Limusa, México 1987
- Shires, D.B. Hennen B.K. Medicina Familiar. Guía Práctica McGraw Hill, México, 1983
- Spitz RA. Wolf KM. Aneclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early Childhood Psychoanal. Study child. 2:213 (1946)
- Taylor, R.B. Fundamentals of Family Medicine. Ed. Springer Verlag. New York, Heidelberg, Berlin 1983.
- Wahlroos S. La comunicación en la Familia. Ed. Diane, México

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD\*

Carlos A. León, M.D., M.S.\*\*

\* Ponencia presentada a la Reunión del Seminario-Taller sobre Medicina Familiar auspiciado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá, Sept. 19-20, 1985

\*\* Profesor titular del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

## FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD

Carlos A. León, M.D., M.S.

### I. INTRODUCCION

La salud y la enfermedad, como tantos otros fenómenos de la experiencia humana, han sido interpretados de varias maneras a lo largo de la historia y por las diferentes culturas, dando origen a nociones y principios que luego llegan a constituir cuerpos de doctrina de los cuales derivan las prácticas curativas, preventivas y de rehabilitación. Es decir, se configura un esquema conceptual o modelo cuyo uso permite buscar la explicación de las enfermedades y realizar las acciones de salud correspondientes.

El auge del modelo biomédico en el período contemporáneo arranca de las extraordinarias contribuciones de investigadores del siglo pasado como Virchow, Pasteur y Koch y se refuerza con los avances de la quimioterapia, el descubrimiento de los antibióticos y los progresos de la microbiología y la biología molecular en el presente siglo. Pero como ya lo hizo notar Dubos <sup>1970</sup> el enfoque estrictamente experimental, aunque muy efectivo para el descubrimiento de los gérmenes y de sus propiedades, contribuyó a que se ignoraran numerosos factores que intervienen en el proceso de enfermar en las condiciones corrientes del ambiente natural. El autor plantea de manera convincente que los progresos en el campo de la salud no se harán con "balas mágicas" para combatir la enfermedad sino con cambios en la capacidad de adaptación y en el mejora-

miento del ambiente. Son estas ideas que se enfrentan abiertamente a la noción reduccionista de la enfermedad concebida en términos bacteriológicos y bioquímicos o de alteración molecular subyacente a cada trastorno.

De todas maneras, vemos como el modelo biomédico logra alcanzar su hegemonía con refinamientos tecnológicos espectaculares, al mismo tiempo que intensifica la búsqueda de agentes causales específicos para enfermedades específicas.

En las últimas décadas ha logrado articularse una creciente queja contra la ineficiencia del modelo biomédico para apreciar las relaciones entre el ser humano y su ambiente y los factores que determinan la susceptibilidad para enfermar o vulnerabilidad individual y su capacidad de tolerancia al stress resultante de diversas situaciones. Por otra parte han surgido críticas severas sobre el "expansionismo imperialista" de la <sup>(1977)</sup>biomedicina moderna con detrimento de la autonomía y dignidad humanas <sup>2</sup>. También se ha podido demostrar que los progresos de la medicina coinciden con la mejora del estado de salud de la población más bien que producirlos. Según McKeown <sup>3</sup>, en un estudio basado sobre el análisis metódico de las estadísticas de Inglaterra y el país de Gales, el mejoramiento en el nivel de salud debe atribuirse a factores no relacionados con las actividades médicas, entre los cuales figura la mejor nutrición (mejores fuentes de alimentos y métodos de producción), mejoras en el saneamiento ambiental (agua potable, alimentos sanos), mejor comportamiento (es-

pecialmente en los hábitos reproductivos que limitan el crecimiento de la población). En un lúcido examen de la medicina moderna Knowles <sup>4</sup> propone que no es suficiente ocuparse de las enfermedades y dolencias y sugiere que para encarar los problemas que nos embargan no se requiere producir mejores antibióticos y tranquilizantes sino más bien cambiar nuestros hábitos y actitudes: "cuánto comemos, fumamos y bebemos y a qué velocidad manejamos".

Como lo hacen notar Hamburg y colaboradores <sup>5</sup> la carga más pesada de la enfermedad en los países técnicamente avanzados hoy en día se relaciona con el comportamiento individual, especialmente con aquellos patrones de larga duración conocidos como "estilo de vida". "En los Estados Unidos se calcula que el 50% de la mortalidad producida por las 10 causas de muerte más frecuentes corresponde a las ocasionadas por comportamientos o estilo de vida dañinos para la salud. Entre los riesgos conocidos figuran el fumar, el consumo excesivo de alcohol, el uso de drogas ilícitas, ciertos hábitos dietéticos, manejo irresponsable de vehículos, incumplimiento de prescripciones médicas y respuestas aberrantes a las presiones sociales".

Pero es muy oportuno señalar que estos mismos factores operan en los países en desarrollo y muestran un incremento gradual y sostenido. Así, por ejemplo el consumo de tabaco y alcohol y el aumento de los accidentes de tráfico. Hinkle <sup>6</sup> señala que los países en desarrollo sufren primordialmente de problemas tales como desnutrición, infección, infestaciones, trauma y fallas en el crecimiento y desarrollo.

Dentro del modelo biomédico existen por lo menos 3 nociones fundamen-  
tales, cada una de las cuales se refiere a una categoría particular  
del modelo y pueden resumirse de la siguiente manera: 1) Un agente  
específico es la causa de una enfermedad específica (basado en los

## II. PLANTAMIENTOS ALTERNATIVOS AL MODELO BIOMEDICO

Però cambios asociados con el declinar de los trastornos mencionados  
pueden acompañarse de la aparición de otros problemas tales como obe-  
sidad, hipertensión, arterioesclerosis, diabetes y cáncer.

Trowell y Burkitt<sup>7</sup> presentan evidencias muy convincentes de como la  
proporción de las enfermedades "occidentales", "modernas" y no trans-  
misibles va en aumento en los países en desarrollo donde grupos cada  
vez más numerosos de población sufren de hipertensión, trastornos  
cardiovasculares, diabetes, obesidad, arterioesclerosis, artritis y  
otras enfermedades crónicas. Estos trastornos unidos al proble-  
ma aún no resuelto de las enfermedades infectocontagiosas y caren-  
ciales constituyen una carga formidable para dichas poblaciones. Nos  
hallamos ante un fenómeno de singular trascendencia y es necesario  
documentar los cambios mencionados en el patrón de las enfermedades  
y prever sus consecuencias antes de que sea demasiado tarde. Por  
supuesto, las fuerzas que han contribuido a generar esta situación  
son múltiples pero debe destacarse el cambio del estilo de vida y  
comportamiento tradicional de las comunidades atribuible a la urba-  
nización, industrialización y condiciones conexas.

autores al estudiar una muestra de 1.500 individuos, mostraron como

y colaboradores 11 sobre la "susceptibilidad para enfermar". Estos

de los factores psicosociales en la salud es la iniciada por Hinkle

Una serie de estudios de singular importancia para destacar el papel

aún representa una de las mayores causas de distress" 10 (1971)

ciones interpersonales afirma: "El stress de vivir en contacto mutuo

nismo a cualquier demanda que se le haga". Al referirse a las rela-

stress" definiendo a ésta como "la respuesta inespecífica del orga-

da con derrota y frustración... "una forma dañina y displacentera de

y la reacción que él denomina "distress": un tipo de respuesta asocia-

rencia fundamental entre la respuesta preparatoria descrita por Cannon

adaptación - o síndrome de alarma. Años más tarde puntualiza la dife-

del eje pituitario-córtico suprarrenal en el síndrome general de

en sus observaciones iniciadas desde los años 30, demuestra el papel

frente a estímulos psicosociales percibidos como amenazantes. Selye,

9 (1956)

ción neuroendocrina que prepara al animal para la huida o el combate

del sistema nervioso simpático y la médula suprarrenal durante la reac-

cambios fisiológicos. Los trabajos de Cannon 8 demostraron el papel

a Cannon y Selye por señalar la conexión entre estímulos psicosociales y

ternativos al modelo biomédico deben mencionarse en lugar prominente

Entre los precursores de las ideas que conducirían a planteamientos al-

geno se puede producir o fabricar el elemento terapéutico respectivo.

de las células u órganos. 3) Una vez identificado el elemento pató-

postulados de Koch). 2) La enfermedad se debe a defectos o fallas

samente en épocas de gran stress físico o ambiental sino cuando el importante de la enfermedad y que las enfermedades no ocurren precisamente de agotamiento" (giving-up, given up response) puede ser un precursor con vulnerabilidad biológica. Los autores postulan que el "complejo conduce a un estado de desvalimiento y desesperanza, que se asocia

los recuerdos de experiencias similares en el pasado. Todo lo cual futuro, pérdida de las expectativas y pesimismo. 5) Reavivación de insatisfactorias. 4) Pérdida de continuidad entre el pasado y el rechazo en las relaciones interpersonales que se vuelven inseguras e funcionar en la forma acostumbrada. 3) Una sensación de ruptura o de sí mismo como disminuido, incompetente, descontrolado, incapaz de más"; "no lo puedo soportar"; "me rindo" (I give up). 2) Percepción haber llegado al límite de tolerancia: "esto es demasiado"; "no puedo percibido por el individuo como: 1) Una sensación desagradable de "complejo de agotamiento y rendición" (giving-up, given up complex)

enfermedad". Engel y Schmale<sup>12, 13</sup> describen a este respecto el Otro tipo de estudios es el que se refiere a "los precursores de la exigente y desagradable.

con épocas en las que el ambiente social se percibe como amenazante, de conflictos e insatisfacción. Los episodios de enfermedad coinciden Un estudio de los individuos susceptibles muestra un gran predominio. sentan acumuladas en forma de "racimos" (clusters) en ciertas épocas. sufren de una gran variedad de trastornos y las enfermedades se pre- en forma desproporcionada para ciertos individuos. Estos individuos el riesgo de enfermar no es uniforme y como las enfermedades ocurren

76

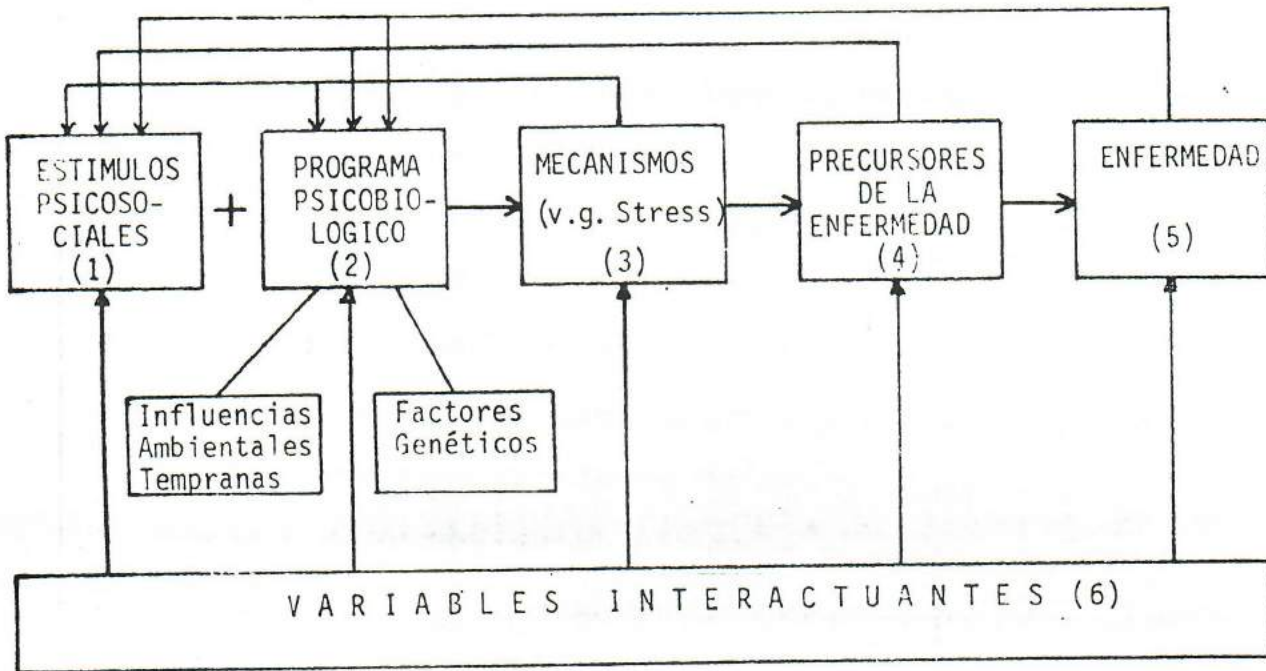
individuo siente que es incapaz de enfrentarse a las condiciones ambientales.

Sobre la base de éstas y otras experiencias Engel <sup>14</sup> propone un nuevo modelo biopsicosocial para estudiar la salud-enfermedad. Este modelo sigue los principios de la teoría de los sistemas y considera una relación de ordenamiento jerárquico entre los diversos niveles de organización que va desde lo molecular y celular hasta lo social y cultural. En un planteamiento esquemático de cómo operaría este modelo se postula que ante la presencia de un estímulo patógeno potencial las condiciones óptimas para la aparición de enfermedad incluirían: una alta predisposición biológica, los determinantes psíquicos y psicofisiológicos que hacen percibir el estímulo o situación como amenazante o stressante y la incapacidad (desvalimiento) del individuo para tolerar las circunstancias imperantes.

Respaldados por varios años de trabajo en el Laboratorio para Investigación del Stress Clínico, Levi y sus colaboradores han elaborado un modelo para la enfermedad producida por mediación psicosocial (ver Figura 1). Según este esquema los estímulos psicosociales (1) al actuar sobre el programa psicobiológico individual (2) determinan la aparición de mecanismos (3) de reacción fisiológica y psicológica ("stress") los cuales bajo ciertas circunstancias generan precursores de enfermedad (4) y enfermedad misma (5). Esta secuencia de eventos puede ser modificada (estimulada o inhibida) por la intervención de variables interactuantes (6) y todo el conjunto constituye un sistema cibernético con retroalimentación (feed-back) continua<sup>15</sup>.

FIGURA 1

MODELO TEORICO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA POR MEDIACION PSICOSOCIAL  
(Kagan y Levi, 1971)



Se define como estímulos psicosociales aquellos "que se originan en las relaciones o arreglos sociales (es decir en el ambiente) y afectan al organismo por mediación de los procesos nerviosos superiores". El programa psicobiológico se define como "la propensión a reaccionar de acuerdo con cierto patrón cuando se resuelve un problema o en la adaptación a un ambiente. Los determinantes biológicos de este programa en un organismo son los factores genéticos y las influencias ambientales tempranas".

Se destaca la naturaleza no específica de la etiología planteada en este modelo y se sugieren las siguientes hipótesis:

- 1) "La mayoría de los cambios vitales evocan una respuesta estereotipada y filogenéticamente arcaica que prepara al organismo para la actividad física v.g. lucha o escape.
- 2) El stress se caracteriza por actividad aumentada en los sistemas hipotalámico-simpático-adrenomedular e hipofiseo-adrenocortical y posiblemente también en el tiroideo.
- 3) Las reacciones, por lo menos si son prolongadas, intensas o repetidas frecuentemente, se acompañan de una tasa aumentada de desgaste y daño (wear and tear) en el organismo.
- 4) Dicha tasa aumentada de desgaste y daño conduce a la larga a un aumento de la morbilidad y mortalidad"<sup>16</sup>.

En el concepto de Cassel <sup>17</sup> la medicina contemporánea no ha podido reconocer que los estímulos psicosociales no son directamente patógenos en el mismo sentido en que lo puede ser un microorganismo... Los factores psicosociales actúan indirectamente al servir como estímulos que disparan los mecanismos neuroendocrinos, los cuales al prolongarse, conducen a la enfermedad. Según este planteamiento, un estado de marginalidad social puede ser el estímulo común que precipite una alta incidencia de tuberculosis, esquizofrenia, alcoholismo, suicidio y múltiples accidentes. El trastorno específico sufrido por la víctima depende de su historia previa y susceptibilidad. Una noción similar es la propuesta por Weiner, quien señala que si se enfoca lo biológico "en términos evolutivos y culturales y no solamente moleculares y celulares, entonces los factores sociales, culturales y conductuales pueden incorporarse en una biología de la enfermedad. Al

stress no se lo concibe en los términos lineales como antes se hacía con la enfermedad infecciosa"... "El stress por sí solo no produce enfermedad, de manera lineal; solamente puede hacerlo en interacción con el significado que tiene para la persona afectada, con su capacidad de tolerarlo y con sus capacidades adaptativas. Este principio es análogo, si no homólogo, con la interacción de un virus con la respuesta adaptativo-inmunitaria"<sup>18</sup>.

### III. DEFINICION DE "FACTORES PSICOSOCIALES"

Los planteamientos mencionados dan una idea general del contexto en el cual pueden examinarse los problemas de salud en relación con el ambiente humano, pero es necesario precisar el sentido y el alcance del tema que nos ocupa y para ello adoptaremos la definición propuesta en el Informe del Director General de la O.M.S. a la XXIX Asamblea Mundial de la Salud: "Los factores psicosociales se definen como factores que influyen sobre la salud, los servicios de salud y el bienestar comunitario y se derivan de la psicología del individuo y de la estructura y función de los grupos sociales. Incluyen características sociales tales como patrones de interacción con grupos familiares o de trabajo; características culturales tales como las formas tradicionales de resolver conflictos; y características psicológicas tales como actitudes, creencias y factores de personalidad. Estos factores son interdependientes, y la manera como afectan el desarrollo saludable y el funcionamiento de los individuos no puede entenderse sin considerar los aspectos más globales de la sociedad - la organización y división

del trabajo, las instituciones y estructuras que forman los sistemas sociopolíticos, los valores, normas y códigos que regulan el comportamiento de individuos y grupos y la herencia cultural<sup>19</sup>.

#### IV. ESTUDIOS CLINICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

En las últimas décadas se ha desplegado mucha actividad en el campo de la investigación del efecto de los factores psicosociales sobre la salud y se han realizado numerosos trabajos tanto en el plano experimental como en el clínico y epidemiológico. A continuación, se presenta un breve recuento de algunos de los estudios clínicos y epidemiológicos mejor conocidos, que ilustran aspectos particulares del tema. Han sido agrupados de acuerdo con los diferentes factores psicosociales con el propósito de mostrar su relación con diversos problemas de salud.

##### Eventos Vitales - Respaldo Social

De acuerdo con los hallazgos de Holmes, Rahe y otros autores, la posibilidad de enfermar crece en proporción directa con el número de cambios o eventos vitales experimentados por el sujeto. Los autores han diseñado una tabla con puntajes asignados a una serie de eventos que van desde la muerte del cónyuge hasta problemas legales nimios y cada uno de los cuales tiene un peso específico<sup>20</sup>. No todos los eventos vitales incluidos en la lista son de tipo negativo, doloroso o amenazante; figuran también acontecimientos positivos tales como el matrimonio, el ascenso en el trabajo y un logro o distinción personal. -

Según Rahe<sup>21</sup> estos eventos también estimulan los mecanismos adaptativos y pueden por lo tanto generar stress y enfermedad. Estudios complementarios en este campo demuestran cómo un factor crítico para sobrellevar el impacto de los eventos vitales es la manera como se perciben las crisis<sup>11</sup> y el respaldo social percibido por el sujeto durante la crisis<sup>22</sup>.

Un estudio de Bruhn y colaboradores<sup>23</sup> diseñado para investigar las diferencias altamente significativas en la tasa de muerte por infarto del miocardio entre 2 poblaciones vecinas en Pennsylvania reveló que el factor diferencial más importante era la estructura social de tipo gregario y cohesivo y de mutua ayuda y respaldo, con roles bien definidos en Roseto donde la tasa de mortalidad era aproximadamente el 50% de la observada en Bangor, caracterizada como una sociedad individualista con nexos tenues y sin clara definición de roles. Por lo demás, no se observó diferencia significativa con respecto a dieta o ejercicio.

La hipótesis de una mayor efectividad en el respaldo social también la invocan Marmot y Syme<sup>24</sup> para explicar las diferencias significativas en mortalidad por enfermedad coronaria entre japoneses aculturados al estilo de vida americano y otros de costumbres más tradicionales. En este último grupo el respaldo social y la cohesión de grupo son muy altos y estos factores correlacionan de modo significativo con el nivel bajo de enfermedad coronaria.

Un estudio de singular importancia que muestra la interacción de los

eventos vitales con el respaldo social es el de Philips y Feldman<sup>25</sup> quienes muestran cómo en 5 poblaciones diferentes, el número de muertes se reduce en los 6 meses previos al cumpleaños de las personas y aumenta en los 6 meses siguientes. Poniendo a prueba la hipótesis de que ésto podría estar relacionado con el respaldo social, postularon que estas diferencias serían más notables cuanto más prominente fuese la persona y los datos obtenidos confirmaron plenamente esta suposición.

#### Diferencias Culturales - Estilo de Vida - Tipos de Personalidad

En una cuidadosa revisión Henry y Cassel<sup>26</sup> examinaron la evidencia de la falta de cambios relacionados con la edad en la tensión arterial de varios grupos culturales cuyos índices de enfermedad hipertensiva y accidente vascular cerebral eran muy bajos. En un comentario posterior sobre este trabajo se señala que "una persona bien equipada por su experiencia cultural para relacionarse con el mundo familiar que le rodea no presentará una elevación de la tensión arterial asociada con la edad. Esta tesis se sostiene ya sea que se trate de un tecnócrata moderno que piloteó aviones de combate en su juventud o de un bosquimano de la edad de piedra que es un hábil cazador-recolector en el desierto de Kalahari. Sin embargo, cuando su ambiente familiar se ve perturbado por cambios culturales radicales que imponen un conjunto nuevo de demandas para los cuales su aculturación no lo preparó, sus recursos sociales son el factor crítico. Si éstos no son capaces de protegerlo, se verá expuesto a perturbaciones

emocionales y a los consiguientes disturbios endocrinos que pueden resultar en enfermedad cardiovascular"<sup>27</sup>.

El tan conocido trabajo de Friedman y Rosenman<sup>28</sup> tiene un valor predictivo ampliamente aceptado por su caracterización de los tipos A y B de comportamiento y la asociación de los mismos con el riesgo de enfermedad coronaria. Las personas de tipo A representan aproximadamente el doble de la incidencia de infarto del miocardio y angina pectoris que las del tipo B. Lo característico del patrón de comportamiento A es la necesidad de realizar el mayor número de actividades y conseguir los mayores logros en el menor tiempo posible y luchando abiertamente contra todos los obstáculos mientras que el patrón B representa pasividad, falta de urgencia y aceptación de las restricciones. Según los autores, el patrón de comportamiento A es una respuesta a las demandas de la cultura occidental contemporánea. Si bien ha surgido una interesante controversia respecto a la validez y alcance generales de estas nociones, hay trabajos recientes que sugieren su aplicabilidad no solo en el campo de los trastornos cardiovasculares sino en el de las enfermedades en general.

Respecto al papel que juega el estilo de vida, un estudio de Caffrey<sup>29</sup> muestra las diferencias en las tasas de infarto del miocardio entre monjes trapenses, monjes benedictinos enclaustrados y sacerdotes benedictinos trabajando en la comunidad. Las diferencias entre los dos primeros grupos y el tercero son altamente significativas y el autor opina que los sacerdotes benedictinos, quienes presentaron las tasas más altas de trastorno, pueden caracterizarse como hombres modernos que responden a las demandas de la sociedad con un comportamiento tipo A.

En un seguimiento de 9 años de una muestra de 6.928 adultos en Cali-

fornia, Berkman y Syme<sup>29</sup> muestran cómo el riesgo de mortalidad es mucho mayor para personas sin vínculos sociales con la comunidad. Las tasas ajustadas para edad, revelan que las personas con mínimos contactos sociales tienen un riesgo de más del doble (2.3 para hombres; 2.8 para mujeres) del que tienen las personas con numerosos contactos sociales). Esta asociación entre mortalidad y vínculos con una red social es independiente del estado de salud al tiempo del examen inicial, del estado socioeconómico, de hábitos tales como fumar y beber, de obesidad, ejercicio físico y del uso de servicios de salud.

En una interesante revisión del tema del respaldo social como moderador del stress vital, Cobb<sup>30</sup> afirma haber visto evidencia suficiente del papel protector del respaldo social en diversas situaciones del ciclo vital y cita ejemplos que demuestran cómo un respaldo social adecuado puede proteger a las personas en crisis, debidas a una amplia variedad de estados patológicos tales como: bajo peso al nacer, muerte en la familia, artritis, tuberculosis, depresión, alcoholismo y otros trastornos.

Los estudios arriba mencionados y muchos otros destacan el papel del respaldo social como elemento moderador del stress y como una fuente de recursos para enfrentar las demandas del medio. Numerosas investigaciones hechas en varios campos y recopiladas en la publicación "Health and Behavior"<sup>5</sup> señalan que el respaldo social puede:

"Reducir el número de complicaciones del embarazo en mujeres sometidas a fuerte stress.

Ayudar a la recuperación quirúrgica.

Ayudar a la recuperación del infarto de miocardio.

Reducir la dosis de la terapia con esteroides en asmáticos durante períodos de stress.

Proteger contra la depresión en frente de eventos adversos.

Reducir el stress psicológico y las anormalidades fisiológicas consecutivas a la pérdida de empleo y al duelo.

Proteger contra los problemas emocionales asociados con el envejecimiento.

Estimular la aceptación de regímenes terapéuticos<sup>5</sup>.

#### Viudez, Duelo, Separación

Desde las clásicas observaciones de Durkheim<sup>31</sup>, varios estudios han demostrado que las personas casadas tienen tasas menores de mortalidad que los solteros, viudos o divorciados<sup>32, 33</sup>. Diversos trabajos también señalan la relación significativa entre viudez y aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad<sup>34-37</sup>. Especialmente en los primeros meses siguientes a la muerte del cónyuge se observa un incremento notable de trastornos físicos y mentales en los viudos y un deterioro progresivo de su salud.

En un estudio de seguimiento de 4.486 viudos hecho en Inglaterra por Parkes y colaboradores<sup>38</sup> se encontró que en los 6 meses siguientes a la muerte del cónyuge, la mortalidad de los sobrevivientes era un 40% más alta de la esperada para hombres casados de la misma edad y la causa de muerte más frecuente fue la trombosis coronaria.

En un análisis de los resultados obtenidos por Burch en su estudio sobre duelo reciente y su relación con el suicidio<sup>39</sup>, Cobb<sup>30</sup> señala que para un hombre casado, la muerte de su madre no aumenta la probabilidad de suicidio; pero si el individuo es soltero o si su matrimonio se deshizo, la probabilidad de que se suicide es 9 veces mayor que la del grupo control.

Una disminución significativa de la respuesta inmunitaria indicada por un descenso en la actividad de los linfocitos se demuestra en un estudio de Bartrop<sup>40</sup> en 26 personas examinadas a las 2 y 6 semanas después de enviudar y comparadas con los respectivos controles.

En un estudio reciente, Schleifer y colaboradores<sup>41</sup> encontraron una supresión de la respuesta inmunitaria medida por el descenso de la estimulación linfocitaria en viudos en los 2 primeros meses de duelo y hasta 14 meses después. Según los autores este hallazgo es consistente con la hipótesis de una mayor morbilidad y mortalidad durante el período de duelo.

El experimentar separaciones y pérdidas reales o imaginarias se ha relacionado a la aparición de trastornos tales como neoplasias<sup>42-45</sup>, tuberculosis<sup>46</sup>, diabetes melitus<sup>47, 48</sup>. Varios estudios muestran la asociación entre experiencias de pérdida de relaciones interpersonales o separación y un detrimento del status inmunitario<sup>49-51</sup>.

Como resultado de su experiencia clínica con más de 500 pacientes de cáncer, Le Shan<sup>52</sup> identifica varios elementos psicosociales asocia-

dos con la aparición del trastorno, entre los que se destaca la experiencia de pérdida de una relación personal significativa.

En un estudio epidemiológico prospectivo de Thomas y colaboradores<sup>53</sup> en el que se evalúan características psicológicas, hábitos y actitudes de estudiantes de medicina que más tarde sufrieron de cáncer, hipertensión, enfermedad coronaria, trastornos mentales o cometieron suicidio, los autores señalan como hallazgo destacado que las víctimas de suicidio, trastorno mental y cáncer muestran como grupo "promedios impresionantemente bajos en la escala de contacto personal con sus padres".

#### Migración, Dislocación Cultural, Desarraigo, Desorganización Social

Aunque cada una de las situaciones mencionadas en el epígrafe se considera como un alto riesgo psicosocial y factor importante de morbilidad para las poblaciones afectadas y su mención en la literatura médica es ubicua, el número de estudios específicos de investigación sobre estos temas es bastante reducido. La escasez de publicaciones es particularmente notoria y deplorable en la América Latina, donde los problemas aludidos tienen tanta vigencia. Varios estudios han relacionado la incidencia de trastornos cardiovasculares y otros problemas de salud con aculturación, cambio cultural y migración<sup>54-60</sup>. También se ha estudiado la asociación entre desorganización social e hipertensión<sup>61-62</sup>, susceptibilidad a enfermar<sup>63</sup> y mortalidad<sup>64-66</sup>.

Rotondo y colaboradores<sup>67,68</sup> al estudiar un grupo marginal urbano

en Lima encontraron, mediante el uso del Índice Médico de Cornell, tasas muy altas de quejas somáticas y psíquicas en sus informantes, la mayoría de los cuales estaba constituida por inmigrantes de regiones rurales.

Un estudio hecho en Guatemala <sup>69</sup> muestra como los hijos de matrimonios de inmigrantes rurales muestran diferencias significativas en talla y peso (disminución) con respecto a hijos de padres provenientes del propio lugar.

En un estudio destinado a explorar las consecuencias de la movilidad geográfica (migración) y social, Micklin y León <sup>70</sup> encontraron que las personas de sexo femenino y bajo nivel de educación eran las más expuestas al riesgo de trastorno mental indicado por diferencias significativas en el puntaje de síntomas del cuestionario de Langner <sup>71</sup>.

#### Comportamiento y Salud

En una publicación que lleva este título editada por Hamburg y colaboradores <sup>5</sup> el Instituto de Medicina de Estados Unidos de América presenta un panorama muy amplio de la relación entre la salud y el comportamiento, recogiendo el punto de vista de más de 400 líderes de las ciencias médicas y de la conducta, quienes participaron en una serie de estudios y conferencias patrocinados por el Instituto. La obra documenta la asociación entre las enfermedades y hábitos, actitudes, características psicosociales y estilos de vida; evalúa posibles aproximaciones para la comprensión, tratamiento y preven-

ción de los trastornos y señala las líneas más promisorias para la investigación futura en este campo.

Se consignan como conceptos básicos para la investigación en salud y comportamiento los siguientes:

La carga de la enfermedad se ha desplazado de las enfermedades infecciosas y agudas a las crónicas, con riesgos múltiples que interactúan y entre los cuales se incluyen de manera prominente elementos conductuales como el fumar, el beber, (la falta de) ejercicio, la dieta y la respuesta al stress.

La definición de las ciencias de la salud debe expandirse más allá del campo biomédico para incluir las ciencias bioconductuales (biobehavioral sciences).

Las ciencias bioconductuales tienen un papel principal en la dilucidación y alivio de muchos componentes de la carga de enfermedad, hoy en día.

Las ciencias bioconductuales ya han hecho contribuciones significativas para mejorar la salud y encierran una gran promesa para el progreso futuro.

Los fundamentos científicos básicos de las ciencias bioconductuales deberían fortalecerse y es necesario prestar un apoyo adecuado a la investigación en este campo.

Los programas de colaboración multidisciplinaria son un com-

ponente valioso y necesario de varios tipos de investigación en salud.

#### V. RECOMENDACIONES

Basándose en las propuestas formuladas por los participantes al Primer Taller sobre Factores Psicosociales y Salud organizado bajo los auspicios de la O.M.S., en el Informe del Director General de la O.M.S. ante la XXIX Asamblea Mundial de la Salud; sobre una serie de cinco simposios internacionales auspiciados por la O.M.S., y sobre planteamientos delineados por el Laboratorio para Investigación en Stress Clínico de la Universidad Karolinska de Estocolmo, su director el Dr. L. Levi hace una serie de recomendaciones<sup>16</sup> que las podemos resumir así:

Ante todo es necesario integrar todas las estrategias especializadas tomando en cuenta el eco-sistema total y evaluando los resultados continuamente en relación no sólo con aspectos económicos y tecnológicos o en términos de bienestar físico, mental y social sino en todas estas dimensiones, es decir una aproximación combinada de tipo ecológico y "holístico" (integral).

Es necesario:

- 1) Iniciar discusiones a todos los niveles para incrementar la percepción de la importancia de los factores psicosociales en la salud y estimular el desarrollo de estrategias nacionales para

la identificación de problemas, planteamiento de soluciones y evaluación de actividades.

- 2) Establecer mecanismos para la coordinación de los programas de salud con otros programas y actividades socioeconómicas (tales como planificación urbana, desarrollo rural, educación, bienestar, etc.)
- 3) Propiciar la integración del conocimiento existente sobre factores psicosociales que afectan la salud en la enseñanza y adiestramiento del personal de salud y de otros servicios sociales.
- 4) Estudiar medios por los cuales la participación de los ciudadanos pueda beneficiar la formulación y aplicación de las políticas de salud.
- 5) Explorar las posibilidades de coordinación de las investigaciones existentes sobre factores psicosociales y salud, iniciar estudios encaminados a probar hipótesis y desarrollar y evaluar sistemas de provisión de cuidados psicosociales y de salud para grupos especiales a riesgo. Todo esto con miras a crear modelos susceptibles de aplicación más amplia.
- 6) Insistir en la evaluación de los programas de salud y bienestar tanto regionales como nacionales con un sistema de retroalimentación (feed-back) informativa a todos los niveles, incluyendo usuarios y autores de las decisiones.

- 7) Recoger información sobre factores psicosociales en forma regular a través de los sistemas nacionales de estadísticas demográficas y económicas y tomar medidas para que dicha información se utilice para los programas y su evaluación.
- 8) Estimular al personal de servicio para que mantenga un registro adecuado de sus experiencias, actitudes, éxitos y fracasos a fin de lograr un mejor entendimiento de como los factores psicosociales intervienen en el funcionamiento diario de los servicios sociales y de salud.
- 9) Perfeccionar las definiciones y la estandarización de la nomenclatura usadas en el campo de los factores psicosociales y salud.
- 10) Preparar "paquetes" metodológicos aplicables para el uso en investigaciones transculturales y manuales sobre factores psicosociales para los trabajadores primarios de salud.
- 11) Establecer contactos y cooperación con los medios de comunicación masiva, organizaciones de voluntarios y otras entidades relevantes para diseminar información en la comunidad sobre la manera como los factores psicosociales afectan la salud, para modificar las actitudes de la gente y para estimular una participación más amplia en las actividades.
- 12) Establecer sistemas de información que sirvan a planificadores e investigadores en forma oportuna y relevante.

Se busca de este modo, que las comunidades se vuelvan conscientes de la importancia de los factores psicosociales para la solución de sus problemas de salud y que el público, los planificadores, ejecutivos y proveedores de servicios desarrollen la suficiente comprensión para permitir la puesta en marcha de programas efectivos de acción. La evaluación de estos programas basados en el conocimiento existente contribuirá a incrementar su efectividad y eficiencia y a identificar áreas donde es necesario adquirir nuevos conocimientos, junto con la provisión de medios para lograrlo.

## TRASTORNOS DE LA FUNCION FAMILIAR

La familia puede considerarse como un sistema complejo en la que sus miembros juegan distintos roles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia como un todo y para contribuir a la sociedad en la que está inmersa.

### FUNCIONES DE LA FAMILIA

Algunas de las funciones más importantes las resumiremos a continuación:

1. Satisfacción sexual de la pareja y reproducción.
2. Apoyo mutuo cuando hay dificultades o problemas que amenazan a uno o varios de sus miembros.
3. Crianza de los hijos. Suministro de elementos biológicos, clima emocional para el desarrollo, establecimiento de límites y apertura de oportunidades según el momento en el ciclo de la vida.
4. Socialización. La familia transmite valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir y tener éxito en un mundo social complejo y competitivo.
5. Afecto y ambiente para expresión de emociones (rabia, temores, alegrías, etc.)
6. Status. La familia coloca a sus individuos en determinado estrato social.

**FAMILIA COMO SISTEMA**

Los seres humanos pertenecemos a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales: Escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios, asociaciones, etc. Sin embargo la familia es el sistema donde vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los sistemas de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso.

La familia es mucho más que una colección de individuos. Si es flexible podrá adaptarse y buscar alternativas apropiadas ante los continuos retos. Si es rígida su pronóstico de supervivencia es mínimo. Los roles se establecen por costumbre social y cultural pero el intercambio de los mismos cuando es necesario es un signo de salud. Una familia funcionando puede representarse analógicamente a una danza en la que los integrantes juegan roles diferentes pero cuando lo hacen en forma armoniosa son estéticamente funcionales.

Siempre se ha hablado de equilibrio y homeostasis para designar las familias funcionales. Sin embargo, esta descripción es sólo figurativa y puede ser engañosa. La familia, como todos los sistemas sanos, evoluciona continuamente y para evolucionar se aleja de las líneas homeostáticas y mediante continuos procesos de retro-información va buscando nuevos puntos de "equilibrio", que en los casos deseables están a un nivel superior al previo.

**CURSO DE LA FUNCION FAMILIAR**

Para fines de comprensión utilizaré el ciclo de función familiar descrito por el doctor Gabriel Smilkstein: (Ver Gráfica)

La familia está en un estado de "equilibrio" y es retada por un factor estresante. Según las experiencias previas, el nivel de funcionalidad del momento y según el tipo de estresor, la familia puede percibir el evento como amenazante o nó. Si el asunto aparece como amenazante la familia acude a sus recursos internos y después de un período transitorio de "desequilibrio", si la habilidad para manejar las situaciones y los recursos son adecuados se puede regresar al estado previo a un nivel más elevado de "equilibrio".

Cuando los eventos estresantes son mayores que las capacidades de manejo por la familia se llega a una crisis que es un estado de desequilibrio mayor. En ese momento la familia y sus integrantes pueden tomar conductas diferentes. Pueden transitoriamente utilizar mecanismos de defensa y sistemas de manejo que le permitan postponer la amenaza, ganar tiempo.

Estos mecanismos pueden ser negación, proyección, evitación, etc. Pueden tomar a uno de sus miembros como "chivo expiatorio" o culpable, pueden llevar a síntomas en uno o varios de sus componentes. En este momento podemos entender lo que los terapeutas de familia señalan: "El síntoma cumple una función en la situación familiar". Es en estas situaciones de crisis cuando la familia acude a otros agentes externos para salir del problema. Estos

recursos externos pueden ser encontrados en el vecindario, en religiosos, en bancos, cooperativas, en el lugar de trabajo, etc. Sin embargo, y con mucha frecuencia, las familias o uno de sus miembros van a los centros de salud, a donde el farmacéutico o donde el psicólogo o donde el médico. A menudo a través de síntomas somáticos y de una forma muy evidente las familias están pidiendo ayuda. El médico y los agentes del equipo de salud pueden ayudar a "fijar" síntomas, a construir síndromes y a perpetuar comportamientos disfuncionales. También habitualmente detectar la naturaleza real de este clamor de ayuda y facilitar alternativas y optimizar los recursos que conduzcan a una mejor funcionalidad, ascendiendo en los círculos presentados por el modelo de Smilkstein que estamos observando. Si los mecanismos no son los adecuados y si los eventos estresantes persisten, las familias pueden "estancarse" y persistir con síntomas disfuncionales o llegar a patologías de familias muy severas o en los casos más graves se termina en la disolución de la estructura familiar. Quiero anotar que no siempre es sano y deseable conservar la estructura familiar a toda costa. Muchas veces los sistemas familiares al disolverse se reacomodan en forma mucho más funcional y útil reorganizándose en otras estructuras familiares diferentes.

¿Cuáles son esos eventos estresantes?

Todos los días encontramos a retos y apremios que enfrentamos en forma más menos adecuada.

Algunos de esos retos son esperados y los llamamos eventos estresantes normativos. Algunos de ellos son de carácter positivo, lo cual no evita que nos produzca algún grado de angustia. En el paso por cada una de las etapas de la vida y que implican "crecimiento" podemos notar estos eventos: al nacer, al ingresar a la escuela; al llegar a la adolescencia, al iniciar la universidad o la etapa productiva; al contraer matrimonio, etc. Otros eventos son inesperados: Accidentes, enfermedades, problemas con la justicia, la pérdida del empleo, etc. Algunos autores han clasificado estos eventos o cambios de vida y aún les han adjudicado valores numéricos de acuerdo con la posibilidad de producir estrés. Se ha encontrado que un número acumulado de estreses mayores se correlaciona con episodios de enfermedad. Sin embargo no debemos olvidar que en la evaluación del evento estresante, son muy importantes la percepción por el individuo y la familia del grado de amenazas del evento y la acumulación de experiencias previas. También juegan un papel crucial los grupos de apoyo familiares y sociales en el resultado del proceso.

¿Cuáles son los <sup>e</sup>RECURSOS?

Los recursos familiares y extrafamiliares son múltiples. Señalamos los siguientes:

- Financieros
- Capacidad de buscar relaciones y mejores decisiones
- Lealtad, apoyo emocional y afectivo
- Información

Educacionales

Soportes estructurales (vivienda, lecho, etc.)

Tiempo

Religiosos

Tecnológicos

Médicos

Especializados- Psicológicos- Terapia Familiar

Grupos de Apoyo Social- Generales y Específicos

¿Cómo se comportan las familias funcionales?

Las familias funcionales reúnen sus recursos; comparten sus puntos de vista; ayudan al crecimiento personal de cada uno de sus miembros permitiendo ensayos, cambios, búsqueda de nuevas alternativas; se dan afecto; escuchan, comparten el tiempo, el espacio y el dinero; hacen ajustes y sacrifican algunas gratificaciones individuales en beneficio de la familia; alteran los roles en casos necesarios; tienen rituales de apoyo que dan una mayor fuerza de cohesión y aplican a sus situaciones cotidianas una buena dosis de humor. (ver Christie Seely, 1983)

¿Cómo se evalúa el grado de función familiar?

Los elementos dichos anteriormente nos permiten aproximarnos a la evaluación de la función familiar. En algunos casos es obvio el hecho de que la familia no está funcionando bien. Para efectos de detección y para simplificar la clasificación del grado de función familiar, el doctor Smilkstein nos ha ofrecido el APGAR familiar que mide las funciones de apoyo en casos de dificultades, la participación de los miembros, la facilitación para el desarrollo físico, mental y social, la relación afectiva y el grado en que se comparten los recursos (Ver esquema adjunto).

¿Cómo se interviene para conservar la función de la familia y para recobrar la funcionalidad cuando se ha perdido?

Por supuesto que el grado de intervención y la calificación para intervenir depende de cada circunstancia.

Los agentes de salud y específicamente los médicos tienen una obligación importante en los aspectos preventivos y en las crisis menores. Los casos severos de disfunción familiar deben ser manejados a nivel de especialistas, psiquiatras y terapeutas de familia.

Si consideramos los elementos presentados en este ensayo, debemos tener en cuenta en forma anticipada una serie de "crisis" posibles que se presentan en el ciclo de la familia. Una información adecuada en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en las etapas del desarrollo ayudará a hacer más suaves y tal vez convertir en una oportunidad de crecimiento esos eventos y retos. Algunos aparentes problemas, cuando se explican clara y afectuosamente, se convierten en hechos normales ("normalización de eventos").

Por otra, parte en casos de crisis, el médico y su equipo de salud pueden invitar a la familia a aunar fuerzas, a dar apoyo económico y afectivo a facilitar participación, a estimular el diálogo, a favorecer los potenciales de escuchar con respeto, a buscar recursos externos.

En otras palabras facilitar aquel proceso normal evolutivo de la familia, a que busque alternativas, a que salga del atascamiento. El buen consejero no es directivo, no señala los rumbos; más bien es un catalizador, un facilitador que sabe encontrar la riqueza y el potencial propio que tiene un sistema tan poderoso como es la familia.

Modelo para la integración de los factores biomédicos con los sicosociales, en el resultado de enfermedad y en el comportamiento de los pacientes.

FORMULA

$$(A) \quad (B) \quad (C) \quad (D) = X$$

- A : Estado biomédico
- B : Eventos Estresantes
- C : Recursos
- D : Estrategias de Adaptación
- X : Resultado (Enfermedad o Adaptación)

McCubbin y Patterson (1983) propusieron un modelo en que estos mismos factores se acumulan a través del tiempo :

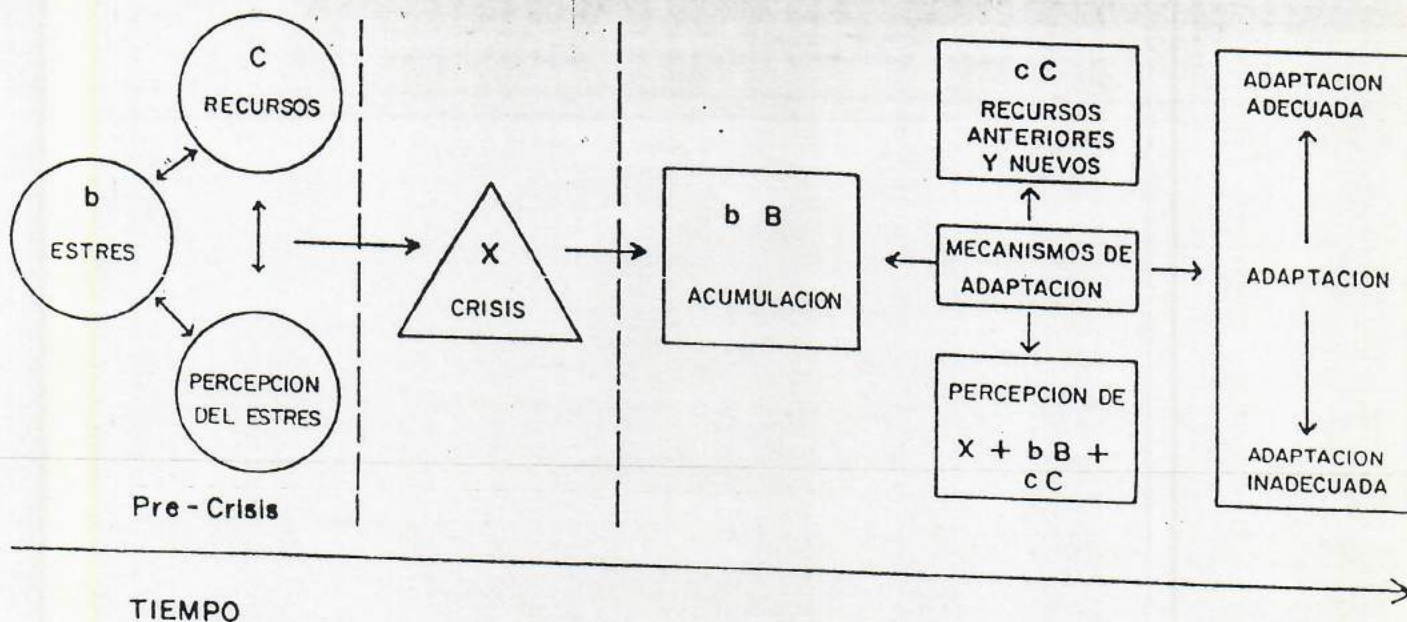
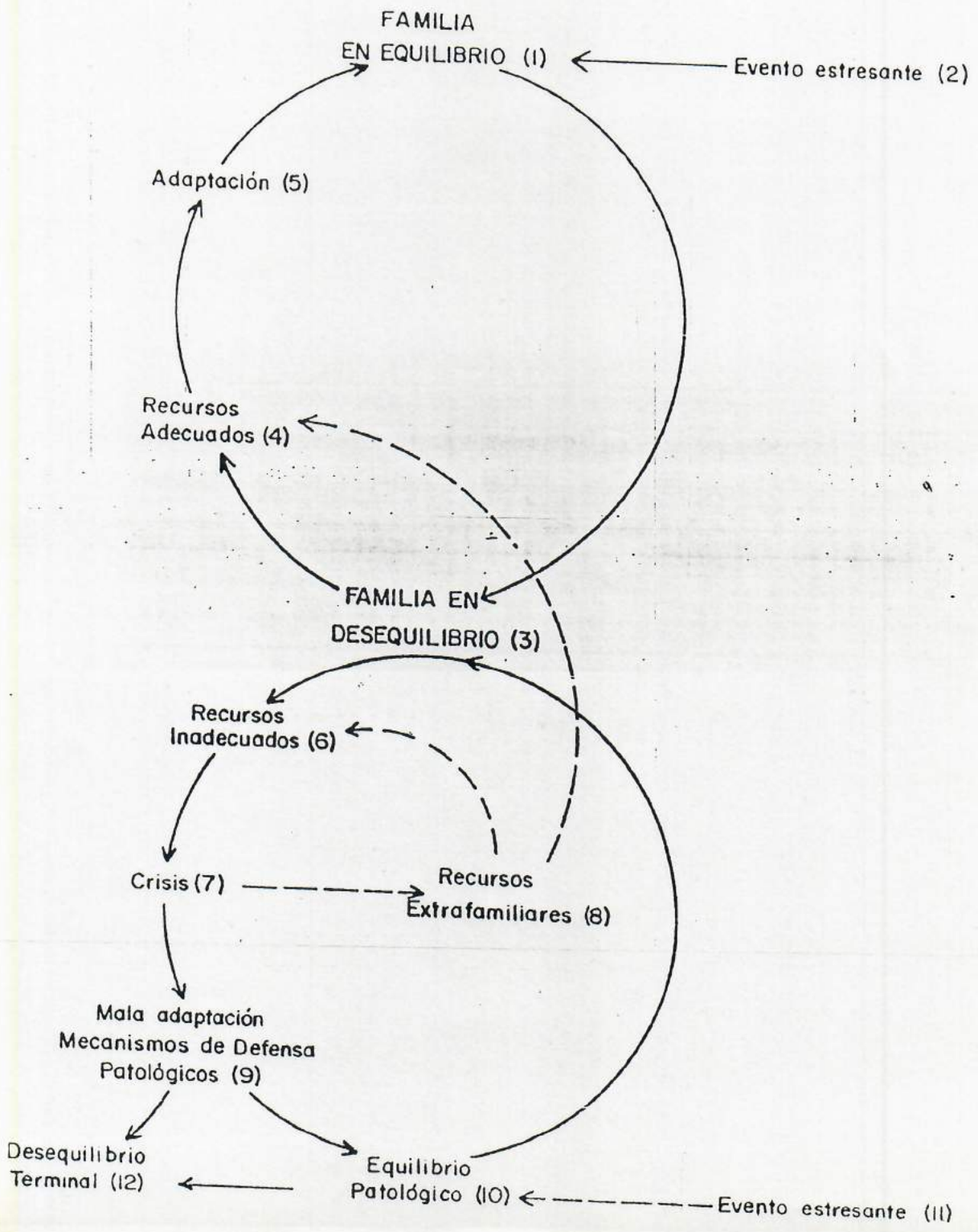


FIGURA No. 2

Figura 3

CICLO DE FUNCION FAMILIAR (Smilkstein)



DETECCION DE DISFUNCION FAMILIAR.

La disfunción familiar puede ser obvia cuando es expresada directamente por un paciente. A veces es necesaria una exploración para detectar mala función familiar. Describiremos dos instrumentos muy útiles y sencillos en la práctica a saber : EL APGAR FAMILIAR y el FAMILIOGRAMA. (ver capítulo)

G.1. APGAR FAMILIAR

Así como el médico evalúa al recién nacido para establecer su estado funcional mediante la técnica de APGAR, el Doctor Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia.

Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 2, evalúa el estado funcional de la familia.

Para mayor facilidad se utilizan las letras APGAR para recordar cada una de las funciones que se van a medir.

Esta nemotecnia fué hecha originalmente en inglés y es difícil trasladarla al español totalmente.

Los componentes del APGAR son los siguientes :

COMPONENTE	DEFINICION
<u>A</u> daptación	Adaptación es la utilización de los recur <u>sos</u> intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés d <u>u</u> rante un período de crisis.
<u>P</u> artnership Participación como socio <u>P</u> oder	Es la participación como socio en compar <u>tir</u> la toma de decisiones y responsabi <u>l</u> idades como miembro de la familia. Defi <u>ne</u> el grado de poder de los miembros de la familia.
<u>G</u> rowth Crecimiento -	Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorealización de los miembros de la familia a través del sopor <u>te</u> y guía mutua.
<u>A</u> fecto	Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
<u>R</u> esolución	Es el compromiso o determinación de dedicar el tiempo (espacio-dinero) a los otros miembros de la familia.

CUESTIONARIO APGAR

A una persona o varias se les entrega el cuestionario, para que sea llenado individualmente. La persona puede preguntar al médico o a la persona que dirige el cuestionario para aclarar sus dudas :

Marque con una X una sola respuesta a cada frase :

	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<p>Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.</p> <p>Comentarios :</p>			
<p>Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.</p> <p>Comentarios :</p>			
<p>Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.</p> <p>Comentarios :</p>			
<p>Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.</p> <p>Comentarios :</p>			
<p>Yo estoy satisfecho con la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero.</p> <p>Comentarios :</p>			

El APGAR familiar puede usarse periódicamente para detectar problemas en familia. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia ya que la percepción individual o la situación de cada uno puede variar.

El modo de clasificar numéricamente al APGAR es así :

"CASI SIEMPRE"	Vale 2 Puntos
"A VECES"	Vale 1 Punto
"CASI NUNCA"	Vale 0 Puntos

- APGAR : 8 - 10 Puntos : Sugiere muy buena función familiar
- 4 - 7 Puntos : Sugiere una disfuncionalidad.
- 0 - 3 Puntos : Sugiere una disfuncionalidad severa

Como se puede observar, el APGAR no solo sirve para descubrir disfuncionalidad sino que guía al profesional de salud para explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.

Este cuestionario ha utilizado en diversas culturas (Anglosajona y en el sureste de Asia) y ha sido comparado con cuestionarios más complejos con muy buena correlación.

Por supuesto, que no tiene una precisión absoluta ya que en algunas familias con problemas de falta de definición de límites entre sus subsistemas ("enmeshed", según Minuchin) se han encontrado calificaciones de alta funcionalidad.

Para una descripción más completa de este instrumento se sugiere leer: Smilkstein G. The Family APGAR : A proposal for a family function test and its Use by Physicians, J. Fam. Pract.6:123, 1978.

LECTURAS RECOMENDADAS.

Good MJD. Smilkstein A et al The Apgar: A study of construct validity. J. Fam Pract 8:57 1979

Christie Seely J. <sup>i with</sup> Working with The Family in Primary Care A. System Approach to Health and Illness - Praeger Publishen New York (1984)

Doherty W.L. Baird MA Family Therapy and Family Medicine - The Amilford Press, N.Y. London (1983)

Smilkstein G. The <sup>Cycle</sup> Ayde of Family Function : A conceptual Modil <sup>l</sup> for Family Medicine. J. Fam Pract 11:223 (1980).

Smilkstein A The Family APGAR, A proposal for a Family Function Test and its use by plysicians. J. FAM Pract. 6:1231 (1978)

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dubos, R. 1959  
Mirage of Health  
Harper and Row, New York
2. Illich, I. 1977  
Medical Nemesis  
Bantam, New York
3. McKeown, T. 1976  
The Role of Medicine: Dream, Mirage of Némesis?  
The Rock Carling Fellowship, The Nuffield Provincial Hospitals Trust
4. Knowles, J. 1977  
Doing better and feeling worse, health in the United States.  
Daedalus, Winter 1977. 106 (1)
5. Hamburg, D.A., G.R. Elliot, D.L. Parron 1982  
Health and Behavior- Frontiers of research in the biobehavioral sciences  
National Academy Press, Washington
6. Hinkle, L.E. 1977  
The Concept of "Stress" in the Biological and Social Sciences. In: Psychosomatic Medicine: Current Trends and Clinical Applications  
Lipowski, Z.J., Lipsitt, D.R. and Whybrow, P.C., Eds.  
Oxford University Press, New York
7. Trowell, H.C., D.P. Burkitt (Eds.) 1981  
Western diseases  
Arnold, Londres
8. Cannon, W.B. 1926  
The Wisdom of the Body  
W.W. Norton, New York
9. Selye, P. 1956  
The Stress of Life  
McGraw Hill, New York

95

2.

10. Selye, H. 1975  
Stress without distress  
 The New American Library, New Jersey

11. Hinkle, L.E.; Christenson, W.N.; Kand, F.D.; 1958  
 Ostfeld, A.; Thetford, W.N. and Wolff, H.G.  
 An investigation of the relation between life experience,  
 personality characteristics, and general susceptibility  
 to illness.  
Psychosom. Med. 20,278

12. Engel, G.L.; A. H. Schmale 1972  
 The Psychological Setting of Somatic Illness  
 Presented to the American College of Physicians, New York,  
 April 20

13. Engel, G.L.; A.H. Schmale 1972  
 Conservation-withdrawal: a primary regulatory process  
 for organismic homeostasis en: Physiology, emotion  
 and Psychosomatic Illness  
 Ciba Foundation Symp. #8

14. Engel, G.L. 1977  
 The need for a new medical model: a challenge for  
 biomedicine  
Science 196:129-136

15. Kagan, A.R.; Levi, L. 1971  
 Health and environment - psychosocial stimuli. A review.  
Rep. Lab. Clin. Stress. Res. (Stockholm) #27

16. Levi, L. 1979  
 Psychosocial factors in preventive medicine en:  
Healthy People The Surgeon General's report on Health  
 promotion and disease prevention - Background papers.  
 U.S. Dept of H.E.W. Publ. No.79-55071A.

17. Cassel, J. 1974  
 Psychosocial processes and "stress": theoretical  
 formulation.  
Int. J. Health, Serv. 4:471-478

18. Weiner, H. 1978  
 The illusion of simplicity: the medical model revisited.  
Am. J. Psychiat. (Suppl.) 135:27-33

19. World Health Organization 1975  
 Report of the Director General: Psychosocial Factors  
 and Health.  
 Doc. EB 57/22, Nov. 20, 1975

20. Holmes, T.H.; Rahe, R.H. 1967  
 The social readjustment rating scale  
J. Psychom. Res. 18:193-197

21. Rahe, R.H. 1974  
 The pathway between subjects' recent life changes and  
 their nearfuture illness reports: Representative results  
 and methodological issues. En: "Stressful Life Events:  
 Their Nature and Effects".  
 B.S. Dohrenwend and B.P. Dohrenwend, eds. , Wiley, New York

22. Rabkin, J.G.; Struening, E.L. 1976  
 Life events, stress, and illness  
Science 191:1013-1020

23. Bruhn, J.G.; Chandler, B.; Miller, M.C.; Wolf, S. 1966  
 Lynn, T.N.  
 Social aspects of coronary heart disease in two adjacent,  
 ethnically different communities.  
Am. J. Public Health 56:1493-1506

24. Marrot, M.G.; Syme, S.L. 1976  
 Acculturation and coronary heart disease in Japanese-  
 Americans.  
Am. J. Epidemiol. 104:225-247

25. Philips, D.P.; A.K. Feldman 1973  
 A dip in deaths before ceremonial occasions: some new  
 relationships between social integration and mortality.  
Am. Soc. Rev. 38:678-696

26. Henry, J.P.; Cassel, J.C. 1969  
 Psychosocial factors in essential hypertension: Recent  
 epidemiologic and animal experimental evidence.  
Am. J. Epidemiol. 90:171-200

27. Henry, J.P.; P.M. Stephens 1977  
Stress, Health and the Social Environment - A Socio-  
 Logic Approach to Medicine  
 Springer Verlag, Berlin

28. Friedman, M.; Rosenman, R.H. 1974  
Type A Behavior and Your Heart  
 Alfred A. Knopf, New York.

29. Caffrey, C.B. 1966  
 Behavior patterns and personality characteristics as  
 related to prevalence rates of coronary heart diseases  
 in Trappist and Benedictine monks. Ph.D. Dissertation  
 (Clinical Psychology), Catholic University of America.  
 Washington, D.C. (University Microfilms, Inc., Ann  
 Arbor, Michigan, No.67-1830, pp. 45-48 coronary heart  
 disease rates).

30. Cobb, S. 1976  
 Social support as moderator of life stress.  
Psychosom. Med. 38:300-314

31. Durkheim, E. 1951  
Suicide  
 The Free Press, New York.

32. Price, J.S.; Slater, E.; Hare, E.H. 1971  
 Marital Status of first admissions to psychiatric beds  
 in England and Wales in 1965 and 1966  
Social Biology 18:574-594

33. Ortmeyer, C.F. 1974  
 Variations in mortality, morbidity, and health care by  
 marital status. En: Mortality and Morbidity in the  
 United States.  
 Edited by CE.Erhardt, JE. Berlin  
 Harvard University Press, Cambridge

34. Jacobs, S; Ostfeld A. 1977  
 An epidemiological review of the mortality of bereavement  
Psychosom. Med. 39:344-357

35. Rees, W.P.,; Lutkins, S.G. 1967  
 Mortality of bereavement  
Br. Med. J. 4:13-16

36. Maddison, D.; Viola, A. 1968  
 The health of widows in the year following bereavement.  
J. Psychosom. Res. 12:297-306

37. Helsing, KJ.; Szklo, M.; Comstock, G.W. 1981  
 Factors associated with mortality after widowhood  
Am. J. Public, Health, 71:802-809

38. Parkes, C.M.; Benjamin, B.; Fitzgerald, R.G. 1969  
 Broken hearth: A statistical study of increased  
 mortality among widowers.  
Br. Med. J. 1:740-743

39. Burch, J. 1972  
 Recent bereavement in relation to suicide  
J. Psychomat. Res. 16:361-366

40. Bartrop, R.W.; E. Luckhurst; L. Lazarus; Z. Kiloh; 1977  
 R. Penny  
 The influence of the psyche and the brain on immunity  
 and disease suceptibility: a critical review.  
Psychosom. Med. 41:147-164

41. Schleifer, S.J.; S.E. Keller; M. Camerino; J.C. Thorton 1983  
 M. Stein  
 Suppression of lymphocyte stimulation following  
 bereavement.  
JAMA, 250:374-377

42. Greene, W.A. 1954  
 Psychological factors and reticuloendothelial disease:  
 I. Preliminary observation on a group of males with  
 lymphomas and leukemias.  
Psychosom. Med. 16:220-230

43. LeShan, L.I. 1966  
 An emotional life-history pattern associated with  
 neoplastic disease.  
Ann.NY Acad. Sci. 125:780-793

44. Kissen, D.M.  
Psychological factors, personality, and lung cancer  
in men aged 55-64.  
Br. J. Med. Psychol. 40:29-43 1967
45. Bahnson, C.B.  
Psychophysiological complementarity in malignancies:  
past work and future vistas.  
Ann. NY Acad. Sci. 164:319-334 1969
46. Day, G.  
The psychosomatic approach to pulmonary tuberculosis.  
Lancet 1:1025-1028 1951
47. Hinkle, L.E.; Wolf, S.  
A summary of experimental evidence relating life stress  
to diabetes mellitus.  
J. Mt. Sinai Hosp. 19:537-570 1952
48. Stein, S.P.; Charles, E.  
Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: a  
study of early life experience of adolescent diabetics.  
Am. J. Psychiatry 128:700-704 1971
49. Amkraut, A.; Solomon, G.F.  
From the symbolic stimulus to the pathophysiologic  
response: immune mechanisms.  
Int. J. Psychiatry Med. 5:541-563 1975
50. Bartrop, R.W.; E. Luckhurst, L. Lazarus; Z. Kiloh;  
R. Penny  
Depressed lymphocyte function after bereavement.  
Lancet 1:834-836 1979
51. Ader, R.  
Psychosomatic and psychoimmunologic research.  
Psychosom. Med. 42:307-322 1980
52. LeShan, L.  
You can fight for your life  
M. Evans Co., New York 1977

53. Thomas, C.B.; K.R. Duszynsky 1974  
 Closeness to parents and the family constellation in  
 a prospective study of five states: suicide, mental  
 illness, malignant tumor, hypertension and coronary  
 heart disease.  
Johns Hopkins Med. J. 134:251-270
54. McQueen, D.V.; J. Siegrist 1982  
 Social factors in the etiology of chronic disease:  
 an overview  
Soc. Science Med. 16:353-367
55. Marmot, M.G.; Syme, S.L. 1976  
 Acculturation and coronary heart disease  
Am. J. Epidemiol. 104:225-247
56. Cassel, J.; Tyroler, H.A. 1961  
 Epidemiological studies of culture change: I. Health  
 status and recency of industrialization  
Arch. Environ. Health, 3:25-33
57. Tyroler, H.A.; Cassel, J. 1964  
 Health consequences of cultural change: II. The effect  
 of urbanization on coronary hearth mortality among  
 rural residents.  
J. Chronic Dis., 17:167-177
58. Syme, S.L.; Hyman, M.M.; Enterline, P.E. 1964  
 Some social and cultural factors associated with the  
 occurrence of coronary heart disease.  
J. Chronic Dis, 17:277-289
59. Mancuso, T.F.; Sterling, T.D. 1974  
 Relation of place of birth and migration in cancer  
 mortality in the U.S.  
J. Chronic Dis, 27:459-474
60. Sanua, V.D. 1969  
 Immigration, migration and mental illness: A review of  
 the literature with special emphasis on schizophrenia.  
 Pp. 291-352 en E.B. Brody (ed.), Behavior in New Environments.  
 Beverly Hills, Calif: Sage Publications

61. Harburg, E.; Erfurt, J.C.; Chape, C. et al  
Socioecologic stressor area in black-white blood  
pressure: Detroit  
J. Chronic Dis, 26:595-611 1973
62. James, S. Kleinbaum, D.G.  
Socioecologic stress and hypertension. Related  
mortality rates in North Carolina.  
Am. J. Public Health, 66:354-358 1976
63. Syme, S.L.; Berkman, L.F.  
Social class, susceptibility, and sickness  
Am. J. Epidemiol, 104:1-8 1976
64. Antonovsky, A.  
Social class, life expectancy and overall mortality.  
Milbank Mem. Fund Q, 45:31-73 1967
65. Kitagawa, E.M.; Hauser, P.M.  
Differential Mortality in the United States.  
Cambridge, Harvard University Press 1973
66. Nagi, M.H. ; Stockwell, E.G.  
Socioeconomic differential in mortality by cause of death.  
Health Serv. Rep., 88:449-465 1973
67. Rotondo, H.; J. Mariategui; C. Bamlaren y colaboradores  
Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población  
urbana de Mendocita. en: Caravedo, H. Rotondo, J.  
Mariategui, Eds. Estudios de Psiquiatría Social en  
el Perú, Ediciones del Sol, Lima 1963
68. Rotondo, H.  
Psychological and mental health problems of urbanizat-  
ion based on case studies in Perú.  
Pp. 249-57 en Philip M. Hauser (ed.), Urbanization  
in Latin America.  
International Documents Service, New York. 1961
69. Bogin, B.; R.B. MacVean  
Biosocial effects of urban migration on the develo-  
ment of families and children in Guatemala.  
Am. J. Public Health, 71:1373-1377 1981

70. Micklin, M.; C.A. León 1978  
Life change and psychiatric disturbance in a South  
American city: The effects of geographic and social  
mobility.  
J. Health Soc. Behav. 19:92-107
71. Langner, T.S. 1962  
A twenty-two items screening score of psychiatric  
impairment.  
J. Health Soc. Behav. 3:269-76