

EL EXPEDIENTE CLÍNICO FAMILIAR

▼
Cualquier situación en que algún miembro del grupo se vea afectado, hará que se tome en cuenta el efecto sobre todo el sistema familiar.

Propósito. Al terminar el presente capítulo, al alumno será capaz de integrar correctamente el expediente clínico familiar y de efectuar el estudio de salud familiar en forma coparticipativa con la familia. Comprenderá la importancia de este estudio y las indicaciones para llevarlo a cabo. Identificará e investigará cada uno de los elementos de que consta el estudio, incluyendo tanto los aspectos biológicos como psicológicos y sociales y podrá elaborar un programa de actividades con base en la detección conjunta de factores de riesgo, haciendo énfasis en los aspectos preventivos.

AUTOEVALUACIÓN INICIAL

- Mencione las principales indicaciones para efectuar un estudio de salud familiar.
- Describa los elementos de que consta el expediente clínico familiar.
- Describa un ejemplo de cada uno de los tipos de promiscuidad.
- ¿En qué consiste el estudio de las condiciones sanitarias de la vivienda?
- En un familiograma, ¿qué significa una figura circular, una cuadrada y un rombo? ¿Cómo se señala una defunción y un divorcio?
- Señale cinco técnicas de evaluación de la funcionalidad familiar.
- ¿Por qué es importante que la familia participe conjuntamente con el equipo de salud en la detección de factores de riesgo y en la elaboración de programas de actividades?

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. Por ello, ante la enfermedad del paciente en el con-

texto 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. Así mismo son muy raros los trastornos sociales que no afecten 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.

La Medicina Familiar tiene como objeto de estudio la interacción de los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad, por lo que el tomar como unidad de análisis a la familia, 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 el de identificar factores de riesgo comunes en toda la familia, los cuales pueden ser la causa de enfermedad individual o colectiva y/o de disfunción en la familia como un todo. Las situaciones que deben dar lugar al inicio del manejo simultáneo del paciente y su familia son las siguientes:

1. Enfermedades infectocontagiosas. Mientras el paciente es tratado, su

- medio ambiente es investigado y al resto de la familia se le trata simultáneamente, ya que carecería de sentido prescribir tratamiento a un individuo con escabiasis sin tratar al mismo tiempo a las personas con quienes vive y está en estrecho contacto.
2. 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.
 3. Un evento crítico accidental en un miembro de la familia, por ejemplo el diagnóstico de una enfermedad grave o mortal como cáncer, leucemia o infarto miocárdico 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.
 4. 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.
 5. La existencia de alteraciones psiquiátricas o de conflictos interpersonales que no podrían ser diagnosticados ni tratados satisfactoriamente sin la evaluación de la situación familiar y la participación de todos los miembros, sobre todo de aquellos que resultan clave para su resolución. Igualmente, la presencia de problemas psicosociales como alcoholismo, drogadicción, delincuencia, embarazos no deseados, etc. son situaciones meritorias del curso 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 adecuada. La importancia del estudio de la familia sana radica en que esta es el contexto donde se recrean y transmiten muchos de los valores culturales y hábitos respecto a gran diversidad de situaciones como la edad y forma de unión de la pareja, el número y espaciamiento de los hijos, la práctica de la lactancia, la aceptación o rechazo al uso de métodos anticonceptivos, la situación y papel de la mujer y el hombre frente a hechos como la paternidad, el papel de los hijos y en general, otros muchos aspectos del desarrollo familiar y social. Por ello es 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.

Tradicionalmente, el modelo biomédico de la enfermedad ha definido a la historia clínica como "el proceso que, generado en el ámbito de la relación médico-paciente, tiene por objeto aportar información sobre hechos patológicos y biográficos rememorados por el enfermo y que, descubiertos e interpretados por el médico, son considerados relevantes para estable-

▼
Sin necesidad de patología preexistente, la familia puede ser estudiada con el fin de detectar e identificar factores de riesgo.

cer un diagnóstico e instaurar una terapia". Es el documento del estudio de determinados aspectos biológicos de la enfermedad de una persona, que tiene finalidades didácticas, administrativas, de investigación y comunicación entre los médicos y el equipo de salud, que se efectúa después de haberse relacionado con el paciente y de haberlo conocido.

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, de hecho, el estudio de la salud familiar es una de estas variantes.

Luego de la evaluación inicial del pa-

ciente, 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, cuya información le ayudará a comprender la causa de la conducta del paciente y su familia.

El estudio de la salud familiar, lejos de ser la simple recolección de historias clínicas individuales, estudia los aspectos biológicos de la enfermedad y comprende las situaciones y problemas del paciente en el contexto de sus características biopsicosociales y culturales, las cuales no deben ser consideradas aisladamente 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.

Además de la información individual de los miembros de la familia, el expediente clínico familiar debe contener el estudio de la salud familiar y quedar conformado como a continuación se señala:

1. **Historia clínica de cada miembro de la familia.** A cada uno de los miembros de la familia debe efectuarse la historia clínica de acuerdo con los procedimientos propedéuticos tradicionales y anexarse al expediente. Debe contener cuando menos la siguiente información:

- Ficha de identificación, incluyendo fecha, nombre, edad, domicilio, teléfono, etc
- Antecedentes personales: estado civil, escolaridad, ocupación, lugar y fecha de nacimiento, etc
- Antecedentes heredofamiliares
- Antecedentes personales patológicos, con la información incluso sobre esquema de inmunizaciones y detecciones efectuadas
- Antecedentes ginecoobstétricos, incluyendo método de planificación familiar utilizado

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FAMILIAR

1. Historia de cada miembro de la familia
2. Estudio de la salud familiar
 - 2.1. Ficha de identificación
 - 2.2. Justificación
 - 2.3. Antecedentes:
 - 2.3.1. Heredofamiliares de morbimortalidad
 - 2.3.2. Del desarrollo familiar
 - 2.3.3. Crisis familiares
 - 2.4. Aspectos socio-económicos familiares
 - 2.5. Situación actual de la vida familiar:
 - 2.5.1. Familiograma
 - 2.5.2. Tipología familiar
 - 2.5.3. Etapa actual del ciclo vital familiar
 - 2.5.4. Estructura familiar
 - 2.5.5. Detección de problemas emocionales
 - 2.5.6. Funciones familiares que ameritan atención
 - 2.5.7. Estrato socioeconómico
 - 2.5.8. Evaluación de la funcionalidad familiar
 - 2.5.9. Recursos familiares
 - 2.6. Actividades médico-preventivas familiares
3. Diagnóstico familiar
4. Detección de factores de riesgo
 - 4.1. Identificación
 - 4.2. Jerarquización
 - 4.3. Objetivos
 - 4.4. Programa de actividades
 - 4.5. Evolución y evaluación periódica
5. Comentarios

- Antecedentes perinatales (en pacientes pediátricos)
- Padecimiento actual
- Exploración física
- Identificación de factores de riesgo
- Diagnósticos
- Indicaciones (terapéuticas y preventivas)

2. **Estudio de la salud familiar.** Se elabora incluyendo los elementos señalados a continuación:

- Ficha de identificación
 - a. Fecha de inicio del estudio
 - b. Apellidos de la familia
 - c. Domicilio
 - d. Integrantes del grupo doméstico: nombre, parentesco con el jefe de familia, edad, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, escolaridad, ocupación, religión
- Justificación. Se deben señalar concretamente los motivos de la elaboración del estudio de la salud familiar, algunos de los cuales pueden ser 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. En familias aparentemente sanas resulta de utilidad para la detección de factores de riesgo o para la vigilancia de programas preventivos.
- Antecedentes
 - a. Heredofamiliares de morbimortalidad
 - Diabéticos, hipertensivos, neoplásicos, fímicos, luéticos, psiquiátricos, neurológicos, cardiopatías, collagenopatías, malformaciones congénitas, obesidad, etc. Se debe señalar brevemente en quiénes se han presentado, su evolución, tratamiento, secuelas y

cualquier otro dato considerado de interés.

- 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.
- b. 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.
- c. 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 socio-económicos familiares
 - a. Ingreso familiar y distribución: Mencionar cuánto y quiénes lo aportan semanal, quincenal o mensualmente; cuál es el ingreso *per cápita* y cómo y quién efectúa la distribución del gasto familiar.
 - b. Características de la vivienda
 - 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, entre el número de dormitorios. Existe hacinamiento cuando en la vivienda hay más de seis personas por baño, tres por dormitorio y/o cuando duermen más de uno en una cama simple.
 - Promiscuidad: Investigar la presencia de cualquiera de los siguientes tipos:

▼
El *familiograma* es un instrumento usado para registrar en una página una gran cantidad de información referente a la familia.

Funcional. Cuando el lugar destinado a satisfacer una necesidad es utilizado para cubrir otra, por ejemplo: la sala usada como dormitorio.

Por edad. Cuando el dormitorio es compartido por personas con marcada diferencia de edad, por ejemplo entre abuelos y nietos.

Sexual. Cuando el dormitorio es ocupado por personas adultas de diferente sexo sin ser esposos o concubinos.

Filogenética. Cuando el ambiente de la casa es compartido indiscriminadamente por personas y animales.

– 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 raz del suelo.

Presencia de fauna nociva: moscas, cucarachas, ratas, otros.

Presencia de animales domésticos dentro de la vivienda.

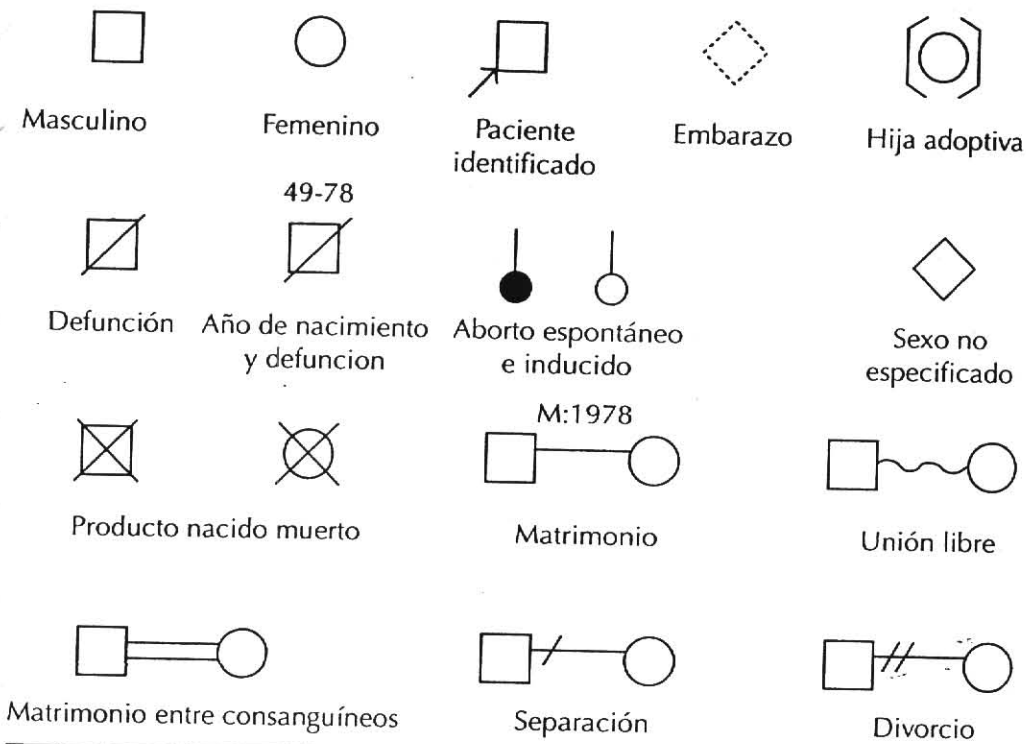
- c. Hábitos. Alimentarios, higiénicos, adicciones.
- d. Participación comunitaria. Involucramiento de la familia en grupos sociales de la comunidad (religiosos, deportivos, asociaciones, clubes, etc)
- e. Utilización de servicios de salud y sociales. Identificación, acceso y uso de estos servicios.
- f. Recreación. Describir las actividades recreativas que los miembros de la familia efectúan en forma individual y conjunta.
- g. Aspectos laborales. Investigar los antecedentes laborales de quienes en la familia aportan dinero al hogar; mencionar tipos de empleo, exposición a factores de riesgo laborales, acciden-

tes de trabajo, enfermedades profesionales, etc.

- Situación actual de la vida familiar:
 - a. *Familiograma.* El *familiograma* es un instrumento usado para registrar en una página una gran cantidad de información referente a la familia. 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. Requiere una simbología específica que pueda consignar información como tiempo de unión de la pareja, estado civil, lugar que ocuparon en sus respectivas familias de origen, presencia de otros familiares en el mismo hogar, quiénes integran la familia, sexo, edad, ocupación, escolaridad, papeles, alianzas, conflictos, quién es el paciente identificado, defunciones, orden de nacimiento de los hijos, así como aquellas 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 permitir delimitar claramente a sus subsistemas, unidades y elementos, así como el tipo de relación y vínculos presentes.

La técnica y simbología empleada debe ser la que el médico considere más significativa y con la cual esté familiarizado. Su elaboración debe ser simple y

SIMBOLOGÍA UTILIZADA EN EL DISEÑO DE UN FAMILIOGRAMA

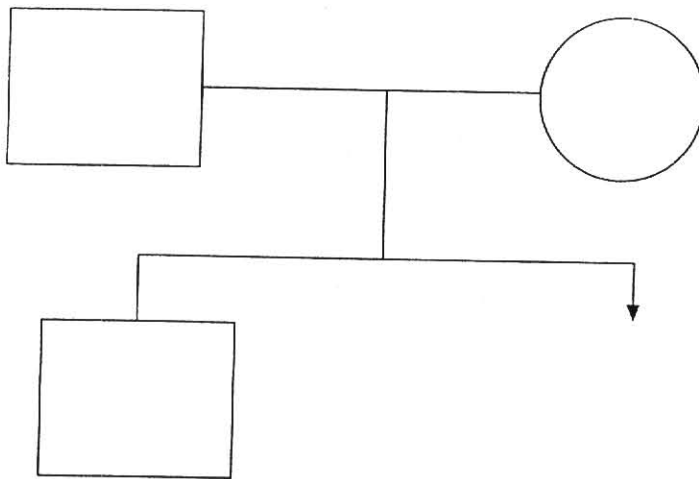


Los señalamientos de separación o divorcio aparecerán más cerca de quien se encuentre fuera del grupo doméstico y se debe señalar mediante los dos últimos dígitos, el año en que ocurrió el evento

breve, ya que debe brindar información a primera vista. Mediante el esquema de tres o más generaciones se debe representar a todos los miembros de ambas familias de origen de la pareja, identificando a cada generación con un número romano.

El familiograma debe contemplar los siguientes elementos:

- Tres o más generaciones
- Quiénes viven juntos bajo el mismo techo (grupo doméstico)
- Los nombres de todos los miembros de la familia



El lugar que ocupa el padre y la madre de la familia de procreación en sus respectivas familias de origen se señala mediante una flecha.

- 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 del fallecimiento y la causa
- Símbolos simples y de fácil visibilidad
- Una clave al pie de página que describa los símbolos empleados.

De acuerdo con el grado de *integración* familiar: integrada, semiintegrada o desintegrada.

Por la *ocupación* del jefe de familia: campesina, profesionista, obrera, etc.

Desde el punto de vista *demográfico*: urbana o rural.

En función de las *complicaciones del desarrollo familiar*: interrumpida, contraída o reconstruida.

Una línea continua o punteada delimita a los miembros de la familia, que al vivir bajo el mismo techo, conforman el grupo doméstico.

b. Tipología familiar

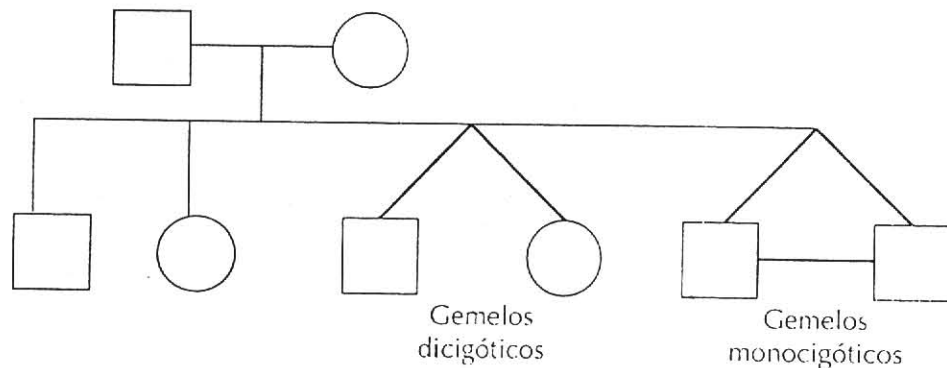
Con base en su *composición*: nuclear, extensa, compuesta o seminuclear.

Según su *desarrollo*: moderna, tradicional o primitiva.

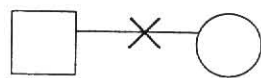
c. Etapa actual del ciclo de vida familiar

- Constitutiva
fase preliminar
fase de recién casados
- Procreativa
fase de expansión
fase de consolidación y apertura
- Dispersión
fase de desprendimiento

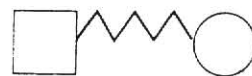
VÍNCULO ENTRE HERMANOS



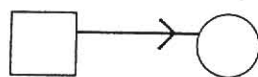
En el subsistema de los padres, el símbolo de la figura paterna se coloca del lado izquierdo y el de la materna a la derecha. Los hijos se señalan en orden cronológico, de mayor a menor, de izquierda a derecha.



Relación conflictiva



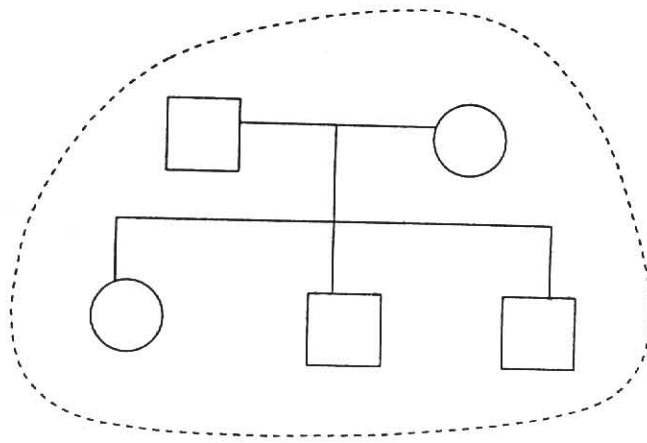
Relación distante



Relación dominante



Relaciones muy estrechas



Una línea continua o punteada delimita a los miembros de la familia, que al vivir bajo el mismo techo, conforman el grupo doméstico.

- Final
fase de independencia
fase de disolución

- Autonomía
- Métodos de control de la conducta
- Areas de psicopatología

d. Estructura familiar. Señalar la forma de organización e interacción, así como las funciones y papeles de los miembros de la familia; las actividades de ésta como grupo y como subsistemas así como los niveles y complementariedad de autoridad (*jerarquía*). Mencionar cómo se da la diferencia entre los individuos y entre los subsistemas (*límites*); cuál es el espacio que cada quien 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*).

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

- la familia como unidad
- las interacciones conyugales
- las interacciones parentales
- las interacciones centradas en el niño: paterno filiales y 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 (clubes, etc.)

e. Detección de problemas emocionales. Mediante el *Esquema de las Categorías Familiares*, es posible una investigación consistente y progresiva de los siguientes aspectos:

- Solución de problemas: instrumentales y afectivos
- Expresión e involucramiento afectivo: emociones de bienestar y emergencia
- Comunicación: tipo y patrones
- Papeles conductuales: tradicionales e idiosincrásicos

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; el cómo asumen o asignan los diferentes papeles operativos tradicionales o idiosincrásicos; su capacidad para otorgar autonomía a sus integrantes; el control de la conducta, cuyos patrones pueden ser rígidos, flexi-

bles, permisivo-negligentes o caóticos; y finalmente identificar las áreas psicopatológicas o del funcionamiento familiar contrarias al óptimo desarrollo de los miembros de la familia.

La exploración de las *categorías familiares* descritas permiten una evaluación integral de los patrones transaccionales y de los tópicos conflictivos del sistema familiar.

f. Funciones familiares que ameritan atención. Socialización, reproducción, estatus, protección y afecto.

g. Evaluación del estrato socioeconómico. Mediante el método de Graffar es posible determinar el nivel socioeconómico de la familia estudiada.

Método Graffar. En la parte superior del cuadro 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 siguiente tabla:

	A	B	C	D
04-06: Estrato alto	1			
07-09: Medio alto	2			
10-12: Medio bajo	3			
13-16: Obrero	4			
17-20: Marginal	5			

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

Profesión del jefe de familia

1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc

5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

Nivel de instrucción de la madre

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
4. Educación primaria completa
5. Primaria incompleta, analfabeta.

Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios).

Condiciones de la vivienda

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

h. Evaluación de la funcionalidad familiar. Es posible obtener considerable información acerca de las funciones familiares cuando el paciente, al informar un evento crítico al médico, describe cómo es la comunicación entre los miembros de la familia.

bros de su familia, cómo se distribuyen al comer, dormir, al salir de casa y compartir otras tareas. Ante esta circunstancia y cuando es evidente la disfunción familiar, el médico necesita llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar. El problema surge cuando el médico se enfrenta a la escasez de instrumentos para efectuar dicha actividad.

En medicina se cuenta con toda una gama de pruebas para valorar la función de un órgano o tejido enfermo, sin embargo, aunque se han intentado varios modelos y procedimientos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico dada su complejidad, extensión o limitación. 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)
- Guía de McMaster
- Escala de Holmes (Thomas Holmes)
- Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar (Salinas *et al*)
- Escala de funcionamiento familiar (Espejel *et al*)
- Apgar familiar (Smilkstein)
- Círculo familiar (Thrower, Bruce y Walton)
- FACES (David H. Olson)

El índice de funcionamiento familiar de Pless y Satterwhite, a través de la investigación de 32 reactivos, estima la función familiar por áreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, resolución 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-Timberlawn, que incluye las siguientes variables relacionadas con:

- Estructura del poder familiar: poder, coaliciones, cercanía
- Mitología familiar: percepción de la realidad
- Habilidad de negociación
- Promoción de la autonomía: claridad, responsabilidad, invasividad, permeabilidad
- 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* 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:

- Eje I: Aspectos del desarrollo familiar
- a) disfunciones del desarrollo
 - b) complicaciones y variaciones del desarrollo

Eje II: Disfunción en los subsistemas familiares

- a) subsistema conyugal
- b) subsistema paterno-filial
- c) subsistema fraterno

Eje III: Disfunciones de la familia como sistema

- a) disfunciones estructurales y funcionales
- b) disfunciones sociales

La *guía de McMaster* es un instrumento que a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios y de parámetros; pro-

vee una visión global de la familia como sistema. Por la forma de evaluarse, no es un instrumento cuyo empleo se haya extendido. Consta de la investigación de los siguientes parámetros:

- Solución de problemas
- Comunicación
- Papeles
- Expresión de afectos
- Involucramiento afectivo
- Control de la conducta
- Funcionamiento familiar

En 1976, en el *Journal of Psychosomatic Research*, Thomas Holmes presentó un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre que son 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 los que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

PUNTAJE DE LA ESCALA DE HOLMES

- 0-149: No existen problemas importantes
- 150-199: Crisis leve
- 200-299: Crisis moderada
- >300: Crisis grave

La aplicación del instrumento denominada "*Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar*" permite evaluar la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeneracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra. Consta de siete variables:

- Tiempo de evolución. Se refiere a la capacidad que la familia tiene para percatare y enfrentar el conflicto o la aparición de la sintomatología en alguno de sus miembros. Las familias muy disfuncionales tienden hacia la perpetuación de las dos situaciones

- 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
- 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 trigeneracional
- 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 el divorcio. 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)
- Mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa son procesos inconscientes, adaptativos e innatos, de naturaleza reguladora y 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

ESCALA DE HOLMES

Evento	Valor
01. Muerte del cónyuge	100
02. Divorcio	73
03. Separación matrimonial	63
04. Causas penales	63
05. Muerte de un familiar cercano	63
06. Lesión o enfermedad personal	53
07. Matrimonio	50
08. Pérdida del empleo	47
09. 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 una línea diferente de trabajo	36
19. Cambio del 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 o deja de trabajar	26
27. Inicia o termina el ciclo escolar	26
28. Cambio en las condiciones de vida	25
29. Revisión de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el 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. Cambios 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
42. Navidad	12
43. Violaciones menores a la ley	11
Total	

- Patrones de comunicación. Son las reglas de interacción que gobiernan a un sistema familiar. Se inicia desde las primeras etapas del desarrollo me-

diante un proceso de aprendizaje y se transmite a través de las sucesivas generaciones. La manera en como se da este proceso permite clínicamente es-

timar la tendencia dominante en el sistema familiar: hacia la progresión o hacia la detención

- 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 (2-5), 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 colaboradores el cual ha sido resultado de varios diseños previos que se sometieron a prueba piloto en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Este instrumento, de alta confiabilidad y que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, consta de cuarenta 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 aquellas familias donde 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. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados
- Supervisión. Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamientos
- Afecto. Evalúa 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. Valora 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 desarrollarse y utilizarlos.

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* es un cuestionario que consta de cinco preguntas, 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 instru-

mento 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

- Adaptabilidad (*adaptation*). Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis
- Participación (*partnership*). 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

La forma de abordar cada uno de los aspectos señalados puede ser como a continuación se señala:

- Adaptabilidad o apoyo y solidaridad. ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?
- Participación o compañerismo. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?
- Gradiente de crecimiento. ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?
- Afecto. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?
- Resolución (Compartir tiempo y recursos). ¿Le satisface la cantidad de tiempo que y su familia pasan juntos?

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, eligen 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 puntuación obtenida se pueden hacer las siguientes inferencias:

- 00-03 Disfunción grave
- 04-06 Disfunción moderada
- 07-10 Familia funcional

APGAR FAMILIAR

	Casi siempre (2 puntos)	Algunas veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
1. Adaptabilidad	_____	_____	_____
2. Participación	_____	_____	_____
3. Crecimiento	_____	_____	_____
4. Afecto	_____	_____	_____
5. Resolución	_____	_____	_____

▼
El Apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación.

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

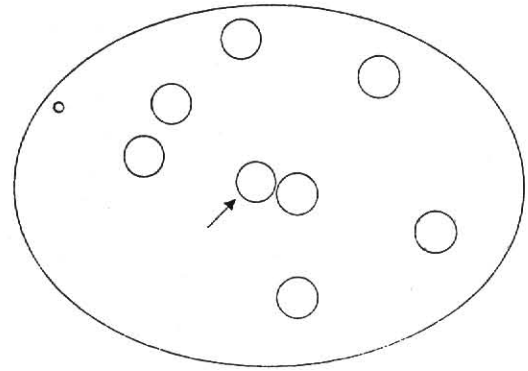
El Apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

Círculo familiar. 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. Para llevar a cabo la elaboración del círculo familiar:

- Se indica a la persona o personas entrevistadas que el círculo de la hoja representa a su familia en la actualidad
- Mediante otros círculos representará a todas las personas, familiares y amigos que sean importantes para él, incluyéndose a sí mismo



- Los círculos representan personas y pueden estar dentro o fuera del gran círculo, tocando el borde o alejados de él. 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. El papel del médico en la discusión es el de hacer preguntas para obtener los puntos de vista de los entrevistados, así como definir dónde es conveniente efectuar algunos cambios. La discusión se inicia con la descripción de 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 en relación al dibujo, cómo le gustaría al entrevistado que fuese su grupo familiar.

El modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares desarrollado por David H. Olson, 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. Una de las medidas de Olson, las *escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES)*, han sido utilizadas en múltiples estudios.

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Funciones	Parámetros	Calificación asignada	%
I. Comunicación	clara	10	30
	directa	10	
	congruente	10	
II. Adjudicación y asunción de papeles	congruencia	5	15
	satisfacción	5	
	flexibilidad	5	
III. Satisfacción sexual	frecuencia	10	20
	satisfacción	10	
IV. Afecto	manifestación física	5	20
	calidad de convivencia	5	
	interés por el desarrollo de la pareja	5	
	reciprocidad	5	
	Total	100	
V. Toma de decisiones	conjunta	15	15
	individual	0	
	Total	100	100

Un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges es el instrumento de *evaluación del subsistema conyugal* que 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.

Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente forma:

- 40-50 pareja gravemente disfuncional
- 51-60 pareja moderadamente disfuncional
- 61-100 pareja funcional

h. Recursos familiares. Por *atención* se entiende el hecho de responder a las necesidades de salud manifestadas por el paciente, mientras que *cuidado* implica responder 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 psicosociales detectados en cada grupo familiar, coordinando así la utilización no sólo de los recursos médicos, sino también los de

la familia, de los cuales en la localidad, el médico debe tener conocimiento para hacer uso de ellos de manera oportuna.

La capacidad de la familia para adaptarse o hacer frente a los eventos críticos, depende grandemente de sus recursos, los cuales pueden ser de tipo social, cultural, religioso, económico, educacional y médico. Se consideran efectivos si cuentan con las siguientes características:

- Interacción social evidente entre 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
- 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

ESCALA EVALUATIVA

	Nunca	Ocasional	Siempre
I. Comunicación			
a) cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de papeles			
a) la pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican	0	2.5	05
b) son satisfactorios los papeles que asume la pareja	0	2.5	05
c) se propicia el intercambio de papeles entre la pareja	0	2.5	05
III. Satisfacción sexual			
a) es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b) es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Afecto			
a) existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	05
b) el tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	05
c) se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	05
d) perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	05
V. Toma de decisiones			
a) las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

- Estabilidad económica suficiente para proveer una razonable satisfacción en cuanto al estatus financiero, así como una capacidad para 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.

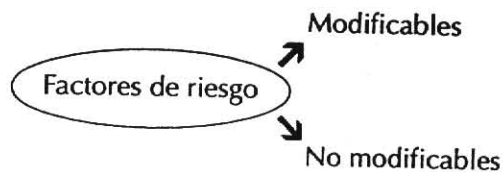
La lista y características de estos recursos debe elaborarse en función de los problemas detectados, los eventos críticos y los riesgos identificados en la familia, con la finalidad de que puedan ser sugeridos como alternativas de solución, de manejo o de apoyo para la misma familia.

Actividades médico-preventivas familiares

- a. Participación en el programa de planificación familiar: método utilizado y tiempo de utilización

- b. Detección de padecimientos crónico-degenerativos, transmisibles o no: tuberculosis, desnutrición, diabetes mellitus, hipertensión arterial, fiebre reumática, enfermedades por transmisión sexual, obesidad, cáncer cérvico-uterino, mamario y prostático
- c. Acciones contra padecimientos transmisibles vulnerables por vacunación: sarampión, rubéola, tuberculosis, difteria, tos ferina, poliomielitis, tétanos
- d. Detección y acciones contra padecimientos transmisibles: infecciones de vías aéreas, gastroenteritis, parasitosis intestinal, escabiasis, pediculosis, tiña, paludismo, dengue
- e. Participación en programas y actividades de:
 - Odontología preventiva
 - Control de embarazo y puerperio
 - Detección de embarazo de alto riesgo

Vigilancia del niño sano
 Farmacodependencia
 Alcoholismo
 Tabaquismo
 Fomento a la salud
 Saneamiento de la vivienda y el medio
 Otros



- Dieta
 - Sedentarismo
 - Higiene
-
- Antecedentes familiares
 - Edad
 - Sexo

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* tiene que ver con la formación de la conducta de enfermedad, es decir, implica determinar el porqué un paciente se presenta con sus síntomas, cuándo lo hace, cuál es su estímulo iatrotópico y porqué 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 se obtiene del conocimiento del tipo y estructura familiar, fase del ciclo vital en que se encuentre, complicaciones del desarrollo, funciones, eventos críticos, recursos familiares y aspectos y grado de 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.

Identificación y jerarquización de factores de riesgo. *Riesgo* es una medida que refleja la probabilidad de que ocurra un daño a la salud. Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o accidente. Estos factores son la característica cualitativa y/o cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad.

Pueden ser biológicos (edad y sexo), ambientales (calidad del agua, contami-

nación, 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; son sinérgicos entre sí, ya que la unión de dos o más factores ocasiona mayor perjuicio que el que se esperaría con los dos 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.

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.

Los factores de riesgo son tanto los problemas que la familia identifica como aquellos que el equipo de salud detecta, incluyendo los eventos críticos, así como los fenómenos que pueden significar un riesgo para otro problema asociado, por ejemplo: la hipertensión arterial es un factor de riesgo para la enfermedad isqué-

▼
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.

▼
Los factores de riesgo son observables e identificables antes de que ocurra el hecho que predicen.

mica del miocardio, lo cual lo es para el infarto y éste a su vez, para la muerte del paciente. Todos estos son factores de riesgo para un problema en la salud integral familiar.

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 salud²⁹ ya que al hacer participar a la comunidad en la identificación y jerarquización de sus propios factores de riesgo individuales y colectivos, se da lugar a un mayor conocimiento de sus problemas y por ende, a una tendencia a evitarlos o corregirlos. Así mismo, 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 aquellos que así lo ameriten.

De esta manera, el manejo médico integral de la familia debe comprender las siguientes etapas en relación con los factores de riesgo:

- Identificación
- Jerarquización
- Objetivos
- Programa de actividades
- Evolución y evaluación periódica

Cuadro 10

CRITERIOS PARA CALIFICAR MAGNITUD

CRITERIO	CALIFICACIÓN
Factor de riesgo determinante para la aparición del problema en la salud familiar	3
Factor de riesgo condicionante para la aparición del problema de salud familiar	2
Factor de riesgo asociado con la aparición del problema o combinado con otros factores para poder ocasionar daño a la familia	1
Factor de riesgo sin relación con el problema, o no provoca daño en la salud familiar	0

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

- a. Detectar eventos críticos del desarrollo y accidentales
- b. Elaborar un inventario de factores de riesgo
- c. Identificar patrones de detección y solución de problemas en la familia
- d. Evaluar la funcionalidad familiar
- e. 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:

- a. **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 observan en el cuadro 10.
- b. **Trascendencia.** Se refiere al hecho de que al no ser atendido el factor de riesgo, puede ocasionar daño a la salud familiar durante un periodo dado. Los criterios para su calificación se observan en el cuadro 11.

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 siguientes factores de riesgo que se aprecian en el cuadro 12.

Al jerarquizar estos factores de riesgo, el orden es el siguiente:

- 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 y factibilidad.

- a. **Vulnerabilidad** hace alusión a la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar los factores de riesgo (cuadro 13).
- b. **Factibilidad** se refiere a la capacidad que se tiene de impactar sobre los factores de riesgo con los recursos disponibles (cuadro 14).

Cada uno de los factores de riesgo calificados con estos parámetros deben sumarse para obtener una puntuación final. Por ejemplo, con los factores de riesgo ya jerarquizados del caso anterior, se tienen las puntuaciones que se observan en el cuadro 15.

Tomando en cuenta 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:

- 1° Embarazo (8 puntos)
- 2° Desconocimiento del desarrollo de los hijos (6 puntos)

FACTORES PARA CLASIFICAR TRASCENDENCIA

TRASCENDENCIA	CALIFICACIÓN
El factor de riesgo puede afectar en la salud familiar durante el resto de la vida	3
El factor de riesgo puede afectar en forma prolongada	2
El factor de riesgo puede afectar en forma transitoria	1
El factor de riesgo no afecta	0

Cuadro 12

EJEMPLO DE FACTORES DE RIESGO EN UNA FAMILIA

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

Cuadro 13

FACTORES PARA CLASIFICAR LA VULNERABILIDAD

VULNERABILIDAD	CALIFICACIÓN
Existen instrumentos técnicos y procedimientos específicos para abordarlos	3
Existen procedimientos específicos que indirectamente inciden sobre el factor de riesgo	2
Existen solamente procedimientos inespecíficos	1
No existen procedimientos	0

Cuadro 14

FACTORES PARA CLASIFICAR FACTIBILIDAD

FACTIBILIDAD	CALIFICACIÓN
Se puede cancelar el factor de riesgo	3
Se puede modificar el factor de riesgo	2
Se pueden atenuar los efectos del factor de riesgo	1
No se puede incidir sobre los factores de riesgo ni atenuar sus efectos	0

Cuadro 15

JERARQIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
1° Embarazo	2	2	4
2° Desconocimiento del desarrollo de los hijos	1	1	2
3° Ocupación laboral de los padres	1	1	2

3° Ocupación laboral de los padres (5 puntos)

En todos aquellos factores de riesgo y/o problemas con muy alta magnitud y trascendencia, pero en los que la vulnerabilidad y factibilidad de su manejo en el primer nivel de atención sea baja, se deberá considerar la posibilidad de la referencia oportuna a otro nivel de atención; no obstante lo cual, el médico familiar deberá continuar con el manejo del resto de los factores de riesgo de toda la familia.

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. Así 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 serían:

- Comprobar el embarazo por exploración física y/o laboratorio
- Atender integralmente a la embarazada y su familia.

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. El cuadro 16 ilustra un ejemplo.

La medicina preventiva está condicionada por la interacción de la tríada ecológica: agente, huésped y ambiente y está dividida en prevención primaria, secundaria y terciaria. Como menciona Feder "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".

En 1940, Sir McFarlane Burnet esquematizó en su modelo de la Historia Natural de la Enfermedad, los elementos que intervienen en la etiología y curso de la enfermedad en un individuo e identificó en este esquema dos períodos: el *prepatogénico*, que se lleva a cabo en el medio ambiente, antes de que el huésped se vea afectado; y el *patogénico* o curso natural de la enfermedad. Si la salud ha sido definida como el completo estado de bienestar físico, mental y social, la

Cuadro 16

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL FACTOR DE RIESGO: EMBARAZO

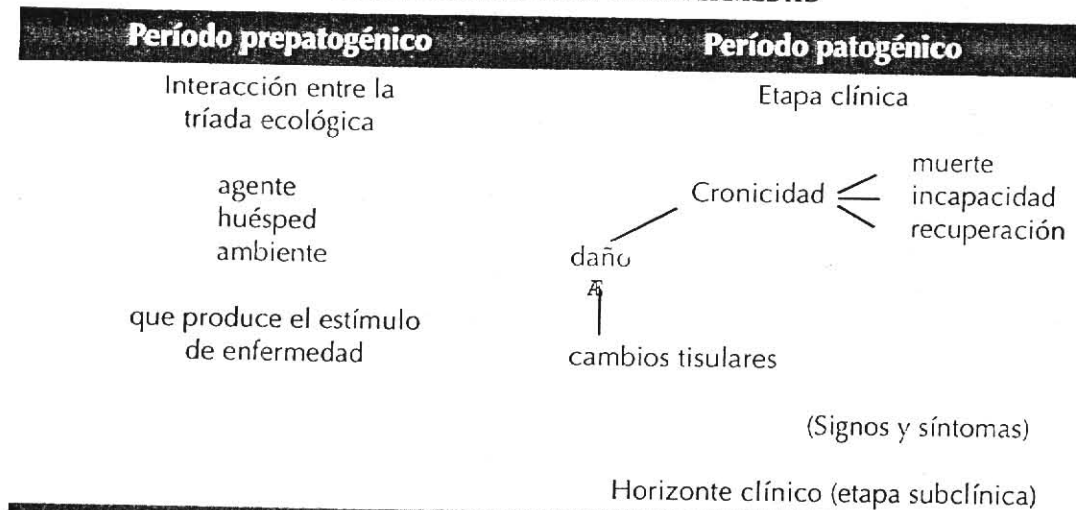
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1. Comprobar el embarazo por exploración física y/o laboratorio	- Realizar examen físico completo orientado al diagnóstico del embarazo - Solicitar los estudios de laboratorio pertinentes
2. Atender integralmente a la embarazada y su familia	- Atención médica periódica de la embarazada - Definir si el embarazo es de bajo o alto riesgo y dónde será atendido el parto - Definir si el embarazo es planeado y deseado - Definir las expectativas de la pareja respecto al embarazo y futuro hijo (sexo, salud, crianza, etc.) - Si el embarazo es no deseado o existen diferencias entre la pareja respecto al embarazo y futuro hijo, promover la aceptación tanto de lo uno como de lo otro, cualesquiera que sean las expectativas

enfermedad implica entonces, la pérdida de ese bienestar mediante un proceso dinámico que resulta de la interacción entre agente, huésped y medio ambiente. De esta interacción resultan una serie de cambios que si bien en forma natural pueden retornar nuevamente al estado de salud del paciente, también pueden llevarlo a un estado de cronicidad, incapacidad y/o a la muerte. Por ello es que este proceso debe ser interrumpido tan pronto como sea posible mediante la aplicación de los niveles de prevención que fueron integrados de manera complementaria al esquema de la Historia Natural de la Enfermedad por Leavell y Clark (cuadro 17).

a. Una vez investigados los factores de riesgo en el *período prepatogénico*, deben aplicarse las medidas de **prevención primaria** para evitar que el estímulo de la enfermedad se produzca. Consta de dos niveles:

- Promoción de la salud. No se dirige habitualmente a una enfermedad específica sino al área de la salud y se lleva a cabo mediante la aplicación de medidas generales que permitan mantener o mejorar la salud y el bienestar del individuo y su familia. Se pretende que el equipo de salud y las familias mismas sean capaces de crear condiciones más favorables para evitar la presencia de trastornos del orden tanto biológico como psicológico y social en cada una de las etapas de ciclo vital familiar. Tales medidas consisten en:
 - *Orientar* al individuo sobre sus funciones en la familia, en el trabajo y en la sociedad; sobre las medidas dietéticas adecuadas y sobre la importancia del ejercicio y la higiene personal. A la familia, sobre su participación en actividades sociales tanto recreativas como deportivas y culturales; acerca de los ajustes que

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



Niveles de prevención				
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación

▼
El equipo de salud y la familia deben ser capaces de detener el proceso de la enfermedad, prevenir su propagación así como las complicaciones, secuelas e incapacidad prolongada.

debe efectuar al pasar de una etapa a otra de su ciclo vital, sobre la importancia de las actividades en la fase de retiro y del 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 correcta de excretas, eliminación de basura, control de fauna nociva, mejoramiento de la vivienda, además de una distribución racional del ingreso familiar.
- *Capacitar* a la familia en la vigilancia de la nutrición; 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.
- *Protección específica.* Consiste en la aplicación de procedimientos y precauciones concretas para interceptar las causas de una enfermedad específica antes de que se presente mediante:
 - Exámenes médicos periódicos* a todos los integrantes de la familia; aplicación de inmunizaciones; control de contactos de enfermedades transmisibles; asesoría genética; control prenatal; detección oportuna de enfermedades.
 - Capacitación* a la familia en 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.

b. El *período 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, si se presentan, son mínimos e inespecíficos y la etapa clínica, en la que se reconoce una variada gama de signos y síntomas y puede haber secuelas. En este periodo la *prevención secundaria* se lleva a cabo mediante:

- El principio del "diagnóstico temprano y tratamiento oportuno" se basa en el hecho de que entre más pronto se diagnostique una enfermedad, más fácil y mejor será el tratamiento para el individuo afectado. Así mismo aumenta 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 así como las complicaciones, secuelas e incapacidad prolongada. Esto puede lograrse por medio de

Detectar oportunamente malformaciones congénitas, desnutrición, padecimientos transmisibles y alérgicos, malos hábitos de higiene bucal y situaciones disfuncionales familiares, entre otros múltiples aspectos.

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.

- *Limitación del daño.* Cuando el diagnóstico se ha obtenido tardíamente se

debe evitar que la enfermedad continúe deteriorando y además, prevenir o retardar secuelas de padecimientos clínicamente avanzados. Para ello es necesario:

Tratamiento adecuado

Referencia oportuna 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 ya ha evolucionado hasta los últimos estadios del período patogénico, con secuelas y/o incapacidad parcial o total, aún es posible efectuar medidas a través de la **prevención terciaria**, que se refiere a la "rehabilitación" física, psicológica y social del paciente, y en la medida de lo posible a su familia, de manera que aquél pueda adaptarse a sus condiciones de vida.

El equipo de salud debe ser capaz en este nivel, 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 de la comunidad y fuentes de trabajo para el empleo del rehabilitado.

Adaptación del hogar de acuerdo con las posibilidades y 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 planearon 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 alta, pues cuando un miembro de la familia ha sanado, se establece una vigilancia epidemiológica y se continúan atendiendo los factores de riesgo. Esta continuidad en la atención es una característica de la buena práctica de la medicina familiar, aunque es más frecuente encontrarla en los padecimientos crónicos que demandan una asesoría constante para el paciente y sus familiares.

5. Comentarios. Consiste en la exposición de los puntos de vista relacionados con la familia estudiada, tanto si se trata de la primera vez, como de subsecuentes entrevistas. Se señalarán aspectos relevantes sobre su evolución y pronóstico

En la actualidad la familia debiera ser la unidad de análisis de cualquier disciplina médica, dado que una visión reduccionista e individualista de una práctica médica abocada más a la reparación del daño que a la prevención y que soslaye el papel del grupo familiar del proceso salud-enfermedad, constituye un rotundo fracaso en la prevención de la enfermedad y en la conservación de la salud, ya que los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo, y una medicina que pierde de vista lo concreto y lo humano, pierde su razón de ser y su virtud. El profesional de la salud que deja de comprender al individuo como un todo, invariablemente caerá en la práctica médica impersonal y fragmentada que hace del ser humano un objeto, y "el hom-

Los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo, y una medicina que pierde de vista lo concreto y lo humano, pierde su razón de ser y su virtud.

bre —según René Dubós— no responde como un ensamble mecánico de partes, sino como un organismo de compleja historia". "El médico —dice Ignacio Chávez— no es un mecánico que debe arreglar un organismo enfermo como se arregla una máquina descompuesta. Es un hombre que se asoma a otro hombre con un afán de ayuda, ofreciendo lo que tiene, un poco de ciencia y un mucho de compasión y simpatía". Es aquel que lejos de convertirse en una pieza de un complicado engranaje, perdiendo el sentido del conjunto y del todo, se interesa más en el enfermo que en la enfermedad y se esmera en brindar una atención más personalizada y humanística capaz de promover el desarrollo permanente del individuo y la sociedad.

"En la medida en que los médicos se concentraban en la lucha contra la muerte, el paciente se transformó en un objeto residual y después en un artefacto tecnológico"
Ivan Illich

El quehacer médico es una interacción entre gente, en que la simpatía y la comprensión deben ser dispensados pródigamente; la recompensa será encontrada en ese personal lazo de unión, la más grande satisfacción de la práctica médica.

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 más comprensiva, que sustituya aquella atención fragmen-

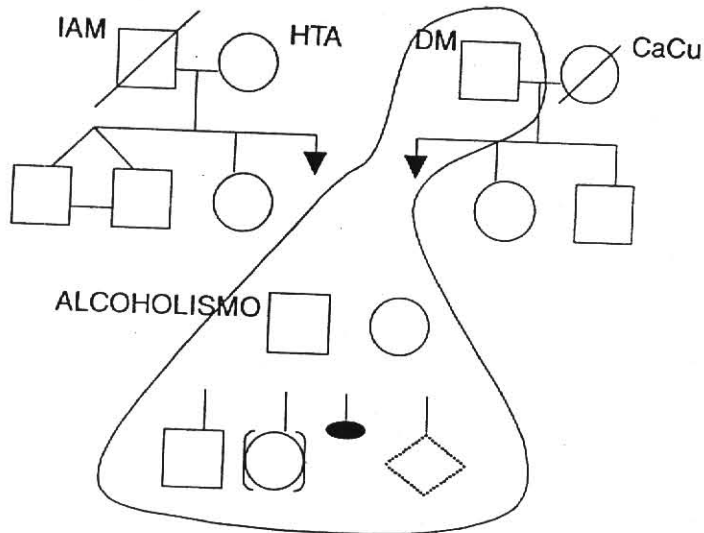
tada e impersonal que hace del ser humano un "objeto" de estudio y no un "sujeto" de análisis y que es producto en múltiples ocasiones de conductas y actitudes reduccionistas. La atención médica de nuestros días se enfrenta al reto de combinar el humanismo con el creciente caudal de conocimientos científicos, de tal manera que el empleo de métodos altamente tecnificados, diagnósticos o terapéuticos sean sólo parte del enfoque de la persona como un todo y no un fin en sí mismo que lejos de someter al quehacer médico, permitan 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 inútiles y se traducirán en frustración para quien intenta realizarlas y en enfermedad, invalidez o muerte para quien debe recibirlas. □

ACTIVIDAD DE AUTOAPRENDIZAJE NÚMERO 4

1. *Elabore el famiogramma de su propia familia.*
2. *En el siguiente famiogramma identifique el tipo de familia, la etapa del ciclo vital en que se encuentra, factores de riesgo y señale las indicaciones pertinentes, tanto individuales como familiares.*



3. *Identifique y jerarquice los factores de riesgo de las familias de 10 de sus pacientes. Hágalo conjuntamente con ellos.*
4. *Exponga alguno de los Estudios de Salud Familiar que haya elaborado, en una sesión clínica de hospital, en su Unidad de Medicina Familiar o en la asociación médica a la que pertenezca.*

EVALUACIÓN FINAL

1. Uno de los tres niveles operativos de la organización de los servicios de salud se denomina:
 - a) Primer nivel de atención
 - b) Atención primaria a la salud
 - c) Contacto primario
 - d) Prevención primaria
 - e) Protección primaria

2. Los datos sobre exogamia, endogamia, poliandria y poligenia se deben a los estudios de:
 - a) Morgan
 - b) Bachofen
 - c) McLennan
 - d) Engels
 - e) Minuchin

3. Morgan señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia que son:
 - a) Nuclear, extensa, compuesta, seminuclear
 - b) Consanguínea, punaluená, sindiásmica, monogámica
 - c) Exogámica, poliándrica, endogámica, poligénica
 - d) Contraída, interrumpida, reconstruida, de un solo padre
 - e) Patrilineal, matricéntrica, de origen, de procreación

4. Señale la aseveración correcta en relación con la familia:
 - a) El conjunto de fuerzas positivas y negativas que determinan el buen o mal funcionamiento de la familia es la homeostasis familiar
 - b) En la etapa de dispersión del ciclo vital familiar ocurre la consolidación y apertura de la familia
 - c) Los papeles atribuidos a cada miembro de la familia, para ser funcionales deben ser aceptados, flexibles e idiosincrásicos
 - d) La confrontación es la forma de comunicación que expresa comprensión y simpatía por los sentimientos del paciente
 - e) Los principales subsistemas de una familia nuclear son el conyugal, el paterno-filial y el fraterno

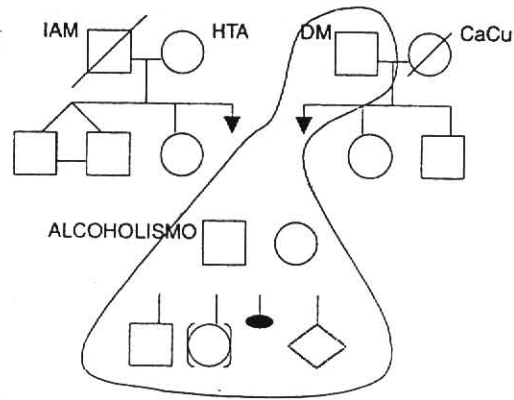
5. En el curso de su evolución la familia se contrae a medida que el medio se va extendiendo. Este concepto se refiere a:
 - a) Clasificación triaxial de la familia
 - b) Funcionalidad familiar
 - c) Homeostasis familiar
 - d) Ciclo vital familiar
 - e) Dinámica familiar

6. En la etapa constitutiva del ciclo vital de la familia la pareja debe:
 - a) Enfrentar los requerimientos propios de la paternidad
 - b) Adaptarse al proceso del embarazo
 - c) Estimular el desarrollo y la socialización de los hijos
 - d) Facilitar la independencia de los hijos
 - e) Lograr la paulatina independencia de su familia de origen

7. Los axiomas de la comunicación fueron formulados principalmente por:
- Ackerman
 - Watzlawick
 - Minuchin
 - Satir
 - Chagoya
8. Señale lo correcto en relación con el proceso de la comunicación:
- "Todos los hombres son iguales" es un ejemplo de comunicación instrumental
 - Metacomunicación es la dificultad para aclarar dudas acerca del contenido de los mensajes
 - En las familias disfuncionales la comunicación afectiva es la primera en afectarse
 - Habitualmente quienes permanecen en silencio no se comunican
 - La comunicación digital se refiere a la no verbal que se expresa con gestos y posturas
9. ¿Cuál de las siguientes es una de las funciones específicas de la familia?
- Asegurar la subsistencia de sus miembros
 - Promover el afecto
 - Favorecer la identidad sexual
 - Proporcionar nuevos miembros a la sociedad
 - Todas son correctas
10. En una familia funcional:
- Los hijos no presentan trastornos graves de conducta
 - No ocurren sentimientos negativos ni ambivalencias
 - La homeostasis se pierde por la presencia del paciente identificado
 - No se toleran las diferencias individuales
 - La resistencia al cambio favorece la aparición de psicopatología
11. ¿Cuál de los siguientes eventos corresponde a una crisis paranormativa?
- Embarazo
 - Nacimiento del primer hijo
 - Adolescencia
 - Conflictos conyugales
 - Jubilación
12. Ante la presencia de eventos críticos, el médico familiar debe:
- Aconsejar sobre la mejor manera de resolverlos
 - Explorar la forma en que la familia los identifica
 - Detectar al paciente identificado para tratarlo
 - Solicitar una entrevista clínica familiar
 - Recomendar sesiones de terapia familiar
13. El espacio que cada miembro de la familia ocupa en un determinado contexto se llama:
- Límite
 - Geografía
 - Estructura familiar
 - Centralidad
 - Subsistema
14. La familia en la cual se nace y se obtiene el estatus de hijo es la:
- Familia de procreación
 - Familia nuclear
 - Familia de origen
 - Familia conyugal
 - Familia consanguínea

15. En relación con el siguiente familiograma, señale el tipo de familia correspondiente:

- a) Familia extensa
- b) Familia nuclear
- c) Familia compuesta
- d) Familia múltiple
- e) Familia reconstruida



16. ¿Cuál de las siguientes es una indicación para efectuar el estudio de la salud familiar?

- a) Enfermedades infectocontagiosas
- b) Trastornos con tendencia genética
- c) Un evento crítico accidental
- d) Enfermedades crónico-degenerativas
- e) Todas las anteriores

17. Los siguientes instrumentos son útiles para evaluar el grado de funcionalidad familiar, EXCEPTO:

- a) Apgar familiar
- b) Escala de Holmes
- c) Método de Graffar
- d) Guía de McMaster
- e) Círculo familiar

18. Cuando un dormitorio es compartido por personas con marcada diferencia de edades, por ejemplo entre abuelos y nietos, se habla de:

- a) Promiscuidad por edad
- b) Hacinamiento
- c) Promiscuidad funcional
- d) Promiscuidad sexual
- e) Promiscuidad filogenética

19. En relación con los factores de riesgo, lo siguiente es cierto, EXCEPTO:

- a) La identificación es una labor del equipo de salud
- b) La trascendencia indica la gravedad y urgencia de su manejo
- c) La jerarquización permite comprender la magnitud del riesgo
- d) Se debe hacer participar a la familia en la identificación y jerarquización
- e) Su conocimiento permite una intervención oportuna preventiva

20. Un problema de salud con muy alta magnitud y trascendencia pero con baja vulnerabilidad y factibilidad en el primer nivel de atención, requiere:

- a) Manejo integral del equipo de salud
- b) Vigilancia estrecha y detección de otros factores de riesgo
- c) Participación de todo el grupo familiar
- d) Referencia oportuna a otro nivel de atención
- e) Actividades de prevención secundaria

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ackerman NW. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Hormé, 1982.
2. Alvarez-Manilla JM. Atención primaria a la salud. *Salud Pública Méx* 1988; 30: 676-82.
3. Ennos DD, Sultan P. The sociology of health care. United States of America: Praeger Publishers, 1977.
4. Medalie JH. Medicina Familiar. Principios y prácticas. México: LIMUSA, 1987.
5. Haley J. Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1985.
6. Saucedo GJ, Foncerrada MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Méd IMSS* 1981; 19: 155-63.
7. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1979.
8. Linton R. La historia natural de la familia. En: Fromm E, Horkheimer M, Parsons T. La familia. 5a ed. Barcelona: Península, 1978: 5-29.
9. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid: SARPE, 1983.
10. Estrada IL. El ciclo vital de la familia. México: Posadas, 1982.
11. Bader E, Mainets T. Strategies for working with families. *Can Fam Phys* 1991; 37: 377-80.
12. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993; 37: 377-88.
13. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. 2a. de México: La Prensa Médica Mexicana, 1986.
14. Watzlawick P, Helmick B, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1971.
15. Jackson DD. Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. En: Sluzki EC. Interacción familiar. 2a ed. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1974: 164-95.
16. Macías AR. El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica. En: 1er Simposium sobre la dinámica y psicoterapia de la familia. Instituto de la Familia, A. C. México; 1981, noviembre: 12-28.
17. Revilla AL. La disfunción familiar. *Atención Primaria* 1992; 10: 582-3.
18. Chagoya BL. Dinámica familiar y patología. En: La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. 2a ed. México: Ediciones médicas del Hospital Infantil de México, 1980: 53-66.
19. Rakel RE. Textbook of family practice. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
20. Ingamells D. Crisis intervention. A practitioner's guide. *Aust Fam Physician* 1989; 18: 1393-9.
21. Revilla AL, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1991; 8: 664-6.
22. McWinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1995.
23. Jinich H. Ciencia, tecnología y humanismo en medicina. *Gac Méd Méx* 1990; 126: 481-6.
24. Illich I. La muerte no ha sido derrotada. *BMJ* 1996; 4: 3-4.
25. Ennos DD, Sultan P. The sociology of health care: Social, economic & political perspectives. Praeger Publishers. New York 1977.
26. Hendren RL. Communication and interviewing. In: Wienwer, JM. Behavioral Science. Pennsylvania: John Wiley and sons, Inc. Horwal Publishing Company, 1987: 197-209.
27. McWinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1995.
28. Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the doctor in his community. 3th ed. USA: McGraw-Hill, 1965.
29. van Doorn H. Integrating family counselling into general practice. *Aust Fam Physician* 1990; 19: 467-71.
30. Bader E. Working with families. *Aust Fam Physician* 1990; 19: 522-7.
31. Salinas JL, Pérez MP, Viniestra L, Barriguete JA, Casillas J, Valencia A. Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar. *Rev Inv Clín* 1992; 44: 169-86.
32. Espejel-Aco E, Cortés JF, Ruiz-Velasco VM. Manual para la escala del funcionamiento familiar. México: Instituto de la Familia, A.C., 1996.
33. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
34. Chávez AV, Velasco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev Méd IMSS* 1993; 32: 39-43.
35. Chávez-Hernández. Introducción a la Medicina Familiar. México: Editorial Universitaria Potosina, 1992.
36. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, Johnson P. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120: 44-58.
37. Ceitlin J, Gómez GT. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C, 1997.