

---

## El estudio de la salud familiar

---

La enfermedad que sufre un individuo puede afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, del mismo modo que el grupo familiar influye en la salud de sus integrantes.<sup>1</sup> Por ello, ante la enfermedad del paciente en el contexto de sus características físicas, emocionales y sociales, éstas no deben ser consideradas separadamente, ya que no existen estados patológicos que carezcan de implicaciones emocionales y sociales en su etiología o repercusiones en su manejo. Asimismo, son muy raros los trastornos sociales que no afectan de algún modo el funcionamiento orgánico del individuo. En ocasiones una de estas áreas es dominante, por lo que se debe poner mayor énfasis en ella; en otros casos, sin embargo, el médico científico con formación humanística debe prestar la misma atención a todas ellas en cada uno de sus pacientes.<sup>2</sup>

La medicina familiar tiene como objeto de estudio la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud–enfermedad, por lo que considerar a la familia como unidad de estudio tiene las siguientes implicaciones básicas:

- a.** El énfasis en el diagnóstico y tratamiento se aplica a la familia como un todo. Así, cualquier situación en que algún miembro del grupo se vea afectado hará que se tome en cuenta el efecto sobre todo el sistema familiar. La inconveniencia para el médico familiar de centrar la atención exclusiva e indefinidamente en un solo miembro de la familia radica en la posibilidad de desviarse de uno de sus principales objetivos, que es identificar factores de riesgo comunes en toda la familia, los cuales pueden ser causa de enfermedad individual o colectiva o de disfunción en la familia como un todo.

Algunas situaciones por las que debe iniciarse el manejo simultáneo del paciente y su familia son las siguientes:

Enfermedades infecto–contagiosas: mientras el paciente es atendido, se investiga su medio ambiente y al resto de la familia se le trata simultáneamente, ya que, por ejemplo, carecería de sentido dar indicaciones médicas a un individuo con escabiasis sin tratar al mismo tiempo a quienes están en estrecho contacto con él. El descubrimiento o la sospecha de trastornos con tendencia genética requiere de la consideración e investigación prioritaria de todo el grupo familiar de procreación y de las familias de origen de cada cónyuge. Un evento crítico accidental en un miembro de la familia, por ejemplo el diagnóstico de una enfermedad grave o mortal como cáncer, SIDA o infarto al miocardio, entre otros, no sólo afectará al resto de los integrantes, sino que influirá en el manejo y rehabilitación del enfermo. De allí la importancia de incluir al grupo familiar en el manejo de cada caso.

El tratamiento de pacientes con enfermedades crónico–degenerativas resulta difícil sin la intervención y la comprensión de la familia hacia la enfermedad. Por otro lado, la actitud de la familia puede ser determinante en el seguimiento o interrupción de tratamientos médicos y quirúrgicos, por lo cual se hace necesario involucrar a todo el grupo en el inicio de programas preventivos, terapéuticos o de manejo de este tipo de enfermos.

Las alteraciones psiquiátricas o la presencia de conflictos interpersonales no podrían ser diagnosticadas ni tratadas satisfactoriamente sin la evaluación de la situación familiar y la participación de todos los miembros, sobre todo de aquéllos que resultan clave para su resolución. Igualmente, la existencia de problemas psicosociales, como alcoholismo, drogadicción, delincuencia, embarazos no deseados, etc., son situaciones meritorias del concurso de toda la familia. Otros hechos que hablan de situaciones disfuncionales en la familia y que requieren de la participación del médico familiar para un manejo adecuado son la utilización muy frecuente de los servicios de salud, las consultas médicas por síntomas vagos e inespecíficos, eventos críticos del desarrollo y la deficiente adherencia terapéutica.

- b.** Todos los miembros de la familia, al estar bajo el cuidado del mismo médico o equipo de salud, tienen la oportunidad de llevar a cabo actividades médico–preventivas en forma continua y eficiente. Es importante el estudio de la familia sana porque en ella se recrean y transmiten muchos de los valores culturales y hábitos respecto a una gran diversidad de situaciones, tales como edad y forma de unión de la pareja, número y espaciamiento de los hijos, práctica de la lactancia, aceptación o rechazo al uso de métodos anti–conceptivos, situación y papel de la mujer y el hombre frente a hechos como la paternidad y el rol de los hijos y, en general, muchos otros aspectos del desarrollo familiar y social.

Es por ello que, sin necesidad de patología preexistente, la familia puede ser estudiada con el fin de detectar e identificar factores de riesgo que, previa jerarquización, lleven a la elaboración de un adecuado plan de trabajo que incluya actividades de prevención primaria, secundaria o de rehabilitación.<sup>2-4</sup>

El abordaje conceptual, tanto para la expresión como para la organización de la información médica relevante, ha variado con el curso del tiempo, y no dejan de proponerse modelos alternativos;<sup>5</sup> de hecho, el estudio de la salud familiar es una de estas variantes. Posterior a la evaluación inicial, el médico debe ampliar su horizonte de práctica, incluyendo al grupo primario de adscripción del paciente, y comprender las implicaciones de la enfermedad de él sobre su familia mediante la elaboración del estudio de la salud familiar. La información surgida de este estudio le ayudará a comprender las causas de la conducta del paciente y su familia.<sup>6</sup>

El estudio de la salud familiar, lejos de ser la simple recolección de historias clínicas individuales, aborda los aspectos biológicos de la enfermedad y comprende las situaciones y problemas del paciente en el contexto de sus características biopsicosociales y culturales. Estas características no deben ser consideradas aisladamente,<sup>7</sup> ya que constituyen factores de riesgo para la salud del grupo familiar, así como la familia quizá sea parte de los elementos causales de la pérdida de la salud de alguno de sus miembros.

Según la Norma Oficial Mexicana,<sup>8</sup> el expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención. Lo anterior, con apego a las disposiciones sanitarias y con la discreción y confidencialidad propias de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Además de la información sobre la salud individual de cada uno de los miembros de la familia, el expediente clínico familiar debe contener el estudio de la salud familiar y quedar conformado como se señala en el cuadro 3-1.<sup>9</sup>

## HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica ha sido definida como “el proceso que, generado en el ámbito de la relación médico-paciente, tiene por objeto aportar información sobre hechos patológicos y biográficos recordados por el enfermo y que, descubiertos e interpretados por el médico, son considerados relevantes para establecer un diagnóstico e instaurar una terapia”.<sup>5</sup> La elaboración de una historia clínica debe permitir, además, la investigación de los aspectos biopsicosociales y culturales que constituyen factores de riesgo para la salud del grupo familiar.

**Cuadro 3-1. Expediente clínico familiar**


---

|  |  |
|--|--|
| 1. Historia clínica de cada uno de los miembros de la familia  |  |
| 2. Estudio de salud familiar   |  |
| 2.1 Ficha de identificación  | 2.6 Actividades médico-preventivas   |
| 2.2 Justificación  | 2.7 Diagnóstico familiar   |
| 2.3 Antecedentes   | 2.8 Detección y manejo de factores de riesgo   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heredofamiliares de morbimortalidad</li> <li>• Desarrollo familiar</li> <li>• Crisis familiares</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación</li> <li>• Jerarquización</li> <li>• Objetivos</li> <li>• Programa de actividades</li> <li>• Evolución y evaluación periódica</li> </ul> |
| 2.4 Aspectos socioeconómicos familiares  |  |
| 2.5 Situación actual de la vida familiar   | 2.9 Comentarios  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma</li> <li>• Tipología familiar</li> <li>• Etapa actual del ciclo vital familiar</li> <li>• Estructura familiar</li> <li>• Detección de problemas emocionales</li> <li>• Funciones familiares que ameritan atención</li> <li>• Evaluación del nivel socioeconómico</li> <li>• Evaluación familiar</li> <li>• Recursos familiares</li> </ul> |  |

---

*Una historia clínica ¿qué es, sino el relato de los sucesivos encuentros entre dos hombres, el médico y el enfermo?*

**Pedro Laín Entralgo**

El modelo de historia clínica que se utiliza actualmente cumple con los requisitos académicos y metodológicos indispensables para recabar la información clínica de los pacientes en una forma lógica y sistematizada; además, permite analizarla, establecer hipótesis diagnósticas, identificar factores de riesgo, iniciar el manejo terapéutico, pronosticar y entablar criterios de referencia.

La historia clínica tiene las siguientes características:

- Es un documento que contiene el registro de lo que le acontece al paciente, así como la información sobre hechos pasados y presentes que permiten evaluar su estado de salud y proponer medidas preventivas y/o curativas. Esta información es obtenida a través del procedimiento denominado anamnesis.
- Constituye uno de los elementos más utilizados para la enseñanza del método y el razonamiento clínicos.
- Junto con la información de otras historias clínicas, permite obtener datos estadísticos de tipo epidemiológico, tales como prevalencia de enfermedades, frecuencia por sexo, por grupos etáreos, distribución geográfica, mortalidad, efectividad de tratamiento, etc.

- Es fuente permanente de información respecto a las formas de tratamiento empleadas en otras épocas, resultados obtenidos, recursos tecnológicos disponibles, etc.
- Permite la evaluación de la calidad de la atención médica.
- Facilita la elaboración de protocolos de investigación.
- Constituye una prueba objetiva de valor jurídico de la competencia profesional del equipo de salud ante autoridades civiles, penales y sanitarias.

Una historia clínica bien elaborada comunica los hechos más relevantes sobre las condiciones de salud del paciente a todo el equipo de salud, para que pueda llevar a cabo la valoración adecuada de su estado clínico, conocer sus factores de riesgo, comprender el plan de tratamiento y reconocer los elementos fundamentales para su asistencia integral y continua. Consta de los siguientes apartados:

## Ficha de identificación

|                       |           |                       |  |
|-----------------------|-----------|-----------------------|--|
| Fecha de elaboración: | Registro: | Lugar de procedencia: |  |
| Nombre:               |           | Edad:                 |  |
| Domicilio:            |           | Teléfono:             |  |
| Municipio:            |           | Estado:               |  |

- Comprende los datos generales del paciente que permiten ubicar rápidamente su expediente en el archivo clínico y, si las circunstancias lo ameritan, localizarlo a él. Además, la edad y el sexo pueden constituir factores de riesgo no modificables que orienten hacia determinados problemas de salud. Por ejemplo, se sabe que las enfermedades reumáticas que predominan en el género femenino son el lupus eritematoso generalizado, esclerodermia, síndrome de Sjögren, enfermedad o fenómeno de Raynaud, fibromialgia y osteoporosis, entre otras, en tanto que la espondilitis anquilosante, la gota, la enfermedad de Paget del hueso y algunas vasculitis, como la granulomatosis de Wegener, son más frecuentes en el género masculino. La osteoartritis afecta con mayor frecuencia a las mujeres menores de 60 años de edad, pero después de esa edad la frecuencia por sexos es casi la misma.<sup>10</sup>

## Antecedentes

A través del estudio de los antecedentes, se exploran las condiciones de la vida normal, patológica y hereditaria del paciente y su familia, que contribuyen a establecer diagnósticos y a identificar factores de riesgo.

|  |                |               |  |           |              |
|--|----------------|---------------|--|-----------|--------------|
| Antecedentes personales:<br>Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> |                |               |  |           | Escolaridad: |
| Lugar y fecha de nacimiento  |                |               |  | Ocupación | Religión     |
| Características de la vivienda:  | No. de cuartos | Convivientes: | Hábitos higiénicos, dietéticos y adicciones: |           |              |

*No hay nada tan consolador para nuestra autoestima como descubrir nuestros defectos en nuestros antepasados.*

*Es como si nos perdonaran.*

**Van Wyck Brooks**

### Antecedentes personales

La investigación de los antecedentes personales del paciente ofrece la oportunidad de conocerlo, por lo que este punto representa una de las partes más importantes de la historia clínica.

Anteriormente estos datos se agrupaban bajo el término de antecedentes personales no patológicos, como si el hacinamiento, el desempleo, la promiscuidad, la desnutrición y las adicciones, entre otros, no fueran condicionantes de patología. Lo patológico no es exclusivamente lo somático, ya que resulta inadecuado considerar que una dieta hipoproteica no es patológica, mientras que una lesión dérmica en un brazo sí lo es.<sup>7</sup>

- El estado civil del paciente puede constituir un factor de riesgo importante, ya que se sabe que las tasas de mortalidad por casi todas las causas son mayores entre personas viudas, divorciadas y solteras que entre personas casadas, y que el estado matrimonial y familiar se relaciona íntimamente con la morbilidad, la mortalidad y la utilización de los recursos sanitarios para la solución de problemas físicos y psicológicos.<sup>11–13</sup> El nivel de escolaridad puede relacionarse con la adherencia terapéutica y con la idea que el paciente tiene acerca del proceso salud–enfermedad o de sus condiciones de vida, entre otras situaciones. Al respecto se sabe, por ejemplo, que las mujeres con un buen nivel de instrucción escolar suelen acudir regularmente a los servicios de salud, sus hijos cuentan con mejores condiciones de higiene en el hogar, mayor cobertura en sus inmunizaciones y una alimentación más adecuada. La escolaridad de las madres de familia es la que mayores efectos genera sobre la salud o la enfermedad del resto de los integrantes de las familias.<sup>14</sup>
- El lugar de nacimiento, así como el de residencia, son importantes por las características epidemiológicas del lugar, pues predisponen hacia cierto tipo de patología. La relevancia del empleo o la ocupación del paciente radi-

ca en las consecuencias que producen ciertos tipos de trabajo, por ejemplo los que están expuestos a traumas, a la acción nociva de agentes climáticos, a microtraumatismos repetidos, sustancias tóxicas, ruidos continuos, etc. Por otro lado, es bien sabido que la práctica de ciertas religiones puede afectar la evolución de múltiples enfermedades en diversas formas, como por ejemplo restricciones dietéticas o la prohibición de determinados procedimientos médicos, tales como métodos de planificación familiar, transfusiones y abortos, entre otros.

- Las características de la vivienda se consideran indicadores fundamentales para establecer el nivel de bienestar y estado de salud de una población.<sup>14</sup> Una gran parte de la población, sobre todo la del medio rural, está expuesta a contaminantes que incluyen sustancias tóxicas y cancerígenas dentro del hogar, generados por fogones ineficientes que queman madera u otros biomateriales. La exposición al humo de leña se ha asociado a bronquitis crónica y a obstrucción bronquial en adultos, así como a infecciones agudas en niños. El desarrollo de bronquitis crónica y enfisema en mujeres expuestas a estas sustancias es cinco veces mayor que en las no expuestas, y se incrementa con la dosis.<sup>15</sup>

La obtención de esta información debe individualizarse y hacerse de tal manera, que no se perciba como un interrogatorio automático en el que a todos los pacientes se les pregunta sobre los mismos aspectos sin importar su edad, género, ocupación, etc.

Por ejemplo, resultaría de mayor importancia indagar en un adolescente: ¿maneja automóvil y utiliza cinturón de seguridad al hacerlo?, ¿sabe nadar?, ¿tiene acceso a armas de fuego?, ¿conoce los riesgos implícitos de la actividad sexual?, que saber si padeció varicela o escarlatina en su infancia.

Lo anterior debido a que las causas más importantes de morbimortalidad en esta etapa de la vida son los accidentes, los suicidios, los homicidios y las infecciones de transmisión sexual.<sup>16</sup>

## Antecedentes heredofamiliares

Aunque actualmente los antecedentes familiares con frecuencia son sinónimo de antecedentes genéticos, sus orígenes datan de un tiempo en que las enfermedades transmisibles eran mucho más frecuentes; de ahí la persistente costumbre de preguntar al paciente si alguno de la familia había tenido, por ejemplo, tuberculosis. Sin embargo, a medida que el espectro de la mortalidad ha cambiado, también se ha modificado el objetivo principal de los antecedentes familiares. Hoy esta evolución continúa debido en gran parte al floreciente conocimiento de la genética humana y médica.<sup>17</sup>

Los antecedentes familiares no son aspectos meramente incidentales que puedan considerarse de manera momentánea al atender a un paciente; son esenciales para su atención continuada y extensa, así como para la identificación de sus factores de riesgo. Sin embargo, los datos referentes a la familia frecuentemente tienden a ser tratados superficialmente, por lo que la información obtenida representa un beneficio muy limitado al soslayar la importancia de la transmisibilidad que ciertas enfermedades ocasionan. Es por eso que se investigará si los abuelos y los padres viven y cuál es su estado de salud, aunque esta información deberá ampliarse a otros miembros de la familia cuando se juzgue conveniente. Más concretamente, la utilidad de la investigación de estos antecedentes radica en las medidas preventivas que pueden llevarse a cabo. Por ejemplo, un paciente masculino con antecedentes familiares de cáncer prostático deberá someterse a pruebas de detección más frecuentes y a edades más tempranas que los demás varones en promedio.

### **Antecedentes personales patológicos**

El interrogatorio de los antecedentes personales patológicos tiene como finalidad obtener información acerca de las alteraciones que se hayan presentado desde antes del nacimiento hasta el presente y que puedan tener consecuencias en el estado de salud actual del paciente (por ejemplo: ¿la madre del paciente presentó problemas de salud durante su embarazo?). Cuando el paciente ignora el nombre de su enfermedad, situación frecuente en nuestro medio, el médico habrá de ahondar en la investigación de los síntomas o signos expuestos y en los relacionados con enfermedades que puedan tener repercusiones graves. En el paciente adulto puede resultar intrascendente saber si padeció varicela, pero es muy importante el antecedente de infección por estreptococo  $\beta$  hemolítico si presenta signos de valvulopatía, o el de parotiditis si se encuentra azoospermia. Igualmente, resulta de interés investigar acerca de la presencia de rubéola, sarampión, amigdalitis de repetición, hepatitis, asma y otros que pudieran haberse presentado con frecuencia. Los antecedentes personales patológicos deben incluir información acerca de enfermedades, intervenciones quirúrgicas, traumatismos, alergias, transfusiones, estado de salud anterior y antecedentes de tratamientos médicos.

### **Esquema básico de inmunizaciones**

La investigación sobre el esquema de inmunizaciones dependerá de cada tipo de paciente (cuadro 3-2). La vacunación no solamente protege a los niños; en las mujeres, por ejemplo, está dirigida a evitar el tétanos neonatal, la rubéola congénita, el sarampión y la difteria. La dosis única de la *vacuna doble viral* (SR) está indicada en hombres y mujeres de 12 a 44 años, así como en grupos de riesgo, para protegerlos contra el sarampión y la rubéola; la aplicación del *toxóide tetá-*



**Cuadro 3-2. Esquema básico de inmunizaciones**

| Esquema básico de inmunizaciones: |       |                 | DPT           | BCG | Antisarampión   | Pentavalente | Triple viral |
|-----------------------------------|-------|-----------------|---------------|-----|-----------------|--------------|--------------|
| Td                                | Sabin | Antihepatitis B | Antiinfluenza | SR  | Antineumocócica | Otras        |              |

*nico y diftérico (Td)* consta de dos dosis y refuerzos cada diez años, o cada cinco en lugares donde existe un alto índice de estas enfermedades. También se aplican durante las Semanas Nacionales de Salud. El esquema de vacunación del adulto mayor de 60 años consta de la aplicación de las vacunas *antineumocócica*, *antiinfluenza* y *antitetánica*.<sup>18-20</sup>

## Detecciones

El procedimiento de detección se aplica a una población no seleccionada para identificar a las personas que están enfermas o tienen riesgo de padecer una enfermedad que constituye un problema de salud pública (cuadro 3-3). Las acciones de detección oportuna permiten un diagnóstico temprano y favorecen la disminución de la mortalidad de los principales problemas de salud. Algunos ejemplos son los siguientes:

- La detección de la diabetes mellitus tipo 2 y de hipertensión arterial se realiza a partir de los 20 años de edad. Permite identificar pacientes diabéticos o hipertensos no diagnosticados, así como localizar a individuos con alteración de la glucosa o de sus cifras de presión arterial, con el fin de efectuar las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física. Es recomendable que la detección de ambas enfermedades se haga de manera simultánea y que se busquen otros factores de riesgo cardiovascular, como las dislipidemias, obesidad y tabaquismo.
- Una serie de tres baciloscopias es la forma de detección de tuberculosis pulmonar en toda persona que presenta tos con expectoración o hemoptisis, sin importar el tiempo de evolución. En niños, tos con o sin expectoración durante dos o más semanas.
- El estudio citológico anual de Papanicolaou es el método de elección para la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en todas las

**Cuadro 3-3. Detección oportuna de enfermedades**

| Detección oportuna: | Diabetes mellitus | Hipertensión arterial | Tuberculosis | Papanicolaou | Cáncer mamario | Cáncer prostático |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------------|--------------|----------------|-------------------|
| (Anotar fecha)      |                   |                       |              |              |                |                   |

- El estudio citológico anual de Papanicolaou es el método de elección para la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en todas las mujeres desde el inicio de sus relaciones sexuales, en tanto que para la detección del cáncer mamario los métodos empleados son la exploración clínica anual (efectuado por el médico en mujeres mayores de 25 años), la autoexploración mamaria (mensual a partir de la menarca) y estudios de gabinete, como la mastografía (cada dos años en mujeres mayores de 40 años que presentan riesgo) y el ultrasonido.
- Para la detección del cáncer prostático se emplean dos métodos: el tacto rectal y la determinación sérica del antígeno prostático específico.

### **Antecedentes ginecoobstétricos**

La investigación de los antecedentes ginecoobstétricos proporciona una gran cantidad de información relacionada con la salud reproductiva de la mujer (cuadro 3-4). Por ejemplo, las modificaciones en los patrones de sangrado menstrual pueden reflejar una perturbación oculta de tipo ovárico u hormonal; o, de acuerdo a la fecha de su última menstruación, es posible determinar la edad gestacional en caso de que la paciente esté embarazada, o también el inicio de su menopausia.

- En términos generales, en este rubro es posible identificar una gran cantidad de factores de riesgo, tales como el inicio temprano de la vida sexual, la multiparidad y la ausencia de empleo de métodos de planificación familiar, entre otros. Los intervalos intergenésicos cortos, por ejemplo, implican mayor riesgo de mortalidad y morbilidad en el recién nacido, debido al efecto que la brevedad del espaciamiento entre los embarazos ocasiona sobre la salud materna.
- La planificación familiar contribuye a disminuir la morbimortalidad materna e infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer. Favorece cambios en los patrones de la relación familiar al contribuir a una planeación adecuada del tamaño y la estructura de la descendencia.

**Cuadro 3-4. Antecedentes ginecoobstétricos**

|                                |                            |                                   |                                   |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Antecedentes ginecoobstétricos | Menarquía:                 | Ritmo:                            | Inicio de vida sexual activa      |
| Gestaciones:                   | Partos:                    | Cesáreas:                         | Abortos:                          |
| Fecha último parto:            | Fecha última menstruación: | Método de planificación familiar: | Inicio de planificación familiar: |

**Cuadro 3-5. Antecedentes perinatales**

|                           |        |         |           |            |            |             |
|---------------------------|--------|---------|-----------|------------|------------|-------------|
| Antecedentes perinatales: | Parto: | Cesárea | Eutócico: | Distócico: | Término:   | Pretérmino: |
| Lactancia materna:        | Peso:  | Talla:  | Apgar:    | Silverman: | Patología: |             |

En el terreno individual, y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar el estatus de la mujer en la sociedad, ya que favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas y a las domésticas.<sup>21</sup>

- El embarazo, parto y puerperio son eventos de por sí normales, pero que por su complejidad frecuentemente representan riesgos para la salud y la vida de la madre y su hijo que deben ser investigados.
- Ante el antecedente de abortos, se debe determinar si han sido espontáneos o inducidos, el número y fechas de los eventos, lo cual permitirá identificar diversos problemas de salud, tales como infertilidad por problemas genéticos, hormonales o traumáticos u otras causas condicionantes, así como, quizás, embarazos no deseados y escaso o nulo conocimiento o acceso a métodos de planificación familiar.

### Antecedentes perinatales

El continuo crecimiento y el desarrollo fetales en la época neonatal se ven influidos por múltiples situaciones sociales, económicas y culturales, a las cuales se agregan factores ecológicos, genéticos, metabólicos y fisiológicos (cuadro 3-5).

- Algunos indicadores para considerar que un recién nacido es saludable son: edad gestacional de 37 a 42 semanas, eutrófico, Apgar al minuto de 7 a 10 y Silverman de 0, frecuencia cardíaca de 140 por minuto, frecuencia respiratoria de 30 a 40 por minuto y respuesta neurológica de 40 semanas, entre otros parámetros. La importancia de la investigación de estos antecedentes radica en que una buena atención desde la etapa perinatal favorece un mejor pronóstico al disminuir la morbimortalidad en forma importante.
- Otro punto que se debe investigar es acerca de la alimentación al seno materno, que es, con mucho, el tipo de alimentación más conveniente y seguro para nutrir al recién nacido y al lactante menor.

### Padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas

Por medio del interrogatorio del padecimiento actual, el médico se entera en primer término de lo que preocupa al paciente y que lo ha llevado a solicitar atención

médica, en tanto que por medio del interrogatorio por aparatos y sistemas se revisan las manifestaciones clínicas que pueden ocasionar otros órganos, con lo cual se complementa la información sobre el padecimiento actual y se conocen las condiciones en que aquéllos se encuentran ante la enfermedad principal.

- Con relación a cada síntoma o molestia del paciente, se deben interrogar los siguientes aspectos:
  - Cuándo y en qué forma aparecieron los síntomas: ¿se trata de un problema agudo o crónico?
  - Descripción cronológica y detallada de la enfermedad: ¿cómo comenzó?
  - Localización anatómica. Irradiaciones.
  - Causa aparente: ¿a qué causas atribuye su enfermedad?
  - Características de los síntomas: continuos, intermitentes, punzantes, urentes, etc.
  - Grado de severidad: ¿la enfermedad produce incapacidad?
  - Situaciones que alivian o empeoran los síntomas.
  - Síntomas acompañantes.
  - Evolución: forma de progresión, temporalidad, horario.
  - Intentos y resultados de tratamientos previos.
  - Situación actual de la enfermedad y grado de incapacidad resultante.
- Cuando el paciente señala un síntoma que sugiere una alteración específica, se le efectuarán preguntas directas relacionadas y se reportarán sus respuestas, aunque éstas sean negativas.
- Se deben evitar preguntas o términos que induzcan o sugieran respuestas, así como aquéllos que resulten desconocidos para el paciente. El interrogatorio se hará de acuerdo al nivel educativo de las personas.
- No es conveniente formular preguntas confusas o excesivamente estructuradas, ni deben incluir juicios de valor o connotaciones morales.
- El padecimiento actual debe redactarse en orden cronológico, con oraciones claras, breves y completas, describiendo síntomas, no diagnósticos. Los datos obtenidos del interrogatorio y la exploración física deben ser un reflejo fiel, descriptivo, no interpretativo, del estado de salud del paciente, con traducción de sus expresiones al lenguaje médico.

En la historia clínica, el diálogo debe ser tan importante como el interrogatorio, ya que no se trata sólo de encontrar signos y síntomas a través de un esquema memorizado de preguntas, sino de permitir al paciente hablar sobre su biografía, preocupaciones, trabajo, sexualidad, forma de vida, etc.

Al favorecer el diálogo abierto, el médico obtiene una gran cantidad de datos que indudablemente redundarán en la aplicación oportuna y adecuada de medidas preventivas y terapéuticas.

El interrogatorio debe seguir una secuencia lógica que permita obtener de manera óptima la información buscada, y debe efectuarse de tal forma que facilite el surgimiento de ideas acerca del estado de salud del paciente. Debe ser cordial y respetuoso, adecuarse a cada tipo de persona y utilizar palabras que él pueda comprender.

Una entrevista interesante y agradable constituye la base para una relación de confianza y respeto mutuo y permite obtener información confiable y completa de índole privada, misma que debe manejarse de manera totalmente confidencial. Horacio Jinich<sup>22</sup> afirma que el interrogatorio y la exploración física no son sólo procedimientos encaminados al diagnóstico, sino que tienen virtudes terapéuticas en la medida en que, mediante ellos, se establece una relación interpersonal médico-paciente.

## **Exploración física**

Una vez interrogado el paciente se procede a la exploración física, que es el conjunto de procedimientos que se aplican con la finalidad de continuar obteniendo información, o para confirmar la que fue recabada en el interrogatorio.

- El examen físico se puede comenzar explorando el área corporal donde están localizados los síntomas; ésta es la conducta que generalmente espera el paciente. Sin embargo, en seguida deberá efectuarse una exploración sistemática de todo el cuerpo, a fin de evitar omisiones o el riesgo de cometer errores.
- La inspección, palpación, percusión y auscultación deben efectuarse en un lugar cómodo, bien iluminado, con temperatura adecuada y con el debido respeto al pudor del paciente, a quien se le debe informar acerca de cada uno de los procedimientos que se le van practicando. No obstante que se debe asegurar la privacidad de la exploración física, es recomendable llevarla a cabo en presencia de la asistente médica, de la enfermera o de un familiar del paciente.
- Las anomalías encontradas deben describirse con el suficiente detalle para que cualquier miembro del equipo de salud que revise la historia clínica pueda tener una idea adecuada de ellas y efectuar comparaciones con el estado de salud futuro del paciente.

El interrogatorio y la exploración física bien hechos bastan en muchas ocasiones para lograr la identificación precisa, completa y suficiente de la naturaleza de los problemas médicos que aquejan al paciente.

## Resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros

Los exámenes de laboratorio y gabinete permiten la exploración indirecta del paciente, por lo que deben practicarse después de haber realizado el interrogatorio y la exploración física. En ausencia de la orientación proporcionada por la historia clínica, la solicitud de procedimientos paraclínicos se convierte en un cúmulo de estudios, en un derroche de procedimientos practicados sin justificación lógica y destinados, las más de las veces, a causar confusión, pérdida de tiempo y desperdicio de recursos. Por otro lado, los resultados de cada prueba solicitada deben interpretarse tomando en cuenta el método empleado por el laboratorio o gabinete y de acuerdo a las características del paciente tales como edad, sexo, etc.

- Una prueba diagnóstica es cualquier maniobra cuya información es capaz de alterar la estimación probabilística de la enfermedad.<sup>23</sup>
- Sería ideal que todo resultado anormal de laboratorio confirmara la presencia de la enfermedad sospechada (verdadero positivo) y que cada resultado normal la descartara (verdadero negativo). Pero la realidad es que también existen falsos positivos (resultados anormales en pacientes sanos) y falsos negativos (resultados normales en pacientes enfermos). Se pueden determinar las *características operativas* de una prueba diagnóstica, comparando los resultados con un estándar de oro, que define la verdadera presencia o ausencia de la enfermedad considerada. La *sensibilidad* de una prueba diagnóstica es la probabilidad de que un paciente enfermo tenga un resultado anormal (positivo) de la prueba, en tanto que la *especificidad* es la probabilidad de que un paciente sano tenga un resultado normal (negativo). Cuanto más sensible es una prueba, menor es su especificidad; cuanto más avanzada la enfermedad, más sensible la prueba (figura 3–1).<sup>23,24</sup>
- Un resultado falso positivo implica cierto costo/riesgo de pruebas adicionales para descartar eventualmente la enfermedad sospechada. También hay cierto costo y daño potencial de etiquetar al paciente como “enfermo”, cuando en realidad está sano, y de iniciar un tratamiento innecesario. Un resultado falso negativo implica el riesgo de ignorar y no tratar una enfermedad existente o de llegar a diagnosticarla en un estadio más avanzado.<sup>24</sup>
- Los procedimientos clínicos tradicionales permiten reducir al mínimo indispensable el número de procedimientos técnicos, tanto de laboratorio como de gabinete, con la consiguiente disminución no sólo de costos, sino también de la morbilidad de la atención médica.<sup>22</sup>

## Diagnóstico

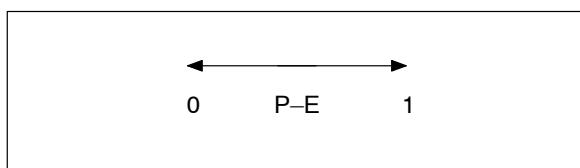
*Diagnosis* significa conocimiento, y el método clínico es una forma de pensamiento aplicada al individuo con el objeto de conocer su estado de salud o de en-

|        |     | Paciente           |                    |                    |
|--------|-----|--------------------|--------------------|--------------------|
|        |     | Enfermo            | Sano               |                    |
| Prueba | (+) | Verdadero positivo | Falso positivo     | Total de positivos |
|        | (-) | Falso negativo     | Verdadero negativo | Total de negativos |
|        |     | Total de enfermos  | Total de sanos     | Total examinado    |

**Figura 3-1.** Características operativas de una prueba diagnóstica.

fermedad, es decir, de establecer un diagnóstico, mismo que debe incluir tanto los aspectos biológicos como los emocionales y culturales y, más ampliamente, los psicosociales.

- En la mayoría de los casos clínicos, el diagnóstico, el pronóstico y los resultados terapéuticos para pacientes individuales son inciertos y, por lo tanto, deben ser expresados como probabilidades. Por ejemplo, la probabilidad de que un paciente determinado tenga una enfermedad (P-E), se encuentra entre 0 (certeza absoluta de la ausencia de enfermedad) y 1 (certeza absoluta de su presencia) (figura 3-2). Rara vez poseemos la certeza absoluta en medicina. El médico familiar debe basar sus estimaciones probabilísticas en su propia experiencia de atender pacientes en el primer nivel de atención, o en la literatura médica que describe poblaciones de pacientes semejantes a la que él atiende.<sup>23,24</sup>
- Elstein (referido por Spann) encontró que los médicos resuelven problemas diagnósticos utilizando un modelo hipotético-deductivo. El proceso diagnóstico es un proceso de estimación probabilística que comienza con la recolección de datos (síntomas, signos, resultados de laboratorio), con lo cual el médico desarrolla una serie de hipótesis diagnósticas (diagnóstico dife-



**Figura 3-2.** Estimación probabilística de enfermedad.

rencial). Luego reúne más datos con el fin de comprobar o refutar sus hipótesis, y así una o dos de ellas se vuelven más probables, mientras que las otras disminuyen en probabilidad.<sup>24</sup>

- Para lograr un diagnóstico lo más certero posible, es necesario que el médico cuente no sólo con la tecnología adecuada, sino también con la habilidad suficiente para ser un experto entrevistador, para lo cual tendrá que descenderse de la enfermedad y centrarse en la persona a la que atiende.
- En los pacientes diagnosticados como sanos se debe fomentar la salud y promover las actividades para la prevención primaria en base a la identificación de factores de riesgo, y, ante el diagnóstico de cualquier enfermedad, instituir un tratamiento para restituir el estado de salud del individuo y fundamentar un pronóstico, que es el juicio hipotético acerca de la evolución y terminación probable de la enfermedad.

## **Factores de riesgo**

El concepto de riesgo es una de las características centrales de la prevención. Al respecto, existen dos consideraciones:

- a. La probabilidad de que exista una enfermedad en etapa temprana en un individuo asintomático.
- b. El riesgo representa la probabilidad de que una enfermedad no presente actualmente se desarrollará en algún momento futuro.

Estas dos situaciones ayudan a definir el beneficio potencial de estudiar la posibilidad de enfermedad en individuos asintomáticos, así como llevar a cabo acciones que modifiquen factores como el estilo de vida.

- En la parte final de la historia clínica, el médico debe enlistar los factores de riesgo identificados, para cada uno de los cuales deberá señalar la indicación correspondiente en el apartado respectivo. Más adelante se analizan algunas características de los factores de riesgo.

## **Indicaciones**

Una vez que se ha llegado a un diagnóstico con probabilidad aceptable, el médico y el paciente tienen que considerar las alternativas terapéuticas. Para cada uno de los diagnósticos clínicos y factores de riesgo identificados deberá haber una indicación o recomendación encaminada a restaurar el estado de salud del paciente



o a prevenir situaciones de daño que pudieran llegar a presentarse. Así, por ejemplo, si se diagnosticó hipertensión arterial y se encuentra que el paciente es obeso, sedentario, sometido a estrés y fuma, las indicaciones encaminadas a suprimir estos factores de riesgo le ayudarán a abatir sus cifras tensionales altas y a prevenir la presencia de posibles riesgos como la cardiopatía isquémica.

## **Nombre y firma**

Al final de la historia clínica, el médico que la elabora debe escribir claramente su nombre completo y firma, así como su grado académico o puesto.

La información obtenida a través de la elaboración de la historia clínica debe organizarse de manera sistemática, lógica y coherente, y reflejar de manera exacta el estado de salud del paciente. Aunque la información debe simplificarse lo más posible, también ha de ser completa y su redacción expresarse en lenguaje técnico–médico, sin abreviaturas, con letra legible y sin enmendaduras ni tachaduras.<sup>8</sup> Desde el punto de vista legal, tanto lo ininteligible como lo omitido en la historia clínica serán elementos que en su momento pueden ser considerados como no favorables para el médico ante una demanda por mala praxis, aun cuando el tiempo dedicado al paciente, el tratamiento y la técnica empleada en la terapéutica hayan sido inmejorables.

Jinich señala que las principales causas de error en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos no derivan de la ignorancia, sino de deficiencias en la entrevista clínica, en la anamnesis y la exploración física, en la investigación de los factores patogénicos de índole psicosocial, en la identificación del o los problemas del paciente, en la selección atinada de los procedimientos auxiliares del diagnóstico, en la aplicación de la lógica al análisis y síntesis de los problemas, en la correcta toma de decisiones acerca del tratamiento y, por último, pero no menos importante, en el calor, humanismo y conducta moral del practicante de la medicina.<sup>25</sup>

## **ESTUDIO DE LA SALUD FAMILIAR**

El estudio de la salud familiar<sup>26</sup> se efectúa en el transcurso de varias sesiones o entrevistas, algunas en el consultorio y otras mediante visitas domiciliarias, las cuales son útiles para complementar el estudio, atender las necesidades del paciente incapacitado, detectar factores de riesgo y efectuar el seguimiento de casos, entre otras razones. Uno de los principios de la medicina familiar<sup>27</sup> señala que “la atención de los médicos en los hogares era una de las experiencias más profundas de la práctica de la medicina familiar, pues es allí donde suceden mu-

chos de los grandes eventos de la vida. Conocer el hogar daba al médico una comprensión tácita de la ecología de la enfermedad; la misma raíz etimológica de la palabra lo indica: *oikos*, casa; *logos*, estudio”.

El estudio de la salud familiar es un marco de referencia para la investigación del estado de salud de la familia e intervenir en él. No está dirigido únicamente a las familias con patología o disfuncionales, como se mencionó anteriormente, por lo cual no se llama historia clínica familiar.<sup>28</sup> Se elabora incluyendo los elementos señalados a continuación.

### **Ficha de identificación**

- Fecha de inicio del estudio.
- Apellidos de la familia. Escribir sólo las iniciales.
- Domicilio.
- Integrantes del grupo doméstico. Anotar en orden cronológico descendente, luego otros parientes y finalmente aquéllos que no tengan parentesco y formen parte del grupo doméstico. De cada uno, señalar los siguientes datos:
  - Nombre sin apellido.
  - Parentesco con el jefe de familia.
  - Edad.
  - Estado civil.
  - Lugar y fecha de nacimiento.
  - Escolaridad.
  - Ocupación.
  - Religión.

### **Justificación**

Se debe correlacionar el motivo de consulta o de atención con la situación actual de la familia y la necesidad del estudio de salud familiar desde la perspectiva del médico familiar. Algunas de las situaciones que justifican la elaboración del estudio son la presencia de enfermedades infectocontagiosas, el descubrimiento o sospecha de trastornos con tendencia genética, la ocurrencia de eventos críticos del desarrollo o accidentales, enfermedades crónico–degenerativas, alteraciones emocionales y problemas psicosociales, entre otros. En familias aparentemente sanas resulta de utilidad para la detección de factores de riesgo o para la vigilancia de programas preventivos.

### **Antecedentes**

- Heredofamiliares de morbimortalidad:

- Diabéticos, hipertensivos, neoplásicos, fímicos, luéticos, psiquiátricos, neurológicos; cardiopatías, colagenopatías, malformaciones congénitas, obesidad, etc. Se debe señalar brevemente en quiénes se han presentado, su evolución, tratamiento, secuelas y cualquier otro dato considerado de interés, así como el involucramiento del resto de la familia con el miembro afectado.
- Defunciones: mencionar en quiénes han sucedido, cuándo, por qué causas y qué repercusiones hubo en la familia. Investigar si el proceso de duelo ha sido superado.
- Desarrollo familiar: señalar los eventos familiares relevantes que han ocurrido al grupo familiar en cada una de las etapas del ciclo vital desde su inicio.
- Crisis familiares: identificar los eventos críticos del desarrollo y accidentales que la familia ha afrontado desde su formación, así como las soluciones y consecuencias por conflictos no resueltos.

## Aspectos socioeconómicos

- Ingreso económico familiar: mencionar cuánto y quiénes lo aportan semanal, quincenal o mensualmente; cuál es el ingreso *per capita*; cómo y quién efectúa la distribución del gasto familiar
- Características de la vivienda: primero por interrogatorio y luego a través de visitas domiciliarias, determinar las particularidades de la vivienda, tales como:
  - Tenencia: propia, rentada, prestada.
  - Tipo de vivienda: casa, departamento, vecindad, choza, otro tipo.
  - Número de cuartos, cuántos son destinados a ser dormitorio y condiciones sanitarias.
  - Índice de hacinamiento: es el número de personas que viven bajo el mismo techo, dividido entre el número de dormitorios. Se considera que existe hacinamiento cuando en la vivienda hay más de tres personas por dormitorio, seis por baño y/o cuando duerme más de uno en una cama simple.

$$\frac{\text{Número de personas}}{\text{Número de dormitorios}}$$

- Promiscuidad: investigar la presencia de cualquiera de los siguientes tipos:
  - Funcional: el lugar destinado a satisfacer una necesidad es utilizado para cubrir otra, por ejemplo: la sala usada como dormitorio.
  - Etárea: el dormitorio es compartido por personas con marcada diferencia de edad, por ejemplo entre abuelos y nietos.

- Sexual: el dormitorio es ocupado por personas adultas de diferente sexo sin ser esposos o concubinos.
- Filogenética: el ambiente de la casa es compartido indiscriminadamente por personas y animales.

*...la fuerza de la promiscuidad  
(no el vocablo moralista, sino la urgencia habitacional)...*

**Carlos Monsiváis**

- Condiciones sanitarias de la vivienda:
  - Agua: entubada, pozo, pipa, acarreada, otro.
  - Manejo de la basura: en recipientes, quemada, dispersada, enterrada, otro.
  - Disposición de excretas: baño, letrina, fosa séptica, fecalismo al ras del suelo.
  - Presencia de fauna nociva: moscas, cucarachas, ratas, otros.
  - Presencia de animales domésticos dentro de la vivienda.
- Hábitos:
  - Alimentarios.
  - Higiénicos.
  - Adicciones.
- Participación comunitaria: involucramiento de la familia en grupos sociales de la comunidad (religiosos, deportivos, asociaciones, clubs, etc.).
- Utilización de servicios de salud y sociales: identificación, acceso y uso de estos servicios.
- Recreación: describir las actividades recreativas que los miembros de la familia efectúan en forma individual y conjunta.
- Aspectos laborales:
  - Investigar los antecedentes laborales de los miembros que son económicamente activos.
  - Mencionar tipos de empleo, exposición a factores de riesgo laborales, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, etc.

## **Situación actual de la vida familiar**

- Genograma (familiograma, árbol familiar, árbol genealógico, pedigree familiar o carta genealógica):<sup>29-33</sup> fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen. Es usado para representar gráficamente en una página gran cantidad de información referente a las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Está ampliamente documentada su utilidad como instru-

mento para la exploración de la familia desde diferentes puntos de vista, por ejemplo:

- Biológico: patrones repetidos de enfermedad o factores de riesgo.
- Psicológico: actitudes ante la enfermedad o la vida, tendencias suicidas, depresión, etc.
- Social: estilos de vida, funcionamiento y estructura familiar, etc.

Es útil para registrar en él datos sobre la composición familiar y otros relacionados con la organización y dinámica de la familia, antecedentes hereditarios familiares y problemas potenciales de salud en cada uno de los miembros del grupo.

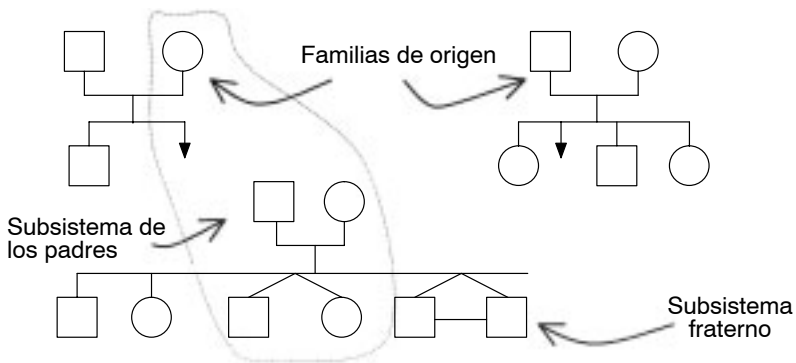
Es un complemento de las notas médicas del expediente o del estudio de salud familiar, y no necesariamente debe contener toda la información del caso, ya que al saturarse puede resultar confuso e impreciso.

Requiere de una simbología específica que pueda consignar, entre otra, la siguiente información:

- Tiempo de unión de la pareja, estado civil y lugar que ocuparon en sus respectivas familias de origen.
  - Integrantes de la familia, sexo, edad, ocupación, escolaridad, roles, alianzas, conflictos.
  - Presencia de otros familiares en el mismo hogar.
  - Nombre del paciente identificado.
  - Defunciones.
  - Orden de nacimiento de los hijos.
  - Condiciones hereditarias, sociales o del medio ambiente que tengan importancia en el desarrollo de problemas en los miembros de la familia.
- Constituye un marco de referencia para realizar el análisis crítico de la funcionalidad familiar; muestra además la conformación de este sistema al delimitar claramente a sus subsistemas, unidades y elementos, así como el tipo de relación y vínculos presentes. También sirve para identificar debilidades y fortalezas del grupo, momentos de mayor susceptibilidad, así como áreas de oportunidad.

Su elaboración debe ser simple y breve, de manera que brinde información a primera vista. Mediante el esquema de tres o más generaciones se representa a todos los miembros de ambas familias de origen de la pareja, la cual debe ser considerada como el eje que integra a los miembros del hogar en estudio (figura 3–3). Cada generación es identificada con un número romano.

- I. Los padres de la pareja, tanto paternos como maternos (familias de origen).
- II. Hermanos de cada pareja.
- III. Hijos de la pareja (familia de procreación).



**Figura 3–3.** Subsistema fraterno.

El genograma debe contemplar los siguientes elementos:

- Tres o más generaciones.
- El señalamiento de los que viven juntos en la misma vivienda.
- Los nombres de los miembros del grupo doméstico.
- Edad o año de nacimiento de cada uno.
- Fechas de matrimonio, unión, separación o divorcio.
- Principales enfermedades o problemas de salud.
- Cualquier defunción debe incluir edad o fecha de fallecimiento y causa.
- Símbolos simples y de fácil visibilidad (figura 3–4).
- Una clave al pie de página que describa los símbolos empleados.
- Los señalamientos de separación o divorcio aparecerán más cerca de quien se encuentre fuera del grupo doméstico.
- Se debe señalar mediante los dos últimos dígitos el año en que ocurrieron eventos tales como el matrimonio, el divorcio, la separación, fallecimientos, etc.
- El lugar que ocupan el padre y la madre de la familia de procreación en sus respectivas familias de origen se señala mediante una flecha.
- En el subsistema de los padres, el símbolo de la figura paterna se coloca del lado izquierdo, y el de la materna a la derecha.
- Los hijos se señalan en orden cronológico, de mayor a menor, de izquierda a derecha.
- Una línea continua o punteada delimita a los miembros de la familia que, al vivir bajo el mismo techo, conforman el grupo doméstico.
- No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica, sólo se recomienda escribir el nombre del problema de salud a un lado de la figura que representa a la persona afectada, a fin de evitar la saturación de figuras.









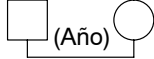

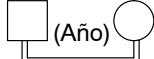


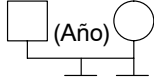

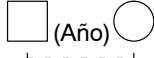
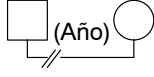

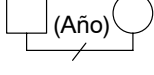

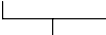



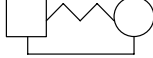

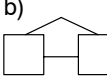

| Estructura familiar                           |  | Asociación con problemas de salud           |   |
|---|--|---|---|
| Sexo  |   <br>Masculino      Femenino      Indefinido | Aborto                                      |  <br>Espontáneo      Inducido |
| Adopción                                      |   | Muerte                                      |                               |
| Matrimonio                                    | <br>(Año)   | Embarazo                                    |    |
| Matrimonio entre consanguíneos                | <br>(Año)   | Paciente identificado                       |                               |
| Matrimonio sin embarazos ni hijos             | <br>(Año)   | Óbito                                       |    |
| Unión libre                                   | <br>(Año)   | <b>Relaciones interpersonales afectivas</b> |   |
| Divorcio                                      | <br>(Año)  | Relaciones conflictivas                     |    |
| Separación                                    | <br>(Año)   | Relaciones cerradas                         |   |
| Vínculo ascendente                            |   | Relaciones a. Distantes<br>b. Dominantes    | a) <br>b)               |
| Vínculo descendente                           |   | Disfunción marital                          |    |
| Gemelos<br>a. Heterocigotos<br>b. Homocigotos | a) <br>b)    | Disfunción marital y amante                 |   |

Figura 3-4. Simbología utilizada en el genograma.





- **Tipología familiar.** Clasificar a la familia de acuerdo con los siguientes parámetros:
  - Composición: nuclear, seminuclear, extensa, semiextensa o compuesta.
  - Desarrollo: moderna, tradicional o primitiva.
  - Grado de integración familiar: integrada, semiintegrada o desintegrada.
  - Ocupación del jefe de familia: campesino, profesionista, obrero, etc.
  - Demografía: urbana o rural.
  - Complicaciones del desarrollo familiar: interrumpida, contraída o reconstruida.
- **Etapa actual del ciclo de vida familiar:**<sup>9</sup>

| <b>Etapa</b> | <b>Fase</b>   |
|--------------|---|
| Constitutiva | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preliminar</li> <li>• Recién casados</li> </ul>          |
| Procreativa  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expansión</li> <li>• Consolidación y apertura</li> </ul> |
| Dispersión   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desprendimiento</li> </ul>                               |
| Final        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independencia</li> <li>• Disolución</li> </ul>           |
- **Estructura familiar:** señalar la forma de organización e interacción, así como las funciones y roles de los miembros de la familia, las actividades de ésta como grupo y como subsistema, así como los niveles y complementariedad de autoridad (jerarquía). Mencionar cómo se da la diferencia entre los individuos y entre los subsistemas (límites), así como el espacio que cada cual ocupa en un determinado contexto (centralidad o territorio). Describir de manera gráfica y sencilla la organización de las actividades cotidianas del grupo (geografía) e identificar la presencia de asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más miembros (alianzas y coaliciones).
- **Detección de problemas emocionales:** mediante el esquema de las categorías familiares,<sup>35</sup> es posible una investigación consistente y progresiva de los aspectos mencionados en el cuadro 3–6.

**Cuadro 3–6. Esquema de categorías familiares**

|   |  |
|---|--|
| 1. Solución de problemas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentales</li> <li>• Afectivos</li> </ul> | 4. Expresión e involucramiento afectivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emociones de bienestar</li> <li>• Emociones de emergencia</li> </ul> |
| 2. Comunicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo</li> <li>• Patrones</li> </ul>                     | 5. Autonomía<br>6. Métodos de control de la conducta<br>7. Áreas de psicopatología   |
| 3. Roles familiares: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tradicionales</li> <li>• Idiosincráticos</li> </ul> |  |

Cada una de estas situaciones es analizada, no sólo en la familia como unidad, sino también en los subsistemas que la conforman:

- Familia como unidad.
- Interacciones conyugales.
- Interacciones parentales.
- Interacciones centradas en el niño:
  - Relaciones paterno-filiales.
  - Relaciones fraternales.
- Funciones de la familia y los miembros fuera del hogar:
  - Con la familia extensa.
  - En las relaciones extrafamiliares.
  - En las relaciones laborales y escolares.
  - En actividades extracurriculares (clubs, iglesias, sociedades, etc.).

De esta manera, ya sea en la familia o en sus subsistemas, se debe investigar y observar la forma en que sus miembros abordan la solución de problemas; la forma en que expresan sus sentimientos; el tipo y patrones de comunicación; cómo asumen o asignan los diferentes roles operativos tradicionales o idiosincráticos; su capacidad para otorgar autonomía a sus integrantes; el control de la conducta, cuyos patrones pueden ser rígidos, flexibles, permisivo-negligentes o caóticos; y, finalmente, identificar las áreas psicopatológicas o del funcionamiento familiar contrarias al óptimo desarrollo de sus miembros. La exploración de las *categorías familiares* descritas permite una evaluación integral de los patrones transaccionales y de los tópicos conflictivos del sistema familiar.<sup>1</sup>

- Funciones familiares que ameritan atención: señalar las características de las funciones familiares que se llevan a cabo, con especial énfasis en las que requieren mayor atención y que constituyen factores de riesgo: socialización, reproducción, estatus, protección y afecto.
- Evaluación del nivel socioeconómico:
  - **Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF):**<sup>36</sup> es un instrumento breve, sencillo en su aplicación, confiable y válido para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar. Considera cuatro variables que se miden en un rango de 0 a 3 puntos, según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta (cuadro 3-7).

Los intervalos de puntuación para evaluar el nivel de pobreza familiar son los siguientes:<sup>37</sup>

- 0-03 Sin evidencia de pobreza familiar.
- 04-06 Pobreza familiar baja.
- 07-09 Pobreza familiar media.
- 10-12 Pobreza familiar alta.

**Cuadro 3–7. Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF)**

| Dimensión | Indicador                         | Categorías de respuesta | Puntuación |
|-----------|-----------------------------------|-------------------------|------------|
| Economía  | Ingreso económico familiar        | < 1 salario mínimo      | 3          |
|           |                                   | 1 a 2 salarios mínimos  | 2          |
|           |                                   | 3 a 4 salarios mínimos  | 1          |
|           |                                   | > 5 salarios mínimos    | 0          |
| Educación | Número de hijos dependientes      | > 3 hijos               | 3          |
|           |                                   | 2 hijos                 | 2          |
|           |                                   | 1 hijo                  | 1          |
|           |                                   | Ningún hijo             | 0          |
| Educación | Escolaridad materna               | Sin instrucción         | 3          |
|           |                                   | Primaria incompleta     | 2          |
|           |                                   | Primaria completa       | 1          |
|           |                                   | Posprimaria             | 0          |
| Vivienda  | Número de personas por dormitorio | > 5 personas            | 3          |
|           |                                   | 4 personas              | 2          |
|           |                                   | 3 personas              | 1          |
|           |                                   | 1 a 2 personas          | 0          |

- Mediante el **método de Graffar** (figura 3–6)<sup>38</sup> se puede determinar el nivel socioeconómico familiar.
  - En la parte superior de la figura, las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5, y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.
  - Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la tabla de la figura 3–6.

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje se muestran en el cuadro 3–8.

- Evaluación del ámbito social familiar (cuadro 3–9):<sup>39</sup> de acuerdo con la evaluación anterior, se clasifica a la familia según su puntuación, de la siguiente forma:
  - Familia socialmente integrada: 171 a 290 puntos.

|   | A | B | C | D |                   |
|---|---|---|---|---|-------------------|
| 1 |   |   |   |   | 04–06: alto       |
| 2 |   |   |   |   | 07–09: medio alto |
| 3 |   |   |   |   | 10–12: medio bajo |
| 4 |   |   |   |   | 13–16: obrero     |
| 5 |   |   |   |   | 17–20: marginal   |

**Figura 3–6. Método de Graffar.**

**Cuadro 3–8. Variables y su puntaje en el método de Graffar**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Profesión del jefe de familia    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.</li> <li>2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.</li> <li>3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa</li> <li>4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.</li> <li>5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.</li> </ol>  |
| Nivel de instrucción de la madre | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universitaria o su equivalente</li> <li>2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa</li> <li>3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)</li> <li>4. Educación primaria completa</li> <li>5. Primaria incompleta, analfabeta</li> </ol>  |
| Principal fuente de ingresos     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)</li> <li>2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales</li> <li>3. Sueldo quincenal o mensual</li> <li>4. Salario diario o semanal</li> <li>5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)</li> </ol>   |
| Condiciones de la vivienda       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias</li> <li>2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias</li> <li>3. Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias</li> <li>4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias</li> <li>5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias</li> </ol> |

- Familia socialmente marginada: 121 a 170 puntos.
- Familia con deprivación social: 0 a 120 puntos.
- Evaluación de la familia. El médico familiar, como orientador de la familia, cuenta con recursos que le permiten evaluar los problemas psicosociales de la familia, tanto desde el punto de vista estructural como del funcional.
  - Para la evaluación de la conformación estructural se puede utilizar la clasificación de la familia, la identificación de la etapa de su ciclo vital y el diseño de su genograma. De esta manera, el conocimiento de la estructura familiar contribuye a la obtención de datos como los roles intrafamiliares, características generales de cada uno de los integrantes del grupo familiar, relaciones afectivas y enfermedades que padecen.<sup>40</sup>
  - La evaluación de la funcionalidad familiar requiere, por su parte, del empleo de instrumentos que pueden ser observacionales o de autoaplicación, los cuales tienen las siguientes características:<sup>40</sup>
    - Los métodos observacionales proveen, según Gómez–Clavelina e Iriyoyen–Coria, una visión externa del fenómeno, y requieren de la participación de terapeutas cuya experiencia les permita valorar los patrones de interacción familiar. Los procedimientos para la aplicación

**Cuadro 3–9. Evaluación del ambiente social familiar**

|   | No        | Sí                       |
|---|-----------|--------------------------|
| <b>I. Ocupación e ingreso</b>   |           |                          |
| a. El trabajo del proveedor es acorde con su preparación  | 0         | 10                       |
| b. Los ingresos cubren las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, recreación, salud, etc.) de la familia | 0         | 20                       |
| <b>II. Escolaridad</b>  | No        | Sí                       |
| a. La escolaridad de los hijos es acorde con la edad  | 0         | 10                       |
| b. El rendimiento escolar de los hijos es, en promedio,   | Bajo<br>0 | Medio<br>5<br>Alto<br>10 |
| c. La escolaridad promedio de la familia es superior a los 9 años escolares   | 0         | 10                       |
| <b>III. Vivienda</b>  | No        | Sí                       |
| a. Es adecuada en relación a dormitorios y personas   | 0         | 10                       |
| b. Se dispone de agua potable y luz eléctrica   | 0         | 10                       |
| c. La basura se almacena y elimina adecuadamente  | 0         | 10                       |
| d. Las excretas se eliminan de manera adecuada  | 0         | 10                       |
| e. La fauna doméstica no afecta la salud familiar   | 0         | 10                       |
| <b>IV. Acceso a servicios de salud</b>  | No        | Sí                       |
| a. La familia es derechohabiente de alguna institución de salud   | 0         | 10                       |
| b. El hogar está situado cercano a servicios de salud   | 0         | 10                       |
| c. El horario de trabajo de los padres permite acudir regularmente al servicio de salud                                 | 0         | 10                       |
| <b>V. Alimentación</b>  | No        | Sí                       |
| a. La alimentación es suficiente en cantidad  | 0         | 10                       |
| b. La alimentación es suficiente en calidad (balanceada)  | 0         | 10                       |
| c. Los hábitos alimenticios son adecuados a las necesidades (desnutrición u obesidad)                                   | 0         | 10                       |
| <b>VI. Recreación</b>   | No        | Sí                       |
| a. La familia tiene actividades recreativas en forma regular  | 0         | 10                       |
| b. Las actividades recreativas fomentan la salud  | 0         | 10                       |
| c. Los integrantes de la familia realizan algún deporte   | 0         | 10                       |
| <b>VII. Cooperación con la comunidad</b>  | No        | Sí                       |
| a. La familia forma parte de algún comité comunitario o social  | 0         | 10                       |
| b. La familia coopera con los proyectos comunitarios  | 0         | 10                       |
| c. La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria  | 0         | 10                       |
| <b>VIII. Autogestión en salud</b>   | No        | Sí                       |
| a. La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria  | 0         | 10                       |
| b. La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud   | 0         | 10                       |
| c. La familia promueve la participación de otras familias en el fomento a la salud                                      | 0         | 10                       |

de estos métodos son la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación.

- Los instrumentos de autoaplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. De esta forma se obtiene información individual de cada uno de los inte-

grantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, acerca de los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc. Es posible obtener considerable información acerca de las funciones familiares cuando el paciente, al reportar un evento crítico, describe cómo es la comunicación entre los miembros de su familia, cómo se distribuyen al comer, dormir, salir de casa y compartir otras tareas. Ante esta circunstancia, y cuando es evidente la disfunción familiar, es necesario llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar. El problema surge ante la escasez de instrumentos para efectuar dicha actividad,<sup>41</sup> no obstante que en la práctica médica se cuenta con toda una gama de pruebas para valorar la función de un órgano o tejido enfermo. Aunque existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. Entre los que se han utilizado se encuentran los siguientes:

- Índice de función familiar (Pless y Satterwhite).
- Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn).
- Clasificación triaxial de la familia (Tseng y McDermott).
- Modelo de McMaster.
- Escala de eventos críticos (Thomas Holmes).
- Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar (Salinas y col.).
- Escala de funcionamiento familiar (Espejel y col.).
- Apgar familiar (Gabriel Smilkstein).
- Círculo familiar (Thrower, Bruce y Walton).
- FACES (David H. Olson).
- Evaluación del subsistema conyugal (Chávez y Velazco).
- El **índice de funcionamiento familiar** de Pless y Satterwhite<sup>41,42</sup> fue ideado para distinguir familias que requerían de apoyo terapéutico de las que no. Estima la función familiar por áreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, solución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad. Ha sido útil en el estudio del núcleo familiar del niño con trastornos psicológicos crónicos, pero limitado para su uso generalizado.
- Otro modelo que estudia el grado de interacción familiar es la **escala de evaluación familiar** de Beavers y Timberlawn,<sup>44</sup> que incluye las siguientes variables:
  - Estructura del poder familiar: poder, coaliciones, cercanía.
  - Mitología familiar: percepción de la realidad.
  - Habilidad de negociación.
  - Promoción de la autonomía: claridad, responsabilidad, invasividad, permeabilidad.

**Cuadro 3–10. Eje I: dimensión histórica o longitudinal****a. Disfunción del desarrollo:**

1. Disfunción familiar primaria
2. Disfunción en la crianza de los hijos
3. Disfunción en la educación de los hijos
4. Disfunción de la familia madura
5. Disfunción de la familia que se contrae

**b. Complicaciones y variaciones del desarrollo:**

1. Familia interrumpida
2. Familia de un solo padre
3. Familia reconstruida
4. Familia crónicamente inestable

- Afecto familiar: expresividad, humor, conflictos, empatía.
- Esta escala ha sido empleada con éxito en estudios psiquiátricos para evaluar la conducta familiar con el propósito de cuantificar y clasificar los modelos interaccionales en familias incestuosas.
- La **clasificación triaxial de la familia**<sup>45</sup> es un sistema basado en tres fuentes de información, en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones del grupo familiar de la siguiente forma:

En el primer eje (aspectos del desarrollo familiar) (cuadro 3–10), las disfunciones descritas giran alrededor de la dimensión histórica de la familia; son aquellas alteraciones que ocurren como resultado de la incapacidad familiar para manejar adecuadamente las situaciones difíciles en cada una de las etapas de su ciclo vital. En la fase de recién casados, la disfunción familiar primaria puede darse por la incapacidad de la pareja para establecer un compromiso marital o por la existencia de expectativas poco realistas en cada uno de ellos que les dificultan adaptarse al proceso de acomodación mutua y a la reorganización que implica el vivir en unión.

*Ambos eran conscientes de tener tan pocas cosas en común,  
que nunca se sentían más solos que cuando estaban juntos...*

**Gabriel García Márquez** (*Cien años de soledad*)

En este momento la pareja también enfrenta la tarea de separarse de sus familias de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y demás parientes políticos, lo cual puede dar lugar a disfunción. En la etapa procreativa, los problemas pueden presentarse por la inadecuada preparación de la pareja para adaptarse al nuevo rol de padres y por la dificultad para enfrentar nuevos compromisos emocionales y sociales. En la etapa de dispersión, los conflictos de la familia se enfocan a la diferenciación de

roles y a los problemas por la separación de los hijos. A los padres se les puede dificultar el desligarse de sus hijos y posteriormente restablecer su equilibrio marital y prepararse para el reencuentro que ocurre en la etapa familiar final, en la que, además, la disfunción puede darse por la incapacidad para afrontar la ancianidad y la soledad por la muerte de la pareja.

Las complicaciones y variaciones en el desarrollo del ciclo vital familiar ocurren por la presencia de eventos críticos tales como el divorcio o la separación de los padres, el fallecimiento de uno de los integrantes, la convivencia en el mismo hogar de hijos de distintos progenitores, así como la inestabilidad crónica de aquellas familias con cambios frecuentes de residencia o en las que uno de los progenitores permanece ausente o alejado por periodos prolongados, entre otras causas. Las dificultades se dan en el manejo de los sentimientos, el incremento de las funciones familiares, el establecimiento de nuevos roles y límites y la falta de consistencia y estabilidad en las vidas de cada uno de los miembros de la familia.

En el segundo eje se analizan las relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia. Es un enfoque a los problemas en los subsistemas familiares (cuadro 3–11).

- En el conyugal, las interacciones como pareja giran en torno a situaciones conflictivas inconscientes que pueden llegar a involucrar a toda la familia.
- En el subsistema paterno–filial, las dificultades se centran en uno de los padres, el hijo o en la interacción entre ambos.

**Cuadro 3–11. Eje II: dimensión horizontal**

---

**a. Disfunción en el subsistema conyugal:**

1. Disfunción complementaria
2. Disfunción conflictiva
3. Disfunción dependiente
4. Disfunción por desvinculación
5. Disfunción por incompatibilidad

**b. Disfunción en el subsistema paterno–filial:**

1. Reacción ante uno de los padres
2. Reacción ante uno de los hijos
3. Disfunción en la relación padre–hijo
4. Disfunciones triangulares

**c. Disfunción en el subsistema fraterno:**

1. Rivalidad destructiva
  2. Sobreidentificación o indiferenciación
  3. Coalición contra los padres
-



**Cuadro 3–12. Eje III: dimensión global**

- 
- a. Disfunciones estructurales y funcionales
    - 1. Familia de bajo rendimiento
    - 2. Familia excesivamente estructurada
    - 3. Familia patológicamente integrada
    - 4. Familia desvinculada
    - 5. Familia desorganizada
  - b. Disfunciones sociales
    - 1. Familia socialmente aislada
    - 2. Familia socialmente desviada
    - 3. Familia con un tema especial (mito, creencia, secreto)
- 

- La disfunción en el subsistema fraterno puede también extenderse o involucrar a otros miembros del grupo familiar y manifestarse entre los hermanos como rivalidad destructiva, sobreidentificación, indiferenciación entre ellos o como una coalición contra los padres.

La disfunción de la familia como sistema queda comprendida en el tercer eje, en el cual el grupo es analizado tanto en los aspectos estructurales y funcionales como en los sociales. Entre los primeros se registran las disfunciones en su organización, integración, límites entre individuos y entre subsistemas, división de roles, comunicación, desempeño de tareas cotidianas y atmósfera emocional. En cuanto al aspecto social, la disfunción familiar es vista como la manifestación del estilo de la familia con relación a otras (cuadro 3–12).

- El **modelo de McMaster** provee una visión global de la familia que permite comprender su estructura, organización y patrones transaccionales. Consta de la investigación de seis dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles familiares, expresión afectiva, involucramiento afectivo y control de la conducta.<sup>46,47</sup>
- Solución de problemas: se refiere a la capacidad de la familia para resolver tanto los problemas instrumentales como los afectivos sin perder su funcionalidad. Los instrumentales están relacionados con actividades de la vida diaria tales como proveer dinero, alimento, vestido, vivienda, transporte, etc. Los afectivos están en función de las emociones y sentimientos. La solución efectiva de los problemas puede ser descrita en una secuencia de siete pasos:
  - 1. Identificación del problema.
  - 2. Comunicación del problema a la persona apropiada.
  - 3. Desarrollo de alternativas de solución.
  - 4. Elección de una alternativa de acción.
  - 5. Llevar a cabo la acción elegida.

6. Establecer un sistema de monitoreo de la acción.

7. Evaluar la efectividad del proceso de solución.

Se considera funcional a una familia cuando lleva a cabo los siete pasos, en tanto que la disfuncional es incapaz siquiera de identificar los problemas.

- **Comunicación:** es el intercambio de información instrumental o afectiva dentro de la familia. Se debe evaluar si es clara o enmascarada y si es directa o indirecta. La comunicación en la familia funcional es clara y directa.
- **Roles familiares:** son patrones de conducta repetitivos que cubren una función familiar y son definidos por la interacción entre los miembros de la familia. En el modelo se clasifican en necesarios y otros, tanto en el área instrumental como en la afectiva de las funciones familiares.
- **Expresión afectiva:** hace referencia al tipo de emociones o sentimientos de bienestar (cordialidad, ternura, apoyo, amor, consolación, felicidad y alegría) y emergencia (enojo, miedo, tristeza, decepción y depresión) que la familia permite que se expresen. La funcionalidad se da cuando la gama de respuestas es apropiada en cantidad y calidad con relación a los estímulos.
- **Involucramiento afectivo:** se han identificado seis estilos de involucramiento:
  1. Ausencia de involucramiento.
  2. Desprovisto de sentimiento.
  3. Narcisista.
  4. Empático.
  5. Sobreinvolucramiento.
  6. Simbiótico.

El compromiso afectivo que existe entre los miembros de la familia va de un extremo a otro de los estilos señalados y que representan situaciones disfuncionales. La opción más adecuada es el involucramiento afectivo empático.

- **Control de la conducta:** son los métodos que la familia adopta para el manejo de la conducta entre sus miembros. Suelen emplearse ante la presencia de situaciones de riesgo o peligro, para la expresión de necesidades psicobiológicas (comer, dormir, eliminación de desechos corporales, sexo y expresión de sentimientos) y para llevar a cabo conductas socializadoras internas y externas a la familia.

Pueden expresarse a través de cuatro estilos, de los cuales el más funcional es el flexible:

1. Rígido.
2. Flexible.

**Cuadro 3–13. Calificación de eventos críticos. Escala de Holmes**

|            |                              |
|------------|------------------------------|
| De 0 a 149 | No hay problemas importantes |
| 150 a 199  | Crisis leve                  |
| 200 a 299  | Crisis moderada              |
| Más de 300 | Crisis severa                |

### 3. *Laissez-faire*.

### 4. Caótico.

- En 1976, en el *Journal of Psychosomatic Research*, Thomas Holmes<sup>48</sup> presentó un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre que eran causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado. Esta **escala de eventos críticos** debe realizarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.<sup>38</sup>

La escala de eventos críticos otorga una puntuación numérica a los cambios de vida a medida que van produciéndose. La puntuación depende de los efectos de los cambios sobre el individuo. Cuando los efectos de un acontecimiento o conjunto de sucesos individuales sobrepasan cierto umbral, puede producirse el suficiente estrés como para perturbar la función (cuadro 3–13).<sup>49</sup>

Por ejemplo, según Holmes, el cambio más estresante en la vida es la muerte del cónyuge, a la cual le adjudica un valor de 100 puntos. Incluso los acontecimientos felices o positivos pueden ser estresantes, como el matrimonio, que tiene una puntuación de 50, o las vacaciones, con 13 puntos.

Recomendaciones para la elaboración de la escala:

- Anotar el nombre, edad, sexo y parentesco del paciente.
- Debe ser elaborada por el médico familiar.
- Explicar breve y sencillamente al paciente que la elaboración del cuestionario busca identificar hechos de la vida diaria que influyen en su problema de salud.
- Después de leer pausadamente cada uno de los eventos críticos de la escala, se señalan únicamente los que el paciente identifique como positivos (cuadro 3–14).
- La aplicación del instrumento denominado **modelo psicodinámico–sistémico de evaluación familiar**<sup>50</sup> evalúa la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra. Consta de siete variables:
  1. Tiempo de evolución: tiene relación con la capacidad de la familia para percatarse y enfrentar el conflicto o la aparición de la sintomatología en

**Cuadro 3–14. Escala de eventos críticos de Thomas Holmes**

| Evento crítico                                    | Valor |
|---|-------|
| 1. Muerte del cónyuge                             | 100   |
| 2. Divorcio                                       | 73    |
| 3. Separación matrimonial                         | 63    |
| 4. Causas penales                                 | 63    |
| 5. Muerte de un familiar cercano                  | 63    |
| 6. Lesión o enfermedad personal                   | 53    |
| 7. Matrimonio                                     | 50    |
| 8. Pérdida del empleo                             | 47    |
| 9. Reconciliación matrimonial                     | 45    |
| 10. Jubilación                                    | 45    |
| 11. Cambios en la salud de un familiar            | 44    |
| 12. Embarazo                                      | 40    |
| 13. Problemas sexuales                            | 39    |
| 14. Nacimiento de un hijo                         | 39    |
| 15. Reajuste en los negocios                      | 39    |
| 16. Cambios en el estado financiero               | 38    |
| 17. Muerte de un amigo muy querido                | 37    |
| 18. Cambio a línea diferente de trabajo           | 36    |
| 19. Cambio de número de discusiones con la pareja | 35    |
| 20. Hipoteca mayor                                | 31    |
| 21. Juicio por una hipoteca o préstamo            | 30    |
| 22. Cambio de responsabilidad en el trabajo       | 29    |
| 23. Uno de los hijos abandona el hogar            | 29    |
| 24. Dificultades con los parientes políticos      | 29    |
| 25. Logro personal notable                        | 28    |
| 26. La esposa comienza a (o deja de) trabajar     | 26    |
| 27. Inicia o termina la escuela                   | 26    |
| 28. Cambio en las condiciones de vida             | 25    |
| 29. Revisión de hábitos personales                | 24    |
| 30. Problemas con el jefe                         | 23    |
| 31. Cambio de horario o condiciones de trabajo    | 20    |
| 32. Cambio de residencia                          | 20    |
| 33. Cambio de escuela                             | 20    |
| 34. Cambio de recreación                          | 19    |
| 35. Cambio en las actividades religiosas          | 19    |
| 36. Cambio en las actividades sociales            | 18    |
| 37. Hipoteca o préstamo menor                     | 17    |
| 38. Cambio en los hábitos del sueño               | 16    |
| 39. Cambio en el número de reuniones familiares   | 15    |
| 40. Cambio en los hábitos alimentarios            | 15    |
| 41. Vacaciones                                    | 13    |

**Cuadro 3-14. Escala de eventos críticos de Thomas Holmes (continuación)**

|       | Evento crítico               | Valor |
|-------|------------------------------|-------|
| 42.   | Navidad                      | 12    |
| 43.   | Violaciones menores a la ley | 11    |
| Total |                              |       |

alguno de sus miembros. Las familias muy disfuncionales tienden hacia la perpetuación de las dos situaciones.

2. Individuación en el sistema (familia de origen): esta variable hace referencia a la individuación que los actuales cónyuges establecieron con respecto a sus propios padres.
3. Individuación en el sistema (familia nuclear): como los patrones conductuales provienen de la internalización de las modalidades vinculares de la familia de origen, éstos tienden a “reeditarse” en la familia nuclear; en este punto debe existir congruencia en los patrones de interacción. De ahí la importancia de observar desde una perspectiva trigeracional.
4. Espectro coalición–colusión: se refiere a la interacción de la pareja exclusivamente. La coalición implica el funcionamiento en individuación, en tanto que la colusión representa una relación con una muy pobre delimitación de la identidad de los cónyuges. El conflicto conyugal puede evolucionar hacia la cronicidad o hacia la separación. Si se perpetúa en la primera, la sintomatología puede manifestarse a través de:
  - a. Enfermedad psíquica, somática o ambas en uno de los cónyuges.
  - b. Conflicto disfuncional permanente.
  - c. Enfermedad de uno de los hijos (triangulación).
5. Mecanismos de defensa: los mecanismos de defensa son procesos inconscientes, adaptativos e innatos, de naturaleza reguladora, cuya función es minimizar los cambios bruscos en los ambientes interno y externo. Se dividen en los de alto y bajo nivel. Los primeros giran alrededor de la represión, y pertenecen a individuos y a sistemas familiares que han alcanzado un adecuado desarrollo emocional, en tanto que los segundos corresponden a familias que muestran una estructura de naturaleza primitiva y proclive a la sintomatología, en virtud de la deficiente individuación.
6. Patrones de comunicación: son las reglas de interacción que gobiernan a un sistema familiar. Se inician desde las primeras etapas del desarrollo mediante un proceso de aprendizaje y se transmiten a través de las sucesivas generaciones. La manera como se da este proceso permite estimar clínicamente la tendencia dominante en el sistema familiar: hacia la progresión o hacia la detención.

7. Control de la conducta: es el proceso mediante el cual se vigilan las reglas de interacción observadas en la conducta manifiesta de los diferentes miembros del sistema familiar. ¿Quién, cómo y cuándo participa? Dicha conducta puede obedecer a patrones de naturaleza rígida, caótica, armónica, etc.

Las dos últimas variables se procesan como elementos observables directamente durante la entrevista y se utilizan para propósitos de corroboración de lo inferido en la aproximación psicodinámica de los rubros anteriores (2 a 5), lo cual alude a la congruencia del instrumento.

La utilización de este modelo de evaluación familiar supone un grado avanzado de entrenamiento en psicoterapia familiar; sin embargo, no sólo tiene implicaciones para la investigación en el campo de la misma, sino que puede enriquecer la práctica médica individual con una nueva perspectiva de análisis.

- Recientemente se han llevado a cabo trabajos de investigación sobre las características y funcionalidad de la familia empleando como instrumento de medición el **cuestionario de evaluación familiar** de Espejel y col.,<sup>51</sup> el cual es resultado de varios diseños previos que se pilotearon en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Es un instrumento de alta confiabilidad que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, y consta de 40 preguntas que exploran las siguientes áreas de la estructura familiar:
  - Autoridad: evalúa la eficiencia de la autoridad de la familia. Considera como más funcionales a aquéllas en las que la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.
  - Orden: valora el manejo de los límites y los modos de control de conducta. Resultan más funcionales las familias con límites bien establecidos y respetados.
  - Supervisión: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamientos.
  - Afecto: indica cómo se dan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.
  - Apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.
  - Conducta disruptiva: determina la presencia de conductas no aceptadas socialmente, como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra forma emergente.
  - Comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de la familia.
  - Afecto negativo: valora la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

- Recursos: se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para utilizarlos y desarrollarse.

Esta escala de funcionamiento familiar se aplica a través de una entrevista abierta y dirigida, y requiere del entrevistador conocimientos suficientes sobre los conceptos teóricos y técnicos que fundamentan la estructura del cuestionario, además de calidad en su observación, sensibilidad, empatía y habilidad para obtener resultados precisos en la evaluación familiar.

- El **Apgar familiar**<sup>41,42,52,53</sup> es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.

Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

Definición de los componentes del Apgar familiar (cuadro 3–15):

- Adaptabilidad (*adaptation*) o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- Participación (*partnership*) o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- Crecimiento (*growth*): capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- Afecto (*affection*): capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- Resolución (*resolve*): capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la

**Cuadro 3–15. Apgar familiar**

|   | Casi siempre (2) | Algunas veces (1) | Casi nunca (0) |
|---|------------------|-------------------|----------------|
| <b>Adaptabilidad:</b> ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?                   |                  |                   |                |
| <b>Participación:</b> ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con Ud. en la resolución de ellos? |                  |                   |                |
| <b>Creimiento:</b> ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?                  |                  |                   |                |
| <b>Afecto:</b> ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?                 |                  |                   |                |
| <b>Resolución:</b> ¿le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?   |                  |                   |                |

puntuación obtenida se pueden hacer las inferencias mostradas en el cuadro 3–16.

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

Existen otros cuestionarios que analizan la función familiar, probablemente con una mayor validez y confiabilidad, pero suelen constar de un número tan elevado de reactivos o requieren de un grado tan alto de capacitación técnica que son de difícil aplicación en la práctica diaria del médico familiar.

El Apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Además, no pretende sustituir la información que se obtendría de una entrevista familiar más extensa y especializada, que no es precisamente la labor del médico familiar.

**Cuadro 3–16. Calificación del Apgar familiar**

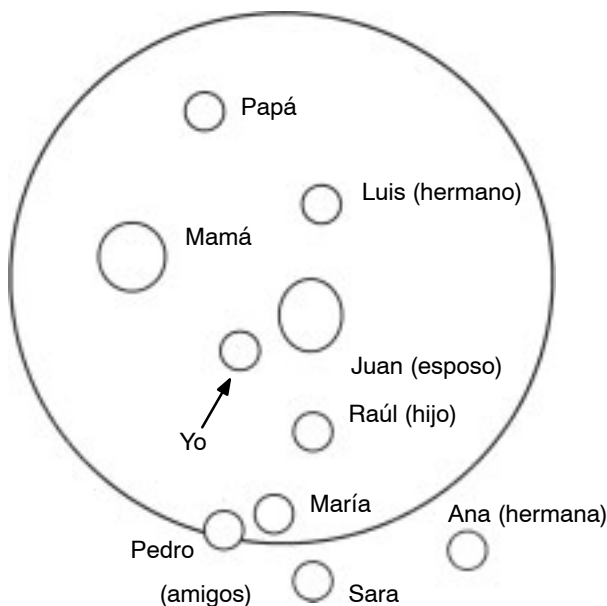
| Puntos | Evaluación                     |
|--------|--------------------------------|
| 0 a 3  | Familia altamente disfuncional |
| 4 a 6  | Moderada disfunción familiar   |
| 7 a 10 | Familia funcional              |



- **Círculo familiar:**<sup>29,38</sup> es un método gráfico, breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios de los miembros del grupo familiar en estudio. Permite hacer el diagrama de una familia como sistema abierto, ayudando al individuo que lo elabora a definir su concepto de familia. El método del círculo familiar muestra gráficamente los patrones de:
  - Cercanía y distancia.
  - Poder y toma de decisiones.
  - Alianzas familiares.
  - Separaciones y fusiones del espacio personal y las fronteras interpersonales.

El tamaño del círculo puede indicar la importancia de la familia para quien lo dibuja, y la distancia entre él y otros miembros refleja el grado de apego o alejamiento emocional. Otros elementos significativos, como amigos o mascotas, pueden ser incluidos si la persona siente que forman parte de la familia. Anotar la fecha de elaboración es muy importante, debido a que las relaciones pueden variar con el tiempo. El círculo puede ser complemento del genograma, ya que proporciona información adicional sobre la dinámica familiar.

Elaboración del círculo familiar (figura 3-7):



Mi esposo, mi hijo y yo somos los más importantes para mí. Mi mamá también lo es, la siento tan cercana como a mis amigos. Creo que estoy muy distanciada de papá y mis hermanos.  
(20 de febrero de 1991)

Figura 3-7. Círculo familiar.

- a. Se indica a la persona o personas entrevistadas que el círculo de la hoja representa a su familia en la actualidad.
- b. Mediante otros círculos representará a todas las personas, familiares y amigos que sean importantes para él, incluyéndose a sí mismo.
- c. Los círculos representan personas. Pueden estar dentro o fuera del gran círculo, tocando el borde o alejados de él. Según su significado e influencia será su tamaño. Deben ser identificados con sus nombres y parentescos.

Completar el círculo requiere sólo de tres a cinco minutos, tras lo cual se inicia la discusión, en la que el papel del médico es hacer preguntas para obtener los puntos de vista de los entrevistados, así como definir dónde es conveniente efectuar algunos cambios. La evaluación tiene lugar cuando el médico pide al paciente o a la familia que explique o describa lo dibujado, y luego se dirige hacia:

- Patrones de comunicación y acercamiento.
- Espacio y fronteras personales.
- Jerarquía de poder y toma de decisiones.
- Intimidad y distancia.

Posteriormente se puede interrogar, con relación al dibujo, cómo le gustaría al entrevistado que fuese su grupo familiar. La principal desventaja de esta técnica es su dificultad de estandarización, así como el hecho de que resulta más difícil de interpretar que un genograma, aunque, por otro lado, el poco tiempo que requiere la hace un instrumento útil en la práctica diaria.

- **Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III):** FACES III es la tercer versión de *The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias.<sup>54-56</sup> Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar:

- **Adaptabilidad:** habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.
- **Cohesión:** grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.
- **Comunicación:** la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación, entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de autoaplica-



**Cuadro 3–18. Calificación de cohesión del FACES III**

| Cohesión         | Amplitud de clase |
|------------------|-------------------|
| No relacionada   | 10 a 34           |
| Semirrelacionada | 35 a 40           |
| Relacionada      | 41 a 45           |
| Aglutinada       | 46 a 50           |

tiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

Calificación: la calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems noes. La de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en los cuadros 3–18 y 3–19, con lo cual puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Suponiendo que, luego de sumar ambos puntajes del cuestionario, se obtienen calificaciones de 40 puntos para cohesión y 27 para adaptabilidad, éstas corresponden en la amplitud de clase del cuadro 3–18 a familias semirrelacionadas, y en el cuadro 3–19 a familias flexibles. De esta forma se puede tipificar a la familia estudiada como semirrelacionada/flexible.<sup>57</sup>

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas con y sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos, según el cuadro 3–20.<sup>40,56,58</sup>

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.

Una familia funcional sujeta a eventos críticos, tanto normativos como accidentales, es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus

**Cuadro 3–19. Calificación de adaptabilidad del FACES III**

| Adaptabilidad | Amplitud de clase |
|---------------|-------------------|
| Rígida        | 10 a 19           |
| Estructurada  | 20 a 24           |
| Flexible      | 25 a 28           |
| Caótica       | 29 a 50           |

**Cuadro 3–20. Clasificación de familias según el FACES III**

|               |        | Baja ← Cohesión → Alta |                             |                                   |                              |                             |
|---------------|--------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
|               |        | Disgregada             | Semirrelacionada            | Relacionada                       | Aglutinada                   |                             |
| Adaptabilidad | Alta ↑ | <b>Caótica</b>         | Caóticamente disgregada     | Caóticamente semirrelacionada     | Caóticamente relacionada     | Caóticamente aglutinada     |
|               | ↓      | <b>Flexible</b>        | Flexiblemente disgregada    | Flexiblemente semirrelacionada    | Flexiblemente relacionada    | Flexiblemente aglutinada    |
|               | ↓      | <b>Estructurada</b>    | Estructuralmente disgregada | Estructuralmente semirrelacionada | Estructuralmente relacionada | Estructuralmente aglutinada |
|               | ↓      | <b>Rígida</b>          | Rígidamente disgregada      | Rígidamente semirrelacionada      | Rígidamente relacionada      | Rígidamente aglutinada      |
|               |        | ↓                      | <b>Baja</b>                 |                                   |                              |                             |

niveles de cohesión y adaptabilidad. Este modelo representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar.

- Un modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja es el instrumento de **evaluación del subsistema conyugal**.<sup>59</sup> Aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores (cuadro 3–21).

Sumando el puntaje total del cuadro 3–21, las disfunciones se califican como se muestra en el cuadro 3–22.

- Recursos familiares: por atención se entiende el hecho de responder a las necesidades de salud manifestadas por el paciente, en tanto que cuidado es la respuesta tanto a las necesidades expresadas como a las no expresadas, detectadas por el equipo de salud. Apoyo significa que se deben utilizar todos los recursos existentes al alcance de la familia para atenuar o resolver los problemas de salud identificados en cada grupo doméstico. El equipo de salud debe tener conocimiento de los recursos presentes tanto en la familia como en la localidad, para hacer uso de ellos oportunamente y coordinar su utilización cuando el caso lo requiera.<sup>60</sup>

Los recursos familiares son las fuentes de apoyo intrafamiliares o extrafamiliares que la familia utiliza en la solución de los problemas que se presentan en la familia. Pueden ser de tipo social, cultural, religioso, económico, educativo y médico.

**Cuadro 3–21. Evaluación del subsistema conyugal**

| Funciones   | Nunca | Ocasional | Siempre |
|---|-------|-----------|---------|
| <b>I. Comunicación:</b>   |       |           |         |
| a. Se comunica directamente con su pareja                           | 0     | 5         | 10      |
| b. La pareja expresa claramente los mensajes que inter-cambia       | 0     | 5         | 10      |
| c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica   | 0     | 5         | 10      |
| <b>II. Adjudicación y asunción de roles:</b>                        |       |           |         |
| a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican           | 0     | 2.5       | 5       |
| b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja                 | 0     | 2.5       | 5       |
| c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja              | 0     | 2.5       | 5       |
| <b>III. Satisfacción sexual:</b>                                    |       |           |         |
| a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales        | 0     | 5         | 10      |
| b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual               | 0     | 5         | 10      |
| <b>IV. Afecto:</b>  |       |           |         |
| a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja           | 0     | 2.5       | 5       |
| b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante                | 0     | 2.5       | 5       |
| c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja         | 0     | 2.5       | 5       |
| d. Perciben que son queridos por su pareja                          | 0     | 2.5       | 5       |
| <b>V. Toma de decisiones:</b>                                       |       |           |         |
| a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente | 0     | 7.5       | 15      |

La capacidad de la familia para adaptarse o hacer frente a los eventos críticos depende grandemente de dichos recursos, los cuales se consideran efectivos si cuentan con las siguientes características:<sup>61</sup>

- Interacción social evidente de los miembros de la familia con grupos de amigos, centros sociales o deportivos, vecinos, grupos de alcohólicos anónimos, asociaciones de padres, guarderías, asilos, etc.
- Satisfacción cultural reconocida, especialmente en grupos étnicos bien definidos.
- Creencias religiosas que permitan experiencias espirituales satisfactorias.

**Cuadro 3–22. Calificación de la disfunción del subsistema conyugal**

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| 0 a 40   | Pareja severamente disfuncional |
| 41 a 70  | Pareja con disfunción moderada  |
| 71 a 100 | Pareja funcional                |

- Adecuada educación de los miembros de la familia que les ayude a solucionar o comprender mejor los problemas que surgen por el estilo de vida establecido.
- Estabilidad económica suficiente para proveer una razonable satisfacción financiera y poder hacer frente a las demandas económicas de la vida diaria.
- Cuidados médicos disponibles a través de canales accesibles y que previamente hayan sido utilizados satisfactoriamente.

Se sabe que las familias con escasos recursos suelen ser disfuncionales y difícilmente logran salir de sus crisis.

Por otro lado, es posible que una familia pueda contar con recursos pero no hacer uso de ellos, por lo que en el manejo integral de las familias el médico familiar debe ser capaz de identificar dichos recursos y facilitar su utilización en el manejo de los problemas. La lista y las características de estos recursos deben elaborarse en función de los problemas detectados, los eventos críticos y los riesgos identificados en la familia, con la finalidad de que puedan ser sugeridos como alternativas de solución, de manejo o de apoyo para la misma familia.

## **Actividades médico–preventivas**

- Participación en el programa de planificación familiar:
  - Método empleado.
  - Tiempo de utilización del método.
- Detección de padecimientos crónico–degenerativos, transmisibles o no: tuberculosis, desnutrición, diabetes mellitus, hipertensión arterial, fiebre reumática, infecciones por transmisión sexual, obesidad, cáncer cervicouterino, mamario y prostático.
- Acciones contra padecimientos transmisibles vulnerables por vacunación: sarampión, rubéola, tuberculosis, difteria, tos ferina, poliomielitis, tétanos.
- Detección y acciones contra padecimientos transmisibles: infecciones de vías aéreas, gastroenteritis, parasitosis intestinal, escabiasis, pediculosis, tiña, paludismo, dengue.
- Participación en programas integrados de salud. El éxito de la salud pública está relacionado con los programas específicos de prevención y control de enfermedades que cada vez son más eficaces y de mayor cobertura, gracias a la ampliación de los servicios de salud y al desarrollo de mejores técnicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas. La aparición de todo programa preventivo ha sido precedida por un avance tecnológico que se ha traducido en mejores niveles de salud. Por ejemplo, la campaña contra la viruela, por

Cuadro 3–23. Programas integrados de salud

| Grupo de edad               | Promo-<br>ción de<br>la salud | Nutrición | Prevención y<br>control de<br>enfermedades | Detección<br>de enfer-<br>medades | Salud<br>reproduc-<br>tiva |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------|--|-----------------------------------|----------------------------|
| Niño de 0 a 9 años          |                               |           |  |                                   |                            |
| Adolescente de 10 a 19 años |                               |           |  |                                   |                            |
| Mujer de 20 a 59 años       |                               |           |  |                                   |                            |
| Hombre de 20 a 59 años      |                               |           |  |                                   |                            |
| Adulto mayor de 60 años     |                               |           |  |                                   |                            |

la vacuna de Jenner; la de la tuberculosis, por la estreptomycin y la isoniacida; la del paludismo, por el desarrollo de insecticidas eficaces; el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, por la técnica de Papanicolaou. Los programas de prevención y control han sido reordenados mediante agrupamientos lógicos en los programas integrados que concentran acciones preventivas específicas en grupos poblacionales (cuadro 3–23).<sup>62</sup>

Algunas de las acciones que comprenden estos programas y en los que cada uno de los miembros de la familia deben participar son: incorporación a grupos de ayuda (desnutrición, violencia familiar, adicciones, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial), educación para el cuidado de la salud (accidentes y violencia, salud bucal, salud sexual, enfermedad prostática), prevención de enfermedades evitables por vacunación, prevención y control de enfermedades prevalentes (diarreicas, respiratorias agudas, caries), información para prevención del embarazo y vigilancia prenatal y puerperal, otorgamiento de métodos anticonceptivos, detección de enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de mama y cervicouterino).

## Diagnóstico familiar

Así como el diagnóstico se obtiene mediante la utilización de las ciencias básicas y clínicas para verificar los síntomas y resolver los problemas, la *ecognosis*<sup>27</sup> tiene que ver con la formación de la conducta de enfermedad, es decir, implica determinar por qué un paciente se presenta con sus síntomas, cuándo lo hace, cuál es su estímulo iatrotópico y por qué fallaron sus respuestas de adaptación al ambiente. Para hacerlo, el médico debe conocer las interacciones que existen entre el individuo y su familia y el modo en que estas interacciones afectan al proceso salud–enfermedad.



El diagnóstico integral de la familia surge del conocimiento del tipo y estructura familiar, fase del ciclo vital en que se encuentre, complicaciones del desarrollo, funciones, eventos críticos, recursos familiares y características de la funcionalidad familiar, entre otros. De la investigación de estos hechos es posible reconocer los factores de riesgo de la familia, alrededor de los cuales girará el trabajo del equipo de salud.

## DetECCIÓN Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO

*Lo único seguro en esta vida es la muerte... y el riesgo.*<sup>63</sup>

El riesgo siempre ha existido, es inherente a la vida, pero hoy en día se ha creado una cultura para evaluarlo y cuantificarlo, no necesariamente para eliminarlo, pero sí para tomar las decisiones que permitan prevenir daños.<sup>63</sup>

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que ocurra un daño a la salud. En un sentido más restringido, este término es usado para indicar la posibilidad que tienen las personas expuestas a ciertos factores de riesgo de desarrollar un daño a su salud.<sup>64</sup>

Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o accidente. Pueden ser los antecedentes o las condiciones actuales del paciente o su familia, que, sin ser o formar parte del padecimiento actual, se asocian o pueden asociarse con una evolución desfavorable del estado de salud del paciente o de su familia.<sup>65</sup> Estos factores son la característica cualitativa o cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad.

Pueden ser biológicos (edad y sexo), ambientales (calidad del agua, contaminación, etc.), socioculturales (educación, cultura, hábitos), económicos (ingresos, empleo) o estar relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, actividad física) o con los servicios de salud (oportunidad y calidad de la atención médica). Los factores de riesgo son observables e identificables antes de que ocurra el hecho que predicen; son específicos a un daño; cuando son modificables, esta característica es inversamente proporcional a la ocurrencia del daño (cuadro 3-24); son sinérgicos entre sí, ya que la unión de dos o más factores ocasiona mayor perjuicio que el que se esperaría con cada uno por separado. Un daño es la consecuencia de la interacción multifactorial de varios factores de riesgo, ya que, por ejemplo, la presencia del bacilo de Koch no es suficiente para que se produzca la tuberculosis: se requiere de la conjugación de otros factores, tanto del individuo como del ambiente y del agente para causar daño.

Los factores de riesgo son tanto los problemas que la familia identifica como aquéllos que el equipo de salud detecta, incluyendo los eventos críticos y los fe-

**Cuadro 3–24. Factores de riesgo**

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| Modificables    | Dieta                   |
|                 | Sedentarismo            |
|                 | Higiene                 |
| No modificables | Antecedentes familiares |
|                 | Edad                    |
|                 | Sexo                    |

nómenos que pueden significar un riesgo para otro problema asociado. Por ejemplo: la hipertensión arterial es un factor de riesgo para la enfermedad isquémica del miocardio, la cual es factor de riesgo para el infarto, y éste, a su vez, para la muerte del paciente. Todos éstos son factores de riesgo para la salud integral familiar.<sup>67</sup> Algunos de los más poderosos factores de riesgo están relacionados con la conducta; algunos ejemplos los constituyen el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el manejo de vehículos sin cinturón de seguridad y la práctica de relaciones sexuales inseguras, entre otros.<sup>64</sup>

*El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.*<sup>66</sup>

A fin de ubicar a la salud como eje, debe cuestionarse y luego reformularse el paradigma centrado en la enfermedad, lo cual implica reforzar y renovar los conceptos de trabajo en equipo y de participación y responsabilidad de la población en su propia salud. Al hacer participar a la comunidad en la identificación y jerarquización de sus propios factores de riesgo individuales y colectivos, se obtiene un mayor conocimiento de sus problemas y, por ende, una tendencia a evitarlos o corregirlos. Asimismo, el enfoque de riesgo permite a los servicios de salud identificar y seleccionar a la población de alto riesgo a fin de intervenir oportunamente y brindar una atención prioritaria a aquéllos que así lo ameriten.

De esta manera, el manejo médico integral de la familia debe comprender las siguientes etapas relacionadas con los factores de riesgo:<sup>67</sup>

- **Identificación:** mediante entrevistas, aprovechando la presencia en el consultorio de cualquier miembro de la familia o explorando el hábitat de la misma a través de visitas domiciliarias, es posible hacer un inventario de los factores de riesgo familiares que permita identificar la *ecognosis familiar*, es decir, establecer el grado de asociación entre el daño a la salud con los factores que la condicionan en el medio ambiente. La actualización de

**Cuadro 3–25. Magnitud de los factores de riesgo**

| Magnitud   | Calificación |
|--|--------------|
| a. Factor de riesgo determinante para la aparición del problema en la salud familiar   | _____        |
| b. Factor de riesgo condicionante para la aparición del problema de salud familiar   | _____        |
| c. El factor de riesgo puede asociarse a la aparición del problema o necesita combinarse con otros factores para ocasionar daño a la familia | _____        |
| d. Factor de riesgo sin relación con el problema o no provoca daño en la salud familiar  | _____        |

la información es permanente y debe captarse cualquier modificación de las variables de manera dinámica. Este proceso implica los siguientes aspectos:

- Detectar eventos críticos del desarrollo y accidentales.
- Elaborar un inventario de factores de riesgo.
- Identificar patrones de detección y solución de problemas en la familia.
- Evaluar la funcionalidad familiar.
- Evaluar los recursos familiares.
- Jerarquización: los factores de riesgo identificados deben asociarse con el problema o daño que potencialmente causarían a la salud familiar. Los parámetros de jerarquización son los siguientes:
  - Magnitud: indica el carácter de gravedad, urgencia o alto riesgo que el factor detectado puede ocasionar a la salud integral de la familia. Se debe priorizar el factor de riesgo por el cual la persona necesita ayuda. Los criterios para calificar este parámetro se muestran en el cuadro 3–25.
  - Trascendencia: al no ser atendido el factor de riesgo, se puede ocasionar daño a la salud familiar durante un periodo de tiempo dado. Los criterios para su calificación se muestran en el cuadro 3–26.

Una vez valorados cada uno de los factores de riesgo con los parámetros de magnitud y trascendencia, las calificaciones se suman para obtener un total de cada factor de riesgo para luego ser ordenados de mayor a menor puntuación. Por ejemplo, en una familia en fase de expansión se detectaron los factores de riesgo que se presentan en el cuadro 3–27.

**Cuadro 3–26. Trascendencia de los factores de riesgo**

| Trascendencia  | Calificación |
|--|--------------|
| a. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar durante el resto de la vida | _____        |
| b. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar en forma prolongada         | _____        |
| c. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar en forma transitoria        | _____        |
| d. El factor de riesgo no repercute en la salud familiar                                 | _____        |

**Cuadro 3–27. Jerarquización de los factores de riesgo**

| Factor de riesgo                                   | Magnitud | Trascendencia | Total |
|--|----------|---------------|-------|
| Ocupación laboral de ambos padres                  | 1        | 2             | 3     |
| Embarazo   | 3        | 1             | 3     |
| Desconocimiento del desarrollo normal de los hijos | 2        | 2             | 4     |

Al jerarquizar estos factores de riesgo, quedaron en el siguiente orden:

1. Embarazo.
2. Desconocimiento del desarrollo de los hijos.
3. Ocupación laboral de ambos padres.

Con el fin de conocer las posibilidades que los servicios de salud tienen para actuar sobre ellos, así como la intensidad y dirección en que las acciones pueden realizarse, el siguiente paso es someter a los factores de riesgo ya jerarquizados a los parámetros de:

- Vulnerabilidad: es la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar los factores de riesgo (cuadro 3–28).
- Factibilidad: es la capacidad de impactar sobre los factores de riesgo con los recursos disponibles (cuadro 3–29).

Cada uno de los factores de riesgo calificados con estos parámetros se suma para obtener una puntuación final. Por ejemplo, con los factores de riesgo ya jerarquizados del caso anterior, se obtienen las puntuaciones del cuadro 3–30.

Con base en la calificación otorgada a cada uno de los factores de riesgo en magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, se establece la prioridad de atención según el siguiente orden:

- Embarazo (8 puntos).
- Desconocimiento del desarrollo de los hijos (6 puntos).

**Cuadro 3–28. Vulnerabilidad de los factores de riesgo**

|  | Calificación |
|--|--------------|
| a. Existen instrumentos técnicos y procedimientos específicos para abordarlos              | _____        |
| b. Existen procedimientos específicos que indirectamente inciden sobre el factor de riesgo | _____        |
| c. Existen solamente procedimientos inespecíficos  | _____        |
| d. No existen procedimientos   | _____        |

**Cuadro 3–29. Factibilidad de los factores de riesgo**

|  | Calificación |
|--|--------------|
| a. Se puede cancelar el factor de riesgo                                   | _____        |
| b. Se puede modificar el factor de riesgo                                  | _____        |
| c. Se pueden atenuar los efectos del factor de riesgo                      | _____        |
| d. No se puede incidir sobre los factores de riesgo ni atenuar sus efectos | _____        |

- Ocupación laboral de los padres (5 puntos).

Los factores de riesgo con muy alta magnitud y trascendencia, pero con vulnerabilidad y factibilidad baja para su manejo en el primer nivel de atención, hacen que se considere su referencia oportuna a otro nivel de atención, no obstante lo cual el médico familiar deberá continuar con el manejo de los demás factores de riesgo de toda la familia.

*“Ninguna técnica analítica, por más sofisticada que sea, podrá reemplazar a la experiencia y el buen juicio profesional en el manejo de riesgos”*

**J. P. Morgan**

- **Objetivos:** una vez llevado a cabo el proceso anterior, se establecen objetivos a las actividades que en el primer nivel de atención se puedan realizar con base en los recursos disponibles de la familia. Por ejemplo, en la familia en fase de expansión mencionada anteriormente, se encontró que el factor de riesgo más importante fue el embarazo. En este caso, los objetivos iniciales serán:
  - Comprobar el embarazo por exploración física y/o laboratorio.
  - Atender integralmente a la embarazada y su familia.
  - Continuar con la atención del resto del grupo familiar.
- **Programa de actividades:** de acuerdo con los objetivos trazados y con base en los factores de riesgo detectados, el equipo de salud, conjuntamente con la familia, diseña un programa específico de atención, con las actividades tanto preventivas como asistenciales que habrán de realizarse. Como ejemplo, ver el cuadro 3–31.

**Cuadro 3–30. Jerarquización de los factores de riesgo**

| Factor de riesgo                                      | Magnitud | Trascendencia | Total |
|---|----------|---------------|-------|
| 1. Embarazo   | 2        | 2             | 4     |
| 2. Desconocimiento del desarrollo normal de los hijos | 1        | 1             | 2     |
| 3. Ocupación laboral de ambos padres                  | 1        | 1             | 2     |

Cuadro 3–31. Factor de riesgo: embarazo

| Objetivos   | Actividades  |
|---|--|
| 1. Comprobar el embarazo por exploración física y/o laboratorio | 1. Definir si el embarazo es de bajo o alto riesgo y dónde será atendido el parto  |
| 2. Atender integralmente a la embarazada y su familia           | 2. Determinar si el embarazo es planeado y deseado   |
|   | 3. Identificar las expectativas de la pareja respecto al embarazo y futuro hijo (sexo, salud, crianza, etc.)   |
|   | 4. Realizar examen físico completo orientado al diagnóstico del embarazo   |
|   | 5. Solicitar los estudios de laboratorio necesarios  |
|   | 6. Cita con resultados, indicaciones higiénicas, dietéticas, suplemento de hierro y ácido fólico. Elaboración de notas médicas.  |
|   | 7. Atención médica periódica a la embarazada   |
|   | 8. Si el embarazo es no deseado o existen diferencias entre la pareja respecto al embarazo y futuro hijo, promover la aceptación tanto de uno como de otro, cualquiera que sean las expectativas |

- Actividades preventivas: la medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida, promover la salud y la eficiencia física y mental. Está condicionada por la interacción de la tríada ecológica: agente, huésped y ambiente, y está dividida en prevención primaria, secundaria y terciaria.<sup>69</sup>

*Sabemos cómo reconstruir sobre el papel todas estas enfermedades porque hemos llegado a conocer sus componentes, su origen, su proceso.*

*Como esto es factible, entonces también debemos saber cómo llevar a cabo una labor preventiva de esos fenómenos.*

**L. Feder**

- Una vez investigados los factores de riesgo en el periodo prepatogénico, deben aplicarse las medidas de prevención primaria para evitar que el estímulo de la enfermedad se produzca. Consta de dos niveles:
  - a. Promoción de la salud: no se dirige a una enfermedad específica sino al área de la salud en general, mediante la aplicación de medidas que permitan mantener o mejorar la salud y el bienestar del individuo y su familia. El equipo de salud y las familias mismas deben ser capaces de crear condiciones más favorables para evitar la presencia de trastornos tanto de orden biológico como psicológico y social en cada una de las etapas del ciclo vital familiar. Tales medidas consisten en:
    - Orientar al individuo en relación con sus funciones en la familia, el trabajo y la sociedad; sobre las medidas dietéticas adecuadas y la im-

portancia del ejercicio y la higiene personal. A la familia, insistir en su participación en actividades sociales, tanto recreativas como deportivas y culturales; acerca de los ajustes que debe efectuar al pasar de una etapa a otra de su ciclo vital y en cuanto a actividades que deben llevar a cabo en la fase de retiro, así como el apoyo a los padres en la fase familiar final.

- Promover en la pareja la planificación familiar y la educación sexual; los hábitos y costumbres sanos; la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los hijos, así como el saneamiento en lo referente a la potabilización del agua, la disposición adecuada de excretas, eliminación de basura, control de fauna nociva, mejoramiento de la vivienda y acerca de la distribución racional del ingreso familiar.
  - Capacitar a la familia en la vigilancia del estado de nutrición de sus miembros; la conservación, preparación y manejo higiénico de los alimentos; el sano crecimiento y desarrollo de los hijos; la correcta utilización de sus recursos; la aceptación de la dispersión de sus miembros y la muerte de cualquiera de ellos, entre otros múltiples aspectos de la vida diaria.
- b. Protección específica:** consiste en la aplicación de procedimientos y precauciones concretas para interceptar las causas de una enfermedad específica antes de que se presente. Esto se logra mediante:
- Examen médico periódico a todos los integrantes de la familia, aplicación de inmunizaciones, control de contactos de enfermedades transmisibles, asesoría genética, control prenatal y detección oportuna de enfermedades.
  - Capacitar a la familia en temas sobre la prevención de desnutrición, problemas bucodentales y el manejo higiénico de los alimentos y la vestimenta; sobre el embarazo, parto y puerperio y la exposición a agentes carcinogénicos y alergénicos; acerca de su participación en la prevención de tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías.
  - Orientar al individuo sobre los riesgos de trabajo y a la familia acerca de las medidas de protección contra accidentes en el hogar y de tránsito.
- El *periodo patogénico* comprende la fase de evolución de la enfermedad después de la interacción entre el estímulo y el huésped, en quien se producen cambios orgánicos y funcionales. Consta de dos etapas: la subclínica, en que los síntomas, cuando se presentan, son mínimos e inespecíficos, y la clínica, en la que se reconoce una variada gama de signos y síntomas que pueden dejar secuelas. En este periodo la **prevención secundaria** se lleva a cabo mediante:
    - a.** El principio del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno se basa en que, entre más pronto se diagnostique una enfermedad, más fácil y mejor

será el tratamiento para el individuo afectado. Asimismo, es mayor la probabilidad de impedirla entre sus familiares. El equipo de salud y la familia deben ser capaces de detener el proceso de la enfermedad, prevenir su propagación, complicaciones, secuelas e incapacidad prolongada, lo cual puede llevarse a cabo a través de:

- Detectar oportunamente malformaciones congénitas, desnutrición, padecimientos transmisibles y alérgicos, malos hábitos de higiene bucal y situaciones disfuncionales familiares, entre otras muchas actividades.
  - Capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios de salud y sobre su participación en la detección de signos y síntomas específicos.
  - Tratar inmediatamente los casos descubiertos en los primeros estadios de la enfermedad.
- b. Limitación del daño:** cuando el diagnóstico se ha obtenido tardíamente, se debe evitar que la enfermedad continúe deteriorando, y prevenir o retardar las secuelas de padecimientos clínicamente avanzados. Para ello es necesario:
- Ofrecer un tratamiento adecuado.
  - Referir oportunamente a otro nivel de atención sin perder la interacción con el individuo y su núcleo familiar.
  - Capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos de salud.
  - Proveer facilidades para limitar el daño y prevenir la muerte.
- No obstante que la enfermedad haya evolucionado hasta los últimos estadios del periodo patogénico, con secuelas y/o incapacidad parcial o total, aún es posible tomar medidas preventivas a través de la **prevención terciaria**. Este nivel refiere al proceso de rehabilitar física, psicológica y socialmente al paciente, y en la medida de lo posible a su familia, de manera que aquél pueda adaptarse a las condiciones de vida de ésta.

En este nivel, el equipo de salud debe ser capaz de reintegrar al individuo como elemento útil a su familia y a la sociedad; obtener el máximo provecho de sus facultades residuales y evitar que se convierta en una carga para su grupo familiar.

Este nivel comprende:

- El uso de instalaciones institucionales y comunitarias para el reentrenamiento y educación del paciente.
- Terapia ocupacional.
- Educación y sensibilización a la comunidad para la creación de fuentes de trabajo para el empleo del rehabilitado.
- Adaptación del hogar de acuerdo a las posibilidades y a la capacidad residual del paciente para que pueda llegar a valerse por sí mismo.



- Capacitar y orientar a la familia en el manejo del paciente crónicamente enfermo o incapacitado. De ser necesario, recurrir a la psicoterapia familiar.
- Evolución y evaluación periódica: la valoración de la calidad y efectividad de las acciones realizadas mediante citas programadas y visitas domiciliarias permite evaluar el grado de avance en el cumplimiento de metas y el impacto de las actividades en la disminución de los problemas de salud que se planeó resolver. Los resultados de esta evaluación deben ser utilizados como marco de referencia para actualizar, continuar o modificar el programa de actividades. A nadie se da de alta, pues cuando un paciente ha sanado, se establece una vigilancia epidemiológica y se continúan atendiendo los factores de riesgo de él y su familia. Esta continuidad en la atención es una característica de la práctica de la medicina familiar, aunque es más frecuente encontrarla en los padecimientos crónicos que demandan una asesoría constante para el paciente y para sus familiares.<sup>71</sup>

El equipo de salud (grupos operativos): la atención médica integral incluye aspectos del orden físico, emocional y social, tanto curativos como preventivos, dirigidos al individuo, su familia y a la comunidad. Requiere de la participación de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario de profesionales de la salud, quienes, mediante un adecuado proceso de interacción, proporcionan perspectivas complementarias de conocimientos, actitudes y habilidades dentro de un marco de trabajo que permite centrar la atención sobre las necesidades totales del paciente y su núcleo familiar.<sup>2</sup> Se requiere, además, de una completa comprensión del proceso salud–enfermedad, concebido no como simples estados opuestos, sino como grados diversos de equilibrio entre el organismo y el medio en que vive.

La estructura y composición de tales equipos de salud puede variar según las necesidades de la población a la que se atiende; sin embargo, generalmente están conformados por médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, a quienes se deben sumar los miembros de la comunidad organizados en comités de salud.

El trabajo eficiente de los equipos de salud se traduce en:

- Reducción de cargas de trabajo, lo cual permite contar con mayor tiempo para escuchar y examinar mejor al paciente y sus familiares y llevar a cabo labores extramuros.
- Mejor supervisión y manejo de ciertos padecimientos, sobre todo los transmisibles y prevenibles mediante actividades médico–preventivas.
- Mayor tiempo para el análisis de casos familiares, identificación y jerarquización de factores de riesgo que permitan encontrar estrategias de solución para brindar mejor atención y lograr mayor cobertura.

## Comentarios

En este apartado se exponen los puntos de vista del médico relacionados con la familia tratada, tanto si es por primera vez como en subsecuentes entrevistas. Se señalarán aspectos relevantes sobre su evolución, pronóstico y toda la información que complementa lo anteriormente expuesto.

## CONCLUSIÓN

Hoy en día la gente busca y requiere de un cuidado médico integral más centrado en las personas que en los problemas, de alta calidad y comprensiva, que sustituya aquella atención fragmentada e impersonal que hace del ser humano un “objeto” de estudio y no un “sujeto” de análisis y que es producto, en múltiples ocasiones, de conductas y actitudes reduccionistas. La atención médica de nuestros días se enfrenta al reto de combinar el humanismo con el creciente caudal de conocimientos biomédicos, de tal manera que el empleo de métodos altamente tecnificados, diagnósticos o terapéuticos, sea sólo parte del enfoque de la persona como un todo y no un fin en sí mismo. El incesante avance científico y tecnológico, lejos de someter el quehacer médico, debe permitir al médico brindar una atención integral que incida no sólo sobre la enfermedad, sino preponderantemente sobre la salud del individuo y su familia.

La familia forma parte del equipo de salud, y su participación resulta fundamental e indispensable para el logro y mantenimiento de su estado de salud, ya que, según Freud, “*lo que cura no es sólo lo que el médico hace al paciente, sino lo que médico y paciente hacen mutuamente*”. Además, la familia no es sólo fuente potencial de enfermedad, sino también un excelente recurso para prevenir, curar y rehabilitar.

De no lograrse la integración familiar al equipo de salud ni el reemplazo de la atención médica netamente biologicista y reduccionista por aquella de alta calidad, tanto científica como humanística, entonces las acciones resultarán estériles y causarán frustración en quien intenta realizarlas y enfermedad, invalidez o muerte para quien debe recibirlas.

## REFERENCIAS

1. **Murata PJ, Kane RL:** Who is the family doctor? Relating primary care to family care. *J Fam Pract* 1989;29:299–304.
2. **Medalie JH:** Dimensiones de la medicina y la práctica familiares. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:23–41.

3. **Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI:** Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Sanit Panam* 1985;98:144–155.
4. **Lerner S:** La familia como elemento integrador en los estudios y políticas de población. *Salud Pública Méx* 1989;31:185–191.
5. **Serani MA, Burmester GM:** Ética, historia clínica y datos informatizados (aspectos epistemológicos, antropológicos y éticos). En: Polaino–Lorente A: *Manual de bioética general*. Madrid, RIALP, 1994:291–297.
6. **Shahady EJJL:** La enseñanza de los principios de la medicina familiar. *Rev Intern Med Fam* 1982;2:5–7.
7. **Cueli J:** Aspectos psicológicos de la relación médico–paciente. En: Instituto Mexicano del Seguro Social: *Manual didáctico para pasantes de medicina en servicio social*. México, IMSS, 1983:13–29.
8. Norma Oficial Mexicana NOM–168–SSA1–1998 del expediente clínico. México, Secretaría de Salud.
9. **Huerta–González JL:** *Guía para la elaboración de la historia clínica familiar*. 3ª ed. México, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, San Luis Potosí, El Hospital, 2001.
10. **Burgos VR:** *Repercusión social en México de las afecciones reumáticas. Epidemiología de las enfermedades reumáticas*. Fascículo No. 3. Academia Nacional de Medicina, 2001.
11. **Medalie JH:** La etapa de la edad adulta. En: Medalie JH: *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, Limusa, 1987:215–249.
12. **McWhinney IR:** *Medicina de familia*. Barcelona, Mosby/Doyma, 1995.
13. **Frugé E, Crouch M, Bray J:** Dinámica y salud familiares. En: Rakel RE: *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. España, McGraw–Hill–Interamericana, 2000: 33–51.
14. **Irigoyen–Coria A et al.:** Fundamentos teóricos del Índice Simplificado de Marginación Familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(3):89–95.
15. **Pérez–Padilla JR, Regalado–Pineda J, Morán–Mendoza AO:** La inhalación doméstica del humo de leña y otros materiales biológicos. Un riesgo para el desarrollo de enfermedades respiratorias. *Gac Med Mex* 1999;135(1):19–29.
16. **Jinich H:** El expediente clínico orientado por problemas. *Rev Fac Med UNAM* 1996;39(2): 55–58.
17. **Pyeritz RE:** Antecedentes familiares y factores genéticos de riesgo. Hacia el futuro. *JAMA* 1998;6(7):254–255.
18. *Mujeres de 20 a 59 años*. Guía técnica 2002. Programas Integrados de Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
19. *Hombres de 20 a 59 años*. Guía técnica 2002. Guías para el Cuidado de la Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
20. *Adultos mayores de 59 años*. Guía técnica 2002. Guías para el Cuidado de la Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
21. **Rakel RE:** *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. Madrid, McGraw–Hill–Interamericana, 2000.
22. **Jinich H:** *El paciente y su médico*. Vol. 1. 1ª ed. México, JGH, 1997.
23. **Rogers JC, Spann SJ:** Solución de problemas en medicina de familia. En: Rakel RE: *Compendio de práctica médica en atención primaria*. 2ª ed. España, McGraw–Hill–Interamericana, 2000:114–128.
24. **Spann SJ:** Epidemiología clínica y toma de decisiones en medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez GT: *Medicina de familia: la clave de un modelo*. Madrid, SemFYC/CIMF, 1997:29–35.

25. **Jinich H:** *El médico ante el paciente. 28 casos para autodescubrimiento*. 1ª ed. México, Academia Nacional de Medicina, Intersistemas, 2002.
26. **Huerta-González JL:** *Estudio de la salud familiar. PAC Medicina familiar-I*. 1ª ed. México, Intersistemas, 1999.
27. **McWhinney IR:** *An introduction to family medicine*. 1970.
28. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A. C.: *Guía de estudios. Examen de certificación en medicina familiar*. México, 2003.
29. **Rakel RE:** *Textbook of family practice*. 4ª ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1990.
30. **Diamond G:** Family therapy. *Aust Fam Physician* 1986;15:1001-1007.
31. **Jolly W, Fromm J, Rosen MG:** The genogram. *J Fam Pract* 1980;10:251-255.
32. **Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G:** Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;377-388.
33. **Gómez-Clavelina FJ et al.:** Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(1):13-20.
34. **Velasco ML, Sinibaldi JF:** *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México, El Manual Moderno, 2001.
35. **Epstein NB, Sigal JJ, Rakoff V:** *Family categories schema*. The Family Research Group of the Department of Psychiatry, Jewish General Hospital, Montreal, in collaboration with McGill University Human Development Group Study.
36. **Ponce-Rosas R et al.:** Validez de constructo del índice simplificado de pobreza familiar (ISPF). *Arch Med Fam* 2002;4(1):6-12.
37. **Ponce-Rosas:** Comunicación personal, 19 de mayo de 2003.
38. **Vedelei A, Carpio C, Brandt ZB, Martins MJ, Comps:** *Registros médicos en los programas de medicina familiar en Venezuela*. VIII Simposio de Medicina Familiar. México, noviembre de 1990.
39. **Irigoyen CA, Romero VR, Medina NM:** Clasificación de familias, prioridad a investigar en medicina familiar. *Rev Med IMSS (Méx)* 1991;29:365-368.
40. **Gómez-Clavelina FJ et al.:** Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-57.
41. **Smilkstein G:** Assessment of family function. En: Rosen GM: *Behavioral science in family practice*. Appleton Century-Crofts, 1980.
42. **Smilkstein G:** The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6:1231-1239.
43. **Pless IB, Satterwhite B:** A measure of family functioning and its application. *Soc Sci Med* 1973;7:613-261.
44. **Madonna PG, van Scoyk S, Jones DP:** Family interactions within incest and nonincest families. *Am J Psychiatry* 1991;148:46-49.
45. **Tseng WS, McDermott J:** Triaxial family classification. *J Child Psychiatry* 1979;18:22-43.
46. **Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS:** The McMaster family assessment device. *J Marital Family Ther* 1983;9:171-80.
47. **Epstein NB, Bishop DS:** Problem centered systems therapy of the family. In: Gurman AS, Kniskern DP (eds.): *Handbook of family therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1981.
48. **Holmes TH, Rahe RH:** The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1976;2: 213-218.
49. **Hennen BK:** El ciclo vital de la familia y la orientación anticipada. En: Shires DB, Hennen BK: *Medicina familiar. Guía práctica*. 1ª ed. USA, McGraw-Hill, 1980:28-34.
50. **Salinas JL, Pérez MP, Viniestra L, Barriguete JA, Casillas J et al.:** Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. *Rev Inv Clín* 1992;44:169-186.

51. **Espejel-Aco E, Cortés JF, Ruiz-Velasco VM:** *Manual para la escala del funcionamiento familiar*. México, Instituto de la Familia, A. C., 1996.
52. **Smilkstein G, Ashworth C, Montano D:** Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract* 1982;15:303–311.
53. **Bellón SJ, Delgado SA, Luna CJ, Laedelli CP:** Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria* 1996;18(6):289–296.
54. Family functioning: family adaptability and cohesion scale III (FACES III). En: Mendes F, Relvas AP, Lorenzo M, Reccio JL, Pietralunga S *et al.*: *Family relationships and primary prevention of drug use in early adolescence*. España, IREFREA, 1999:101–105.
55. **Olson DH, Sprenkle DH, Rusell CS:** Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Fam Proc* 1979;18:3–28.
56. **Olson DH:** Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Fam Proc* 1986; 25:337–351.
57. **Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A:** Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. [igc@servidor.unam.mx](mailto:igc@servidor.unam.mx).
58. **Gómez-Clavelina FJ et al.:** Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales).
59. **Chávez AV, Velazco OR:** Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev Méd IMSS* 1994;32:39–43.
60. **González C:** Bases para una metodología de trabajo en medicina familiar. *Rev Internal Med Fam* 1982;2:12–18.
61. **Frankel BL:** The physician–patient relationship. En: Wiener JM: *Behavioral science*. Pennsylvania, John Wiley and Sons, 1987:183–192.
62. *Niños, adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores*. Guía práctica 2002. Programas Integrados de Salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002.
63. **Valle S:** *El Economista*, jueves 16 de noviembre de 2000:8.
64. **Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH:** *Clinical epidemiology. The essentials*. 3ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
65. **Gutiérrez GN, Aguilar ME, Viniestra VL:** Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Rev Med IMSS* 1999;37(3):201–210.
66. **Narro RJ:** Medicina familiar. En: Soberón G, Kumate J, Laguna J: *La salud en México, testimonios 1988. Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro*. México, Fondo de Cultura Económica, 1989:239–252.
67. **Garza ET, Saavedra JA:** *Salud mental–dinámica familiar*. México, Secretaría de Salud, 1988, serie APRISA Nº 2.
68. **Beteta PE, Cano GE, Carrasco PJ et al.:** Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Edu Méd Salud* 1992;26:298–425.
69. **Leavell HR, Clarck EG:** *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3ª ed. USA, McGraw–Hill, 1965.
70. Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación: *Los retos del próximo milenio*. México, Buena Tinta, 1995.
71. **Chávez-Hernández:** *Introducción a la medicina familiar*. México, Editorial Universitaria Potosina, 1992.