

DIRECTOR GENERAL DEL PROGRAMA: Dr. ABEL DUEÑAS PADRON

GRUPO DE TRABAJO

Dr. DIEGO MEJIA GOMEZ	
Enf. JACQUELINE MOLINA DE URIZA	COORDINADORES
Dr. HUMBERTO JANER-RUIZ	
Dr. MARIO TRUJILLO	A C F O
Enf. GILMA DE OSPINO	ACOFAN
Enf. IRAIDIS SOTO	
Soc. DIEGO GIRALDO SAMPER	
Ed. NELSA REY DE ASTAIZA	
Estd. MANUEL LEGUIZAMON T.	
Ed. ESLA VARGAS POVEDA	ASESORA MINEDUCACION
Dr. ALIRIO ZAFRA C.	

SUBPROGRAMA - 2

SALUD FAMILIAR

CONFERENCIAS :

- ALGUNOS ASPECTOS DE MEDICINA FAMILIAR

Dr. Diego Mejía Gómez

- PROPUESTAS Y ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR.

Dr. Diego Mejía Gómez

- PSICOTERAPIA DE FAMILIA Y MEDICINA GENERAL

Dr. Francisco Cobos

- FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD

Dr. Carlos A. León

- BASES PARA LA PLANEACION Y ORGANIZACION DE LA ENSEÑANZA DE SALUD FAMILIAR EN EL PRE-GRADO

Dr. Julio León Trejos

Bogotá, Octubre de 1.985

A. BASES INTELECTUALES Y CIENTIFICAS DE LA MEDICINA FAMILIAR

En realidad ninguno de los campos de la medicina, ni ninguna de las especialidades se há 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 fenómenos como la fragmentación, la despersonalización el desplazamiento de los pacientes de un profesional a otro, etc. al mismo tiempo que una 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 hablaremos de la reunión 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 privación física y afectiva lleva a trastornos severos del desarrollo físico e intelectual y a patología social y psicológica.

- 3.- Los estados emocionales producen cambios bioquímicos importantes. Además de las modificaciones hormonales (epinefrina, norepinefrina, 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.

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) a Von Bertalanffy (1982) 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 niveles 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.

MODELO RELACIONAL

El Doctor Lynn Carmichael hizo un estudio de las situaciones de - consulta de los pacientes con sus médicos. El llamó modelo Médico Clí - nicó 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 corresponde - 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 cer - tificación. Este modelo que el Doctor Carmichael llama Relacional - y que, como lo hemos anotado, corresponde al 85% de la consulta, tie - ne mucho que ver con las áreas del comportamiento, con el conocimien - to 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, no fisiológicas o no anatómicas.
- 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 terapéuticos 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 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.

"Alguién 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 nuestra imágenes del futuro sean tan fragmentarias, causales... y equivocadas.

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

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 de la especialización: "... el hombre de ciencia, generación tras generación, ha ido constriñéndose, reclusándose, 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 encerrados 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 estrecha del científico, sin considerar el contexto. Por su puesto 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 físicomatemática, 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 tricarbóxico, describió los pasos seguidos históricamente hasta la clasificación de este importante hecho biológico.

En un artículo (Krebs 1.970), explica por qué otros no llegaron a la misma conclusión: "Por qué a Martus, no se le ocurrió que las reacciones que él 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". Él se considera a sí 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, 1.971), 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 de 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 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 si no se miran de una manera holística, integral, sintetizadora. La teoría de sistemas nos permite organizar la mente para observar fenómenos que ocurren en entidades "completas", 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 solo 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 atención en la cual un equipo de salud de atención primaria atienda un alto porcentaje de los problemas de salud y coordine la atención por otros especialistas está comprobada por las experiencias en medicina general - 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).

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

B. PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

La Medicina 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 solo los principios sino también algunas características de la Medicina 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 Medicina 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 Medicina 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

El concepto de cuidado integral (fig. 1) implica una visión del paciente total y los recursos que pueden ser usados en su beneficio. Se puede, para mayor claridad, utilizar un modelo tridimensional en el cual se incluyen:

- a) Los datos de base.
- b) El análisis de esos datos desde el punto de vista físico, biológico, psicológico y sociológico.
- c) Un plan de acción a nivel de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

Puede observarse que este modelo integral (propuesto por Smilkstein) es paralelo al enfoque de la historia por problemas (SOAP).

Para el cuidado integral se puede seguir el modelo de Leavell-Clark (fig. 2) en el que se presenta la historia natural de la enfermedad y sus niveles de intervención.

CUIDADO INTEGRAL
(Smilkstein)

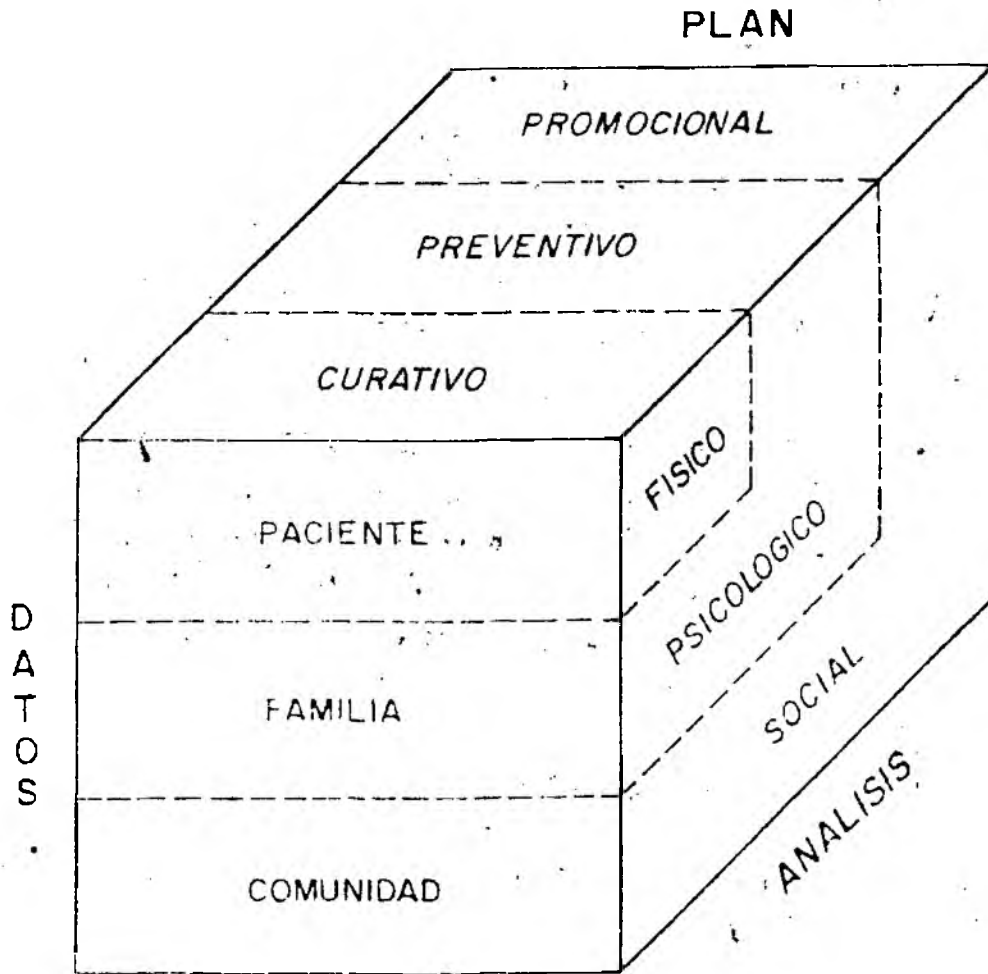


FIGURA Nº 2

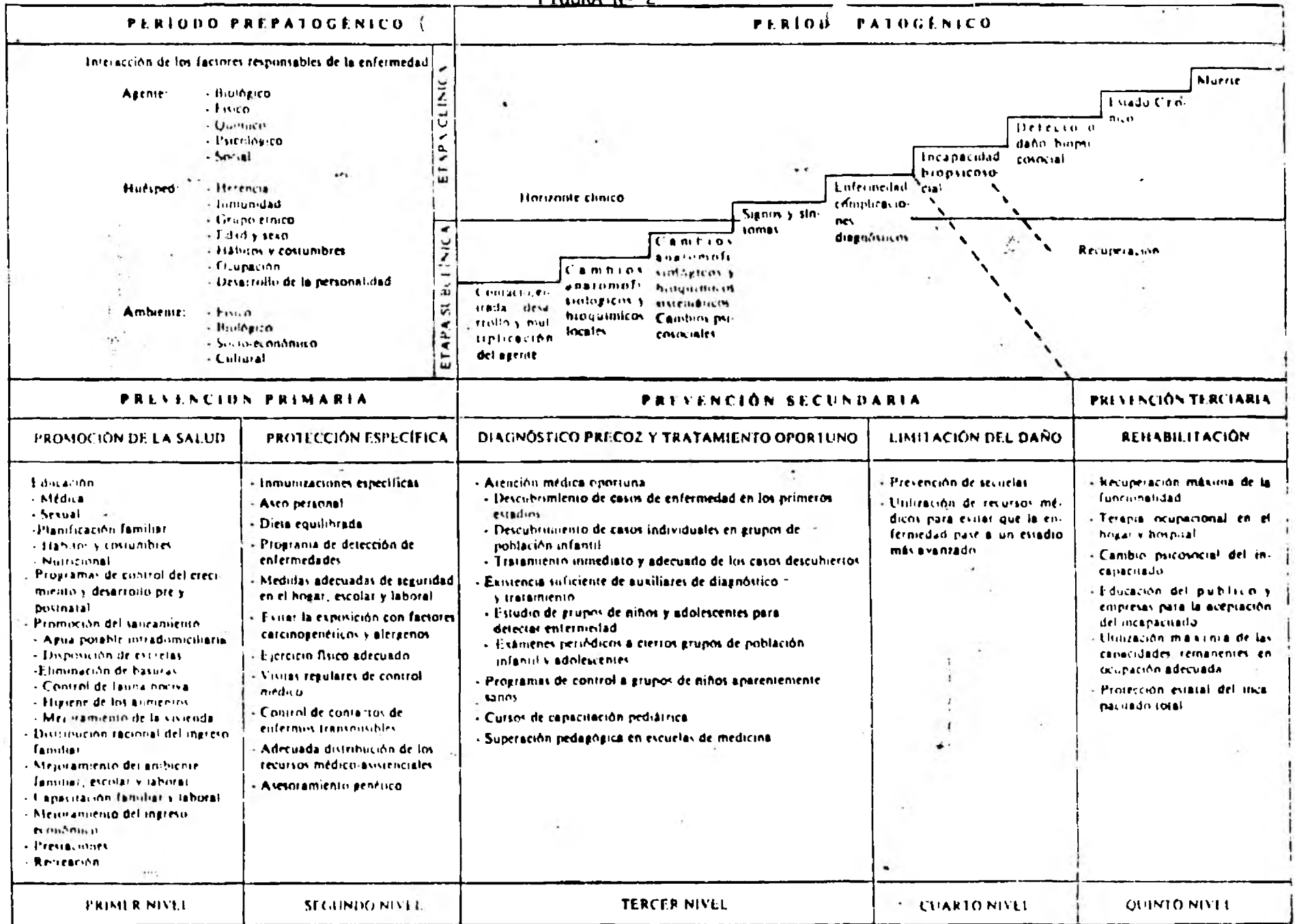


Fig. 3-1. Historia natural de la enfermedad y sus niveles de prevención. (Adaptado de Leavell-Clark: Preventive Medicine for the Doctor in his community, 3a. edición, McGraw-Hill, 1965.)

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

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.

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 (sicológicos y biológicos) y fácilmente correlaciona el contexto - (social, económico, cultural, biológico, sicológico) 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 sicológicos.)

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 prevención 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 coloca en el lugar apropiado (su contexto). Con frecuencia, en el ambiente hospitalario se ignora el contexto biosico social del paciente.

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 POBLACIÓN SEGÚN EL RIESGO.

Esto tiene que ver con el punto anterior, pero teniendo en cuenta no solo 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.

VIII. EL PROFESIONAL DEBE DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE CONOCERSE A SI MISMO.

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

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 de pacientes no seleccionados con problemas no seleccionados y llevar a cabo relaciones terapéuticas con pacientes a lo largo del tiempo.

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 IV). Sin embargo, el profesional debe adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que lo llevan 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.

C. DEFINICION DE FAMILIA

Queremos trabajar con una definición amplia de familia. Para muchos propósitos de orden administrativo, sociológico o investigativo es necesario dar definiciones muy precisas. Sin embargo, cuando hablamos de salud y familia debemos 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.

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 (1.980) " 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' 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".

D. CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia como unidad dinámica pasa por varias etapas de desarrollo iniciándose con la creación de la pareja y terminando con la muerte de los cónyuges. Anexamos una copia de varias clasificaciones del ciclo vital de la familia, adaptado de Geyman (1980).

Aunque puede haber algunas diferencias en clasificación la familia pasa por las etapas de:

- a. Formación.
- b. Expansión.
- c. Dispersión
- d. Independencia.
- e. Muerte de uno de los conyuges.

En cada fase del ciclo hay ciertos riesgos y ciertas tareas para la familia.

Como es imposible exponer en este tipo de presentación todo el material pertinente, me limitaré a tomar del libro de Medalie algunos títulos que pueden servir para dar una idea de los temas a tratar en cada una de las etapas del ciclo familiar en todos los aspectos: biológicos, psicológicos y sociales.

El mismo autor tampoco pretende dar un cuadro completo, sino aquellos elementos que presentan mayor riesgo y que tal vez son tratados insuficientemente en los ambientes académicos donde se hace mención más que todo de los aspectos biológicos.

Para algunos de estos capítulos, en las facultades se puede buscar el personal más idóneo para que los desarrolle. Por supuesto que la intención de incluirlos aquí es para que de una manera u otra no queden por fuera de la formación de los generalistas.

Sugiero que se tome el libro de Medalie como guía, pero es muy importante complementar con los datos tomados de Colombia a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de las Encuestas Nacionales de Salud y de las otras fuentes propias de estudios locales en las distintas etapas del desarrollo.

VARIAS CLASIFICACIONES DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

Etapa del Ciclo	Confereñcia Nacional de la Vida Familiar (1948)	Duval (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 primogéto y de los demás hijos.
III	Hijo mayor: 2 ¹ / ₂ - 5 años	Hijo mayor: 2 ¹ / ₂ - 6 años.	Individualización temprana del mayor.	
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	Ultimos 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.		

I. Etapa inicial de la Unión Conyugal.

Cortejo.

Bases para el matrimonio y selección de la pareja.

Factores asociados a un matrimonio exitoso.

Ajustes matrimoniales.

- Tareas para desarrollar.
- Ajustes en el rol de cada uno de los conyuges.
- Patrones sexuales comunes. Principios generales. Anticoncepción; problemas sexuales más frecuentes. Respuesta sexual normal e inadecuada. Intervención.

II. La Pareja que espera un bebe..

a. Fisiología biológica del embarazo.

Sistemas cardiovasculares, respiratorio, digestivo, urinario, endocrino, músculo-esquelético, nervioso central y piel.

Cambios en la libido y en el comportamiento.

b. Manifestaciones emocionales comunes durante el embarazo.

- Variaciones fisiológicas.
- El espectro de las reacciones emocionales.
- Tipos de personalidad.
- Actitudes hacia la concepción, el embarazo, el feto y el niño.
- Situaciones de estrés durante el embarazo.

c. Implicaciones sociales y familiares del embarazo.

d. El marido.

- Experiencia de vida anterior.
- Motivación para el matrimonio.
- La relación marital y la adaptación a nuevos "roles"
- Conocimiento y preparación para los cambios del embarazo.
- Soporte de la cultura y la sociedad.

e. Quejas comunes durante el embarazo.

- Anormalidades menores.
- Condiciones graves o que amenazan la vida.
- Condiciones asociadas.

f. Problemas específicos y sus implicaciones clínicas.

- Náuseas y vómitos y su relación con abortos.
- Enfermedades virales en el embarazo.
(rubeola, herpes, citomegalovirus, otros)
- Amniocentesis.
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo.
- Diabetes.
- Alcohol, cigarrillo, drogas durante el embarazo.

III. El primer hijo: Relaciones de los padres y el problema de la -
deprivación.

Obviamente este capítulo podría contener toda la neonatología y buena parte de la pediatría, pero aquí se hace énfasis en el aspecto de las relaciones de los padres con su hijo y en el problema de la deprivación.

Factores importantes asociados con la deprivación de los padres:

- El proceso: Tipo y naturaleza de la deprivación. duración de deprivación; preparación para la separación o inmediatez de la misma.
- El niño: Edad, estado de salud.
- Los padres y sus substitutos: Relación entre los padres. Tipo y calidad de la substitución.
- La influencia de la cultura y la sociedad

IV. La familia con un adolescente.

Adolescencia temprana.

Adolescencia media.

Adolescencia tardía

- Tareas para desarrollar en la adolescencia (cambios corporales, entendimiento con las demás personas, independización, logro de status económico y social, identidad.
- Problemas más comunes de consulta.
- Intimidad (Erikson).

V. "La Edad Mediana"

- a. El síndrome del nido vacío.
- b. Tareas para desarrollar en esta etapa.
- c. Cambios fisiológicos y sicosociales.
 - Envejecimiento de las funciones vitales.
 - Cambios físicos.
 - Cambios clínicos y bioquímicos.
 - Variaciones en el comportamiento.
 - Cambios emocionales y sociales.
- d. Notas sobre morbilidad y mortalidad en esta etapa.
- e. Aspectos seleccionados de la epidemiología de la enfermedad coronaria.

VI. Tercera Edad.

- a. Estado de salud.
 - Enfermedad y problemas específicos.
 - Estados de nutrición y desarrollo.
 - Cambios mentales y emocionales.
 - Adaptación social.
- b. La Familia.
 - Roles y relaciones.
- c. Extensión del problema y algunas implicaciones.
 - Ocupación.
 - Ingreso
 - Vivienda.
 - Actividades y pasatiempos.
 - Dieta.
 - Uso de servicios médicos.
 - Ambiente del anciano.
- d. Manejo y cuidado del anciano.

VII. El proceso de la muerte.

Aspectos sociales, emocionales y filosóficos.

La muerte digna.

La verdad acerca de la severidad de la enfermedad.

Las etapas en la adaptación al proceso de morir.

El luto.

Actitudes de los profesionales de la salud.

E. RESPUESTA DE LA FAMILIA AL ESTRES

Para que el profesional en Salud Familiar pueda evaluar e intervenir adecuadamente en la función de la familia de la misma manera que lo hace en los aspectos biológicos, algunos autores han tratado de esquematizar estos procesos en modelos que faciliten la comprensión de la función y de la disfunción familiar.

El ciclo de la Función Familiar (Smilkstein, G. 1980) es un marco de referencia conceptual que presenta un punto de vista empírico de las respuestas que pueden resultar cuando una familia experimenta un evento estresante.

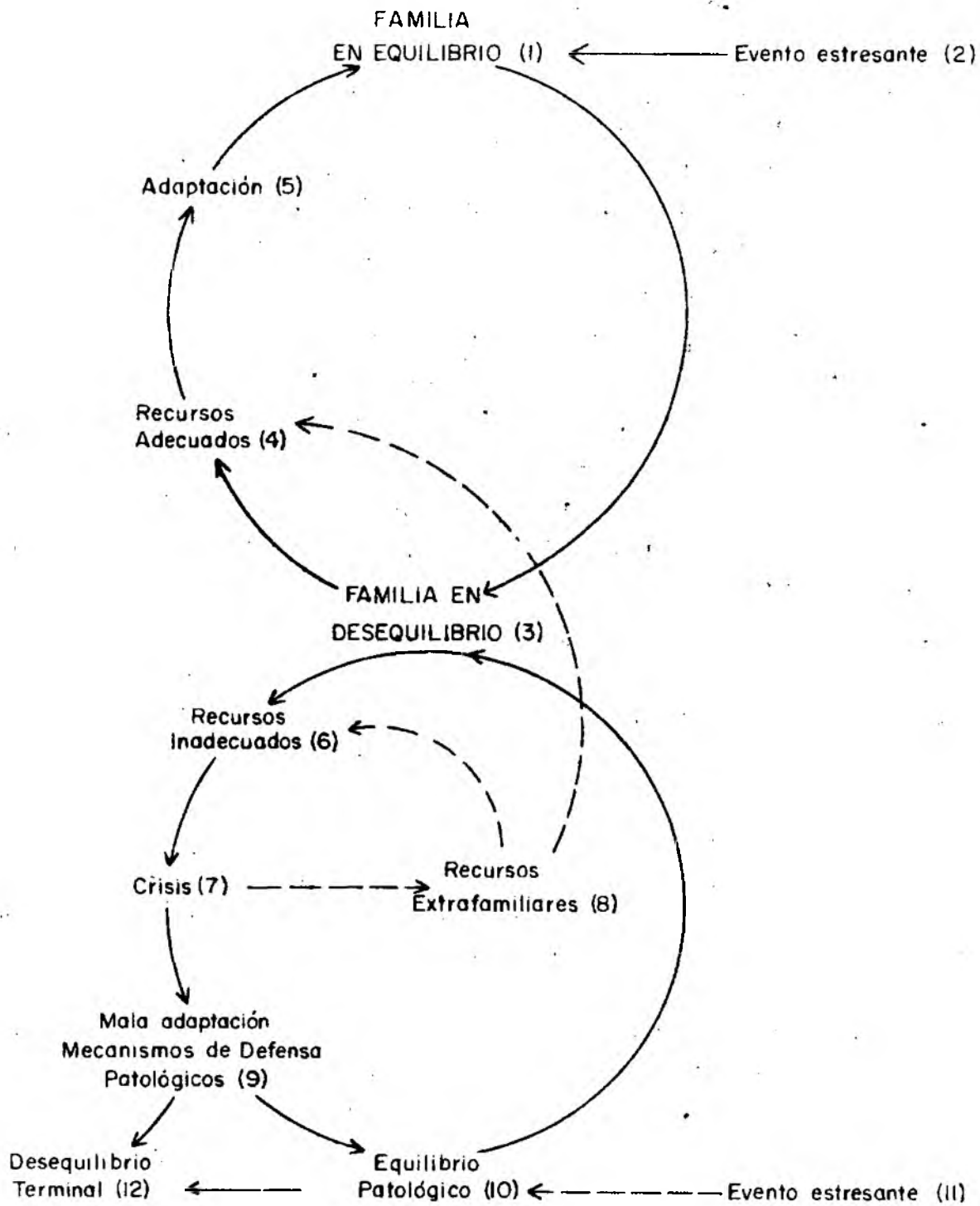
Una familia con buena salud es aquella que los miembros la perciben como coherente (cohesiva) y que ofrece el apoyo y los recursos que son necesarios para el crecimiento y el sustento personal a la luz de los retos de la vida.

Una familia mantiene su equilibrio utilizando sus propios recursos. Sin embargo, el interés puede llevar a un estado transitorio de desequilibrio que requiere adaptación.

Los recursos con los que cuenta la familia son sociales, culturales, religiosos, económicos, educacionales, ambientales y tecnológicos. El estrés que en un momento afecta a la familia puede ser de distinta magnitud pero a su vez la percepción que los miembros de la familia tengan de ese estrés le da su verdadera significancia. En el modelo presentado en la figura 3 puede observarse cómo la familia vuelve a su equilibrio original cuando los recursos son adecuados. Se observa cómo se puede llegar a una crisis que requiere una ayuda de recursos extrafamiliares. Si estos recursos son adecuados, se restablece el equilibrio, si no lo son puede llegarse a una mala adaptación, o a un equilibrio patológico que con más estrés lleva a un desequilibrio terminal.

Figura 3

F - CICLO DE FUNCION FAMILIAR (Smilkstein)



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

FORMULA

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

A: Estado biomédico.

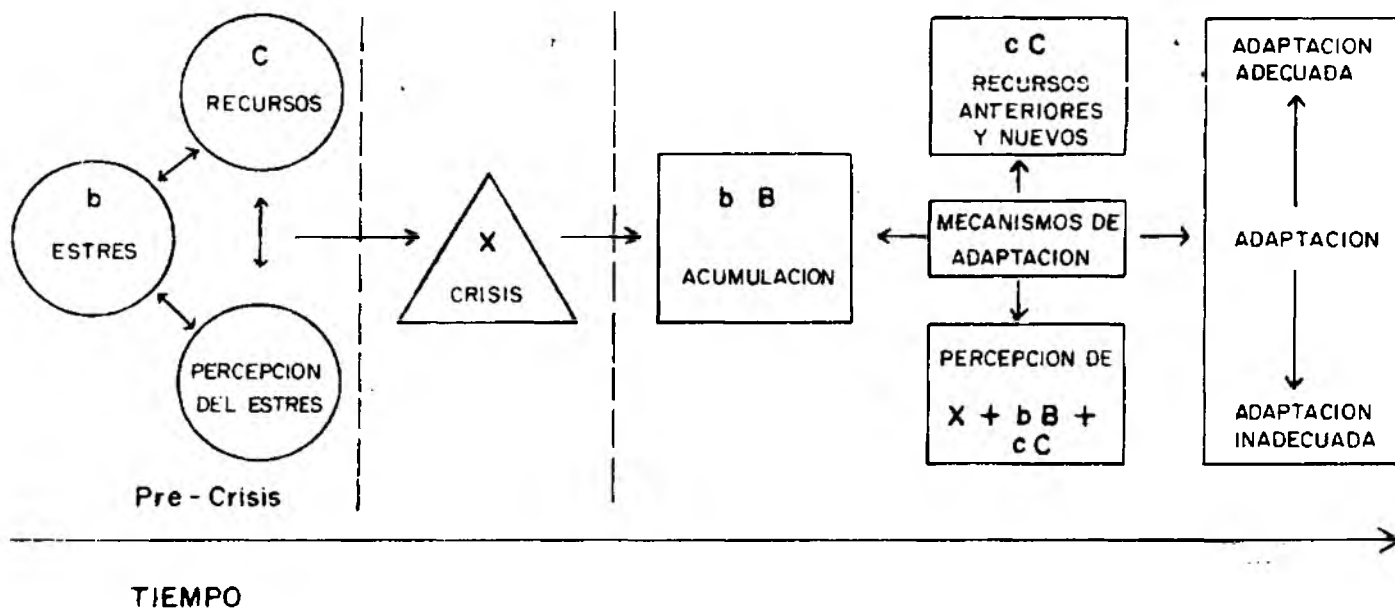
B: Eventos Estresantes.

C: Recursos.

D: Estrategias de Adaptación.

X: Resultado (Enfermedad o Adaptación)

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



G. 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.

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 recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un período de crisis.
<u>P</u> artnerships Participación como socio <u>P</u> oder	Es la participación como socio en compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define 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 soporte y ayuda 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 familia.

CUESTIONARIO APGAR

A una persona o a 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 de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.</p> <p>Comentarios:</p>			
<p>Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.</p> <p>Comentarios:</p>			

Yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor.

Comentarios:

Yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero.

Comentarios:

CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA

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 NUNCA "	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 ex- plorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáti- cas.

Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas (Anglosa jona y en el sureste de Asia) y ha sido comparado con cuestiona- rios más complejos con muy buena correlación.

Por supuesto, que no tiene una precisión absoluta ya que en algu- nas familias con problemas de falta de definición de límites en- tre sus subsistemas ("enmeshed", según Minuchin) se han encontra- do 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.

Good M.J.D, Smilkstein, G et al The Family APGAR index: A study of constract Validity. J. Fam. Pract 8:577, 1.979.

G.2.GENOGRAMA, FAMILIOGRAMA O MAPA FAMILIAR

En Medicina Familiar se usa esta representación gráfica de la familia para apreciar rápidamente algunos aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la familia y sus integrantes. Con una mirada se puede estimar la composición de la familia nuclear, de la familia extendida, las edades, los problemas de enfermedad de sus miembros, los que han muerto, el número de componentes y algunos aspectos importantes de las interrelaciones (separaciones, lazos afectivos, rechazos etc.)

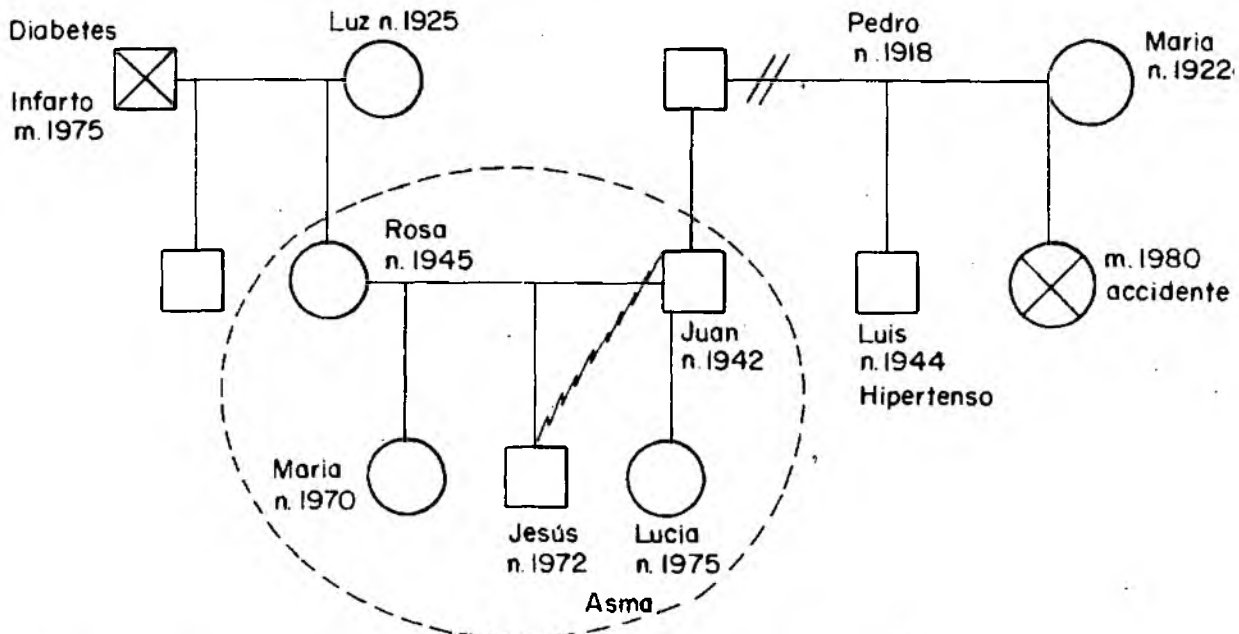
Algunas utilidades del genograma (adaptadas del manual de Introducción al Cuidado del Paciente, editado por la Universidad Médica de Carolina del Sur y por el Director del Curso el doctor -- Barry Hainer, (1985) se pueden resumir así:

1. Reunir Información: Nombres, edades, fechas de eventos importantes (nacimientos, muertes, matrimonios, separaciones) y la historia médica, sociológica y emocional.
2. Definir la tarea de la familia. La orientación del mapa va más dirigida a la familia que al paciente. Esto hace pensar al médico en la familia como unidad de atención.
3. Acercamiento a la familia de una manera que no sea amenazante. Cuando se enfocan los problemas de la familia y se toman en conjunto, cada uno de sus miembros no se sienta cohibido o culpable de ser la causa de lo que esta pasando.
4. Para obtener un "Cuadro General" ayuda a obtener la información necesaria ya que los datos que se necesitan aparecen en el mapa. Se pueden detectar motivos de estrés o riesgos potenciales.

Obviamente es muy valioso para tener una idea temprana de la función familiar.

5. Mostrar los patrones de conducta de la familia. Se puede determinar quién habla por los demás, quién detenta el poder, quién toma las decisiones, quién hace el papel de enfermo, de mártir de fuente etc.
6. Identificar el patrón de síntomas propios en la familia. La doctora Sandra Prince-Embury (1984) demuestra cómo ciertos síntomas se repiten dentro de la familia y cómo esta información puede utilizarse en la predicción, en la educación de los pacientes y en la prevención de problemas de salud.
7. Otros beneficios del mapa familiar: Sirve para que otros miembros del equipo tengan una apreciación visual rápida de la familia y sus problemas.
 Esto hace ahorrar tiempo y evitar confusiones.
 No es necesario, para hacer un genograma, la presencia de todos los miembros de la familia. Con un buen informante muchas veces es suficiente.

EJEMPLO: DE FAMILIOGRAMA



= Relación afectiva fuerte
 ~~~~~ Relación difícil

// Separación  
 ○ Familia nuclear  
 X-Muerte  
 n- Fecha nacimiento  
 m- Fecha de muerte

similaridad.

El establecimiento de una jerarquía de las necesidades vitales (ingerir, excretar, etc.) crea secuencias que ordenan y catalogan las emociones, como sucede en la secuencia del Desarrollo Psicosexual, magistralmente descrita por Freud.

II. Aparato Perceptual. En el modelo original el área que tiene a su cargo el reconocimiento del Objeto posee un gran potencial de desarrollo. Inicialmente ese reconocimiento está a cargo de la organización cenestésica, en la que el modo de "darse cuenta" es primordialmente visceral, centrado en el sistema nervioso autónomo, y que se manifiesta para el sujeto directamente en forma de emoción sin necesidad de ser acompañada de una imagen representacional.

La necesidad de percibir el mundo externo al sujeto introduce la variedad de percepción diacrítica, que se ejerce a través de los canales perceptuales (tacto, olfato, audición y visión), trazas básicas de la cenestesia.

El aumento del número de Objetos que deben ser discriminados impone el paso de un modo a otro de percepción lo que se consigue mediante el progreso de la "percepción por contacto" a la "percepción a distancia".

namiento psicológico, proceso que gira alrededor del Placer, concebido aquí como un continuum, cuyos dos polos opuestos están representados por una parte por la Tensión y por otra por la Dis-tensión o Placer.

Es claro que ese continuum del Placer está relacionado tanto con la necesidad vital como con el Objeto específico de esa necesidad. A diferente necesidad y a diferente Objeto corresponden modalidades de Placer-Displacer diferentes: la angustia generada por la falta de oxígeno y el placer que viene de la bocanada de aire fresco difieren del disgusto que acompaña a la carencia de compañía y al placer que surge de la aparición del conyuge.

Las generalizaciones anteriores sugieren que a partir de las primeras emociones que el sujeto experimenta se presenta un desarrollo consistente básicamente en un progresivo enriquecimiento de las experiencias emocionales dependiente del hecho de haber vivido el sujeto nuevas y cada vez más numerosas necesidades, que requieren nuevos y diferentes Objetos, hacia cada uno de los cuales se "vivencia" un estado emocional diferente. En etapas posteriores es posible que el sujeto agrupe emociones similares bajo la misma designación, las "ternuras" o las "rabias" por ejemplo, grupos cada vez más numerosos y más ricos, comparables con los de otros sujetos sólo por

con las tensiones y dis-tensiones, los dis-placeres y los placeres, característicos del aparato psicológico humano.

### 3. Una conceptualización del desarrollo psicológico.

Una de las leyes que rigen el funcionamiento de los Sistemas, la de la "Progresiva Autonomía de los Sub-sistemas" sugiere que, también en los sistemas psicológicos, su optimización debe hacerse a partir de aquellas áreas menos diferenciadas, que tienen una mayor potencialidad funcional. En el caso del aparato psicológico humano esos desarrollos corresponden a las siguientes situaciones:

I. Aparato emocional. Es natural que el reconocimiento de las desviaciones homeostáticas tiene tanta importancia para la organización total del modelo que su desarrollo toma precedencia sobre cualquier otra forma de perfeccionamiento. Este reconocimiento está involucrado dentro de una secuencia de eventos que puede sintetizarse así: Aparición de una necesidad vital, desviación de la homeostasis, "reconocimiento" de la desviación como tensión, búsqueda del Objeto gratificante, gratificación de la necesidad, recuperación del nivel homeostático, "reconocimiento" de la dis-tensión o placer. Es claro que esta secuencia representa la descripción más simple del mínimo funcio

para percibir las situaciones que lo alejen de esa constancia interna, las que se "viven" como "tensión", "displacer" o "angustia". La capacidad del modelo para modificarse a sí mismo (acomodación) o para modificar el ambiente (asimilación) le dá su capacidad de adaptación, lo que lo lleva a regresar a la situación homeostática, con la consecuente "dis-tensión" o sensación placentera. Los sistemas de retroalimentación implícitos tienen una infraestructura fisiológica constituida no solamente por el sistema nervioso central sino también por el sistema nervioso autónomo, por los sistemas perceptuales, por los sistemas endocrinos, etc., integrándose así uno de los sistemas bio-psicológicos más complejos que se pueda describir dada la riqueza de sus enlaces retroalimentatorios.

Por otra parte el regreso a la homeostasis implica la satisfacción de las necesidades creadas por la desviación previa. Aquello que satisface al sistema se denomina Objeto, y dado que, en la vida real, la inmensa mayoría de los Objetos son seres humanos, el sistema se hace bio-psico-social.

Es claro que el modelo no debe ser concebido en el vacío sino que, puesto que los Objetos son en su mayoría también humanos, se produce un entrelazamiento de relaciones que constituye la Red Psicosocial, que vibra como un inmenso organismo

cionamiento de la familia. Se requiere que este modelo corresponda inicialmente al mínimo de desarrollo, es decir que implique el mínimo de funcionalidad, de manera que sobre él se pueda modelar posteriormente los rasgos esenciales del desarrollo psicológico.

Si se acepta que "estructura" es organización de funciones, se hace obvio que el modelo debe conservar su estructura pues de otra manera se desorganizaría, es decir no permanecería en el tiempo ni en el espacio. Esa necesidad de organización implica que el modelo de aparato psicológico presupone un funcionamiento homeostático, lo cual introduce la noción cibernética de "sistema", como ha sido concebida dentro del contexto de la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy).

Se concibe así el modelo de aparato psicológico individual como un verdadero sistema abierto, constituido por las funciones del Sistema Nervioso Central las que interactúan entre sí de manera específica y le confieren a la totalidad una tendencia a permanecer organizadas, manteniendo una homeostásis, sin la cual se produciría su desorganización y finalmente su desaparición. (Véase gráfico No. 1).

La tendencia homeostática implica que el modelo tiene cierta capacidad

## 1. Generalidades.

El desarrollo de la Psicoterapia de Familia ha sido extraordinariamente rápido. Sin embargo se carece aún de un marco conceptual integrativo que permita intervenciones operacionales de alta eficiencia. A la ignorancia que tenemos sobre los detalles y las intimidades de la estructura y de la dinámica de los grupos familiares se agrega la falta de un modelo de funcionamiento psicológico individual concordante con los modelos familiares, que permita comprender el paso del funcionamiento intraindividual al funcionamiento familiar grupal. Este último punto es de especial importancia puesto que su resolución permitiría incorporar a la práctica de las intervenciones sobre la familia el inmenso caudal de conocimientos que poseemos sobre el sistema psicológico individual.

## 2. Un modelo de funcionamiento psicológico individual.

Como contribución al desarrollo de la psicoterapia de familia se considera la importancia de "modelos" conceptuales que permitan la exploración científica y amplíen la posibilidad de intervenciones terapéuticas eficientes. Se considera importante presentar un modelo del aparato psicológico humano que pueda posteriormente ser trasladado o incorporado al modelo de fun-

trica Americana encargó a un Grupo Especial, bajo el título de Terapia Familiar y Psiquiatría, uno de cuyos párrafos dice:

"La Terapia Familiar y la Teoría de la Familia potencialmente tienen que ver, tanto con el modelo biomédico como con el modelo biopsicosocial aun cuando hasta muy recientemente el potencial que existe en el modelo sistémico para optimizar la promoción de los cuidados de salud no ha sido apropiadamente investigado. A pesar de esto, es claro que la atención primaria es una área en la que el modelo sistémico familiar puede mejorar los procesos del cuidado de la salud. El enfoque familiar de la enfermedad orgánica inmediatamente destaca a la Familia como el contexto crítico en el que se sucede no solamente la enfermedad sino también la curación. Vista de esta manera, la enfermedad tiene un papel importante en el funcionamiento de la Familia, y por lo tanto la curación del individuo afectado puede ser poderosamente impulsada a través de intervenciones no medicamentosas".

La contribución del autor a este Seminario-Taller de Ascofame, consiste en el resumen, que se presenta a continuación, de su libro "Familia - Introducción a la Psicoterapia de Familia", próximo a publicarse.

pués de la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos y que a partir de ese comienzo su crecimiento ha sido inusitadamente rápido hasta llegar a ser en la actualidad un movimiento internacional de gran trascendencia, con un cuerpo de publicaciones excepcionalmente voluminoso, que refleja la intensidad de la investigación sobre el funcionamiento normal y anormal de la Familia.

En relación a esas investigaciones es importante enfatizar aquí que gracias a ellas el movimiento psicoterapéutico familiar ha podido transformar las bases conceptuales de la psiquiatría contemporánea al introducir un paradigma de tipo biopsico-social para reemplazar al clásico enfoque biomédico-lineal en que estaban basados los modelos conceptuales tradicionales.

De esta manera el concepto de etiología, tan precioso a la medicina tradicional, dejó de ser concebido como una cadena lineal en la que A causa a B, y B a C, para ser presentado, a la luz del pensamiento cibernético, como un haz de eventos que se modifican a sí mismos a través de rizados retroalimentarios, introduciendo una concepción de la causalidad más de acuerdo al clima científico de esta segunda parte del siglo veinte.

La importancia de estas posiciones conceptuales se refleja, por ejemplo, en la publicación del Reporte que la Asociación Psiquiá-

# PSICOTERAPIA DE FAMILIA Y MEDICINA GENERAL

-----

Francisco Cobos M.D.  
Septiembre 1985

## Introducción.

La celebración por parte de ASCOFAME de un Seminario-Taller sobre "Medicina General Familiar" constituye una excelente oportunidad de reflexión sobre los conocimientos que la Psicoterapia de Familia ha desarrollado en torno a los sistemas familiares, y a su aplicación dentro del contexto de la Medicina General.

Debe mencionarse desde el principio que la Psicoterapia de Familia, que no solamente es una variedad de tratamiento psicológico, sino además una nueva posición epistemológica frente al sufrimiento y al conflicto humano, percibe, por esa razón, a la familia como el contexto crítico por excelencia dentro del cual se sucede la salud y la enfermedad.

De manera igualmente introductoria se debe recordar que la Psicoterapia de familia tuvo sus orígenes inmediatamente des-

2. Actividades en el centro a lo largo de los años clínicos tomando responsabilidades con familias. Ejemplo: dos o tres tardes en los últimos dos o tres años de la carrera.
3. Internado "rotatorio" llevarlo a cabo en un centro de atención familiar con un compromiso mayor con un número definido de familias.

Es claro que cada facultad, debe discutir en su interior las ventajas de las distintas estrategias y adoptar la que más le parezca. Preferiblemente deberfan llevarse a cabo investigaciones educativas que orienten a las mismas facultades sobre los caminos a seguir.

#### IDEAS COMPLEMENTARIAS.

1. ¿Quién debe enseñar el modelo biopsicosocial? Hay diferencias de opinión. El Dr. George L. Engel Psiquiatra, de la Universidad de Rochester y quien ha sido un impulsador de estos conceptos, dice que no son los psiquiatras los únicos que deben promulgar estas ideas porque paradójicamente se continuaría el dualismo. Ellos podrían muchas veces ser los "primeros mensajeros" para que los demás médicos sean los "mensajeros secundarios". Algunos sugieren que sean los especialistas en Medicina Familiar. Nosotros creemos que este modelo debe impregnar toda la educación en salud y que idealmente este paradigma sea enseñado no solo a los profesionales de la salud sino al público en general.
2. En el plan de estudios los estudiantes pueden tener una asignatura con el nombre de Salud Familiar. Allí se incluirán los temas específicos sobre los que se quiere hacer énfasis, aunque pudieran participar profesores de varias disciplinas. Este enfoque tendría como ventaja la garantía de que van a ser expuestos, en forma sistemática y ordenada, a todas estas ideas. Por otra parte, podría criticarse el que se considerara como una materia aparte que no tiene mucho que ver con el resto. Todo depende de la metodología de la motivación y del impacto que se logre.

- f. El cuidado debe ser integral. Esto incluye un enfoque de varias dimensiones: al individuo, a la familia y a la comunidad. Debe evaluarse los aspectos físicos, biológicos, psicológicos y sociológicos. Los planes deben estar dirigidos hacia la educación en salud, promoción, prevención - curación y rehabilitación.
- g. Las características de trato humano, continuo, afectuoso siempre deben estar presentes.
- h. Lo mismo, los conceptos de eficacia, eficiencia y costo.
- j. Debe haber un buen sistema de comunicación con otros niveles, así como de referencia y consulta.

Una vez establecida la población y el centro de atención, debe buscarse la forma de que los estudiantes participen en forma activa y comprometida en esos centros. Es difícil dar pautas específicas, porque esto depende de los recursos de cada facultad y del de estudiantes. Sugerimos que haya experiencias intensivas y también continuas que sean en los años clínicos, cuando los estudiantes tienen más capacidad de actuar y de integrar. No debería haber mucho temor de competencia con otras materias clínicas. Se pueden llevar a cabo planes para enseñar las materias clínicas en esos centros. Los problemas de salud que allí se presentan son más representativos de la epidemiología de la región, que los hospitales universitarios.

Los centros pueden ser urbanos, rurales o semirurales. Pueden ser separados del hospital universitario o eventualmente anexos al mismo.

Ejemplos de estrategia:

- 1. Rotaciones similares a las otras rotaciones clínicas durante un período intensivo pero idealmente con alguna continuidad a lo largo de los años (medio día).

los padres de la esposa). Esto no debería implicar mucho tiempo para el estudiante quien podría llevar una experiencia continua a través de los años pero con poca intensidad en el tiempo. Si esta experiencia es compartida por un grupo de estudiantes (p.e. enfermería, odontología, medicina) podría tener más impacto.

#### (B) PRACTICA EN SALUD FAMILIAR

Ya se ha dicho que los estudiantes necesitan mentores y modelo no solo para aprender sino para aceptar modos de comportamiento. No ha sido exitoso que un grupo de superespecialistas les digan a los estudiantes que ellos deben integrar todos sus conocimientos y habilidades en un mundo muy diferente al que ellos viven en el pregrado.

Por esto es necesario que en todas las facultades haya un sitio de práctica que sirva de modelo para una atención de salud familiar

En otros capítulos están descritas las características de ese modelo. Brevemente recordaremos aquí algunos de los componentes de esos centros de atención familiar.

- a. Deben comprometerse con una población definida.
- b. Debe haber amplia participación de la comunidad en la definición de las necesidades de las personas, en el funcionamiento del centro y en la búsqueda de soluciones.
- c. Debe haber una orientación especial a la familia. Por supuesto que el individuo y la comunidad son muy importantes.
- d. Debe trabajarse en equipo. No solo el equipo básico de profesionales sino de promotora y otros líderes comunitarios. Innovaciones como la del "colaborador" descrito por el Dr. Julio León Trejos del CES de Medellín debe tenerse muy en cuenta.
- e. El expediente o historia clínica orientada a la familia debe ser un instrumento útil para la continuidad y debe estar accesible para todo el equipo de salud.

los conceptos anteriores.

Creemos que los profesores y estudiantes deben incorporar el concepto biopsicosocial a todos los campos de la salud, y la etiología de la enfermedad en la actitud y en la visión de la profesión. Específicamente en la enseñanza de los conceptos de familia, ciclo familiar, riesgo según la dinámica del ciclo, disfunción familiar, detección de problemas, intervención, factores psicosociales en la salud y la enfermedad, principios de la salud familiar, etc. Cada facultad puede analizar un temario completo y de acuerdo con sus planes actuales pueden introducir estos aspectos en las siguientes asignaturas, escogiendo las personas más adecuadas para dirigir cada tema. Por ejemplo familia y ciclo familiar puede ser presentado en algunas de las asignaturas de ciencias sociales o en psicología o en ambas, de acuerdo con cada escuela. La influencia de los factores psicosociales en el mantenimiento de la salud, en la producción de la enfermedad puede enseñarse en epidemiología y en patología general, la relación médico paciente con énfasis en la comunicación en Semiología, Medicina Interna, etc.

Sin embargo, consideramos muy importante que alguna persona o un grupo (p.e. Comité del Plan de Estudios o de Currículo) esté atento a que estos conceptos sean llevados y de la mejor manera posible.

Consideramos que en la primera etapa (teoría) debe haber experiencias vivenciales que permitan que los conocimientos adquiridos lleven un componente afectivo importante para que luego se traduzca en actitudes. Una sugerencia sería la de asignación de familias (pocas) a los estudiantes para que las conozcan y las sigan a través de sus etapas de evolución. Para esto sería muy útil que el estudiante observara e interactuara con un matrimonio (o pareja) recién establecido, de tal manera que pudiera observar las etapas de formación, adaptación inicial, espera del niño, nacimiento del primer hijo, etc. Como complemento podría tener una familia más adelantada en el ciclo o parte de la familia extendida de la pareja joven (p.e.

2. Los conceptos de Salud Familiar comprenden una serie de aspectos que deben llevarse a la práctica diaria del ejercicio profesional. Sin embargo, debemos distinguir un contenido teórico, que los estudiantes deben conocer bien y un campo práctico que sirva de modelo para la formación y desarrollo de las actitudes, habilidades y conocimientos que el estudiante debe incorporar.

(A) TEORIA DE LA SALUD FAMILIAR:

Estrategia para su aprendizaje.

- A-1 Lo ideal sería que las facultades realizaran seminarios o talleres para que todos los profesores entendieran el paradigma moderno desde el cual se mira la salud y la enfermedad, cual es el MO  
DELO BIOPSIKOSOCIAL.

Esto permitiría que en todas las asignaturas básicas hubiera elementos y ejemplos de esta visión y en las asignaturas clínicas siempre se mirará el proceso de salud y enfermedad desde esta perspectiva.

Un ejemplo de estrategia sería el de un curso de introducción desde el primer semestre en el que se explique la Teoría General de Sistemas incluyendo la participación de profesores de embriología, anatomía, bioquímica, fisiología, psicología, clínicas y sociales. Allí se aprovecharía para poner ejemplos de una visión del universo desde la perspectiva nueva de la ciencia y se harían contrastes entre el reduccionismo, el holismo, los conceptos cibernéticos, la visión lineal y mecanista, algo sobre la "revolución en la ciencia" los nuevos paradigmas biopsicosociales. Aunque esto fuera solo una especie de taller de una semana inicial en cada facultad, los resultados a nivel de profesores y estudiantes podrían ser enormes.

Aceptando o no la estrategia anterior, en las asignaturas básicas ya programadas, no es posible presentar ejemplos frecuentes de

## ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA "SALUD FAMILIAR EN PREGRADO"

DIEGO MEJIA GOMEZ

### ESTRATEGIAS:

Dentro del proyecto para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud y en lo referente a salud familiar se han descrito los llamados elementos para la "Elaboración del modelo de la Salud de la Familia". El primer elemento es el de los Principios Biopsicosociales, el segundo se refiere al perfil profesional en salud familiar, el tercero a los objetivos en la formación y el cuarto a las estrategias. Dentro de este elemento y que merece especial mención está el relativo a la práctica en Atención de Salud Familiar.

En esta presentación no vamos a referirnos a la justificación de introducir o acrecentar los conceptos de la Salud Familiar en las facultades. Tampoco describiremos los temas, los conceptos, las actitudes ni las características que tienen relación con la idea de salud familiar.

Solo se recordarán algunos conceptos para ubicarnos en nuestra tarea de sugerir algunos caminos en la inserción de la salud familiar en los currículos de pregrado.

1. La meta es la formación de generalistas en Odontología, Medicina y Enfermería con unos buenos conocimientos y actitudes hacia la salud familiar. No se hace énfasis y a veces no se mencionan todos aquellos campos del currículo que son tradicionales y que se aplican muy bien en las facultades. En otras palabras, las ciencias básicas, clínicas y sociales siguen siendo tan importantes pero asumimos que el énfasis es suficiente en los actuales programas. Los conceptos de Salud Familiar deben estar íntimamente entrelazados con todas las asignaturas del plan de estudios y en vez de ser excluyentes deben estar integrados.

| <u>NIVELES</u> | <u>ASIGNATURAS</u>                                                                                  | <u>TEORIA</u>                                                                             | <u>TEORIA/PRACTICA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I              | Biología-Genética<br>Morfofisiología<br>Microbiología<br>Sociales<br>Psicolibología-<br>Psicología. | Sistemas "Modelo Bio-<br>psicosocial" Familia.                                            | 1-2 horas semanales por varios años. Ejemplo:<br>sábados 1 hora semana. Sábados 1/2 día mensual.<br>Tema: Familias. Estructura. Ciclo. Contexto<br>Ajustes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| II             | Patología<br>Fisiopatología<br>Epidemiología<br>Farmacología.                                       | Teoría:<br>Toma de datos.<br>Análisis a nivel bio-<br>lógico, psicobiológico<br>y social. | Igual Intensidad.<br>Mayor compromiso en el análisis de problemas a<br>nivel de la familia y la comunidad.<br>Nichos: Relación con la comunidad y evaluación<br>de sus recursos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| III            | <u>Clinicas</u><br>Especialidades<br>Modelos de Atención<br>Primaria.                               | Elementos e interven-<br>ción en atención pri-<br>maria.                                  | Rotación por Centros de Atención Primaria con equi-<br>po de salud, compromiso activo y participación a<br>todos los niveles.<br>Ejemplo (1) Todo el Internado en un Servicio Inte-<br>grado de Excelencia en Atención Prima-<br>ria.<br>Ejemplo (2) Rotación en uno de los últimos años<br>equivalente a las rotaciones clínicas<br>clásicas. 4 meses.<br>Ejemplo (3) Asistir con asignaciones específicas<br>a un Centro de Atención Primaria<br>durante los tres últimos años y por<br>medio día a la semana. En el último<br>año, 6 meses de dedicación más compro-<br>metida con la comunidad.<br>Ejemplo (4) Combinaciones de las anteriores u<br>otras innovaciones, de acuerdo con<br>los recursos y las circunstancias<br>de cada universidad. |

2. Un grupo multidisciplinario independiente o perteneciente a un departamento pero con fuerte apoyo logístico de los demás departamentos. Para que funcione debe haber un compromiso político muy definido por parte de la universidad y sus directivas y una persona motivada, con capacidad de liderazgo en la dirección del grupo.
3. Si no es posible ninguno de los dos pasos anteriores, se hace necesaria la capacitación más formal de líderes que traten de movilizar a los organismos de salud y a la misma universidad para el logro de esa Unidad o Modelo de Atención Integral.

- Semiología: actitud y la acción personal del profesional como elemento terapéutico. El examen físico como un elemento más en la comunicación con componente también de terapia y de mejor seguimiento de las recomendaciones. La toma adecuada de los datos, no solo a nivel personal sino también de la familia y de la sociedad en la que viven. La historia orientada a problemas.
- Ciencias Clínicas (OME) En todas las ciencias clínicas de las facultades de OME debe destacarse el modelo biopsicosocial. Debe hacerse énfasis sobre los aspectos epidemiológicos. Deben buscarse oportunidades para aprender estas disciplinas, aunque sea solo parte del tiempo, con comunidades distintas a las referidas a los niveles terciarios de atención.
- Medicina Interna  
Pediatria  
Obstetricia  
Cirugia  
Psiquiatria  
Ortodoncia  
Perodoncia  
Exodoncia, etc.
- Idealmente buena parte de los objetivos de cada una de estas especialidades, sus ramas (Oftalmología, neumología, endodoncia, etc.) deberían buscarse en niveles de atención primaria en forma integrada. Sin embargo, en los niveles terciarios también deben llevarse los conceptos de una atención humanizada, personalizada, comprometida, buscando el contexto biopsicosocial y sin olvidar los aspectos de educación, prevención, curación y rehabilitación inherentes a todo plan de cuidado integral.
- Salud Familiar Además de todo lo descrito las facultades, idealmente, deben tener un modelo de atención
- Atención Integral: en salud familiar, cuyas características están descritas en otros documentos. Para que este modelo tenga éxito debe ser coordinado por un equipo motivado para su creación, desarrollo y funcionamiento. Como estrategia se sugiere uno de los siguientes modelos:
1. Departamento de Salud Familiar con un equipo de generalistas y dirigido por una persona entrenada o muy motivada para esta función. Este departamento o programa sería también responsable de que las estrategias enunciadas antes se llevan a cabo a lo largo de las carreras.

- Medicina Social,  
Salud Pública:  
(Continuación). primaria en salud, salud escolar, ocupacional y ambiental. Evaluación de una comunidad. En el programa de medicina social (Comunitaria, de población, preventiva y otros nombres) podría desarrollarse un programa vivencial en el que los estudiantes siguieran familias (en distintas etapas de desarrollo) y mediante un "protocolo" anotar las observaciones sobre formación de las familias, los factores sociales, culturales, económicos, etc. que determinaron esa unión. El grado de libertad en la selección de la pareja. Las tareas de desarrollo para la etapa inicial del matrimonio. Los ajustes, crisis, etc. La espera del primer niño, etc. etc. También pueden seguir familias en etapas más avanzadas del desarrollo. Este programa debería ser muy motivante, de poca intensidad (1-4 horas) y de cierta continuidad (1 a 5 años), con supervisión y material sencillo pero bien definido para la observación.
- Psicobiología: Para todos es muy obvia la importancia que esta materia y las siguientes (psicopatología, psiquiatría) tienen que ver en el desarrollo del aparato psicológico de la persona y su relación con la familia y la sociedad. Es necesario un énfasis en la psicología social.
- Epidemiología,  
Patología,  
Psicopatología: En epidemiología siempre se hace énfasis en el agente, en el huésped y en el medio ambiente. El marco teórico del concepto o paradigma biopsicosocial debe presentarse con especial intensidad en estas asignaturas. Hay ejemplos a todos los niveles. Es importante hacer conciencia de los problemas más prevalentes en Colombia y la región respectiva.
- Semiología: Para la salud familiar, tiene especial énfasis el entrenamiento en la Comunicación Humana. Los aspectos subjetivos. Las relaciones interpersonales. El sistema como posible mensaje de problema familiar. Los aspectos culturales y la interpretación de los síntomas, la

## ESTRATEGIAS OME.

Los planes de estudio son diferentes para cada área de la salud y cada carrera o disciplina tiene un plan distinto. Por esto sugerimos delineamientos o guías para las adaptaciones y revisiones curriculares corresponden a cada facultad. Algunos comentarios pueden parecer obvios o redundantes pero los anotamos solo como ejemplos o énfasis en aquellos temas que presentamos anteriormente en la parte conceptual.

**Morfofisiología:** Sea que estas materias se presenten integradas, articuladas, sincrónicamente o separadas, dentro de su programación se prestan para que los estudiantes incorporen el modelo sistémico que permite dar una cosmovisión diferente y va más allá de cada una de las disciplinas. Los conceptos de orden jerárquico, normas, reglas, estrategias, integración y autoafirmación, canales de regulación y control, equilibrio, desorden, etc. Todos aquellos elementos de la teoría general de sistemas son muy aplicables a sistemas aparentemente estáticos como la anatomía, funcionales como la fisiología o tan dinámicos en el desarrollo como la embriología.

**Biología, Bioquímica:** Aquí de nuevo debe darse siempre la perspectiva sistémica. Los conceptos de interrelación entre la biología, la psicología, el estrés y los cambios bioquímicos deben presentarse en forma explícita, a medida que los estudiantes aprenden los conceptos básicos. El ciclo de Krebs es un excelente modelo para explicar como el todo es más que la suma de sus partes y la dirección y organización biológica. Las discusiones filosóficas de la ciencia con sus conceptos de reduccionismo, holismo, vitalismo, teoría general de sistemas.

**Genética:** Además de lo anterior, genética de población y consejería genética familiar.

**Medicina Social, Salud Pública.** Es donde más frecuentemente se tratan los conceptos enunciados. Énfasis sobre comunidad, familia. Los aspectos de estructura y función de la familia, Sociología, Antropología, Cultura. Ciclo Vital de la familia. Los sistemas de atención. Conceptos de atención

Desequilibrio terminal. Detección de función anormal y disfunción de la familia. Intervención y Consejería.

7. Las etapas (edades) del hombre. (En K. Eriksson).

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).

de la misma. Las funciones de la familia, su ciclo en la respuesta al estrés, sus patrones de adaptación, sus crisis y sus mecanismos de adaptaciones inadecuadas. Los recursos intrínsecos y extrafamiliares. La detección temprana de disfunción y la intervención.

6. Llegar a un grado óptimo de autoconocimiento para de esta manera poder establecer una relación más humana y ética con la población bajo su cuidado.

7. Comprender los elementos de una Unidad de Cuidado Familiar en donde se daría:

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 solo en el centro u hospital sino en los demás nichos ecológicos (casa, escuela, vecindario, etc.).

#### CONTENIDOS.

1. Las actuales asignaturas que componen el currículo de las facultades (OMA).
2. Introducción a la Teoría General de Sistemas.
3. El concepto Biopsicosocial de la Salud.
4. Los factores psicosociales en la salud y en 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 Patológico.

Todo lo anterior presenta un panorama breve, incompleto pero interesante para mejorarlo donde ya existe o para desarrollarlo donde esté incipiente. Ya no es el momento de estar "justificando" este modo de ver la salud. Es el momento de estar trabajando intensamente en esa dirección.

#### OBJETIVOS GENERALES.

El objetivo general de un programa de Salud Familiar a nivel del pregrado podría resumirse en la formación de generalistas con un concepto biopsico-social de la salud, que optimicen los recursos de la comunidad y de sus propios conocimientos, habilidades y actitudes para lograr un mayor bienestar de la población bajo su responsabilidad.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Resolver con competencia un alto porcentaje de los problemas presentados por sus pacientes. Esto implica una buena formación en el componente biológico y psicológico.
2. Proporcionar 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. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud. Adquirir la habilidad para conocer y utilizar los recursos de la comunidad para beneficio de la misma.
4. Comprometerse con su comunidad. De esta manera no solo tratará los problemas muy manifiestos sino que establecerá estrategias para prevenir o para detectar los problemas más oportunamente.
5. Entender a la familia como una unidad básica de la sociedad. Las interrelaciones de la misma. Su desarrollo y dinamismo a través del ciclo vital

Un poco más profundamente debemos analizar 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, esto en todos los campos del conocimiento y con un éxito relativo. Sin embargo, se hace necesaria una labor de síntesis, otra 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, 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.

La Salud Familiar incluye un enfoque epidemiológico de los problemas de salud. En casi todas las facultades hay énfasis importantes en epidemiología y por lo tanto lo único necesario sería que los conceptos epidemiológicos fueran aplicados a la práctica diaria de la profesión.

Hechas las aclaraciones anteriores haremos el esfuerzo de esquematizar aquellos aspectos de la Salud Familiar que necesitan reforzarse en nuestros programas de pregrado.

#### JUSTIFICACION.

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 toman 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 futuros profesionales son entrenados en centros de alta complejidad que no representan la patología más común, en ella los especialistas y subespecialistas son los tutores o mentores de los estudiantes, estableciendo motivaciones conscientes o subconscientes de imitación. El desprestigio o poca consideración por la labor del generalista. El trabajo aislado o descoordinado de los agentes del cuidado médico. La falta de articulación entre las instituciones de atención, en sus distintos niveles. La falta en identificar quien es responsable de la salud de la gente, así como el mismo rol del profesional que cree que su labor es la de tratar 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.

## PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

Diego Mejía Gómez, M.D.

Recordando que el concepto de "Salud Familiar" tiene implicaciones muy generales y que se extiende más allá de las profesiones de Odontología, Medicina y Enfermería, es difícil presentar un Programa con todos los elementos formales de justificación, objetivos generales, objetivos específicos, contenidos, estrategias, métodos de evaluación, bibliografía, etc. Esto nos llevaría a escribir un volumen muy grande y allí se nos diluirán aquellos elementos en los que queremos hacer énfasis para impulsar el mejor desarrollo de la atención primaria.

Para nuestros propósitos, "Educación en Salud Familiar" no corresponde en orden jerárquico al mismo nivel que "Educación en Pediatría" o "Educación en Ortodoncia".

Por otra parte, sí hay una serie de contenidos en los que la Salud Familiar hace especial hincapié y que son parte de asignaturas presentes en las facultades de salud. También hay otros contenidos que no forman parte del currículo o se tratan muy superficialmente.

Para poder conciliar todo lo anterior y evitar confusiones acerca del espectro o panorama de la salud familiar podríamos señalar que este enfoque abarca todo lo que actualmente se enseña o se debería enseñar en las facultades a nivel de pregrado, pero que hay ciertas actitudes, habilidades y conocimientos, así como perspectivas en énfasis que deben reforzarse para que lleguemos a una mejor atención primaria.

Es sobre estos últimos aspectos sobre los que nos concentramos en el Proyecto de Salud Familiar.

Ejemplo: Si en su facultad, todos los profesores tienen incorporados en sus actitudes el modelo biopsicosocial de la salud y de la enfermedad y bajo esas perspectivas se trabaja a todos los niveles, no sería necesario hacer énfasis en este aspecto.

PROPUESTA Y ESTRATEGIAS PARA LA  
IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE  
SALUD FAMILIAR

Octubre de 1.985

- Nuckolls, KB et al. Psychosocial Assets, life crisis and the Prognosis of Pregnancy. *Am J. Epidemiol.* 95: 431, 1972
- Ortega y Gasset. *La Rebelión de las masas.* Editorial Universo S.A. Lima Perú 1975 pp 133 s.s.
- Popper K.R. *La Reducción científica y la incompletitud esencial de toda ciencia,* en Ayala F.J. pp. 333 1983
- Prince-Embury, S. *The Family Health Tree : A method for Identifying Physical Symptom Patterns Within the Family* *J. Fam. Pract.* 18:75, 1984
- Schleifer S.J. et al : *Suppression of Lymphocyte Stimulation Following Berevement* *JAMA* 250 : 374, 1983
- Schmidt, DD. *The Family as the Unit of Medical Care* *J. Fam. Pract.* 7: 303, 1978
- Smilkstein, G. *The Family APGAR; A proposal for a Family Function Test and its use by physicians.* *J. Fam. Pract.* 6: 1231, 1978.
- Smilkstein G: *The Cycle of Family Function : A conceptual Model for Family Medicine,* *J. Fam Pract* 11: 223, 1980
- Spann, SJ. *The Impact of the Family on Health and Illness* Conferencia en Jornadas de Medicina Familiar. Panamá 1984
- Spitz RA, Wolf KM *Anaclitic depression : An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood.* *Psychoanal. Study child.* 2: 313, 1946
- Stephens G.G. *The Intellectual Basis of Family Practice :* *J. Fam pract* 2: 423 1975
- Toffler A. *La Tercera Ola.* Edinal Ltda Bogota (1981)
- Thorpe WH *El Reduccionismo en la Biología* pp . 152. En Ayala, 1983.

Hainer, BL Introduction to patient care Course Syllabus, 1985 Department  
of Family Medicine Medical University of South Carolina

James G, The General practitioner of the future N. Engl. J. Med  
27 1287 1963

Jemmoth J.B. Psychological Factors, Immunological medication, and  
Human Susceptibility to infections Diseases : How much  
do we know ? Psychological Bulletin : 95 : 78, 1984

Koestler, A Janus : A Summing up Ed. Pan Books, London 1979

Krebs H.A. The History of the tricarboxylic acid cycle perspectives in  
Biol and Med Autumn 1970 p.154

Krebs H.A. How the whole becomes more than the sum of the parts.  
Perspectives in Biology and Medicine. Spring 1971  
p. 448

Machado Luis A, La revolucion de la Inteligencia. Ed Seix Barral,  
Novena Edición 1975 pp 79-80

Mc Cubbin H I, Paterson J M Family Stress and Adaptation to Crises.  
Family Studies Review Yearbook. Sage, Beverly Hills,  
California 1983

Mc Whinney IR, An Introduction to Family Medicine Oxford University  
Press (1981)

Medalie J.H. Synder M. Groen J. J. et al Angina Pectories among 10.000  
men Five Year incidence and univariate analysis Am J. Med  
55 : 583 (1973)

Medalie J.H. Family Medicine - Principles and Applications - The  
Williams & Williams Co. Baltimore 1.978

Meyer RS, Haggerty RJ Streptococcal infections in Families Pediatrics  
29 : 539, 1962

Neser, WB Fragmentation of black families and stroke susceptibility.  
En Kaplan : Family and Health. Chapel Hill University of  
North Carolina, 1975

## BIBLIOGRAFIA

- Ayala FJ, Dobzhanky T Editores Estudios sobre la Filosofía de la Biología. Ed Ariel Barcelona. 1983
- Balint, M : The Doctor, His Patient and the Illness New York, International Press, Inc, 1972
- Barbour IG, Issues in Science and Religion SCM Press, Londres 1966 p.52
- Barry Heiner, Cuidado del Paciente - Universidad Médica Carolina Sur 1984
- Bertalanffy L Perspectivas en la Teoría General de Sistemas. ED Alianza Universidad 1982
- Bowlby J : Effects on behaviour of disruption of an affectional bond. Eugenics Soc. Symp. 4:94, 1968
- Camichael, LP. The Relational Model A. Paradigm of Family Medicine J. Florida M.A. 67: 860, 1980
- Curry HB, The Family as Our Patient. J Fam Pract 4 : 757, 1977
- Dingle, JH, Badger GF, Jordon WS : Illness in the Home. The Press of Case Western Reserve University. Cleveland, 1964
- Earle AM. Earle BV : Early maternal deprivation and later psychiatric illness. Am J. Orthopsychiatry 31 : 181, 1961
- Geyman J.P. The Principles of Family Medicine en John A Spittel, J Clinical Medicine 1980 - Medical Department Harper & Row Publishers, inc Hagerstown, Maryland
- Goodfield J. Estrategias Cambiantes : Comparación de actitudes reduccionistas en la Investigación Médica. En Biología en los Siglos XIX XX
- Good MJD. Smilkstein G, et al the APGAR : A study of construct validity J. Fam Pract 8:577: 1979

10. La familia responde o se adapta en forma adecuada o patológica 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 (sobreprotectoras) 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 contribuyen al desarrollo de dolencias en otros miembros. Es frecuente encontrar síntomas somáticos en cónyuges de personas enfermas. Ciertas enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedades circulatorias y artritis se encuentran con una mayor prevalencia en parejas de conyuges. (Schmidt, 1978).

DM/mdr.

IX. 10. 85.

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 aumentan. La tuberculosis, el cáncer, los accidentes y el suicidio son más frecuentes en este tipo de individuos (Schmidt, 1978).
7. Medalie (1973) hizo un seguimiento cuidadoso de 10.000 pacientes con enfermedades coronarias. Entre otros 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 A 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 secuelas 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).

## I. 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. Solo presentaremos algunos ejemplos, la mayoría de ellos citados en una excelente revisión del Doctor David Schmidt.

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.
2. Un trabajo muy interesante (Meyer 1962) demostró la relación entre el estrés familiar y la mayor incidencia de infecciones por estreptococo y también la elevación de los títulos de antiestrep-tolisinas. No es solo 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 solo 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 cerebro-vasculares 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 gestación pertenecientes a familias sometidas a eventos interesantes severos.

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

## H. LA FAMILIA COMO 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 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 fácil. Esto no descarta el manejo 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 de finen mejor al ser humano.
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 tiene que ver con el mejoramiento de la salud, la protección contra la enfermedad y la recuperación y mejor control durante los procesos morbosos.
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.
6. Un aspecto relacionado con los anteriores es el que la patología de un miembro es muchas veces la patología de la familia. Algunos estudios (Prince-Embury, 1984) muestran cómo hay ciertas 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.

Las características del Objeto ya reconocido estimulan esas potencialidades perceptuales: la saciación del hambre por la leche materna (percepción cenestésica) pone al sujeto en contacto con la piel del seno de la madre (percepción por contacto), y lo coloca dentro del área del olor de la leche, estimulando así la percepción olfativa. Más tarde lo sitúa al alcance de la voz materna (percepción auditiva) y finalmente estimula la percepción visual al ofrecer la cara materna como estímulo concomitante con el acto del amamantamiento.

La combinación de las diversas modalidades forma "constelaciones perceptuales", que en realidad constituyen "lo que es percibible del Objeto" y que no solamente crean el universo en que se vive, sino que modifican la secuencia ya mencionada, la cual puede expresarse ahora como: Necesidad-Tensión-Constelación Perceptual-Emoción-Acción.

III. Aparato Cognitivo. Hasta aquí el modelo funciona principalmente alrededor de su relación con el Objeto real, existente fuera del modelo, lo que implica que toda interacción se sucede con empleo inmediato de energía. Este modo de funcionar implica un bajo nivel de eficiencia, la que se aumenta grandemente con el desarrollo del aparato cognitivo.

Este desarrollo consiste básicamente en un progreso, a partir de un modo primitivo de funcionamiento en el que simplemente se llevan a cabo reacciones motoras a partir de estímulos sensoriales -estadio sensoriomotor del desarrollo- progresando hacia modos de funcionamiento en los que aparecen representaciones del Objeto dentro del modelo, permitiendo así que se puedan hacer ensayos intrapsicológicos de la acción externa, sin gasto de energía. Estos "ensayos intrapsicológicos" permiten que sólo aquellas acciones que son eficientes se produzcan en la realidad del mundo externo, con gran economía y aumento consecuente de la eficiencia total del proceso.

Estos modos representacionales del funcionamiento cognitivo hacen su aparición progresivamente, en el sentido de que la representación es cada vez más independiente del objeto al que representa y del sujeto, que hace el acto de representar. Esta "descentración", así como el hecho de que el Objeto pueda finalmente ser representado por sus cualidades aisladas, permite la aparición del simbolismo y otros modos de funcionamiento cada vez más refinados. Piaget ha hecho ver como se organizan esas representaciones, constituyendo verdaderas "operaciones intelectuales", cuyas interacciones se erigen en "estructuras" cognitivas, verdaderos sistemas de transfor

maciones de los contenidos representacionales, que desembocan en acciones, las cuales cuando son externas constituyen las conductas manifiestas del sujeto, y cuando son internas permanecen como contenidos intrapsíquicos importantes.

Naturalmente los detalles de esta progresión, que dota al modelo de un refinamiento funcional que realmente optimiza su potencialidad de permanecer en el tiempo y en el espacio, son extraordinariamente complejos y han sido magníficamente detallados en la obra científica de Piaget.

Lo que es importante aquí es notar que esa progresión toma su origen en aquella área del modelo del aparato psicológico que tiene que ver con la relación con los Objetos, y que en su forma final en el adulto no representa sino un refinamiento del funcionamiento básico del modelo presentado.

#### 4. Un modelo de funcionamiento transindividual.

Tanto el funcionalismo primario: automático, inconsciente, sensoriomotor, con emociones simples ligadas a necesidades fisiológicas inmediatas y con percepciones principalmente cenestésicas o elementales, así como el funcionalismo más avan

zado con internalización de los Objetos, con manejo interno o externo de ellos, corresponden a maneras más o menos complejas de entrar en equilibrio con los Objetos del universo, con el único fin de adaptarse a ellos; para aumentar la posibilidad de sobrevivencia, meta última de la organización del modelo.

Así pues, tanto el funcionamiento intrapsíquico como las conductas externas, son simplemente modos de interactuar con el Objeto.

El límite entre intra y extraindividual no existe como tal en cuanto a la funcionalidad de la interacción con los Objetos y sólo representa una óptica especial en nuestra concepción del mundo, en el sentido de que hemos trasladado a ese marco referencial la percepción de nuestra propia existencia corporal. Nuestra anatomía termina en nuestra piel pero nuestros actos se extienden en el tiempo y en el espacio, ilimitadamente, y se confunden con los actos del "otro", sin que exista una piel que los separe.

De esta manera es comprensible que "la red psicosocial" deba ser considerada no simplemente como un sistema transaccional externo al individuo, sino que se extienda hacia dentro del sujeto y se prolonga en su pasado.

De esta manera un observador imparcial percibiría la Red Psi-

co-social como una matriz infinita de interacciones entre sujetos - que son objetos para otros sujetos - que se gratifican o no, produciéndose así tensión o dis-tensión, placer o dis-placer, en un inmenso esfuerzo de cada uno para sobrevivir, sin que ello esté limitado por los "cuerpos" de los actores que no son sino medios para alcanzar esa finalidad. El observador comprobaría que el palpitar de la red psicosocial no está limitado por el tiempo ni el espacio, cualidades que la peculiar estructura de la mente ha impuesto al universo, como le hemos impuesto latitud y longitud a la superficie del planeta.

Obviamente la observación de esa red psicosocial comprueba que en ella existen áreas de mayor actividad, y que esa variabilidad en intensidad, frecuencia o modo de interactuar se arregla en patrones que pueden ser discernidos. Esas organizaciones por ser islotes de alta funcionalidad, requieren un estudio especial cuando se desea intervenir sobre el funcionamiento humano en general.

##### 5. Un modelo de funcionamiento de la Familia

Uno de esos nódulos de mayor actividad de la red psicosocial es la familia, el más importante foco de promoción del desarrollo infantil, y por lo tanto el principal forjador del apar

to psicológico humano.

Por otra parte la Familia representa la organización que tiene a su cargo el asegurar la permanencia en el tiempo y en el espacio, no solamente del individuo en desarrollo sino de la especie, a través de la reproducción y del fomento del desarrollo total del producto de esa reproducción.

Por esas razones se piensa que la familia es un subsistema inevitable de la organización social, así como la tendencia a asociarse y funcionar en sociedad es una característica inevitable del funcionamiento del modelo psicológico individual. Por tanto la familia no puede dejar de existir. Lo que puede cambiar y transformarse, sin duda, es la morfología de ese sistema. La biología humana impone la existencia de una madre, de un padre y de un hijo, independientemente de la manera como se estructuren sus relaciones.

Resulta así natural que el estudio de la historia demuestre que la familia ha tenido formas muy variables a través del tiempo y que su morfología constituye uno de los elementos más importantes de la cultura.

Por otra parte esa variabilidad de la estructura familiar es fácilmente comprobable cuando se examina su historia natural en

un momento dado y se comprueba que, por ejemplo en el caso colombiano, los diferentes estadios de la historia natural de la familia tienen cambios muy marcados que imponen grandes variaciones funcionales al sistema familiar:

Por ejemplo, el estadio prefilial en una familia de hace 50 años, en nuestro país, era extraordinariamente corto, algunas veces reducido al mínimo permisible de nueve meses, al paso que el período filial se prolongaba ocupando casi toda la vida de los cónyuges, dado el gran número de hijos que imponía la carencia de tecnologías anticonceptivas. El estadio final postfilial, o no existía o estaba reducido a unos pocos años. Ese tipo de funcionalismo imponía un énfasis filial a la familia haciendo que la pareja marital fuese secundaria en importancia al hijo, condiciones que le daban a la sociedad ciertas características de organización muy especiales.

Por otra parte, en el momento actual el período prefilial se ha extendido permitiendo y requiriendo una adaptación marital de mayor amplitud. El período filial se ha limitado, dada la enorme reducción en el número de hijos que ha hecho posible la contracepción. y, puesto que las expectativas de vida se han alargado considerablemente, el período postfilial se ha venido a constituir en el más largo e importante de los momentos de la historia

natural de la Familia. Este nuevo tipo de organización enfatiza ya no la existencia del hijo, sino la de la pareja marital, convirtiendo a la familia en una organización centrada en el subsistema marital. El impacto de estas transformaciones de la morfología familiar sobre el individuo y sobre la sociedad - los dos "holones" superior e inferior a ella - está aún por constatarse.

La variabilidad de la Familia, así comprobada, sugiere que ella no tiene un carácter monádico, sino que está compuesta de sub-sistemas enlazados entre sí por relaciones específicas. Esta consideración tiene la importancia de colocarla en la condición de un verdadero "Sistema", en el sentido que Von Bertalanffy le da a ese término en su Teoría General de los Sistemas. Lo anterior presupone la ventaja de poder aplicar a esta "complejidad organizada" que es la familia todo el cuerpo de doctrina que la Teoría General de los Sistemas ha generado en el último medio siglo, y cuyo impacto en otras áreas ha permitido la transformación radical de la ciencia contemporánea.

Es imposible incluir en este breve resumen una revisión de la Teoría General de los Sistemas, ya que ello requeriría una disponibilidad de tiempo que rebosa los límites de es-

ta presentación.

Por otra parte, una vez que se dispone de un marco conceptual general, de alta eficiencia, es posible intentar la construcción de un modelo funcional de la Familia que sea una extensión del modelo de funcionamiento individual en el que nos hemos detenido previamente.

Es claro que el modelo individual tiene a su cargo la sobrevivencia individual, pero la de la especie, que requiere la reproducción, exige que el individuo deba tener la necesidad vital de entrar en un tipo de relación específica con un Objeto que le permita a él la gratificación de esa necesidad, y a la especie su permanencia en el tiempo y en el espacio. Es esta la razón por la cual la génesis de la familia se halla en la integración de la pareja marital, primer sub-sistema del modelo de la Familia.

La formación y la permanencia de la Pareja Marital implican la conjugación de los dos conflictos teleonómicos básicos de la criatura humana. Por una parte la necesidad de la sobrevivencia individual, con sus manifestaciones egocéntricas de retención, de conservación, entra en conflicto con la necesidad de sobrevivencia de la especie, con sus características manifestaciones altruísticas de compartir, de dar, de ceder.

Este conflicto impone a la pareja marital la primera de las condiciones necesarias para su

existencia: la cooperación económica, entendida en el más amplio sentido del término.

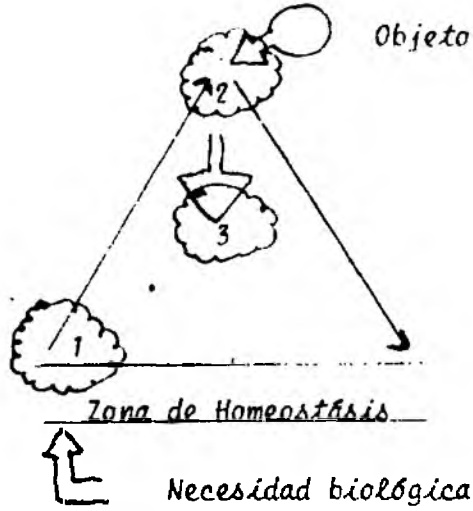
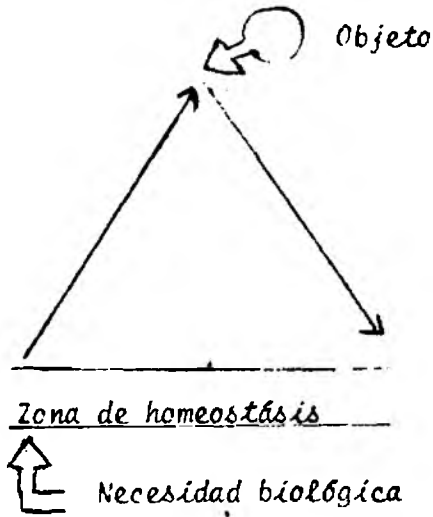
Por otra parte el modelo individual "vive" la necesidad de la reproducción como un apetito que debe ser gratificado por el Objeto, lo que implica que existe una segunda condición de integración de la pareja, cual es la disponibilidad sexual, sin la cual ni se gratifica el individuo ni se cumple el determinante teleonómico de la sobrevivencia de la especie.

Estos procesos de integración de la pareja, por encima de la forma que ellos puedan tomar, la que está predeterminada por el ámbito cultural en que suceden, demuestran la manera como el modelo individual de funcionamiento psicológico se incorpora en el modelo sistémico-interaccional de la familia.

Solo una palabra para poner de presente que la existencia de métodos anticonceptivos altamente eficientes ha generado un nuevo tipo organizacional de familia, del que se excluye la reproducción y cuyas consecuencias tanto en el campo psicológico como en el sociológico no pueden aún ser medidas.

Estos procesos integrativos constituyen por otra parte el período prefilial de la familia.

El sistema familiar (véase gráfico No. 1) se ve enormemente



A. Modelo mínimo de aparato psicológico

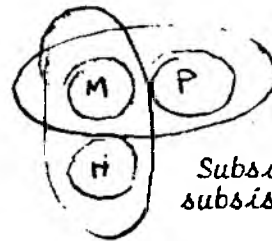
B. Areas de desarrollo del Modelo

1. Area de reconocimiento de las desviaciones Homeostáticas ( desarrollo emocional).
2. Area de reconocimiento de los Objetos externos (desarrollo perceptual)¹.
3. Area de ~~desarrollo~~ reconocimiento de los Objetos internos o representaciones (desarrollo cognitivo).

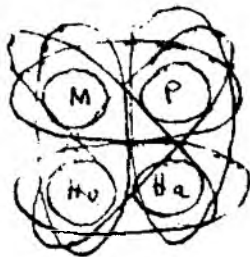
Proceso de integración de los subsistemas del sistema familiar



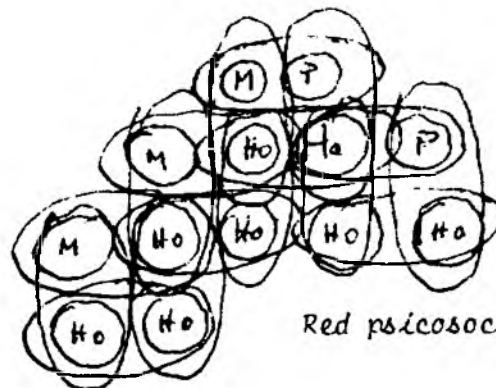
Subsistema marital



Subsistemas marital y subsistema anaclítico



Subsistemas de la familia mínima.



Red psicosocial

complicado con la aparición del hijo. Esta nueva pareja (pareja anaclítica) introduce nuevos roles: madre, padre, y también naturalmente, nuevas funciones: la maternidad y la paternidad que en su conjunto se conocen con el nombre de función anaclítica, ya que ella tiene por finalidad promover la sobrevivencia del hijo.

La presencia de nuevos roles y nuevas funciones genera nuevos conflictos, algunos de los cuales constituyen las fuerzas motrices básicas del conjunto familiar:

a. - La mujer debe desempeñar dos roles simultáneos, esposa y madre, que dado que conllevan la gratificación de placeres tanto en el cónyuge como en el hijo, generan una clara competencia, dando origen a un funcionamiento de tipo triangular, condición general que se conoce con el nombre de situación edípica.

b. - La presencia de otros hijos da margen a situaciones similares de conformación triangular, con intensa competencia por el favor de los padres, conocidas con la denominación de "rivalidad fraterna".

c. - La presencia del hijo es un elemento potencialmente disturbador de los pilares dinámicos de la pareja marital. Por una

parte puede el hijo intentar penetrar con sus propios deseos el ámbito de la disponibilidad sexual, lo que requiere la creación de una barrera impenetrable a la sexualidad entre los subsistemas parental y filial, lo que da génesis al tabú del incesto.

d.- Finalmente, la necesidad individual del hijo de sobrevivir amenaza espontáneamente el pilar económico de la díada conyugal. Se debe entonces establecer una jerarquía de poder que respalde la distribución de los bienes necesarios para la sobrevivencia individual, lo que constituye un tabú económico.

La existencia de estos conflictos normales implica presiones que llevan a conductas, lo que en esencia constituye el funcionamiento familiar. Es solamente cuando adquieren caracteres exagerados o impropios cuando los conflictos se hacen anormales y aparece la patología propia de la familia.

El esquema hasta ahora presentado, representa una extrema simplificación de la situación. La presencia de otros hijos, que aparecen en otros momentos históricos de los padres, da lugar a un desarrollo caracterizado por la aparición de nuevos subsistemas complejos. Tenemos ahora no solamente el sistema parental que a su vez es un sistema conyugal sino el sistema fi

lial integrado por todos los hijos en relación a los padres y también los sistemas masculino y femenino, además de cada una de las parejas madre-hijo, padre-hijo, hermano-hermano, etc. ■

Todos estos sub-sistemas tienen funcionamientos interiores propios, más o menos incomprensibles y más o menos impenetrables para los otros subsistemas de la familia.

En este momento del estadio filial de su desarrollo la familia ofrece su máxima complejidad al ojo del observador. Dos líneas de complejidad merecen destacarse: por una parte, el hijo de una familia será dentro del ámbito temporal el padre de otra y la madre de esta familia hace el papel de hija de la otra. Este encadenamiento de los roles o papeles psicosociales dentro de la estructuración de núcleos familiares distintos constituye otro modo de concebir la red psicosocial, la que ahora puede apreciarse en todas sus dimensiones no sólo espaciales sino temporales. Vemos de qué manera los lazos de esa red se extienden no solamente de una familia a otra en el momento actual sino también desde el pasado, en el presente y hacia el futuro.

Por otra parte es preciso destacar en toda su importancia el hecho de que las valencias que unen a los diversos individuos

dentro de la estructura de los subsistemas, y a éstos entre sí, así como a los diversos miembros de la red psicosocial en su proyección contemporáneo, desde el pasado o hacia el futuro, están constituidos por elementos de comunicación. Los intercambios, que en los sistemas físicos son de materia-energía, en estos sistemas psicológicos son de información.

Merece destacarse el hecho obvio de que cualquier conducta es un mensaje, por lo que la comunicación intrafamiliar está constituida por el flujo constante de las conductas individuales o subsistémicas. De esta manera es concebible el axioma de que dentro de la familia no es posible no comunicarse, ya que no es posible no tener conductas. Es claro ahora que la verbal constituye la parte quizá menos importante de la comunicación intrafamiliar, y que sus formas no lingüísticas, incluyendo los modos contextuales, constituyen el verdadero núcleo comunicativo del sistema familiar.

Concebida la familia como un sistema integrado por subsistemas describibles, resulta importante anotar que estos subsistemas se definen por su función. Parsons y Bales, por ejemplo, han descrito algunas funciones relacionadas con las necesidades básicas de los miembros de la familia. Cuando esas necesidades son de tipo físico la función de su consecución se denomina "ins

trumental", al paso que la capacidad de entender las necesidades psicológicas - principalmente emocionales - de los miembros de la familia constituye la función "Interpretativa". Naturalmente, en condiciones elementales la función instrumental define los papeles masculinos y la interpretativa caracteriza los roles femeninos.

Si por otra parte se concibe una jerarquía de poder dentro del sistema familiar, dentro de la cual el padre, ordinariamente, posee la mayor cuota, seguido por la madre, el hijo mayor, etc., resulta posible ver que los principales rasgos de la estructura familiar pueden ser concebidos como la consecuencia de una diferenciación en esos dos ejes: el del poder y el generado por el continuum de las funciones instrumental-interpretativa.

El ejercicio de esas funciones se hace por otra parte, en dos direcciones distintas: hacia la interioridad de la familia y hacia el entorno psicosocial, lo que representa un tercer tipo de lazo entre la familia y la red psicosocial, hecho que, por ejemplo, clarifica el paso del modo intrafamiliar a las variedades extrafamiliares del proceso de la socialización.

El tercer estadio del desarrollo familiar, el más importante en el momento cultural actual, es igualmente el menos conocido y

estudiado. Su fenómeno primario es la desaparición progresiva de algunos de los subsistemas que integran la familia. El conflicto central de este proceso ocurre entre la dependencia, típica del niño, y la autonomía que el sujeto debe adquirir para salir de su familia de origen e integrar una nueva familia, requerimiento vital para el desarrollo de la especie.

Es natural que ese desenganche del hijo, que es la faceta familiar del proceso que en el individuo se percibe como la adolescencia, depende básicamente de la capacidad del subsistema parental para otorgar esa autonomía sin "vivir" el proceso como una pérdida.

En condiciones ideales, la llegada de los hijos a la adolescencia debería implicar su progresivo alejamiento del núcleo familiar, con adquisición simultánea de autonomía, reconocimiento de su adultez por parte de la red psicosocial y su marcha progresiva hacia la formación de su propia familia. En este momento el proceso reduce la familia a condiciones similares a las del período prefilial, en las que toda la funcionalidad del sistema se ve reducida a la de la pareja marital.

Finalmente, la muerte de uno de los cónyuges deshace la pareja marital y con ese acto inevitable se liquida el último de los sub

sistemas de la familia, regresándose así al sistema mínimo, aquel del funcionamiento individual, habiéndose cumplido los imperativos teleonómicos del fomento de la sobrevivencia del individuo y de la especie. Esto último se evidencia en la emergencia de nuevos sistemas familiares que han tomado su origen en la familia original.

#### 6. Introducción a un modelo de la psicopatología familiar.

No existe en la literatura científica contemporánea ni siquiera un intento de llevar a cabo una clasificación formal de las disfunciones del sistema familiar. Su relación con la psicopatología del individuo es aún nebulosa, y ni siquiera es claro qué tipo de definición de normalidad debe usarse cuando se intenta una aproximación a este tema.

Lo que parece claro es que la aplicación de los conceptos de normalidad estadística o de normalidad normativa no son posible, dada la ignorancia que existe de los mecanismos íntimos de la función familiar, aun cuando parece que, desde el punto de vista de la conducta, y particularmente del conjunto de las conductas familiares, las cuales se esperan que sean óptimas, la definición requerida debería ser la de normalidad ideal. En términos clínicos parece posible intuir ese nivel óptimo, ya que él se debe

reflejar en el cumplimiento de los objetivos teleonómicos tanto del individuo como del sistema familiar total.

Desde este punto de vista es necesario escoger ciertos parámetros de observación desde los que sea posible una mejor evaluación del cumplimiento de esos objetivos teleonómicos. Lo expuesto anteriormente permite inferir que las disfunciones del sistema familiar pueden tomar su origen en las siguientes situaciones:

#### I. Psicopatología intrínseca de los miembros individuales.

Independientemente del tipo de disfunción, el individuo que la sufre se halla imposibilitado, en mayor o menor grado, para cumplir los requisitos que le imponen sus roles dentro del sistema familiar. Vista desde la perspectiva familiar la enfermedad mental del individuo se constituye en una "patología de los roles".

Esa caotización de los roles intrafamiliares desquicia la homeostásis del sistema a través del hecho de que la participación del individuo enfermo en el funcionamiento de los conflictos básicos se hace anómala, produciéndose un "estado del sistema" ineficiente. Los esfuerzos que los diferentes subsistemas hacen para conseguir el retorno a la homeostásis son vistos, desde el

exterior del sistema, como los "síntomas" de la disfunción.

Se debe anotar la importancia que los procesos de retroalimentación tienen en el proceso descrito. Ella puede ser de tipo negativo, en cuyo caso se produce una compensación de la situación, la que tiende a permanecer constante. Por ejemplo, si el padre gasta sin medida, el resto de la familia puede ahorrar.

Cuando la retroalimentación es de tipo positivo, no solamente no se produce compensación sino que la respuesta del resto del sistema es del mismo sentido que el evento inicial; lo que inevitablemente lleva al cambio. Por ejemplo, si el padre gasta en exceso, el resto de la familia puede optar por gastar igualmente sin medida, produciéndose así la quiebra inevitable de la economía familiar.

Existen otras características de los procesos retroalimentatorios tales como su Calibración y su Nivelación, que junto con su Negatividad o Positividad pueden ser modificados, constituyéndose entonces en verdaderos procesos terapéuticos.

## II. Psicopatología propia de los conflictos básicos.

Los conflictos básicos de la familia: la situación edípica, el tabú económico, el tabú del incesto y la rivalidad fraterna,

constituyen funcionamientos universales normales, que generan la mayor parte de las fuerzas y contrafuerzas que al entrar en acción le dan su carácter dinámico al sistema familiar. En condiciones especiales su funcionamiento se hace anómalo, lo que se traduce en disfunción total de la familia. Ese funcionar anómalo está basado en el hecho de que en el fondo de cada uno de esos conflictos básicos se puede distinguir una necesidad básica que debe ser satisfecha y una serie de conductas que la satisfacen. Cuando la satisfacción se hace de manera fluida, sin que surja en el aparato psicológico individual tensión o angustia, el funcionamiento del conflicto es normal. Cuando, en cambio son necesarios repetidos esfuerzos para la satisfacción, con aparición de grados variables de tensión o angustia, el conflicto puede ser definido como neurótico, pensándose que cuando no existe posibilidad de satisfacción, con permanencia de grados considerables de tensión o angustia, la familia vive una verdadera neurósis familiar.

Naturalmente que las características intrínsecas de cada uno de ellos le da al conflicto neurótico y a la neurosis familiar correspondiente, rasgos muy especiales, que multiplican casi hasta el infinito, la posibilidad de cuadros clínicos.

### III. Psicopatología de la comunicación.

Confluyen en este punto no solamente todas las dificultades que para establecer una psicopatología propia de la Familia ofrece su desconocimiento sino además la oscuridad que aún reina en el dominio del proceso comunicacional intrafamiliar. Por esa razón un acercamiento conceptual al problema requiere el uso de los escasos aportes al respecto, particularmente aquellos de Watzlawick (Watzlawick, P., Beavin, J.J. and Jackson, D.E. Pragmatics of Human Communication. W.W. Norton. New York. 1967), quien ha propuesto ciertos Axiomas de la comunicación intrafamiliar, cuyas desviaciones pueden ser vistas como las formas psicopatológicas más frecuentes de la comunicación del sistema de la familia.

a. - No es posible no comunicarse.

Ya que toda conducta es comunicación y no es posible no tener conducta, la comunicación es una constante del sistema familiar. Frente al mensaje, omnipresente, el sujeto puede aceptar la comunicación, rechazarla o descalificar al comunicador.

Todo rechazo, que en esencia equivale a una pérdida, evoca agresión en el rechazado y genera cuadros patológicos dependientes del manejo anómalo de la agresión.

La descalificación requiere respuestas - verbales o acciones - que "no hagan sentido", y de esta manera no solamente surge "el síntoma como comunicación", sino que la "pérdida del sentido" deforma la realidad individual o de la familia y conduce a manifestaciones de tipo psicótico.

b. - Toda comunicación implica una información y una definición de la relación entre los comunicantes.

El desacuerdo respecto a la información puede resolverse acudiendo a una autoridad superior, o en el peor de los casos, genera conflicto de tipo agresivo, mientras que los desacuerdos que tienen que ver con la definición de la relación entre los comunicantes conduce a un gradiente entre sus realidades, con cuestionamiento o mutilación de la autenticidad de uno de los comunicantes, lo que genera situaciones intrafamiliares de tipo psicótico.

c. - Toda serie de mensajes tiene una puntuación determinada.

La nación A se arma porque la nación B se arma, y B se arma porque A se ha armado, etc. Es claro que, a cierto nivel, existe, en este tipo de distorsión de un proceso que puede ser normal, una falta de información respecto a lo que es Causa y a lo que es Efecto, que puede llevar, dentro del contexto

del funcionamiento familiar, no solamente a cuadros psicopatológicos severos, sino también a situaciones patológicas de extrema cronicidad.

d. - Todo mensaje tiene componentes digitales y componentes analógicos.

Las disfunciones provenientes de esta situación, básicamente normal, provienen principalmente de los errores de traducción de una modalidad a la otra.

e. - La comunicación puede ser simétrica o complementaria.

Quando el sistema de retroalimentación entre dos subsistemas es de tipo positivo, por ejemplo cuando frente a la agresión del sistema parental el sistema filial responde con mayor agresión, se crea una escalada simétrica que lleva a la caotización de la función familiar.

Quando la retroalimentación es de tipo negativo: a mayor agresión del sistema parental mayor sumisión del sistema filial. Se crea una situación permanente de complementariedad que ha sido descrita históricamente con nombres tales como los de Folie a deux, relaciones colusivas, relaciones sadomasoquistas, etc.

Debe mencionarse, al concluir este capítulo, que la consideración de que la patología familiar puede provenir de esas tres fuentes diferentes no constituye, en esencia, sino una manera de ver el mismo fenómeno desde tres perspectivas diferentes. La psicopatología intraindividual naturalmente incide, como se ha mencionado, en el funcionalismo de los conflictos básicos, y tanto lo uno como lo otro altera los patrones comunicacionales intrafamiliares. En realidad lo que se describe es un sistema de generación de disfunciones familiares cuyos tres principales subsistemas son los mencionados, y a los cuales se aplica el principio de la Teoría de los Sistemas Generales de que en dicho tiempo de sistema es imposible alterar exclusivamente uno de los subsistemas, ya que todos ellos son, por definición, interdependientes.

#### 7. Principios de Psicoterapia Familiar.

El término Psicoterapia de Familia tiene varias acepciones. Por una parte se refiere a una conceptualización general del funcionamiento psicológico humano que emplea el punto de vista de la cibernética y de la teoría general de los sistemas, y por otra, la referencia es a un tipo de intervención terapéutica dirigida a obtener un mejor funcionamiento de una familia cuando

al juien ha consultado por trastornos psicológicos presentes en uno o más miembros de esa familia.

Cada psicoterapeuta de familia ha construido dentro de sí un paradigma del universo que incluye una visión de la conceptualización a que se ha hecho referencia en el párrafo anterior, de acuerdo al cual lleva a cabo una serie de maniobras destinadas a alterar la representación total que la familia tiene de sí misma y de su interacción con el resto del universo.

Surgen así diferentes "escuelas" y "estilos" de psicoterapia familiar, las que concurren en que "el paciente" no es ya el individuo sino el sistema familiar y todas las cuales parecen tener un mayor éxito clínico, que las otras formas de tratamiento empleadas en la psiquiatría tradicional.

La terapia de familia se basa en la concepción de que los sistemas psicológicos individuales sólo son funcionales en cuanto se integran en sub-sistemas suprayacentes, los cuales a su vez se incorporan en sub-sistemas cada vez superiores creándose una jerarquía dentro de la cual sólo arbitrariamente puede determinarse una totalidad. Este tipo de terapia define a "la familia" como su nivel de acción, reconociendo que sería posible intervenir a niveles superiores. De hecho reconoce la posibilidad, en el futuro, de una verdadera psicoterapia social.

Desde este punto de vista existe una "familia" en el mundo representacional de cada miembro del sistema familiar. La interacción más universal dentro del sistema familiar es la permanente proposición que cada uno de los subsistemas hace al resto de la familia de su propia realidad, teniendo cada miembro la aparente alternativa de aceptar o rechazar esa definición. La incongruencia entre las diversas definiciones, la necesidad de alcanzar algún grado de consenso - que "haga sentido" - que permita al sistema operar sobre una realidad común, genera conductas que en última instancia constituyen la dinámica total del sistema familiar.

Esta "Ilusión de las Alternativas" adquiere gran trascendencia cuando el funcionamiento de la familia es anómalo ya que cualquiera de esas alternativas está dentro del sistema, lo que hace que la anomalía continúe. Por lo tanto el cambio hacia la normalidad no puede ser generado desde dentro del sistema familiar, sino que, necesariamente, debe venir de fuera. Esta es la justificación operativa de la psicoterapia de familia.

Por otra parte la escogencia de Alternativas se constituye, sin la intervención terapéutica, en un "Juego sin Final", ya que la dinámica familiar lleva a operar de manera variable sobre una u otra de las realidades en conflicto.

Por lo tanto la intervención no solamente debe venir de fuera sino que debe no obedecer las reglas del Juego sin Final, - sino presentar vistas, posibilidades, perspectivas nuevas.

Lo anterior implica la ocurrencia de un "cambio". Esta es una noción compleja, ya que por una parte se refiere a una posible re-distribución de los subsistemas, sin verdadera transformación del sistema total, en cuyo caso se modifica la estructura pero sin alteración verdadera de la función. A este tipo de cambio, que modifica los valores de los subsistemas pero que no transforma las características del sistema total se conoce como Cambio Tipo I. Es por lo general el resultado de una desviación respecto a alguna norma, y ordinariamente incluye una situación dinámica caracterizada por bucles de retroalimentación positiva.

El Cambio Tipo II se caracteriza por otra parte, por una modificación que incide sobre las características generales del sistema en su totalidad. Por ser ordinariamente mediado por retroalimentaciones de tipo negativo, de tipo autocorrectores, tiende a permanecer y a constituir un nuevo estado del sistema.

Es natural que el cambio buscado con la intervención terapéutica debe ser de tipo II, lo que hace parecer razonable la opinión

de algunos terapeutas quienes piensan que en realidad el objetivo de la intervención es la aparición del cambio tipo II, sin que sea necesario que el terapeuta intente crear o determinar las características del nuevo estado del sistema. El sistema mismo encuentra espontáneamente esa posición una vez que se ha producido el cambio tipo II.

Naturalmente que lo que la familia disfuncionante expresa que desea cambiar es diferente de lo que en realidad desea que cambie y diferente también de lo que es necesario que cambie. Lo primero es meramente la expresión lingüística de una realidad internalizada - de un paradigma - el cual a su vez es simplemente una versión de la realidad, conveniente para el funcionamiento del grupo familiar. Esta realidad sólo es concebible para el terapeuta a través de las manifestaciones analógicas, impensadas, inconscientes, espontáneas, que los miembros de la familia generan en el curso de las interacciones intrafamiliares. Es el "mapa" y no el "territorio" lo que debe cambiar, y ese mapa se expresa en el "vivir" de los individuos.

La manera como el terapeuta propicia el cambio es sencilla: la única posibilidad que tiene su propio sistema psicológico intraindividual es la de hacerse parte integral de un subsiste

ma de la familia, pudiendo conseguir por tanto que las interacciones en las que ese subsistema participe doten al Juego sin Final, de un final diferente. La interacción patológica tiene ahora un transcurrir y un final diferentes. El patrón de interacción entre los subsistemas se ha transformado y con ella la dinámica general del sistema familiar.

Todo lo anterior lleva a una modificación de la "realidad de segundo grado" de la familia, en el locus de la interacción, lo que repetido en todas las interacciones anómalas, lleva finalmente a una transformación del paradigma total de la familia, que probablemente tiene un nivel de eficiencia superior al que previamente existía. Para conseguir tal proceso el terapeuta podrá afiliarse a diferentes subsistemas y desde esas afiliaciones re-definir la realidad de la estructura o de la función de las áreas funcionales del sistema.

Las funciones del terapeuta así descritas tienen ciertas implicaciones en relación a sus características personales. Su capacidad empática debe ser excepcionalmente desarrollada, su entendimiento de la comunicación analógica debe ser eficiente, debe estar íntimamente familiarizado con un cuerpo de conocimientos muy vasto que incluye no solamente la psiquiatría, el psicoanálisis y otras doctrinas psicopatológicas, sino además con la

teorización cibernética, la teoría general de los sistemas, la sociología de la familia, etc. Para adquirir estos conocimientos el terapeuta debe haberse sometido a un entrenamiento riguroso que incluya el "ver hacer", es decir el poder observar directamente la manera como un terapeuta avezado lleva a cabo la psicoterapia de muchas familias, así como el llevar a cabo la labor terapéutica bajo la supervisión de terapeutas con gran experiencia.

Los aspectos puramente prácticos no se diferencian en realidad gran cosa de los de otros encuadres psicoterapéuticos. El proceso, como otros procesos relacionales, tiene un período de iniciación, durante el cual no solamente se establece un "contrato", unas reglas del juego, sino que además permite a la familia y al terapeuta "conocerse" uno a otro. Disponiendo ahora de una visión del universo familiar, el terapeuta puede hacer entrar el proceso en una etapa activa durante la cual se suceden los cambios necesarios, de acuerdo a las metas previamente determinadas. Las técnicas mismas empleadas por el terapeuta desde su posición procesal de miembro de un subsistema pueden ser infinitamente variadas, dependiendo de las características y las preferencias personales, y han sido descritas preferencialmente en la literatura científica relativa a la psicoterapia de familia.

En realidad se le ha dado tanta importancia a la descripción de esos elementos técnicos que algunas escuelas se identifican por el uso especializado de una variedad de ellas. El uso de las paradojas, por ejemplo, es tan llamativo que el grupo de Selvini Palazzoli, en Milán, es reconocido por esa especialidad.

La etapa de finalización se sucede a medida que el funcionamiento familiar global se hace fluído e indoloro. Entonces tanto la familia como el terapeuta se hacen concientes - sienten - la irrelevancia de las sesiones terapéuticas y se da por terminada la intervención. Es claro que existen variedades en este respecto, dependiendo no solamente de las características de la disfunción sino también de factores provenientes del terapeuta y del ámbito social.

## 8. Epílogo.

Lo expuesto anteriormente permite aceptar que en el momento actual existen las condiciones mínimas necesarias para que se produzca un cambio de paradigma en relación al funcionamiento psicológico humano, equivalente a la transformación científica que se sucedió recientemente y que llevó desde una concepción newtoniana a una visión eisteniana del universo físico, desde un concepto de causalidad de tipo lineal a un enten-

dimiento cibernético de las relaciones entre objetos.

Esta nueva visión, que concibe al ser humano como necesariamente interaccional y que ve al universo como una creación del aparato psicológico, corresponde al núcleo teórico de la Psicoterapia de familia.

Basada en esa nueva visión (filosofía constructivista), se puede, en el momento actual, desarrollar un sistema de intervención sobre el sistema familiar que genere cambios de tipo II en aquellas familias en las que una u otra circunstancia ha provocado disfunciones que se manifiestan en alteraciones psicológicas de sus miembros.

Como resultado de ese proceso de integración de la Psicoterapia Familiar, las ciencias de la conducta han ampliado considerablemente sus conocimientos acerca de la Familia.

Estos conocimientos así como la actitud epistemológica de la psicoterapia familiar pueden ser usados en otras áreas del funcionamiento humano.

Es apenas natural que la Medicina General Familiar sea uno de los campos que mayor beneficio inmediato puede derivar de la incorporación de estas posiciones conceptuales.

Bogotá, Septiembre de 1985.

## 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>1</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 éstas, 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 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 mejoría 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), mejorías 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, infecciones, infestaciones, trauma y fallas en el crecimiento y desarrollo.

Pero cambios asociados con el declinar de los trastornos mencionados pueden acompañarse de la aparición de otros problemas tales como obesidad, 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 transmisibles 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 problema aún no resuelto de las enfermedades infectocontagiosas y carenciales 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 urbanización, industrialización y condiciones conexas.

## II. PLANTEAMIENTOS ALTERNATIVOS AL MODELO BIOMEDICO

Dentro del modelo biomédico existen por lo menos 3 nociones fundamentales, 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

postulados de Koch). 2) La enfermedad se debe a defectos o fallas de las células u órganos. 3) Una vez identificado el elemento patógeno se puede producir o fabricar el elemento terapéutico respectivo.

Entre los precursores de las ideas que conducirían a planteamientos alternativos al modelo biomédico deben mencionarse en lugar prominente a Cannon y Selye por señalar la conexión entre estímulos psicosociales y cambios fisiológicos. Los trabajos de Cannon<sup>8</sup> demostraron el papel del sistema nervioso simpático y la médula suprarrenal durante la reacción neuroendocrina que prepara al animal para la huida o el combate frente a estímulos psicosociales percibidos como amenazantes. Selye<sup>9</sup>, en sus observaciones iniciadas desde los años 30, demuestra el papel del eje pituitario-córtico suprarrenal en el síndrome general de adaptación - o síndrome de alarma. Años más tarde puntualiza la diferencia fundamental entre la respuesta preparatoria descrita por Cannon y la reacción que él denomina "distress": un tipo de respuesta asociada con derrota y frustración... "una forma dañina y displacentera de stress" definiendo a ésta como "la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que se le haga". Al referirse a las relaciones interpersonales afirma: "El stress de vivir en contacto mutuo aún representa una de las mayores causas de distress"<sup>10</sup>.

Una serie de estudios de singular importancia para destacar el papel de los factores psicosociales en la salud es la iniciada por Hinkle y colaboradores<sup>11</sup> sobre la "suscetibilidad para enfermar". Estos autores al estudiar una muestra de 1.500 individuos, mostraron como

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

Otro tipo de estudios es el que se refiere a "los precursores de la enfermedad". Engel y Schmale<sup>12, 13</sup> describen a este respecto el "complejo de agotamiento y rendición" (giving-up, given up complex) percibido por el individuo como: 1) Una sensación desagradable de haber llegado al límite de tolerancia: "ésto es demasiado"; "no puedo más"; "no lo puedo soportar"; "me rindo" (I give up). 2) Percepción de sí mismo como disminuído, incompetente, descontrolado, incapaz de funcionar en la forma acostumbrada. 3) Una sensación de ruptura o rechazo en las relaciones interpersonales que se vuelven inseguras e insatisfactorias. 4) Pérdida de continuidad entre el pasado y el futuro, pérdida de las expectativas y pesimismo. 5) Reavivación de los recuerdos de experiencias similares en el pasado. Todo lo cual conduce a un estado de desvalimiento y desesperanza, que se asocia con vulnerabilidad biológica. Los autores postulan que el "complejo de agotamiento" (giving-up, given up response) puede ser un precursor importante de la enfermedad y que las enfermedades no ocurren precisamente en épocas de gran stress físico o ambiental sino cuando el

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

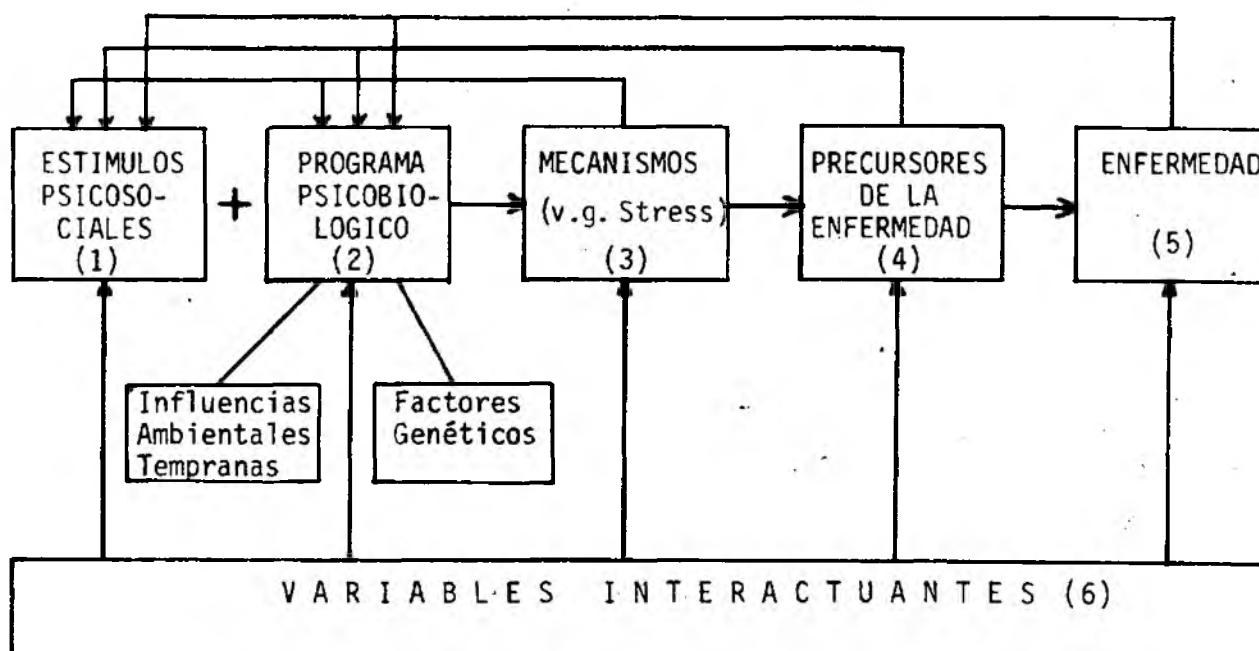
Sobre la base de éstas y otras experiencias Engel<sup>14</sup> propone un nuevo modelo biopsicosocial para estudiar la salud-enfermedad. Este modelo sigue los principios de la teoría de los sistemas y considera una relación de ordenamiento jerárquico entre los diversos niveles de organización que va 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 v 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 Pensylvania 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 anomalías 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.

#### IV. 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.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, H. 1956  
The Stress of Life  
 McGraw Hill, New York

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

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

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

## BASES PARA LA PLANEACION Y ORGANIZACION DE LA ENSEÑANZA DE SALUD FAMILIAR EN PREGRADO

Julio León Trejos C., M.S.F.<sup>1</sup>

### RESUMEN

Este documento propone algunos de los elementos más importantes que deben considerarse en la planeación y organización de la enseñanza de Salud Familiar en el pregrado en Facultades del área de la Salud, tales como Medicina, Odontología, Enfermería y otras. Plantea, así mismo, que dependiendo de la filosofía y organización que cada Facultad posea, es posible introducir adaptaciones que faciliten la enseñanza de esta asignatura para obtener que los alumnos aprendan a manejar los problemas de salud con enfoque de atención familiar.

### CONCEPTO

La enseñanza de Salud Familiar debe dar lugar a una materia o asignatura con este nombre, la cual puede concebirse como un conjunto de actividades de enseñanza, aprendizaje y prestación de servicios, cuya finalidad consiste en que el futuro profesional sea capaz de atender los problemas de salud con enfoque de familia.

Deberá ser por lo tanto, la Salud Familiar una asignatura que conforma el pñsum de estudios y como tal tendrá un manejo académico y administrativo similar a las restantes asignaturas.

---

<sup>1</sup> Jefe Sección Salud Comunitaria y Familiar del CES

## INTERDISCIPLINARIEDAD

La combinación de actividades de aprendizaje, llevadas a cabo conjuntamente entre estudiantes de diversas disciplinas del área de la salud, permite que desde su formación, los futuros profesionales comprendan en su verdadera dimensión los papeles o roles que a cada uno corresponde.

Esta comprensión es muy importante con el objeto de que desarrollen la actitud necesaria para el trabajo en equipo que deberán realizar posteriormente en su vida profesional, ya sea a nivel de instituciones o en el trabajo privado.

Para propiciar este tipo de aprendizaje es indispensable que se hagan arreglos entre las diversas Facultades del área de la Salud que permitan conformar equipos multidisciplinarios de estudiantes para que desarrollen acciones más integrales, y por lo tanto más efectivas, con las familias.

## JUSTIFICACION

Hasta el presente se ha desarrollado en las Facultades de Ciencias de la Salud un enfoque de enseñanza que es esencialmente individualista y biologista, en el cual se hipertrofia cada vez más la alta tecnología médica que sólo es necesaria para una proporción muy baja de los problemas de salud de la comunidad. Su resultado ha sido el de producir profesionales muy tecnicistas, pero poco aptos para atender los problemas más comunes de la población.

Puesto que el conocimiento epidemiológico nos explica muy bien el concepto de multicausalidad de la enfermedad, se concluye que las acciones en salud serán más eficientes cuando se realizan con criterio de integralidad. La atención con

enfoque de familia permite una visión integral y por lo tanto conduce a una mayor eficiencia de dichas acciones.

Per consiguiente, si se enseña a los estudiantes de pregrado las relaciones entre familia y salud en un proceso de dinámica familiar, ellos estarán en mejor capacidad de prestar eficaces servicios profesionales.

#### LIMITACIONES

Es necesario tener idea clara sobre las limitaciones que existen para introducir la enseñanza de salud familiar en el pregrado. Puede ser algunas de éstas:

1. Resistencia al cambio que siempre está presente en toda acción innovadora.
2. Desconocimiento del concepto y de las técnicas de atención de salud familiar por parte del profesorado de áreas clínicas.
3. Ausencia o restricción de centros de práctica que trabajen con el enfoque de salud familiar.
4. Falta de políticas de atención de salud familiar en los servicios de Salud o definición tímida de ellas.

Estas limitaciones u otras que se pueden presentar deberán ser eliminadas o vencidas progresivamente para facilitar la enseñanza de la Salud Familiar.

#### PERFIL PROFESIONAL

Las Facultades deben tener claridad sobre el perfil del pre --

fesional que aspiran a formar, entendiéndolo como la caracterización precisa del mismo para unas circunstancias determinadas que son propias del medio en donde le tocará actuar profesionalmente.

Conocimiento de la problemática de salud más común y de las características socioculturales de la comunidad, capacidad para trabajar en equipo, actitud para brindar atención humanizada, satisfacción por la relación con la familia del paciente, habilidad para explorar e identificar factores de la dinámica familiar que influyen en la salud, actuación profesional con enfoque de familia, son entre otros algunos de los caracteres que permiten configurar el perfil deseado.

#### PROPOSITOS Y OBJETIVOS

Si se dispone de un perfil determinado del profesional que se necesita, se está en capacidad de diseñar con gran precisión los propósitos y objetivos de la enseñanza.

Puesto que el perfil debe ser el de un profesional que sea capaz de ejercer su profesión con enfoque familiar, los propósitos que la Facultad aspira conseguir tienen que expresarse en términos de establecer, desarrollar y mantener un programa de enseñanza de Salud Familiar integrado al currículo respectivo, de la manera más efectiva posible.

Estos propósitos deben ser no sólo claros, sino que también deben significar un compromiso, tanto de directivos como de profesores de todas las áreas, especialmente de las Clínicas y de Salud Pública o Comunitaria.

Si existe un propósito consciente y un compromiso de voluntades que lo respalde, ello constituirá la base fundamental pa-

ra delinear los objetivos del programa de enseñanza. Hoy día hay consenso en que los objetivos significan los logros que se alcanzarán desde el punto de vista del estudiante, no del profesor. Por consiguiente, se expresarán en términos de lo que el estudiante será capaz de hacer al terminar la asignatura Salud Familiar o una parte de ella. Lo que el estudiante será capaz de hacer se relacionará con el área cognocitiva, afectiva e motora según el caso; por ejemplo:

- Será capaz de hacer una entrevista adecuada que permita explorar antecedentes genéticos.
- Será capaz de establecer empatía con el paciente y su familia.
- Será capaz de realizar correctamente la enseñanza del cepillado dental a la familia.

#### UBICACION CURRICULAR

Con el fin de definir la posición más adecuada de Salud Familiar como asignatura en el pñsum de estudios, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

##### 1. Conocimientos clínicos de los estudiantes

Para lograr una eficaz actuación de los estudiantes con la familia es indispensable que cuando inicien Salud Familiar posean un bagage de conocimientos y habilidades que les permitan realizar exámenes clínicos y recomendaciones terapéuticas, ordenar interconsultas, iniciar procesos de referencia de pacientes y realizar acciones educativas en salud. Esto sólo se logra cuando además de haber cursado las materias básicas, hayan realizado las

relacionadas con semiología, medicina interna, pediatría y ginecología. Por lo general esto ocurre hacia la mitad de la carrera, lo cual significa que se puede comenzar Salud Familiar en el VI, VII u VIII Semestre.

## 2. Conocimientos de otras áreas

También es importante que los estudiantes posean conocimientos básicos acerca de antropología, sociología, economía, demografía, epidemiología y saneamiento, que les permitan realizar mejores diagnósticos, tratamientos y controles. Tales conocimientos deben impartirse por consiguiente en los semestres inmediatamente anteriores a la iniciación de Salud Familiar (VI y V semestres por ejemplo).

## 3. Conocimientos avanzados

Mientras más avanzado se encuentre un estudiante en su carrera profesional, tendrá no sólo mayores conocimientos y habilidades, sino que éstos serán más firmes o sólidos. De ahí que probablemente los estudiantes se van a beneficiar más si la asignatura Salud Familiar se ubica hacia el final de la carrera, más bien que al comienzo o en la parte intermedia de ella.

## 4. Rotaciones clínicas

Por lo general, en los últimos semestres de la carrera se realizan rotaciones por Hospitales, a veces alejados de la ciudad en donde funciona la Facultad respectiva. Con frecuencia la programación de dichas rotaciones limita o impide el que se pueda realizar Salud Familiar en dichos semestres, a pesar de su conveniencia como se dijo atrás.

Deberían hacerse esfuerzos para compaginar las rotaciones clínicas de los últimos semestres con el trabajo de Salud Familiar, lo cual puede lograrse con una cuidadosa programación.

#### DURACION

La duración de Salud Familiar debería ser cuando menos 4 semestres a través de la carrera, los cuales deben hacerse en forma continua con el fin de que los estudiantes tengan oportunidad de hacer un seguimiento de la problemática de salud de sus familias durante un tiempo que les permita observar adecuadamente la evolución de los casos, la efectividad de los tratamientos, la aplicación de las medidas preventivas y los cambios de comportamiento a través de la educación de las familias.

Desde el punto de vista de la familia, es de esperarse que durante este tiempo adquiera conciencia clara y suficiente acerca de su propia salud y lo que debe hacer para mantenerla en forma satisfactoria.

#### INTENSIDAD

Una intensidad de 4 horas semanales parece ser adecuada para que los estudiantes puedan mantener un contacto frecuente con sus familias y de este modo realizar un seguimiento satisfactorio de las mismas.

Puesto que por lo general cada semestre consta de 16 a 18 semanas, la intensidad horaria para Salud Familiar será de 64 a 72 horas semestrales.

## METODOLOGIA

Salud Familiar como enseñanza debe ser más práctica que teórica, puesto que la exposición de los estudiantes a la realidad mediante el contacto con las familias, les permitirá aprender de tales vivencias mucho más que de las presentaciones teóricas.

Sin embargo, lo ideal es realizar una combinación adecuada de teoría y práctica, de modo que al comienzo haya mayor proporción de teoría y a medida que se avanza se incrementa progresivamente la proporción de la práctica. Dicha combinación puede hacerse aproximadamente en la siguiente forma:

| <u>Semestres</u> | <u>Teoría</u> | <u>Práctica</u> |
|------------------|---------------|-----------------|
| I                | 70%           | 30%             |
| II               | 50%           | 50%             |
| III              | 30%           | 70%             |
| IV               | 10%           | 90%             |

La teoría puede darse mediante conferencias dictadas por expertos, lecturas dirigidas y talleres. La práctica, mediante trabajo con las familias y con casos específicos dentro de ellas, estudios socioeconómicos, estudios clínico-socio-epidemiológicos, así como actividades educativas con familias, grupos de pacientes, escolares, colegiales, maestros y otros grupos de la comunidad.

Como se trata de una asignatura igual a cualquier otra del pensum de estudios, su manejo debe hacerse con los mismos criterios establecidos por la Universidad para los aspectos disciplinarios y de administración académica.

Deben conformarse equipos multidisciplinarios de estudiantes que trabajen juntos a través del tiempo que dure Salud Familiar, con lo cual se obtiene:

1. Que los estudiantes de diferentes carreras intercambien conocimientos y experiencias que les serán útiles para mejorar su capacitación profesional.
2. Que dichos estudiantes tengan la posibilidad de identificar tempranamente sus propios roles según la disciplina a que se dedican y de este modo estén en mayor capacidad de aprender a trabajar en equipo.

A cada equipo de estudiantes se le puede asignar en promedio 10 familias, siempre y cuando estén concentradas en una zona geográfica delimitada y que haya facilidades de acceso de estudiantes y profesores a la familia y de ésta a la Unidad local de Salud.

Debe disponerse de un Manual de Procedimientos que le sirva de guía a los estudiantes para que puedan realizar las actividades en cada semestre.

Se debe definir con toda precisión qué se va a considerar "familia" para los efectos del programa. Lo más importante sería trabajar con un concepto de familia de tipo epidemiológico puesto que es necesario trabajar con enfoque de riesgo. Se requiere además definir los criterios que se van a utilizar para seleccionar las familias que van a ingresar al Programa.

## HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

La Historia de Salud Familiar es un documento en el cual se registran de manera ordenada los principales aspectos que se relacionan con la salud de la familia, considerando tanto las personas como el ambiente que la conforman.

Es un instrumento muy útil que permitirá a los alumnos interrelacionar los diferentes datos de la familia y analizarlos en función de salud y enfermedad, al mismo tiempo que les facilitará llevar un registro de las atenciones prestadas y de la evolución de los casos o hechos de salud del grupo familiar.

Deben utilizarse modelos de Historias que sean lo más simplificadas posible. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que por tratarse de un instrumento de enseñanza y aprendizaje, la Historia de Salud Familiar para efectos docentes será siempre relativamente voluminosa.

Es importante que los datos tomados en la Historia puedan manejarse con criterio de riesgo, aplicando para ello conocimientos epidemiológicos. Se pueden calificar los riesgos en forma parcial (vivienda, composición demográfica, costumbres y creencias, aspecto reproductivo, morbilidad general, morbilidad oral, etc.) y en forma total a través de la sumatoria de los parciales.

La Historia de Salud Familiar permitirá también a los profesores o instructores disponer de información valiosa para evaluar el desempeño de los alumnos en su aprendizaje de Salud Familiar.

Dichas Historias deben archivararse mediante un sistema dígito-

terminal que incorpore en el número información sobre:

1. La fecha de ingreso de la familia al programa.
2. El lugar de residencia de la familia.
3. El número del equipo de estudiantes encargado de la familia.
4. La posición de la familia dentro del respectivo equipo de estudiantes.

#### PERFIL DOCENTE

Para asegurar la mayor eficiencia de la enseñanza de Salud Familiar es indispensable que los profesores de la Facultad tengan una caracterización adecuada para ello.

Puesto que tanto la prestación de servicios como la formación de profesionales de la salud en su enfoque tradicional ha sido eminentemente individualista y biologista, el profesor tradicional también fundamenta su actuación en la atención del individuo, sin considerar el medio que lo rodea.

Si se busca enseñar el enfoque de atención familiar, es necesario que los profesores de las diferentes áreas clínicas incorporen en la enseñanza el concepto de familia al abordar cada una de las enfermedades. Para ello el esquema de enseñanza para una enfermedad o grupo de enfermedades sería el siguiente:

1. Definición o concepto.
2. Etiología y epidemiología (considerando los factores familiares).

3. Patología y fisiopatología.
4. Cuadro clínico.
5. Diagnóstico y pronóstico.
6. Tratamiento y control.
7. Participación de la familia:
  - a. En la prevención de la enfermedad.
  - b. En el tratamiento y control.
  - c. En la prevención de complicaciones.
8. Educación en salud de la familia y del individuo.

Lo anterior significa que debe existir un perfil docente que exprese la caracterización más apropiada del profesor para que pueda participar efectivamente en la enseñanza de Salud Familiar.

Para obtener dicho perfil, es indispensable que la Facultad capacite a sus docentes mediante cursos, talleres y seminarios de educación continua, visitas de observación a lugares en donde se desarrollan programas de Salud Familiar, tanto a nivel de docencia como de servicios y distribución de bibliografía sobre el tema.

#### CONTENIDO

El contenido de un Programa docente de Salud Familiar en pregrado debe estar constituido por una serie de actividades y tareas de enseñanza y aprendizaje que conduzcan a alcanzar los objetivos previstos, al terminar la asignatura o cada una de sus etapas.

Si la duración se establece por ejemplo en 4 semestres, como se ha dicho anteriormente, puede diseñarse el contenido en 4 niveles: I, II, III y IV. Cada nivel deberá tener sus propios objetivos específicos y para alcanzarlos se diseñarán las correspondientes actividades y tareas.

Para diseñar el contenido conviene tener en cuenta los siguientes principios:

1. Comenzar por las generalidades y a partir de ellas avanzar progresivamente hacia las particularidades.
2. Comenzar con una mayor proporción de actividades y tareas teóricas y a medida que se avanza de nivel, incrementar aquellas de carácter práctico.
3. Considerar siempre a la familia como un sistema, con el fin de facilitar la comprensión de los diversos factores de la dinámica familiar que influyen en los procesos de salud y enfermedad.

A manera de ejemplo, se propone a continuación un contenido básico que puede ser ajustado a las necesidades y recursos de cada Facultad.

1. Salud Familiar I:

- a. Conocimiento de la comunidad
- b. Conceptos básicos sobre familia
- c. La familia como sistema
- d. La salud de la familia

- e. Relaciones entre la salud de la familia y sus condiciones:
  - Socioeconómicas
  - Culturales y educativas
  - Nutricionales y alimentarias
  - Ambientales
- f. Medicina folclórica y familia.
- g. Selección de familias.
- h. Historia de Salud Familiar.
- i. Entrevista con los instructores.

2. Salud Familiar II:

- a. Estudio socioeconómico de familias.
- b. Estudio de morbilidad de familias.
- c. Selección y capacitación de Colaboradores Familiares de Salud.
- d. Preparación y presentación de informes sobre situación socioeconómica y de morbilidad de las familias.
- e. Seguimiento de familias.
- f. Atención primaria de salud en las familias.

- g. Educación en salud a las familias.
- h. Remisión de casos a la Unidad Local de Salud.
- i. Coordinación con entidades de Salud y Bienestar.
- j. Entrevistas con los instructores.

3. Salud Familiar III:

- a. Revisión, corrección y completación de las Historias de Salud Familiar.
- b. Actualización de eventos socioeconómicos y de morbilidad de las familias.
- c. Programación de atenciones para las familias.
- d. Discusión de la programación con las familias.
- e. Análisis de problemas de salud en relación con familias.
- f. Ejercicio sobre correlación clínico-socio-epidemiológica.
- g. Seguimiento de familias.
- h. Seguimiento de Colaboradores Familiares de Salud.
- i. Atención primaria de salud en las familias.
- j. Educación en salud a las familias.

- k. Remisión de casos a la Unidad Local de Salud.
- l. Coordinación con entidades de Salud y Bienestar.
- m. Entrevistas con los instructores.

4. Salud Familiar IV:

- a. Revisión, corrección y completación de las Historias de Salud Familiar.
- b. Actualización de eventos socioeconómicos y de morbilidad de las familias.
- c. Preparación y presentación de un caso clínico-socio-epidemiológico.
- d. Seguimiento de familias.
- e. Seguimiento de Colaboradores Familiares de Salud.
- f. Educación a escolares y colegiales orientada a la familia.
- g. Atención primaria de salud en las familias.
- h. Educación en salud a las familias.
- i. Remisión de casos a la Unidad Local de Salud.
- j. Coordinación con entidades de Salud y Bienestar.
- k. Entrevistas con los instructores.

Tanto las actividades de atención y seguimiento de las familias, como de seguimiento a los Colaboradores Familiares de Salud, remisión de casos, educación en salud a las familias y coordinación con entidades de Salud y Bienestar, deben aumentar en tipo y complejidad a medida que se pasa del Nivel I al II, al III y al IV.

#### RECURSOS

Para la realización de un Programa de enseñanza de Salud Familiar con carácter docente-asistencial, es necesario contar con algunos recursos básicos de la propia Universidad, de los Servicios de Salud correspondientes y aún de la misma comunidad en donde residen las familias.

La Facultad que desee establecer el Programa debe tener un grupo docente mínimo dedicado a la planificación, organización, ejecución y evaluación del mismo. Debe ser multidisciplinario para asegurar la mayor eficiencia, ya que en el análisis y solución de la problemática de salud familiar tienen que entrar en juego conocimientos, experiencias y habilidades de diferentes disciplinas relacionadas. No se requiere que todos sean de tiempo completo; más bien se considera conveniente que en el grupo haya una mezcla equilibrada de tiempo completo, medio tiempo y por horas. En todo caso, todos deben estar bien convencidos de la importancia del enfoque de Salud Familiar. Naturalmente deberán contar con las indispensables facilidades de oficinas, equipos y materiales de trabajo, medios de enseñanza y bibliografía.

En aspecto muy importante es el de la relación profesor-alumno para asegurar una eficaz y eficiente enseñanza. Esta puede ser adecuada si es de 1 a 20, de tal modo que el profesor pueda atender oportunamente las necesidades de orientación o instructoría de sus alumnos.

Otro recurso que debe considerarse de la Universidad está formado por los profesores de áreas clínicas, de cuyo perfil docente se habló antes.

Por otro lado deben seleccionarse instituciones de salud en las cuales se pueda desarrollar el Programa de Salud Familiar. Para ello será necesario tomar en cuenta criterios de regionalización docente-asistencial, distancias y medios de transporte, grado y tipo de colaboración tanto de dichas instituciones como de las comunidades en donde están localizadas.

Mediante convenios con dichas instituciones podrán asegurarse el tipo y cantidad de recursos indispensables para el Programa.

En cada comunidad existen múltiples recursos que pueden ser aprovechados para apoyar el desarrollo del Programa.

Tales recursos van desde líderes y grupos comunitarios interesados en la salud hasta instituciones de bienestar en general que pueden realizar aportes de diversa naturaleza. Es necesario estudiar muy bien estos recursos y desarrollar estrategias para utilizarlos provechosamente. Pueden ser útiles tanto en la promoción como en la planeación, ejecución y evaluación del Programa.

Un recurso valioso de la comunidad es el Colaborador Familiar de Salud, quien es un líder de vecindario que se entrena en un curso corto con énfasis en aspectos de atención primaria y actúa ayudando a las familias para que mejoren sus condiciones de salud.

#### ORGANIZACION

La ubicación de un Programa docente de Salud Familiar depende

del tipo de organización que posea la Facultad respectiva. Dicha organización puede ser departamentalizada o no departamentalizada.

Si la organización de la Facultad está fundamentada en Departamentos, la docencia de Salud Familiar puede ubicarse en el Departamento dedicado a la enseñanza de la Salud Comunitaria o Salud Pública, sea cualquiera la denominación que posea.

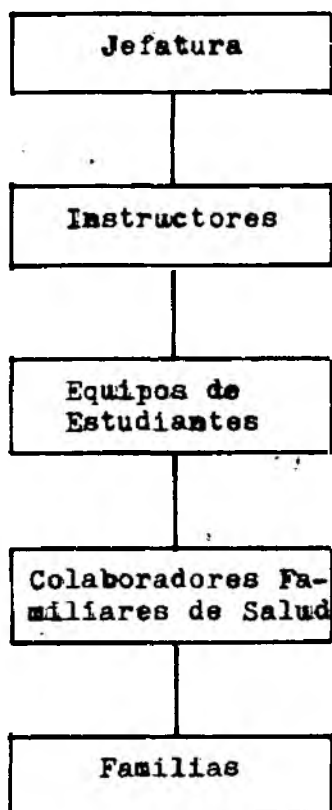
Si la organización no es departamentalizada, el grupo encargado de Salud Familiar deberá constituir una Oficina o Sección que dependa del Decano respectivo.

Otro aspecto importante a considerar es el que se refiere a si la Universidad posee una sola Facultad de Ciencias de la Salud que realice docencia en Salud Familiar o existen varias Facultades del área que la realicen. En el primer caso no habría mayor problema, pues es claro que Salud Familiar dependería de la sola Facultad de Salud existente. El problema estaría en el segundo caso en que habría que definir qué sería lo mejor: ubicarla en una de las Facultades o por fuera de ellas, por ejemplo como dependencia de la Rectoría.

La estructura interna del grupo encargado de enseñar Salud Familiar debe constar de los siguientes elementos:

1. Jefatura o dirección.
2. Instructores (1 por cada 20 alumnos).
3. Equipos multidisciplinarios de estudiantes (1 por cada 2 Colaboradores).
4. Colaboradores Familiares de Salud (1 por cada 5 a 10 familias).

Esquemáticamente puede representarse la organización de la siguiente manera:



Se deben establecer claramente las funciones y responsabilidades de cada uno de estos elementos.

#### CAPACITACION DE DOCENTES

El grupo de docentes que tiene la responsabilidad básica de la enseñanza de Salud Familiar debe ser especializado en Salud Pública, lo cual les permitirá conducir con mayor eficacia el Programa. Este grupo deberá capacitarse además en aspectos relacionados con Salud Familiar.

Es indispensable, por otro lado, que los docentes de áreas

clínicas utilicen también el enfoque de Salud Familiar cuando realizan su labor de enseñanza, tal como se dijo atrás. Para ello, es necesario que se capaciten y la Facultad debe ofrecerles las facilidades pertinentes. Dicha capacitación puede realizarse por medio de talleres de 1 a 3 días de duración sobre temas tales como:

"Epidemiología para clínicos".

"Enfoque de atención de Salud Familiar".

"Vigilancia Epidemiológica".

"Vigilancia nutricional".

"Educación en Salud de la familia".

"Atención humanizada".

#### EVALUACION

Interesa fundamentalmente conocer los resultados o sea el cumplimiento de los objetivos a corto y largo plazo.

La evaluación a corto plazo permitirá conocer si los alumnos adquirieron o no los conocimientos, actitudes y destrezas para el trabajo de Salud Familiar. Esta será la evaluación que se realizará semestre tras semestre y en la práctica determinará si el alumno aprueba o no la materia.

La evaluación a largo plazo permitirá conocer el impacto de la enseñanza de Salud Familiar en la prestación de servicios en las instituciones de salud. Esta evaluación deberá realizarse mediante investigaciones operativas y se requerirá crear indicadores para ello.

## INVITACION

Deseo terminar este documento con una invitación a las directivas de las Facultades de Ciencias de la Salud para que establezcan Programas de enseñanza de Salud Familiar, en la seguridad de que con ellos se contribuirá a formar mejores profesionales en este campo. Ellos a su vez estarán en capacidad de contribuir para ampliar las coberturas y la eficiencia de los servicios de salud en donde les toque trabajar.

## I N D I C E

| <u>Tema</u>                | <u>Página</u> |
|----------------------------|---------------|
| Resumen                    | 1             |
| Concepto                   | 1             |
| Interdisciplinariedad      | 2             |
| Justificación              | 2             |
| Limitaciones               | 3             |
| Perfil profesional         | 3             |
| Propósitos y objetivos     | 4             |
| Ubicación curricular       | 5             |
| Duración                   | 7             |
| Intensidad                 | 7             |
| Metodología                | 8             |
| Historia de Salud Familiar | 10            |
| Perfil docente             | 11            |
| Contenido                  | 12            |
| Recursos                   | 17            |
| Organización               | 18            |
| Capacitación de docentes   | 20            |
| Evaluación                 | 21            |