

English... 3(1): 1-13; ...

## NECESIDAD Y OPORTUNIDADES DE LA EDUCACION SANITARIA ORIENTADA A LA FAMILIA\*

E. FIELD HORINE, Jr., M.P.H.

*Consultor en Educación Sanitaria, Zona II, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*

Durante los últimos diez o quince años, ha circulado por muy distintos países una idea cuyo prestigio ha ido aumentando. En esencia, es una idea tan antigua como la civilización; pero en muchos aspectos es también muy nueva—al menos para las sociedades occidentales, tan marcadamente individualistas.

La idea consiste en que la familia—y no el individuo—es la unidad primaria de la vida, la unidad básica social, y, por ende, la unidad básica de la enfermedad y de la salud.

La aplicación de este concepto a la educación sanitaria es, según parece, tan necesaria como oportuna. Este trabajo se propone examinar brevemente algunas de las razones por las cuales dicha aplicación puede resultar útil.

### *Los pacientes tienen familia*

Hace tan sólo quince años, en 1945, apareció un libro titulado “Los pacientes tienen familia” (1). Su publicación coincidió con un rápido incremento del interés por lo que ya se conocía como medicina “psicosomática”. Sin embargo, este libro concentraba su atención en una materia en cierto modo distinta. No trataba en especial de la patología de la psique individual, tal y como se manifiesta en el proceso continuo de interacción con el soma individual, sino principalmente de la psicopatología social del grupo familiar, en relación con cualquier clase de enfermedad.

Esta distinción es importante—tan importante, en verdad, que H. B. Richardson, autor de “Los pacientes tienen familia”, se dedicó durante varios años a un estudio de

tallado de ciertos aspectos de lo que pudiera llamarse “naturaleza biopsico-social” de muy diversos tipos de enfermedad, en contraste con los estudios más corrientes de los estados “psicosomáticos” del individuo.

Richardson logró demostrar con su estudio que las diferentes pautas de enfermedad y salud inherentes a los diversos miembros de una determinada familia, suelen aparecer relacionadas entre sí en una forma sutil y a menudo muy disimulada. Tanto es así, que Richardson concluye (1):

“El individuo constituye una parte de la familia, tanto si se encuentra sano, como enfermo. . . . La idea de la enfermedad como entidad que se limita a una sola persona . . . queda relegada a segundo término, y la enfermedad se convierte en parte integrante del proceso continuo de la vida. La familia es la unidad de la enfermedad, porque es la unidad de la vida.”

“Los hombres no son islas . . .”

Así, de un modo particularmente enérgico, la obra de Richardson llamó la atención sobre algo que quizá era conocido de sobra, pero que corría peligro de ser pasado por alto, si no olvidado, en una era de individualismo exagerado y alta especialización. Este algo consistía en el hecho de que, como dijo el poeta John Donne hace tanto tiempo: “los hombres no son islas.”

Desde luego, la misma idea podría vestirse con el lenguaje más complicado de la ciencia actual del comportamiento. En este caso, se podría comenzar diciendo que el ser humano individual no es meramente un organismo que actúa, e interactúa, sobre su medio físico y biológico. Podría subrayarse que el individuo queda también decisivamente moldeado por fuerzas sociales y culturales, que

\* Publicado en inglés y francés en el *International Journal of Health Education*, de enero, 1960.

chocan con él y configuran su existencia y sus hechos en todos los momentos de su vida desde que fue concebido. Se podría concluir indicando que estas fuerzas socioculturales—entre ellas el medio de la familia y su clima emotivo, mucho más importantes que todas las demás—ejercen en la salud del individuo, tanto la psíquica como la psicosomática, una influencia poderosa que persistirá durante toda su vida (2).

Muy diferentes autores han contribuido a la elaboración de los conceptos que constituyen el tema del libro de Richardson. Desde su publicación (y, hasta cierto punto, aún antes), muchos han venido trabajando para poner en práctica dichas ideas. Ya se han hecho considerables progresos en esa dirección en varias escuelas de medicina (3), en cierto tipo de programas de atención médica (4) y, por lo menos, en dos proyectos de demostración en gran escala: uno en Gran Bretaña y otro en Estados Unidos de América (5,6).

Los profesionales de salud pública están empezando también a interesarse por la salud y la enfermedad como problemas esencialmente familiares. Un artículo reciente y muy ilustrativo del jefe de la Oficina de Estadísticas Vitales, de Estados Unidos, se titula "La salud pública comienza en la familia" (7). Desde luego, la enfermera de salud pública y la visitadora social han concentrado siempre su atención en la unidad familiar. No obstante, parece claro que, hasta fecha muy próxima, no ha sido frecuente que los funcionarios de salud pública y otros administradores de programas mostraran un interés directo por los problemas de salud pública vistos desde la perspectiva de la vida de familia.

Desde el punto de vista de la educación sanitaria, entendida como parte integrante de la salud pública moderna, parece ofrecer muchas ventajas de naturaleza tanto teórica como práctica, un interés más activo por dichos problemas.

#### *Integración con la "medicina constructiva"*

Desde el punto de vista teórico (y, a la larga, con importancia práctica), el hecho de

que la educación sanitaria se orientara de nuevo, por lo menos en parte, hacia la familia, proporcionaría ocasiones de establecer vínculos más estrechos entre la educación sanitaria, por una parte, y las actuales tendencias en materia de atención y educación médica, por otra.

Parece probable que, durante las próximas décadas, un nuevo tipo de "médico de familia" vaya reemplazando gradualmente al antiguo "médico de cabecera" (8). Al propio tiempo, parece probable que la profesión médica en conjunto desplace cada vez más su atención, del mero tratamiento de la enfermedad, a la prevención de ésta y a los problemas del fomento de la salud (9). A medida que ocurran estos cambios, la educación sanitaria pasará a ocupar, inevitablemente, uno de los principales centros de interés, que afectará a todo el campo de la atención médica, de la medicina preventiva y de la salud pública.

"A causa de la importancia central de la familia como unidad de enfermedad y de salud, parecerá fuera de duda que la educación sanitaria orientada a la familia tiene importancia especial para el futuro encauzamiento de lo que Stieglitz ha llamado "medicina constructiva" (10).

En el orden práctico, hay también pruebas de que la educación sanitaria dirigida al individuo como miembro, actual o potencial, del grupo familiar, pudiera ser más eficaz que la dedicada con mucha frecuencia—mejor dicho, habitualmente—al individuo como tal. Varias razones abonan esta opinión, además de la necesidad de que la educación sanitaria tenga en cuenta los factores psicosociales ya mencionados en relación con la obra de Richardson.

#### *Resistencia psicológica del individuo*

Como ha indicado Srole, la persona normal se siente íntimamente inclinada a rechazar la posibilidad de enfermar o morir dentro de poco. Se trata, dice Srole, de la idea: "No, gracias; usted debe referirse a otro individuo" (11).

Srole considera que esta resistencia psicológica del individuo a aceptar el habitual

“mensaje” de la educación sanitaria, es una formidable barrera contra toda educación sanitaria, por muy a la medida que ésta esté cortada para amoldarse a otras facetas de las necesidades e impulsos individuales. Srole sugiere que el único modo de soslayar esta barrera sería dirigir el llamamiento de la educación sanitaria al interés del individuo por otros miembros de su familia—su mujer, sus hijos, sus parientes cercanos—o por sus íntimos amigos.

En otras palabras, aun por razones puramente prácticas, hay muchas ocasiones en que la educación sanitaria no debe concentrarse en el individuo aislado como tal, sino en grupos familiares y otros círculos personales en los que entran poderosamente en juego los intercambios, las influencias y las presiones entre diversos individuos.

Srole llega a la conclusión de que, en educación sanitaria, la práctica de “hacer un llamamiento al interés del propio individuo, invocando probabilidades estadísticas y hechos científicos” debiera reemplazarse por un criterio orientado principalmente “a los intereses de la familia o grupo, invocando los valores tradicionales que ocupan un lugar destacado en la pauta estimativa de los grupos” (11).

### *Hacia una definición*

Partiendo de estas dos zonas de interés—es decir: las ventajas teóricas y prácticas que pueda ofrecer la educación sanitaria orientada a la familia—es posible elaborar un esquema conceptual para el desarrollo de esta forma, relativamente nueva, de abordar la solución de algunos de los principales problemas de la educación sanitaria.

Una definición útil de la educación sanitaria orientada a la familia, pudiera formularse en éstos o parecidos términos:

“Reconociendo que la familia es la unidad de la salud, por ser la unidad de la vida para la inmensa mayoría de las personas de todos los países del mundo, la educación sanitaria orientada a la familia tiene por objeto el fomento de una vida familiar sana en sus diversos aspectos—emotivo, físico, espiritual, cultural, social y material—; y

se considera que abarca todos los aspectos de educación sanitaria realizados en la colectividad, que a) brinden experiencias instructivas de acuerdo con las creencias, los sentimientos e intereses de las personas como miembros de una familia, y que b) fomenten la salud de la familia como unidad psicosocial y la salud de los individuos como miembros de dicha unidad.”

Esta definición parte, implícitamente, del supuesto de que en cualquier colectividad, muy diversas instituciones o individuos pueden ser llamados a representar papeles distintos, si bien mutuamente complementarios, en relación con la educación sanitaria orientada a la familia. Natural e inevitablemente, esta labor estará vinculada a las organizaciones, oficiales y privadas, interesadas en la salud y el bienestar generales. Las escuelas, colegios, universidades, grupos de educación de adultos y las asociaciones de padres y maestros, están, asimismo, llamados a desempeñar un papel de importancia.

En muchas colectividades, las instituciones o consejos sobre relaciones familiares, las sociedades de servicio a la familia, las asociaciones para el bienestar y estudio del niño y otros organismos similares, podrían llevar la dirección de la campaña a favor de la educación sanitaria orientada a la familia—en caso de que no lo hayan hecho ya así. Deberá contarse también con la colaboración de organizaciones religiosas, de grupos juveniles, de centros y clubs de la colectividad, de las asociaciones profesionales y cívicas, tribunales de menores y de relaciones familiares, y toda clase de instituciones pertenecientes a la colectividad; del mismo modo, se habrán de tener en cuenta los diversos servicios de enseñanza y de sanidad, ofrecidos a menudo por asociaciones industriales y obreras.

Es natural que, en la educación sanitaria orientada a la familia recaigan responsabilidades particularmente importantes sobre los médicos, las enfermeras de salud pública, los trabajadores sociales, farmacéuticos y demás clases de personal cuyos deberes en el campo de la medicina curativa y preventiva, de la salud pública o bienestar social, los ponen en contacto diario con la vida familiar. Por el

momento, sólo se ha comenzado a advertir las posibilidades que en materia de educación sanitaria—especialmente de la educación sanitaria orientada a la familia—encierran los contactos de este tipo. El adiestramiento profesional de dicho personal no los ha preparado, excepto en escala limitada, para aprovechar el amplio margen de oportunidades educativas que se les ofrece; en cuanto a los médicos, poco o nada se ha hecho para orientar su plan de estudios de modo que comprendan por lo menos que tales oportunidades existen.

Sin embargo, son muchos hoy los países donde se reconoce cada vez más la necesidad de que las diversas clases de instituciones docentes dediquen mucho más atención a la educación sanitaria en los planes de estudios de graduados y postgraduados, y al papel que en la educación sanitaria deben representar los no especialistas en la materia (12). Parece casi inevitable que, ante la tendencia a dar mayor importancia a la práctica de la medicina familiar y al fomento de la salud de la familia, el personal de salud pública y bienestar social dedique más y más atención a la educación sanitaria orientada a la familia.

#### *Divergencias . . . aunque coexistencia*

Cabría preguntar si lo que se intenta es que la educación sanitaria orientada a la familia tenga primacía sobre otras formas de educación sanitaria, tal y como hoy se practican. La respuesta sería, indudablemente, negativa. No parece razonable suponer que el aliciente de la educación sanitaria fundado en otros intereses y otros impulsos, deba descuidarse por la sola razón de que la educación sanitaria orientada a la familia parezca ofrecer posibilidades de aprovechar los recursos, hasta ahora no bien aprovechados, que ofrecen las motivaciones humanas, o, simplemente porque se haya vuelto a descubrir que la familia es la unidad básica de la sociedad.

En otros términos, la educación sanitaria orientada a la familia, tal como la hemos concebido, debe coexistir con otras tareas

educativas y no ser considerada como su rival o competidor. Desde luego, habrá diferencias importantes entre la educación sanitaria general y la orientada a la familia, como expresa la definición dada atrás. No obstante, una inspección más minuciosa pudiera mostrar que, con frecuencia, tales diferencias no radican tanto en el contenido de un programa o actividad, como en el punto de vista del observador o en la formulación y consideración de sus objetivos.

Unos cuantos ejemplos pueden aclarar este punto. Tradicionalmente, en educación sanitaria se ha tendido a considerar la familia—suponiendo que se la haya tenido en cuenta—como una especie de decorado de una escena en que la luz se concentrase en un solo actor. Por el contrario, en la educación sanitaria orientada a la familia, el reflector destaca la familia como grupo o, tal vez con mayor frecuencia, al individuo como miembro de dicho grupo. Pero, en cualquier caso, los papeles y relaciones mutuas de la familia y el individuo dentro de dicho marco, constituirán el centro principal del esfuerzo y la atención, y no un objetivo secundario o simplemente incidental.

Como ilustración de la familia como tema central, se puede observar, por ejemplo, que en la educación tendiente al logro de la salud emotiva y social, una colectividad urbana puede facilitar locales donde las familias como grupos participen en actividades recreativas del tipo tradicional, incluso en juegos y deportes, y también (y aún más importante) en tareas creadoras y constructivas, como los trabajos de carpintería y en metal y varias otras labores artesanas que ofrezcan la posibilidad de una división del trabajo por grupos de edad, ciertos tipos de actividades artísticas, etc. La mayoría de los hogares actuales carecen de espacio suficiente y del equipo necesario para esta clase de actividades, y sólo las clases adineradas pueden permitirse el lujo de poseerlos. La provisión por la propia colectividad de medios de este tipo y otros similares, “orientados hacia la familia”, podría resultar—complementándola con una instrucción eficaz, a largo plazo,

sobre el uso de dichos medios—realmente valiosa para fomentar la salud social y emotiva de toda la colectividad.

*Las enfermedades crónicas consideradas como problema de la familia*

Tomemos ahora un ejemplo de un campo muy distinto—el cuidado del enfermo crónico en el hogar—a fin de ilustrar lo que significa en relación con el individuo como miembro del grupo familiar, la educación sanitaria orientada a la familia.

Desde luego, respecto a las enfermedades crónicas como problema de salud pública, el primer objeto de la educación sanitaria orientada a la familia será persuadir a los individuos miembros de familias a que adopten medidas preventivas eficaces, o a conseguir el pronto diagnóstico, cuando sea posible. Deben subrayarse, de nuevo, los aspectos positivos, más bien que los negativos, de la cuestión. Se procurará buscar puntos de apoyo en el sentido de responsabilidad familiar del individuo y en la sensación de mayor seguridad personal y para la familia, lo que puede lograrse adoptando precauciones razonables en el modo de vivir de cada cual, sometiéndose de vez en cuando a un examen médico, etc.

En la medida que los programas educativos orientados al individuo como miembro del grupo familiar no logren prevenir las enfermedades crónicas, procurarán (como el resto de la educación sanitaria) devolver el paciente a la vida activa. Donde esto resulte imposible, procurarán fomentar la máxima adaptación posible de la familia a la situación que todos han de afrontar.

También en estos casos, al considerar la familia como una unidad y enfocar todo el problema educativo dentro de esta contextura, los esfuerzos hechos en educación sanitaria con respecto a las enfermedades crónicas, pueden adquirir un mayor grado de integración y encauzamiento que el que de ordinario se podría alcanzar de otro modo. Procuraría tener en cuenta el papel que cada miembro de la familia como individuo puede representar en relación con lo que, inevita-

blemente, es un problema común a todos los miembros del grupo familiar. Cada cual trataría de adoptar un espíritu positivo de ayuda y cooperación, de comprender que mediante la labor conjunta de los miembros de una familia se puede lograr un fin noble y meritorio, es decir, la mejoría del inválido, o que éste se resigne con más facilidad a que su salud no tiene mejora, con la consiguiente posibilidad de mayor satisfacción y paz de espíritu por parte del grupo considerado como un todo.

Todo esto puede parecer superidealismo e incluso utopía. Sin embargo, tal vez convenga recordar que, en realidad, los humanos suelen ser capaces de las más asombrosas proezas de solidaridad cuando se les hace ver una causa más grande que su propia persona, y se les convence de que se deben a dicha causa, ayudándoles a comprender que pueden participar en la consecución de un fin común. Lo que la gente es capaz de hacer por y para sus prójimos en circunstancias desastrosas, como un incendio o inundación, puede ilustrar muy bien este punto. ¿Acaso es demasiado suponer que los programas de educación sanitaria orientada a la familia debieran concebirse de tal modo que movilizaran eficazmente algunas de las mismas fuerzas e impulsos que mueven con frecuencia a las gentes a realizar increíbles actos de heroísmo en otras situaciones críticas?

En resumen, el llamamiento de la educación sanitaria orientada a la familia, debe ir dirigido, esencialmente, a ese sentido de la responsabilidad familiar que es, en muchas personas, un poderosísimo factor del comportamiento, y que, por supuesto, parece existir en el resto de la humanidad, en mayor o menor grado. Su importancia puede radicar, a menudo, no tanto en la cura, e incluso prevención, de enfermedades específicas y causas de invalidez, como en los beneficios positivos que acarree haciendo posible una vida familiar más segura y cómoda, mediante la observancia habitual, por todos los miembros de la familia, de buenas prácticas sanitarias y mediante la labor familiar conjunta en pro del fomento de la salud de la

familia y de su mantenimiento o restauración.

Con lo antedicho basta sobre lo que debe considerarse, tan sólo, como bosquejo rudimentario de un marco conceptual y de un sistema operativo, dentro del cual pueda desarrollarse y ponerse en práctica, en cualquier país, la educación sanitaria orientada a la familia, siempre y cuando se hayan hecho los ajustes y modificaciones convenientes para tener en cuenta las diferencias culturales, la organización social, niveles económicos, etc.

### *Posibles campos de prioridad*

Cabe preguntar ahora si hay problemas específicos de prevención de enfermedades y fomento de la salud donde la educación sanitaria orientada a la familia pueda ofrecer ventajas especiales, o si las ideas apuntadas en este artículo pueden aplicarse igualmente bien, con pequeñas diferencias, a todos esos problemas. En otras palabras, ¿sobre qué bases sería posible establecer prioridades al planear programas de educación sanitaria orientada a la familia?

Si la familia es, indudablemente, la unidad básica de vida y, por consiguiente, la unidad básica de salud de la mayoría de la población de cada país, es lógico que, en general, las necesidades y oportunidades de educación sanitaria orientada a la familia abarquen casi todos los aspectos del fomento de la salud y prevención de enfermedades que sean accesibles a la acción educativa.

Un estudio de la totalidad de los problemas sanitarios existentes en casi todos los países, revelaría que, en realidad, tan sólo unos pocos de tales problemas no se prestarán a la acción educativa. Por supuesto, en un solo artículo y además breve, no es posible examinar al detalle los diferentes problemas sanitarios que pueden considerarse como posibles "fines de alta prioridad" en la educación sanitaria orientada a la familia. Sin embargo, hay un problema que parece ser particularmente indicado para la aplicación de medidas de educación sanitaria desde este punto de vista, un tanto diferente, o que, cuando me-

nos, parece requerir un esfuerzo mayor que el que se le ha dedicado hasta la fecha. Se trata de un empeño de gran importancia y común, en diverso grado, a todos los países, a saber, fomentar la salud mental y emotiva.

Un hecho de capital importancia que indica la urgente necesidad en este campo de una labor educativa convenientemente dirigida, es el reconocimiento—cada vez más ampliamente aceptado—de que en toda enfermedad, sea de la clase que fuere, existe un factor psíquico o psicosocial. Está extendiéndose la convicción de que, tanto en la diagnosis como en la terapéutica, debe concederse a este elemento la importancia que le corresponde. Y sin duda, no es menos importante la necesidad de tomar en cuenta tales factores en las actividades de educación sanitaria encaminadas a prevenir cualquier clase de enfermedades y a fomentar la salud, incluso la emotiva y la mental. Es desde este punto de vista como adquiere especial interés la educación sanitaria orientada a la familia, porque, como ya ha observado Ackerman (13), "la mayoría de los trastornos emotivos—si no todos—convergen en las experiencias de la vida familiar cotidiana. Las concesiones mutuas de índole emotiva a que dan lugar estas relaciones, son el centro de que irradian todas las fuerzas que 'hacen o deshacen' la salud mental".

### *Universalidad de la necesidad*

Parece casi evidente que la educación sanitaria debe enfocarse más extensamente hacia la salud mental en los países donde, como los de Europa Occidental y Norteamérica, han alcanzado ya un alto nivel de urbanización e industrialización. Todos los índices de la extensión de los trastornos emotivos y mentales: anarquía de la juventud, alcoholismo y toxicomanía, desórdenes psicosomáticos de diversas clases, trastornos patológicos de la adaptación o como quiera se llamen, etc., apuntan inequívocamente en esta dirección.

Aunque se requerirá mucha más investigación para sentar tan sólo las bases mínimas de una educación sanitaria orientada a la

familia, que sea eficaz con respecto a estos aspectos del problema, es evidente que la necesidad de que dicha enseñanza sea llevada a cabo de modo efectivo es sin duda urgente en todos estos países.

Menos evidente, aunque no menos importante, es el hecho de que aun en los países llamados "insuficientemente desarrollados" la educación sanitaria orientada a la familia en lo que concierne a la salud mental y emotiva debiera quizá considerarse como tarea de alta prioridad en los programas de salud pública. Al parecer, estos países no conocen aún disturbios emocionales y trastornos de la personalidad de la magnitud que tales problemas han adquirido en aquellos países, llenos de tensiones y antagonismos, del industrializado Occidente. No obstante, durante los últimos años, los especialistas de las ciencias sociales han dedicado mucha atención a las repercusiones psicológicas y socioculturales que emergen de los rápidos cambios técnicos que se producen en los países donde hasta ahora no habían penetrado.

Los especialistas en los aspectos del comportamiento humano, han señalado la posibilidad de que se planteen muy graves problemas en estos países dentro de los próximos diez o veinte años. Según ellos, en Asia, Africa y otras partes en rápido desarrollo, la próxima generación será afectada seriamente y los trastornos emotivos y del carácter pueden alcanzar proporciones sin precedente en dichos lugares, a menos que se adopten ahora medidas tendientes a contrapesar tales trastornos (14, 15).

Por tanto, puede no estar demás la sugerencia de que se utilice la educación sanitaria orientada a la familia en lo concerniente a la

salud mental y emotiva—que necesariamente deberá apoyarse en una evaluación cuidadosa de las necesidades y condiciones locales vistas a la luz de la investigación sociológica y antropológica—como medio importante de combatir este peligro antes de que alcance proporciones desmesuradas.

### *Oportunidades descuidadas desde hace mucho tiempo*

Latente en todas estas diversas consideraciones e indicando claramente la necesidad de la educación sanitaria orientada a la familia, está la declaración hecha hace más de diez años en la Conferencia Anual del Milbank Memorial Fund, y que quizá tenga hoy una importancia inmediata todavía mayor que entonces (16):

"En el seno de la familia es donde se necesita realizar el ajuste básico a la vida social. Su éxito o fracaso puede afectar la salud del grupo tanto como la del individuo.

"¿No es notable que la medicina haya permanecido durante tanto tiempo sin dedicar más que escasa atención a la salud de la familia? Tan sólo recientemente se ha reconocido a la familia como unidad de enfermedad y se han hecho algunos intentos de considerarla como unidad de tratamiento.

"Esta nueva forma de abordar el problema ha resultado buena para la diagnosis y las medidas curativas. Es necesario extenderla: La familia debe ser considerada como unidad de salud."

Teniendo en cuenta todas las pruebas existentes, parece que hay motivos para afirmar que sería conveniente que, en los próximos años, la educación sanitaria dedicara también su atención, con mayor convicción y energía, a este campo, descuidado durante tanto tiempo.

### REFERENCIAS

- (1) Richardson, H. B.: *Patients have families*. Nueva York: The Commonwealth Fund, 1945; pág. 76.
- (2) Simmons, Leo W., y Wolff, Harold C.: *Social science in medicine*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1954; págs. 50-81.
- (3) Hubbard, J. P.: Integrating preventive and social medicine in the medical curriculum, *New Eng. Jour. Med.*, 251:513-9, 1954.
- (4) *Ten years of service: 1947-1956*. Nueva York: Health Insurance Plan of Greater New York, 1956.
- (5) Pearse, I. H., y Grocker, L. H.: *The Peckham experiment: A study of the living structure of society*. New Haven: Yale University Press, 1945.
- (6) *The family health maintenance demonstration*.

- Nueva York: Milbank Memorial Fund, 1954.
- (7) Dunn, Halbert L.: Public Health begins in the family, *Pub. Health Rep.*, 71: 1002-10, 1956.
- (8) Cameron, G. D. W.: The integration of preventive medicine into medical practice, *Canad. Jour. Pub. Health*, 45:359-65, 1957.
- (9) Conferencia de Colorado Springs, Informe Preventive medicine in medical schools, *Jour. Med. Educ.*, Vol 28, No. 10, parte 2a., 1953.
- (10) Stieglitz, Edward: *A future for preventive medicine*. Nueva York: The Commonwealth Fund, 1945.
- (11) Srole, Leo, en Galdston, Iago (ed.): *Psychological dynamics of health education*. Nueva York: Columbia University Press, 1951, págs. 91 y 97.
- (12) Dowling, H. F., y Shakow, D.: Time spent by internists on adult education and preventive medicine, *Jour. Am. Med. Assn.*, 149: 628-31, 1952.
- (13) Ackerman, Nathan W.: Psychological dynamics of the familial organism. Trabajo presentado en la 16a Conferencia de Educación Sanitaria de los Estados del Este, Nueva York, abril, 1956.
- (14) Mead, Margaret: *Cultural patterns and technical change*. Nueva York: New American Library of World Literature, 1955.
- (15) Dicks, Henry V.: The predicament of the family in the modern world, *Lancet*, fbro., 1955, 295-7.
- (16) Dublin, Thomas D., y Fraenkel, Marta: Preventive medical services for the family, en *The Family as the unit of health*. Nueva York: Milbank Memorial Fund, 1949. pág. 26.