

FAMILIA Y SALUD FAMILIAR. UN ENFOQUE PARA LA ATENCION PRIMARIA

Nina Horwitz Campos,¹ Ramón Florenzano Urzúa² e Isabel Ringeling Polanco³

Introducción

El avance de la epidemiología en este siglo ha demostrado que muchas de las enfermedades prevalentes en el mundo actual están asociadas con estructuras sociales determinadas y con el comportamiento individual. Una de las consecuencias de la consideración del proceso de la salud y la enfermedad dentro del conjunto de instituciones y normas del sistema social ha sido la creación de servicios de atención cada vez más humanos y satisfactorios, tanto para los pacientes como para quienes brindan atención de salud.

En el nivel de atención primaria se ha comprobado que con frecuencia los síntomas orgánicos se encuentran confundidos con situaciones conflictivas de tipo social, económico o emocional. Una variedad de estudios ha documentado la alta prevalencia de problemas psicosociales entre los pacientes que reciben atención a este nivel. Este grupo presenta una tasa de consulta más alta que otros (1, 2), así como mayor frecuencia de diagnósticos mal definidos (3, 4). En estudios realizados en Santiago, Chile, se ha encontrado, por ejemplo, que entre 14 y 19% del total de consultas médicas generales en la

población adulta correspondía al área de la salud mental (5-7).

Durante muchos años el interés prioritario en salud se centraba en la prolongación de la vida y las consideraciones psicosociales de la persona enferma quedaban en un plano secundario. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en 1978 (8) se señaló como un factor decisivo para el buen éxito de la atención de salud el empleo de una tecnología apropiada. Es decir, aquella que aparte de tener una base científica sólida sea aceptable psíquica y culturalmente para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella.

Dentro del esfuerzo actual por otorgar un enfoque más humanista y personalizado a la atención médica recobra un papel destacado la familia. Esta se constituye en una vía estratégica para utilizar los parámetros psicosociales en las decisiones del médico general y del equipo de salud de atención primaria. Supone una colaboración estrecha entre conceptos y modelos de las ciencias sociales y las biomédicas, con el fin de no segregar el contexto social del proceso biológico en la enfermedad. A partir de allí se pondera cómo los factores familiares entran en la solución de los problemas de salud del individuo, ya que la familia es el ambiente social más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad (9).

A la luz de estos antecedentes el presente trabajo tiene como objetivos: a) pro-

¹ Universidad de Chile, Facultad de Medicina, División Ciencias Médicas Oriente, Centro de Estudios en Atención Primaria, Santiago, Chile. Dirección postal: Condell 285, Santiago, Chile

² Hospital del Salvador y Centro de Estudios en Atención Primaria, Santiago.

³ Centro de Estudios en Atención Primaria, Santiago.

poner un modelo de análisis que sirva en el sector salud de marco funcional para la prioridad creciente otorgada a la familia desde perspectivas diferentes, y b) presentar algunos resultados de la aplicación del modelo referidos a investigaciones operacionales y a instrumentos para la atención primaria con enfoque familiar.

Marco de referencia

La consideración del lugar de la familia en la atención primaria obliga a una revisión conceptual al respecto. El tema de la familia ha sido motivo de preocupación desde las más diversas disciplinas. En el terreno de la salud se han explorado las relaciones entre organización familiar y el desarrollo biológico de sus integrantes. Tal es el caso de estudios sobre fecundidad, desnutrición, morbimortalidad infantil y utilización de servicios de salud. Este tipo de asociaciones también se ha estudiado en relación con la etiología de algunas enfermedades mentales y psicósomáticas. En el desarrollo de un marco de referencia para la labor asistencial y docente en la atención primaria se han seleccionado algunos aportes de las ciencias de la conducta.

La familia como unidad biopsicosocial

Este es el primer concepto orientador. En el seno de cada familia se transmiten creencias y hábitos, así como también percepciones de riesgo para la salud que condicionarán las actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad y la utilización de los servicios de atención médica. Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida, alejándose de una para formar otra. La familia constituye entonces una imagen y un ejercicio per-

manentes en la vida humana que se caracteriza por sus relaciones de intimidad, solidaridad y duración y es, por lo tanto, un agente estabilizador. Este carácter estabilizador de la familia se manifiesta en las funciones sociales que cumple:

Reproducción	Cónyuges
Crianza y manutención de los hijos	Hijos
Desarrollo de una base emocional	
Transmisión de pautas conductuales y valorativas	Sociedad

La familia como unidad de salud y atención médica

De la concepción anterior de la familia se desprende la necesidad de visualizarla también como unidad de salud y atención médica. Esto no solamente por la transmisión de pautas culturales sino porque el proceso que se inicia con la definición de enfermedad hasta su curación está pleno de decisiones sociales que toma el grupo familiar, acuda o no a las instituciones de salud oficiales. Algunas de estas decisiones se relacionan con la percepción de una alteración de la normalidad como enfermedad, la validación preliminar del papel del enfermo, los pasos iniciales para buscar consejo o ayuda, la determinación de cuándo deben darse y a quién hay que acudir y, por último, el cumplimiento de las indicaciones recibidas (9).

La familia como grupo

Antes de intervenir sobre la salud de los componentes de una familia es necesario definirla como grupo. En el lenguaje cotidiano el vocablo "familia" suele designar una variedad de acontecimientos sociales significativos, por ejemplo, un grupo social concreto con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio, o la red de rela-

ciones interpersonales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro ("en familia"). La forma tradicional de familia nuclear como unidad de procreación sigue siendo la más frecuente y podría considerarse como el prototipo. Sin embargo, la realidad muestra una variedad de organizaciones familiares que escapan a la norma de la familia nuclear. Se plantea la necesidad de precisar qué es la familia y quiénes la integran. La dificultad surge cuando se requiere dar al concepto un sentido funcional para poder actuar frente a familias concretas. La concepción tradicional (nuclear) resulta restrictiva y el camino más adecuado es construir un modelo a partir de la realidad. En el caso de la salud, utilizar una definición a priori puede significar dejar sin atención a individuos en situaciones como la de la madre soltera, la empleada de casa particular, los "allegados",⁴ los ancianos en un asilo, los adultos sin lazos de parentesco que comparten una vivienda, etc. Estos casos son los que más se benefician de una atención de salud con enfoque familiar debido a la importancia de los componentes psicosociales en los motivos de consulta.

Sin olvidar la importancia de los diversos criterios que emplean los científicos sociales para referirse al concepto de familia, la experiencia del proyecto Atención Primaria y Medicina Familiar del Área Oriente de Santiago en el terreno ha destacado dos de ellos: el hecho de compartir la unidad residencial y la relación dinámica establecida entre los individuos que conviven bajo un mismo techo. Así, la definición funcional de familia como unidad de atención médica incluye en el núcleo familiar a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial, entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y que, por lo

general, pero no siempre, están ligadas por lazos de parentesco.

La calidad de la familia como recurso de apoyo resalta la importancia de su dimensión psicosocial. Sin embargo, en salud tampoco conviene olvidar otros criterios. Por ejemplo, el de unidad residencial adquiere importancia fundamental en el caso en que se descubra una enfermedad infecciosa aguda. No tiene sentido tratar un caso de amigdalitis o tuberculosis sin investigar al mismo tiempo y prestar atención médica a su grupo primario de convivencia. Por otra parte, el tratamiento de enfermedades genéticas requiere que se consideren de manera prioritaria los lazos de consanguinidad que existen en la familia nuclear e incluso extendida. El manejo de pacientes con enfermedades crónicas, la existencia de problemas de tipo emocional o de conflictos interpersonales, o bien las crisis familiares causadas por una enfermedad mortal o por la muerte, son ejemplos de situaciones en las que se impone una evaluación familiar ya que en estos casos son necesarias la participación y cooperación de todos los integrantes de la familia. Asimismo, la actitud del grupo familiar puede ser determinante en el seguimiento o interrupción del tratamiento medicamentoso o inclusive quirúrgico. Una familia donde ambos padres han tenido complicaciones de riesgo vital durante procedimientos quirúrgicos será más reticente a apoyar a uno de sus hijos a quien le han indicado intervención quirúrgica. Así, la adhesión a los tratamientos está fuertemente determinada por normas y actitudes de la familia.

La opción funcional señalada tampoco está exenta de dificultades. Se han observado casos en que los hábitos alimentarios, u otros que pueden repercutir en la salud, requieren tener en cuenta conductas adquiridas en las familias de origen ("familia fantasma") que no están presentes. Existen también unidades familiares nucleares que, sin vivir bajo el

⁴ Se denomina así en Chile a quienes, por problemas económicos o habitacionales, se agregan a una unidad residencial, en forma transitoria.

mismo techo, comparten el mismo terreno geográfico y entre las cuales pueden establecerse relaciones interpersonales de tal calidad y repercusión para los fines de salud que sea necesario considerarlas como una sola unidad, aun en el caso en que no exista parentesco entre ellas ("allegados"). Para vencer estas dificultades u otras de la misma naturaleza es preciso que el equipo de salud analice por separado los casos complejos para llegar a una evaluación conjunta antes de establecer un plan de tratamiento.

Ciclo vital individual y familiar

Este concepto se ha utilizado como otra base de apoyo (10, 11). Cada individuo atraviesa a lo largo de su vida por varias etapas determinadas que van desde el nacimiento hasta la madurez y la muerte. Tanto desde un punto de vista biológico como psicosocial cada una de estas etapas tiene características que la individualizan.

Edad	Crisis o tarea evolutiva
Infancia	Adquisición de una confianza básica
Niñez temprana	Adquisición del sentido de la autonomía
Edad del juego	Adquisición de un sentido de la iniciativa
Edad escolar	Adquisición de un sentido de la industria
Adolescencia	Adquisición de un sentido de la identidad
Adulto joven	Adquisición de un sentido de la intimidad y de la solidaridad
Adulthood	Adquisición de un sentido de la productividad biológica o social
Madurez	Adquisición de un sentido de la integridad (10)

Los ciclos vitales de cada individuo se engranan con los de otros miembros de su familia y conforman el ciclo vital familiar.

Etapas de formación	Formación de la pareja	"Pololeo", ⁵ noviazgo, matrimonio y pareja sola

Etapas de expansión	Crianza inicial de los hijos Familia con niños preescolares	Nacimiento y crianza de los hijos Hasta que el hijo mayor tiene 6 años
Etapas de consolidación y apertura	Familia con niños escolares Familia con hijos adolescentes Familia plataforma de lanzamiento	Hasta los 13 años del hijo mayor Hasta los 20 años del hijo mayor Hasta que el hijo menor abandona la casa
Etapas de disolución	Familia de edad media Familia anciana Viudez	Hasta el fin de la actividad laboral de la pareja Hasta la muerte de uno de los miembros de la pareja Hasta la muerte del miembro restante

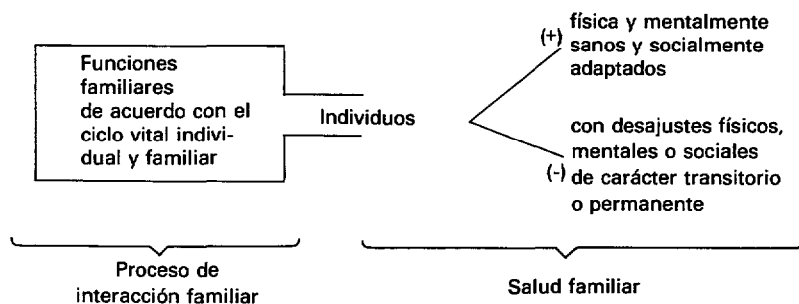
En la adaptación a la enfermedad la familia desempeña un papel fundamental y va modulando esta respuesta a través de su ciclo vital. La importancia de una madre para un niño enfermo con un cuadro infeccioso es diferente a la respuesta de los hijos cuando el padre, ya mayor, tiene un infarto del miocardio.

Salud familiar

El enfoque para examinar a la familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en los individuos mismos aislados, por lo que la familia como grupo adquiere una identidad diferente a la de la simple suma de sus componentes. Por analogía, la aplicación de este análisis al campo de la salud conduce a la consideración de la salud familiar, como una síntesis diferente de la salud individual. Esta última alude a la incidencia y prevalencia de enfermedades de los componentes de una familia, mientras que, de acuerdo con el enfoque de sistemas, la salud familiar describiría su funcionamiento como grupo social (12). El aporte más importante de la visión integral es que permite comprender la interacción entre los diferentes componentes de

⁵ "Pololeo" se denomina así en Chile la relación de pareja inicial antes de formalizar el noviazgo.

FIGURA 1—Visión integral de la familia (familia tipo). Sistema macrosocial (factores condicionantes: económicos, culturales, sociales, etc.)



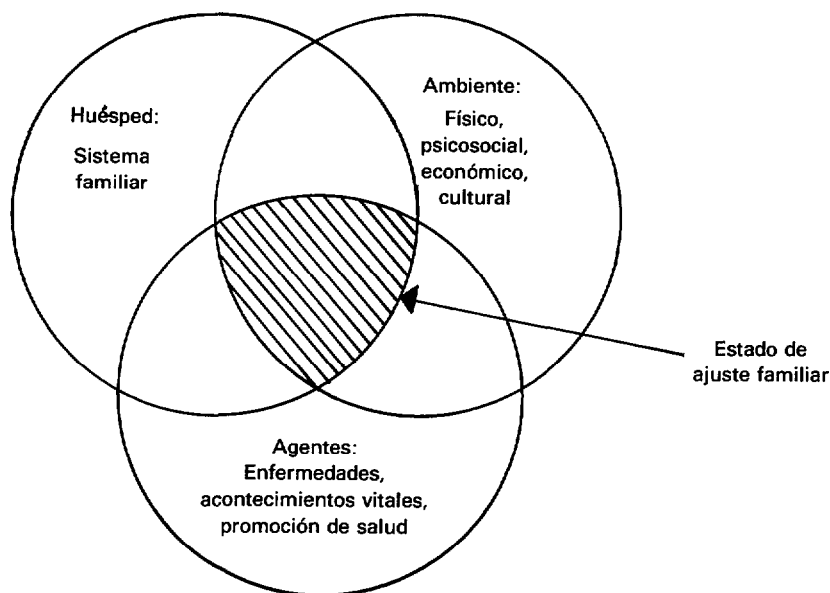
la salud familiar y su modificación a lo largo del tiempo (figura 1).

La salud familiar puede también considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar. El modelo epidemiológico ha entendido la salud del individuo como el equilibrio ecológico entre este y su medio, según la tríada conformada por el huésped, el ambiente y los agentes internos o externos. El mismo esquema analítico es válido para evaluar el estado de salud de la familia en un momento de-

terminado de su ciclo vital (13), como se muestra en la figura 2.

Ambos enfoques se complementan; el integral aporta la visión dinámica en el tiempo y el epidemiológico rescata la especificidad de cada familia concreta, en un corte temporal. El concepto de salud familiar que se propone en este estudio incluye el estado de salud física y mental individual y el nivel de interacción entre los miembros de la familia. La salud familiar, al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales, debe enten-

FIGURA 2—Modelo multivariado e interactivo de ajuste familiar.



derse como un proceso dinámico susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital y, por lo tanto, como un continuo.

La posibilidad de poder utilizar el concepto de la salud familiar en forma práctica constituye un nuevo problema para solucionar. Conceptualmente, no hay inconveniente en acentuar lo colectivo y definirlo como la capacidad de la familia para cumplir con sus funciones sociales, dentro de las cuales está incluida la formación de individuos sanos física y psíquicamente. Sin embargo, el acercamiento a la familia en salud siempre se produce a través de uno de sus miembros o caso índice. La familia como grupo solo es sujeto de tratamiento en casos extremos de disfunción, como los que encara la terapia familiar. Por consiguiente, sin perder de vista el carácter de grupo, la acción recaerá siempre sobre el individuo en el enfoque familiar de la atención de salud primaria.

¿Cómo medir la salud familiar? La respuesta se obtiene a través de aproximaciones sucesivas. En este estudio se ha enfocado como la capacidad de la familia para adaptarse y superar la crisis de salud de sus integrantes con sus propios recursos internos. La tarea se traduce en la elaboración de una medida que abarque todos los valores. Este índice (o serie de índices) debería incluir indicadores que den cuenta tanto del área de salud física y psíquica individual como de la interacción o funcionamiento familiar y de los condicionantes socioeconómicos y culturales. Este instrumento permitiría identificar a las familias con mayores necesidades o más vulnerables ante las crisis provocadas por un problema de salud, a causa de precariedad de sus recursos internos y externos. En otras palabras, lo que se pretende es la elaboración de un instrumento que además de identificar a las familias de alto riesgo tenga aplicación práctica en la programación de salud del nivel primario.

Proceso del trabajo

El marco conceptual anteriormente descrito se desarrolló como parte del proyecto de Medicina General Familiar y Atención Primaria de Salud que se inició en 1982 en el Area Oriente de Santiago, Chile, en un esfuerzo de colaboración entre la División Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, con el auspicio de la Fundación W. K. Kellogg (14, 15). Los objetivos generales del proyecto pueden resumirse en la aplicación del enfoque familiar y del ciclo vital en la asistencia, así como en la formación médica de pre y posgrado.

La larga tradición existente en Chile en cuanto a la integración docenteasistencial (16) permitió realizar un trabajo interdisciplinario entre un grupo académico, cuya elaboración conceptual respaldara las tareas concretas llevadas a cabo por un grupo asistencial. Por otra parte, el campo de la salud obliga a la aplicación de formulaciones teóricas y resulta propicio para evaluar empíricamente los aportes provenientes de las ciencias sociales. La retroinformación dada por la aplicación empírica ha ido readecuando el avance conceptual.

El marco conceptual descrito fue el producto de una elaboración paulatina que comenzó con una definición de familia que conciliara dos puntos de vista diferentes: el de la dimensión sociológica y el de la atención médica. Los primeros criterios para seleccionar el ingreso de familias fueron fundamentalmente estructurales. La realidad demostró que se excluía una importante proporción de grupos familiares que no cumplían con esos requisitos (consanguinidad, presencia de adultos y niños, y estabilidad residencial). Surgió entonces el interrogante acerca de cuáles eran las características de los grupos familiares que tenían acceso a la atención. En la investigación de funciones que se realizó a este respecto en el

consultorio donde se inició el proyecto se encontró que se trataba de familias jóvenes, 50% de ellas nucleares y el resto extendidas con allegados, en una zona de alta migración rural urbana. Como consecuencia, se decidió no condicionar el ingreso de familias al programa asistencial e incorporar en la ficha familiar el registro de datos demográficos y socioeconómicos de los integrantes de la familia y de los allegados. Para obtener una visión sintética y gráfica de la estructura familiar se incorporó el genograma familiar o árbol genealógico, instrumento que permite al profesional de salud ubicar rápidamente al paciente en su entorno familiar.

El estudio posterior de casos clínicos con enfoque familiar condujo al convencimiento de que existían situaciones más complejas que la familia nuclear típica, por lo que se realizó un nuevo análisis conceptual, esta vez de las funciones que se le asignan a la familia y que no siempre se concentran en la familia de parentesco. El genograma, que en un comienzo aparecía sencillo, se complica, entonces, ya que a través de él deben reflejarse las diversas fuentes de apoyo o de conflicto de un paciente. Un ejemplo de este tipo es aquel en que el caso índice es una empleada de casa particular embarazada de 15 semanas. Frente a una crisis en este caso, habría que tener presente tanto su familia de origen, con la cual mantiene lazos de parentesco y afectivos a distancia y a la que visita en forma esporádica, como la familia de residencia con la cual convive, tiene relaciones laborales y apoyo económico y afectivo paternalistas; el padre de su hijo, quien se ha comprometido a reconocerlo y ayudarlo económicamente, y otra familia amiga que la acoge y le brinda apoyo emocional en sus días libres, ambos residentes en barrios marginales.

A medida que el grupo asistencial profundizó su conocimiento médico y estructural de las familias a su cargo se hizo evi-

dente la necesidad de complementarlo con una visión dinámica de la familia, es decir, de su funcionamiento interno, en el plano de las relaciones interpersonales. Esta demanda representó un problema para poder evaluar el ambiente emocional que rodea al paciente y también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a la crisis que representa la enfermedad de uno de sus integrantes. Para estos efectos, se encontraron útiles los cinco componentes de la salud familiar que se han descrito en la literatura (17) y que pueden resumirse como:

- Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis.
- Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlos.
- Gradiente de crecimiento: capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- Afecto: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia.
- Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo el tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Estos componentes se han traducido en una pauta de cinco preguntas (Apgar familiar) que puede aplicarse mediante una entrevista y que mide el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar (17). Se conoce así la percepción que un integrante de la familia tiene de su funcionamiento familiar.

En la investigación ya mencionada se ensayó una escala de funcionamiento familiar de 12 preguntas basadas en los componentes de la salud familiar y en un instrumento utilizado en un estudio de

marginalidad urbana y familia (18). Los indicadores seleccionados fueron comunicación, solidaridad, afecto, distribución de tareas, toma de decisiones y conflicto. De acuerdo con la escala de puntajes obtenidos, el 22% de las familias estudiadas se clasificaron como de buen funcionamiento; en el otro extremo se ubicó el 16% con bajo nivel y la mayoría (54%)⁶ se encontró en el nivel medio. El grupo asistencial incorporó a la ficha familiar un Apgar familiar modificado, agregándole la dimensión conductual que se usó en la escala de funcionamiento familiar mencionada, de acuerdo con el siguiente cuestionario:

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene usted un problema?	_____	_____	_____
b) ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?	_____	_____	_____
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	_____	_____	_____
d) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?	_____	_____	_____
e) ¿Siente que su familia lo quiere?	_____	_____	_____
Puntaje (entre 0 y 10)			

El Apgar familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique el cuestionario, más completa será la visión que el médico puede obtener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una de ellas puede ser de valor. El Apgar constituye, en síntesis, un instrumento útil para determinar si la familia es un recurso para el paciente o si más bien contribuye a su enfermedad.

La práctica clínica ha corroborado que, en su mayor parte, las familias atendidas no presentan grandes problemas de funcionalidad para resolver sus crisis de salud. Lo que corresponde, en el nivel primario, es trabajar con la familia, resolviendo sus problemas y manejando situaciones clínicas dentro de la pauta existente de estructura y funcionamiento (19). El equipo de salud, por lo tanto, debe adquirir y perfeccionar destrezas para reconocer aquellas familias que, en lo psicosocial, requieren atención más específica o especializada, lo que será motivo de su referencia a niveles de terapia familiar en el caso de disfunción de la familia, y de un trabajo conjunto con otros recursos comunitarios en la resolución de problemas sociales o laborales.

La influencia recíproca entre factores familiares y estado de salud planteó la necesidad de clarificar, de manera más específica, cuáles son los problemas de salud individual que motivan la inclusión de la familia. Esto originó un nuevo estudio que tuvo por objeto conocer los problemas de salud más frecuentes de las familias incorporadas al programa. Con respecto a variables estructurales, se encontró concordancia con algunos datos encontrados en la primera investigación, por ejemplo, las familias eran jóvenes, con un promedio de 2,6 hijos por familia nuclear y una edad promedio de los padres de 35 años.

Al incorporar al análisis el concepto de ciclo vital se observó que, a pesar de ser una población joven, el 45,5% de las familias, con casi el 60% de los individuos, se encontraba en la tercera etapa del ciclo vital familiar (consolidación y apertura), como se muestra en el cuadro 1. Este hallazgo se explicaría por el inicio precoz de las familias y por un largo período de procreación y crianza, lo que determinaría que en la etapa mencionada del ciclo vital familiar se concentre una amplia gama de ciclos vitales individuales simultáneamente.

⁶ El 100% se completa con el 8% que no respondió.

CUADRO 1—Descripción resumida de las familias según ciclo vital individual y familiar. Proyecto de Medicina General Familiar, Chile, 1982.

	Ciclo vital		Individuos	
	Familiar	Individual	Nº	%
Formación 3 familias (1,6%)		Adolescencia	2	0,2
		Adulto joven	4	0,5
		Subtotal	6	0,7
Expansión 98 familias (55,9%)		Incorporación	66	8,1
		Infancia	118	14,4
		Adolescencia	7	0,8
		Edad adulta	161	20,0
		Senescencia	2	0,2
		Subtotal	354	43,5
Consolidación y apertura 84 familias (45,5%)		Incorporación	15	1,8
		Infancia	74	9,0
		Adolescencia	141	17,3
		Edad adulta	211	26,0
		Senescencia	13	1,7
		Subtotal	454	55,8
Total 185 familias (100%)			814	100,0

La enfermedad prevalente confirmó lo anterior y destacó la presencia de cuadros propios de países en desarrollo (aparato respiratorio e infecciones intestinales). Por otra parte, la prevalencia importante de trastornos mentales y psicósomáticos, a partir de la adolescencia, también confirmó la situación dual o intermedia de Chile, en la cual coexisten dolencias propias del subdesarrollo con otras que emergen en situaciones de mayor avance social y económico.

Se elaboró una clasificación de los problemas de morbilidad que reflejara la interacción entre familia y salud. A partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud se reagruparon los problemas de salud diferenciando:

1) Problemas de salud física que afectan fundamentalmente al individuo (bronquitis).

2) Problemas de salud física individual que por sus características pueden alterar el funcionamiento del grupo familiar (enfermedades crónicas como la hipertensión o diabetes, enfermedades invalidantes o mortales).

3) Problemas de salud mental o psicósomáticos, que afectan al individuo pero repercuten en la familia ya sea como causa o efecto (alcoholismo, neurosis, drogadicción, colon irritable, úlcera gástrica, etc.).

4) Problemas de salud familiar, que son propiamente del grupo familiar. Se subdividieron en: problemas de funcionamiento familiar (conflictos conyugales, entre padres e hijos, etc.) y problemas socioeconómicos (cesantía, ser madre soltera, analfabetismo, problemas de vivienda, etc.).

Con esta clasificación se pudo observar que el registro de problemas de salud familiar aumentó con el avance del ciclo vital familiar. En el área del funcionamiento de la familia el principal problema que se detectó correspondió a los conflictos interpersonales, entre los que se destacaron en forma importante los conyugales que llegaron a 15,5% en la etapa de consolidación y apertura. Entre los problemas socioeconómicos sobresalieron el de la situación económica con 18% de cesantía entre los jefes de hogar, y el de la madre soltera en 10% del total de familias.

Discusión

El concepto de familia proporciona una perspectiva a escala microsocia como para ser utilizado por los médicos adiestrados en un enfoque centrado en los individuos. A través de él se pueden introducir distintos modos de análisis de las ciencias sociales. Por otro lado, los conceptos evolutivos de ciclo vital individual y familiar, y el modo como ambos se engranan, pueden emplearse para dar un carácter operativo a conceptos del área

psicosocial. La técnica de la intervención en crisis (individuales y familiares) parece dar confianza a los médicos para actuar frente a problemas para los cuales no han tenido adiestramiento suficiente, sin sentir que invaden el terreno del especialista al realizar terapias individuales o familiares más complejas.

El intercambio y apoyo entre lo teórico y lo práctico ha permitido profundizar en el conocimiento de los procesos familiares y proporcionar medios para el manejo asistencial de aspectos psicosociales. A través de las ciencias de la conducta se han logrado aportes concretos, algunos de los cuales se han incluido en la ficha familiar para completar el enfoque biomédico del individuo. De este modo se han ido venciendo dificultades de orden práctico que responden a las preguntas siguientes: ¿Es necesario entrevistar simultáneamente a todos los integrantes de la familia para hacer medicina familiar? ¿Cómo debe manejarse la entrevista médica para obtener información sobre la familia? ¿Cómo hay que organizar el registro de datos variable sobre el grupo familiar? ¿Cómo pueden clasificarse los "problemas familiares"? ¿Cómo y con qué profundidad es necesario indagar los problemas psicosociales de la familia? ¿Deben investigarse y tratarse a todas las familias atendidas de igual modo? Sin embargo, otras preguntas que han estado presentes desde el comienzo y han motivado líneas de investigación no están aún resueltas, por ejemplo: ¿Cómo se mide la salud familiar? ¿Cuáles son los parámetros que deben utilizarse para su evaluación?

No parecen existir pruebas concluyentes acerca del impacto desintegrador de la enfermedad individual sobre las relaciones familiares. Frente a una crisis de salud que compromete gravemente a la familia, su cohesión se ve sometida a dura prueba con un resultado incierto. ¿Qué es aquello que permite que algunas familias

se aglutinen y otras se distancien o desintegren en tales circunstancias? ¿Será posible predecir con fines terapéuticos el grado de cohesión que mantendrá la familia durante y después de una crisis?

Los hallazgos empíricos obtenidos hasta ahora generan más preguntas. La definición de salud familiar parece acercarse a la de buena función familiar. Es preciso continuar investigando para conocer los factores que intervienen entre salud y funcionamiento familiar. También es necesario obtener métodos cada vez más válidos y confiables para evaluar la funcionalidad del grupo familiar. La perspectiva de crisis parecería ser útil en el análisis más detallado de factores de riesgo familiar.

Resumen

Tomando en cuenta la importancia de los factores psicosociales en la consulta del nivel primario de atención, así como la importancia que cobra en la actualidad el mejoramiento de la calidad de dicha atención, el enfoque familiar es como una vía estratégica para las acciones del médico general y el equipo de salud. Dentro de un marco conceptual con aportes de las ciencias de la conducta, la utilización del concepto de familia en salud y el significado de la salud familiar es objeto de discusión. La descripción de un proceso de intercambio académicoasistencial en la aplicación del modelo de análisis incluye los resultados de investigaciones de las funciones e instrumentos asistenciales incorporados a una ficha familiar. Por último se plantea la búsqueda de parámetros para la medición de la salud familiar y el estudio del impacto de la enfermedad individual sobre las relaciones familiares, y viceversa. ■

REFERENCIAS

1. Stumbo, D., del Vecchio, M. J. y Good, B. Diagnostic profile of a family practice clinic: Patients with psychosocial diagnosis. *Fam Practice* 14(2):281-285, 1982.
2. Regier, D. A., Goldberg, I. D. y Taube, C. A. The de facto mental health services system. *Arch Gen Psychiatr* 35:685, 1978.
3. Jacobson, A. M., Goldberg, I. D. y Burns, B. J. Diagnoses of mental disorder in children and use of health services in four organized health care settings. *Am J Psychiatr* 137:559, 1980.
4. Tessler, R., Mechanic, D. y Dimond, M. The effect of psychological distress on physician utilization: A prospective study. *J Health Soc Behav* 17:353, 1976.
5. Goic, A., Pereda, E. y Florenzano, R. Características de la morbilidad en un consultorio externo de medicina. Importancia relativa de las enfermedades funcionales. *Rev Med Chil* 99:782-790, 1971.
6. Rodríguez, H. Estructura de morbilidad de consulta de medicina interna en consultorios periféricos urbanos del área Occidente de Santiago, Chile. *Cuad Med Soc* 16:39-44, 1975.
7. Rodríguez, H., Campano, S., Donoso, L. y Rivera, I. Estructura de la morbilidad del adulto en un consultorio del área Sur Oriente de Santiago. *Rev Med Chil* 105(6):408-414, 1977.
8. Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1978. (Serie Salud para Todos 1.) pp. 68-69.
9. Horwitz, N. Algunas bases conceptuales sobre la familia y salud familiar. Documento de Trabajo del Centro de Estudios en Atención Primaria 2. Santiago, noviembre de 1982. p. 3.
10. Florenzano, R. El concepto del ciclo vital de Erik Erikson. Documento de Trabajo del Centro de Estudios en Atención Primaria 2. Santiago, noviembre de 1982. p. 3.
11. Florenzano, R. El ciclo vital familiar y sus etapas. Documento de Trabajo del Centro de Estudios en Atención Primaria 12. Santiago, julio de 1983. pp. 3-10.
12. Miller, F. J. W. The epidemiological approach to the family as a unit in health statistics and the measurement of community health. *Soc Sci Med* 8:479-482, 1974.
13. Medalie, J. H. *Family Medicine. Principles and Applications*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1978.
14. Primary Care and General Family Medicine in East Metropolitan Santiago, Chile. First Progress Report to the William K. Kellogg Foundation, 1982. División Ciencias Médicas Oriente, Santiago, 1982. (Mimeografiado.)
15. Primary Care and General Family Medicine in East Metropolitan Santiago, Chile. Second Progress Report to the William K. Kellogg Foundation, 1983. División Ciencias Médicas Oriente, Santiago, 1983. (Mimeografiado.)
16. Goic, A. El modelo chileno de relación docente-asistencial. *Rev Med Chil* 103(1):38-43, 1975.
17. Smilkstein, G. The family Apgar: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Practice* 6(6):79-87, 1978.
18. Martine, G. *Formación de la familia y marginalidad urbana en Rio de Janeiro*. Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago, 1975. pp. 235-248.
19. Talbot, I. *Families. The "How" in Family Medicine. Graduate Curriculum and Teaching Strategies*. The Society of Teachers of Family Medicine, Missouri, 1981. p. 48.

The family and family health. A primary health care approach (Summary)

Bearing in mind the importance of psychosocial factors in primary health care consultation and the current growing importance of improving the quality of such care, a family approach is set forth as a strategic means for

general practitioners and health personnel. The family health and the concept of family within the health area are discussed in a conceptual framework of the behavioral sciences. The description of an academic and health

care exchange process for applying the analysis model includes some research results regarding health care instruments and activities that are incorporated in a family record.

Lastly, the search for parameters to assess family health is presented, together with a study of the impact of individual illness on family relations and vice versa.

Família e saúde familiar. Um enfoque para o atendimento primário (Resumo)

Ao levar em conta a importância dos fatores psicossociais na consulta do nível primário de atendimento bem como a importância que atinge na atualidade o melhoramento da qualidade desse atendimento o enfoque familiar é como um caminho estratégico para as ações do clínico e da equipe de saúde. Dentro de uma estrutura conceituosa com a contribuição das ciências do comportamento se discute a utilização do conceito de família em saúde e

a significação de saúde familiar. A descrição de um processo de intercâmbio acadêmico-assistencial na aplicação do modelo de análise inclui os resultados de pesquisas feitas sobre as funções e os instrumentos assistenciais incorporados a uma ficha familiar. Finalmente apresenta-se a procura de parâmetros para a medição de saúde familiar e o estudo sobre o impacto que causa a doença do indivíduo nas relações familiares e vice-versa.

La famille et la santé. Une nouvelle approche en matière de soins de santé primaires (Résumé)

Compte tenu du fait que les facteurs psychologiques et sociaux jouent un rôle important dans la consultation médicale au niveau primaire et qu'il est non moins important d'améliorer la qualité des premiers soins prodigués, il apparaît nécessaire d'axer sur la famille la stratégie à suivre par le médecin généraliste et l'équipe sanitaire. Dans ce sens il est procédé à l'étude d'un cadre théorique faisant intervenir l'apport des sciences du comportement, une discussion de l'introduction du concept de famille dans le contexte sanitaire et l'import-

tance que revêt la santé au sein de cette dernière. En ce qui concerne l'application du schéma d'évaluation dans les domaines de l'éducation et de l'assistance sanitaires, l'auteur décrit un processus, tout en présentant certains résultats de recherche portant sur les fonctions et instruments d'aide sanitaire consignés sur une fiche médicale. Enfin, il est proposé de chercher des paramètres permettant d'évaluer la santé familiale et d'étudier l'incidence des maladies individuelles sur les relations familiales et vice versa.