

Fascículos CADEC

Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar

Dra. Eva Estrella Sinche*, Dr. Miguel Suárez Bustamante**

¿Por qué es importante el estudio de la Dinámica Familiar?

El estudio de la dinámica familiar es importante para entender como funciona cada familia y así poder planificar mejor su Atención Integral.

¿Por qué es necesario ofrecerles Atención Integral a las familias?

Requerimos ofrecer atención integral a las familias porque sus características están fuertemente relacionadas, no sólo al proceso generador de la enfermedad sino también a su recuperación. De este modo, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas o no, la familia podrá contribuir al desarrollo de la enfermedad o neutralizar en parte sus determinantes, casi en la misma medida en que el proceso de enfermar de uno de los miembros puede afectar el funcionamiento familiar¹.

Es igualmente importante considerar que las intervenciones preventivas y promocionales en salud, tienen más éxito cuando incorporan a la familia dentro de sus acciones, dado que ésta es el entorno elemental para inculcar los

valores y normas sociales, así como para constituir las bases de los comportamientos saludables y de una interacción humana adecuada^{2, p.52}.

¿Habitualmente cómo se ofrece la Atención a las familias en los servicios de Atención Primaria? Porque?

Cuando los trabajadores de salud, con toda su buena intención deciden ofrecer alguna orientación a las familias sobre como superar sus conflictos o problemas, en la mayoría de los casos lo hacen basados apenas en su sentido común o con base en la cultura popular, sin contar con elementos científicos que les permitan entender las relaciones al interior de los sistemas familiares.

En consecuencia, aunque el Equipo de Atención Primaria de Salud se esfuerce por responder a las necesidades de estas familias, el desconocimiento de elementos clave para atender estos requerimientos —que, por otro lado, son ampliamente utilizados por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas familiares y otros profesionales dedicados a atender familias— pueden llevar a una

La funcionalidad familiar esta íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia.

(*) Médica Familiar. Profesor invitado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

(**) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.

inefectiva, o incluso contraproducente intervención.

¿Cómo puede aportar el estudio de la dinámica familiar a nuestra efectividad y resolutivez?

Aplicar correctamente los elementos del estudio de la dinámica familiar nos ayudará a entender mejor las raíces de los conflictos familiares observados, y en consecuencia enfocar mejor la orientación a los problemas críticos, o la identificación de casos para referir a personal especializado.

Por todo ello, se recomienda que “un componente fundamental de la Medicina Familiar debe ser la comprensión de la influencia de la familia sobre los individuos, la influencia de los individuos sobre los otros miembros y a menudo sobre toda la familia, y cómo las familias responden al estrés y tensiones precipitados por los cambios de los ciclos normales de vida y/o por sucesos relacionados con la salud”^{3, p.49}.

¿Qué es el estudio de la Dinámica Familiar?

Podemos resumir con el nombre de *Estudio de la Dinámica Familiar* a los diversos elementos conceptuales que nos ayudan a comprender mejor los componentes, funciones, interacciones e interrelaciones al interior de la familia. Aunque gran parte de los contenidos del Estudio de la Dinámica Familiar, como aquí la describimos, provienen de las escuelas sistémicas de terapia familiar, ellos son ampliamente utilizables por los profesionales de atención primaria y especialmente por el Equipo de Atención Integral de Salud ^{4, p.352}.

¿Qué elementos aborda el estudio de la Dinámica Familiar?

El Estudio de la Dinámica Familiar describe y analiza un conjunto amplio de características tales como: la propia definición de familia; los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar; las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de integración o disociación, proximidad o rechazo; sus roles, límites e interacciones; los sub-grupos constituidos al interior del grupo familiar, así como las funciones intrínsecas a la familia^{5, pag.11}. Como ya se mencionó, la definición de elementos aquí adoptada, se basa en escuelas que consideran a la familia como un sistema.

¿Qué es un sistema?

Todo *sistema* es un conjunto de elementos en interacción dinámica cuyo estado individual de cada elemento está determinado por la situación de los otros, y el cual se organiza para cumplir funciones específicas. Un sistema es *abierto* si mantiene relaciones con su entorno, y es *cerrado*, si no lo hace. Un ejemplo sencillo son los organismos unicelulares, que son sistemas abiertos porque adquieren sus nutrientes del ambiente circundante, y dejan sus desechos en él.

¿Qué tipo de sistema es la familia?

Aplicando la teoría sistémica se concibe a la familia como un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social. Por sus características, la familia es la unidad fundamental del gran sistema social representado por la comunidad, el cual se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde sus integrantes interactúan, formando sub-sistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia^{6, pag.8}.

El estudio de la dinámica familiar nos ayuda a comprender mejor los componentes, funciones e interacciones al interior de la familia. Estos conocimientos son de gran utilidad para los equipos de Atención Integral que se encuentran a cargo de familias y comunidades, y en general para los profesionales de atención primaria.

La familia funciona como un sistema en el cual los elementos constituyentes interactúan entre sí, al mismo tiempo que interactúan con la comunidad, ellos como un todo, e individualmente cada uno de los miembros.



¿Qué es la Familia?

¿Existe una definición de familia universalmente aceptada ?

No existe una *definición de familia* aceptada por todos. Así, cuando hablamos de “familia” cada uno de nosotros puede tener su propia concepción del término, ya sea tradicional —Papá, mamá, el hermano, la hermana y en algunos casos el perro— o poco “tradicional” —familias con un solo padre, familias con padres homosexuales y sus respectivo hijos

adoptivos o concebidos “in vitro”, segundos matrimonios, comunidades religiosas o grupos de amigos—^{6, pag.30}. Sin embargo, la diversidad de concepciones en relación a la familia, sumada a la propia evolución experimentada con el paso del tiempo, y que le han permitido adaptarse a las exigencia de cada sociedad y cada época⁷, ha traído como consecuencia el desarrollo de diferentes definiciones de familia, algunas de las cuales se muestran en el siguiente Recuadro.

Para este curso, adoptamos una definición ampliada en la que la familia es un grupo de personas que interactúan en un mismo

Recuadro 1. Definiciones de Familia para diversos contextos y Autores

DEFINICIONES DE FAMILIA

Organización de Naciones Unidas (ONU)

Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos^{6, pag.7-15}.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial^{6, pag.7-15}.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Personas que forman parte de un mismo lugar (durante el mes pasado permanecieron por lo menos la mitad del tiempo en el), entendido como un espacio físico delimitado y consumen los alimentos preparados de una misma fuente.

Salvador Minuchin (Escuela estructural sistémica)

Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca⁸.

Gabriel Smilkstein (Creador del APGAR Familiar)

Grupo psicosocial conformado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero⁹.

Ministerio de Salud del Perú (Modelo de Atención Integral de Salud)

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud^{10, pag.5}.

espacio para desarrollar funciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales básicas, y en el que sus miembros, de forma más o menos activa y espontánea, responden a un compromiso tácito o explícito de cuidado y protección económico-afectiva (*nurture*).

¿Cuáles son los componentes de la familia?

Desde un punto de vista amplio podemos decir que la familia está constituida por los siguientes *componentes*:

Miembros Individuales: Las familias están constituidas por personas con necesidades de salud específicas para cada una de ellas

Vivienda y Entorno físico: Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno que pueden funcionar como elementos protectores de la salud familiar, o por el contrario pueden representarles riesgos.

Grupo Familiar: La dinámica que se desarrolla al interior de la familia, y se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo.

El estudio de la dinámica familiar se centra en la exploración de las características de este tercer componente. Los elementos correspondientes a los primeros dos componentes se verán en otros fascículos de este curso.

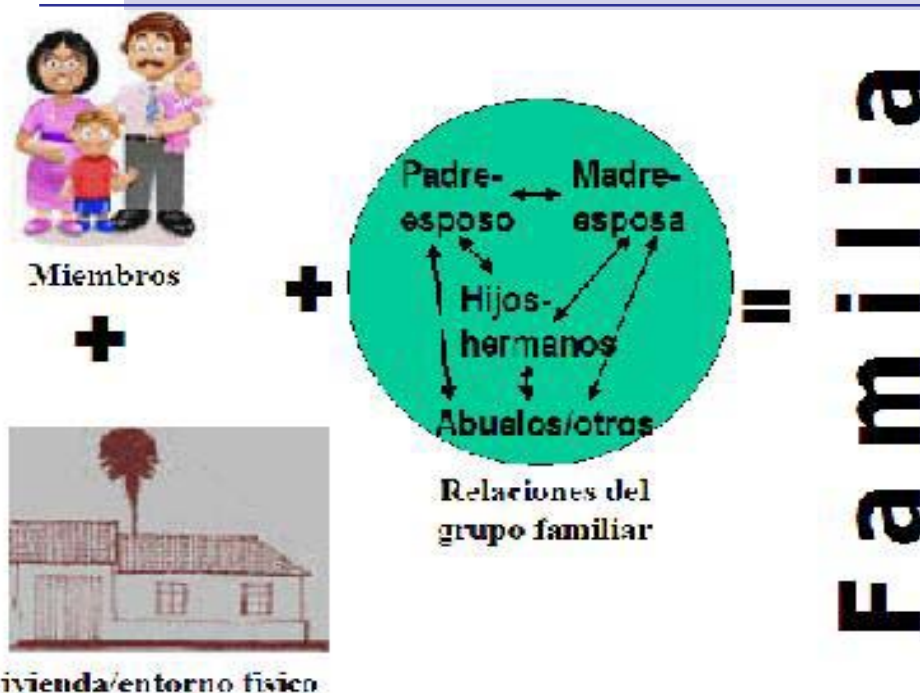
¿Qué elementos de la dinámica familiar son fundamentales para el trabajo con familias?

Existen algunas *premisas elementales* que no deben ser dejadas de lado a la hora de abordar el Estudio de la Dinámica Familiar.

La familia es más que la suma de los miembros.

Para ayudar a una familia a ser saludable no basta con abordar los problemas de salud de sus miembros individuales, es necesario ayudar al grupo familiar como un todo a cumplir adecuadamente las funciones fundamentales de la familia y a construir un entorno que favorezca el desarrollo humano de todos ellos, el cual les permita crecer y desarrollarse respetando su dignidad y de acuerdo a sus expectativas y necesidades. Es importante considerar que aun cuando individualmente ninguna persona en la familia manifieste problemas orgánicos, la familia como un todo puede estar funcionando disarmonicamente y en consecuencia influir en el nivel de salud de sus miembros^{11, pag.8-11}.

Figura Nro 1 Componentes de la familia en el contexto del Estudio de la Dinámica Familiar





La familia es como un ser vivo

Es como un ser vivo en si mismo porque, como ocurre con cualquier órgano o tejido celular, la familia tiene componentes y funciones establecidas, y en función a como ellos se desarrollen puede ser saludable o enfermarse, desarrollarse o deteriorarse. Y si bien esta condición familiar puede ser independiente de lo que ocurre con sus miembros individuales, tiene una notable repercusión sobre ellos^{6, pag.9-10}.

La familia busca constantemente su equilibrio

Como todo *sistema*, la familia busca mantener un *equilibrio* a lo largo de su historia, de modo que su condición de salud o enfermedad no es permanente, sino que depende de una adaptación exitosa a los desafíos del discurrir de la vida familiar y al desarrollo de la vida de sus miembros. Se denomina homeostasis a los mecanismos adaptativos para restaurar el equilibrio luego de cambios evolutivos importantes—nacimiento, muerte, matrimonio, divorcio, etc.—, enfermedades de uno de sus miembros, catástrofes individuales o colectivas—incapacidad, pérdida de trabajo, etc.—, la entrada en una etapa nueva de su evolución, entre otros,^{2, pag 22-25}. Para la familia, esta homeostasis se logra modificando las estructuras y procesos interpersonales que la habilitan para mantener su estabilidad^{12, pag 211,212}.

El comportamiento de la familia está fuertemente influenciado por su tipo de familia y el ciclo vital en el que se encuentra.

Dos elementos que pautan fuertemente la dinámica familiar son el tipo de familia y el ciclo vital familiar.

Tipos de Familia

El *tipo de familia* es la categorización de ésta en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmerso la familia^{3, p.352-358}.

El ciclo vital familiar constituye la expresión de la evolución de la familia a partir de del estadio

de maduración individual en el que se encuentran sus miembros.

Por su importancia para el estudio básico de la dinámica familiar, estos dos elementos, el tipo de familia y el ciclo vital familiar serán desarrollados a continuación, mientras que se dejarán para fascículos complementarios otros elementos del estudio de la dinámica familiar.

Los denominados tipos de familia, representan el modo como ésta se organiza en función a los miembros que la componen. Es importante considerar que, conforme va evolucionando la humanidad, se incrementan los tipos de familia disponibles y desaparecen otros que eran frecuentes en épocas anteriores. En la segunda mitad del siglo XX e inicios del presente, por ejemplo, la variación de lo que es socialmente aceptado, los nuevos estilos laborales, la incorporación de técnicas de control de fertilidad y el aumento de las expectativas en diversos sentidos—mayor edad de jubilación o fallecimiento, mayores medios para el desarrollo individual, mayor necesidad de consumo—implicaron la expansión de tipos de familia que en siglos anteriores eran inexistentes o muy poco usuales^{13, pag 22-25}..

¿Cuáles son los tipos de familia posibles?

A continuación se describen los tipos de familia más comunes en la actualidad, debiéndose notar que utilizamos el término *padre* en su acepción plural para referirnos al padre o a la madre^{6, pag.27-35}.

Familia Nuclear

Familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos—incluyendo a la fertilización in vitro—o adoptivos.

Familia Extendida

Familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos).

Familia Nuclear Ampliada

Familia nuclear que vive con miembros adicionales (amigos, tíos/hermanos, primos etc).

Pareja sin Hijos

Familia con dos adultos cónyuges que por voluntad propia, imposibilidad de procrear o por

su etapa en el ciclo de vida, no tienen ni han tenido hijos en común.

Familia Monoparental

Familia con un solo padre y su(s) hijo(s) (pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo).

Familia Binuclear

Familia desintegrada en la que parte de los niños de la familia original se queda con padres diferentes (vínculo intenso a través de los hermanos).

Familia Reconstituida

Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia.

Equivalentes Familiares:

Grupo de arreglos de convivencia entre personas —al margen de la relación de cónyuges— en los que los miembros

cumplen el criterio básico del compromiso y el cuidado y protección económico-afectiva (*nurture*). Algunos ejemplos de equivalentes familiares son los siguientes:

- Familia con persona sola
- Cohabitación de grupos de personas
- Comunidades religiosas o militares
- Relaciones homosexuales estables
- Adulto(s) homosexual(es) con hijo(s) adoptado(s) o “de probeta”.

Los tipos de familia son importantes porque, aun cuando no son concluyentes, pueden tener gran influencia sobre su funcionalidad. Así, una familia monoparental (con un solo padre) y con varios hijos puede desarrollarse de modo totalmente funcional si moviliza los recursos adecuados, sin embargo, este tipo de familia puede dificultar en gran medida una adecuada funcionalidad.

¿Cuáles son los tipos de familia más frecuentes?

Si bien basados en un concepto tradicionalista pudiera imaginarse que hasta hace muy poco

era mayoritaria la familia tradicional típica compuesta por un padre que trabaja, una madre que se ocupa de la casa y uno o más hijos, la verdad es que desde hace algún tiempo este tipo de estructura es cada vez más raro.

Estos cambios, como suele suceder, se iniciaron en los países desarrollados. Así, en los años cincuenta, el estereotipo televisivo de familia tradicional típica definido en el párrafo anterior, apenas correspondía a un 13% de las familias norteamericanas¹¹. Adicionalmente, en las décadas de los años 70 y 80, se registraba un notorio incremento en las familias monoparentales y los equivalentes familiares también llamados “hogares no familiares”, formados por personas que vivían solas, o que no tenían lazos de parentesco⁷.

En América Latina y el Caribe, desde los años setenta y ochenta del siglo pasado, los tipos

La familia es como un ser vivo, que tiene componentes y funciones establecidas y en función a como ellos se desarrollen puede estar saludable o enfermarse.

Cada tipo de familia, si bien no determina como se comportara una familia o el grado de funcionalidad a alcanzar, según los recursos disponibles puede tener gran influencia sobre el grado de funcionalidad que puede alcanzar.

de familia están variando rápidamente al mismo tiempo que cambian las características socioeconómicas, demográficas y de salud de la población. Así, en 1975, en la República Dominicana, 20,7% de los hogares estaban encabezados por mujeres y, en 1986, el porcentaje había aumentado a 25,7%. En Brasil, entre 1980 y 1989, se produjo un aumento de 5,51% en los hogares encabezados por mujeres. Igualmente se conoce que un porcentaje grande de primeros matrimonios termina por separación o divorcio. Así, en 1986, los porcentajes de matrimonios disueltos fueron: en la República Dominicana, 49,5%; en Colombia, 32,5%; y en el Ecuador, 25,5%^{13,5-6}.

El Perú no ha estado exento a estos cambios y como consecuencia los grupos familiares muestran cada vez más problemas que afectan su desempeño. Así, según la ENDES del año 2000, un 15% de niños viven sólo con la madre, y 6.4% no viven con la madre ni el padre biológicos. Por otro lado existe un número cada vez mayor de familias monoparentales (19.5%).¹⁴.

Podemos resumir estos cambios diciendo que las nuevas tendencias se están desplazando hacia: 1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres; 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias; 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia 4) el tamaño de la familia y del hogar se encuentra en descenso.^{13, pag.1.}

Los profesionales de salud que trabajan en el primer nivel de atención y en general el Equipo de Atención Primaria de Salud, deben estar atentos a estas tendencias para poder responder de la mejor manera a las situaciones que se deriven de estos determinantes.

sociales preestablecidas².

Podemos considerar que las etapas del Ciclo Vital familiar evolucionan basándose en el hijo mayor, desde la primera etapa denominada del “nido sin usar” o pareja sin hijos, atravesando por la infancia, edad escolar y adolescencia, hasta llegar nuevamente a la pareja sola en la “etapa de nido vacío”. Posteriormente, la jubilación marca la entrada a la siguiente fase de “familias ancianas”, la cual termina con el fallecimiento de ambos esposos. (Cuadro 1).

Cabe indicar que las etapas presentadas no son universalmente aceptadas y algunas escuelas emplean otros modelos que por simplificar la presentación no se han considerado en este fascículo.

¿Qué ocurre en cada una de estas etapas?

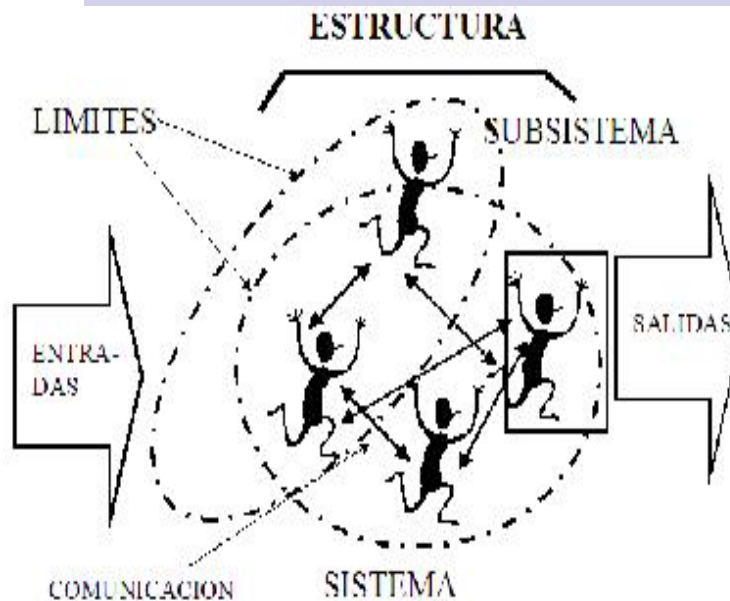
Para cada etapa del ciclo vital familiar existe un conjunto de problemas a los que las familias son propensas, básicamente debido a los cambios esperados en sus miembros. Adicionalmente, para cada etapa del ciclo vital familiar se define un conjunto de tareas o cambios familiares necesarios para conducirlos

Ciclo Vital Familiar

El Ciclo Vital de la Familia es el conjunto de etapas de complejidad creciente que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución,

y que varían según sus características sociales y económicas. Cada una de las etapas del Ciclo Vital familiar implica un conjunto de cambios en su constitución y transiciones entre un estado y otro, durante las cuales sus miembros requieren experimentar cambios de papeles, de tareas y de comportamientos, previsibles de acuerdo a normas conductuales y

Figura Nro 2 Esquema del funcionamiento de la familia como sistema. Cuando la etapa del ciclo vital familiar cambia el funcionamiento como sistema se debe ajustar.



**Cuadro
Nro 1**

Etapas del Ciclo Vital según el Modelo de Duvall.

Etapa	Descripción
I	<i>Comienzo de la familia ("nido sin usar")</i>
II	<i>Familia con hijos (hijo mayor hasta 30 meses)</i>
III	<i>Familia con hijos preescolares (hijo mayor entre 30 meses y 6 años)</i>
IV	<i>Familia con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)</i>
V	<i>Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)</i>
VI	<i>Familias como "plataforma de colocación" o "despegue" (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último)</i>
VII	<i>Familias maduras (desde el "nido vacío" hasta la jubilación)</i>
VIII	<i>Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)</i>

 Fuente: De la Revilla⁵, pag.37-42

**Cuadro
Nro 2**

Tareas, cambios y problemas de salud que pueden presentarse en las diferentes etapas del Ciclo Vital Familiar.

Etapa	Tarea y cambios familiares necesarios. Desafíos del desarrollo de la etapa.	Problemas que pueden presentarse
Formar pareja	Compromiso con un sistema nuevo Acordar roles y metas Negociar la intimidad Reordenar las relaciones (familia extensa y amigos) Establecer relaciones mutuamente satisfactorias	Disfunciones sexuales Infertilidad Síntomas inespecíficos (cefalea, lumbalgia, cansancio)
Ser padres	Integrar a un nuevo miembro Ajustar la pareja al trío Negociar roles parentales Restringir la vida social Reordenar las relaciones con la generación de los abuelos	Llanto del niño Problemas de alimentación Tensión marital Infidelidad Síntomas varios sobre todo en la madre
Crecimiento de los hijos	Crianza Lograr un equilibrio entre el hogar y el mundo exterior (escuela, amigos) Ensayar la separación Promover la diferencia del subsistema "hermanos"	Niños fuera de control Enuresis y encopresis Celos Síntomas varios (cefalea, dolor abdominal)
Hijos adolescentes	Alterar la flexibilidad de los límites Lograr un equilibrio entre el control y la independencia Permitir al adolescente entrar y salir de la familia	Salidas nocturnas y huidas del hogar Rechazo a la escuela y ausencias sin permiso Violencia familiar, trastornos alimentarios, problemas sexuales Síntomas en los padres (cefalea)
Hijos que se emancipan	Irse y dejar ir Reestructurar la relación entre los padres y los hijos Padres: empezar a construir una "nueva" relación y llenar el "nido vacío" Hijos: irse del hogar e independizarse	Desacuerdo marital Crisis de la mitad de la vida Divorcio
Familia en la vida tardía	Aceptar el cambio generacional de los roles Enfrentarse con la enfermedad o muerte de los padres o abuelos Aprender a ser abuelos Adaptarse a ser jubilado o pensionado Reponerse a la muerte del cónyuge	Duelos patológicos Depresión Demencia Falta de adhesión a las prescripciones médicas

 Fuente: Asen y Tompson¹⁵



a la adaptación, los denominados desafíos del desarrollo¹⁵.

¿Qué pasa si la familia no consigue cumplir con estos “desafíos del desarrollo”?

Cuando la familia tiene dificultades para cumplir con los ajustes y reajustes a los que debe someterse en el tránsito entre etapas del Ciclo Vital Familiar, o no ejerce las funciones requeridas para la etapa, puede acentuarse una inadaptación que conduce a la crisis familiar⁵.
pag.37-42

Dado que estos problemas y cambios familiares tienen cierta predictibilidad, la comprensión del Ciclo Vital Familiar, permite prever una serie de fenómenos que pueden amenazar la salud familiar⁷ y así adelantarse a

los hechos mediante acciones preventivas o consejería anticipatoria. Por otro lado, al surgir problemas en la dinámica familiar, el Equipo de Atención Integral de Salud encontrará en el Ciclo Vital Familiar un primer marco para generar hipótesis sobre el origen de los conflictos. Con esta información, es más factible orientar efectivamente a las familias sobre los ajustes que requieren en el contexto físico, psicológico y social de la etapa presente.

Finalmente, considerar que si bien el concepto de ciclo vital es una herramienta útil, ésta debe utilizarse sobre la base de las culturas y tradiciones sociales de cada lugar. Por ejemplo, en una sociedad puede ser normal que los hijos vivan con sus padres incluso luego de haber formado pareja estable, mientras que en otras realidades esto es muy inusual y puede esconder algún desajuste familiar importante.

La familia busca mantener su equilibrio conforme evoluciona. Su salud depende de una adaptación exitosa a los desafíos cambiantes de la vida en familia y al desarrollo de sus miembros propios del ciclo vital familiar.

¿CÓMO APLICAMOS EL ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR?

¿Cómo aplicamos el Estudio de la Dinámica Familiar al llenado de la Historia Familiar?

En el fascículo de Historia Familiar que presentaremos en un módulo posterior veremos que existen algunos campos en ésta, donde se nos pide especificar ciertos datos en referencia a la familia, que hemos revisado precisamente en este fascículo. Como toda la información que registramos en la Historia Familiar, los datos nos son importantes para ayudarnos a contextualizar nuestras intervenciones. Así por ejemplo, al toparnos con un problema de etiología psicosomática en algún miembro de la familia, es importante estudiar la dinámica familiar, buscando indicios de conflictos no manifestados y preponderantes en la génesis del motivo de consulta. Igualmente, al recomendar cambios en estilos

de vida a enfermos crónicos, es importante verificar hasta que punto la familia puede ser un apoyo, o por el contrario, un elemento de resistencia a modificaciones introducidas en la vida del paciente.

¿Cómo aplicamos el Estudio de la Dinámica Familiar al abordaje del Mantenimiento de la Salud?

En el fascículo de Historia Clínica Orientada al Problema, aprendimos que al seleccionar problemas y preparar un plan de trabajo, el mantenimiento de la salud es siempre el primer ítem. En este punto, podemos incluir como un problema de mantenimiento de la salud al tipo de familia, si percibimos que ésta es una fuente potencial de estrés (familia monoparental, reconstituida, etc.) o la etapa del ciclo vital, si

notamos dificultades para superar sus desafíos del desarrollo. P.ej. Problema de mantenimiento de la salud: “Familia con hijo adolescente”, o “Familia Reconstituida”. Así constituido este ítem de la lista de problemas, y de acuerdo al sondeo preliminar desarrollado, podrá generarse un plan específico para abordar nuestra preocupación, el cual suele ser fundamentalmente educativo, y puede girar en torno a explicar a la familia los cambios normales esperados en la etapa (“normalizar”), y brindar soporte para lograr una mayor aceptación y una focalización en soluciones concretas y específicas a implementar¹⁶, Pág. 28-29.

Bibliografía

1. Doherty WJ, Baird MA. Family therapy and family medicine. Nueva York, Gudford Press, 1983.
2. Rubinstein, A. et al Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 2003
3. Ceitlin, Julio y Gomes Gascón, Tomas Ed. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid, CIMF-semFYC. 1997.
4. E.Gallo Vallejo y col. Manual del residente de Medicina familiar y comunitaria. 2da Edición. España . SEMFIC, 1998.
5. Taylor R: Family Medicine. Principles and Practice, 2003.
6. Luis de la Revilla, Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, Doyma 1998.
7. Santa Cruz J: La Familia como Unidad de Análisis, Revista Médica del IMSS, 1983.
8. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Buenos Aires, Gedisa. 1986.
9. Smilkstein, G. The Physician and Family Function Assessment. Family Systems Med. 1982. 2:263-278, 1984.
10. MINSA. Documento Marco del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, MINSA. 2003.
11. Mc Daniel S, Campbell T: Orientación Familiar en Atención Primaria: Manual para Médicos de Familia y otros profesionales, 1998
12. Mc Whinney, IR Medicina de Familia. Barcelona, Doyma libros SA. 1995
13. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS): La Familia y la Salud, 2003.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta nacional de Demografía y Salud, 2000. Lima, INEI. 2001.
15. Asen y Tompson, E. El ciclo Vital de la Familia. Guía práctica para los profesionales de salud. Mimeo, 1997.
16. Rakel. R, Text Book of family practice. 5 th Ed. USA, W.B. Saunders company, 1995

Fascículos CADEC

Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar

Dr. Yuri Alegre Palomino*, Dr. Miguel Suárez Bustamante**

¿Por qué son importantes los Instrumentos de atención a la Familia?

Los instrumentos de atención a la familia nos permiten identificar en que medida ésta está cumpliendo con sus funciones básicas, y cual es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Así, a pesar de este rol preponderante de la familia en la génesis de ciertas patologías y de ser un recurso fundamental de soporte^(a), con mucha facilidad y frecuencia se pasa por alto realizar una adecuada valoración de la estructura y funciones de la familia.

¿Qué son los Instrumentos de atención a la Familia y de donde surgen?

Existen un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados Instrumentos de Atención Integral a la Familia, pues ofrecen una visión gráfica de la familia, facilitando la comprensión de sus relaciones y ayudando al profesional de la salud y a la familia a ver

un «cuadro mayor», tanto desde el punto de vista histórico como del actual.

Los instrumentos de atención a la familia surgen de la necesidad de otros profesionales como los trabajadores sociales, genetistas, terapeutas familiares, etc. de contar con elementos de ayuda diagnóstica familiar. No obstante su origen, ellos alcanzaron su mayor difusión en el contexto de la medicina familiar, siendo rutinariamente utilizados en muchos países por los médicos familiares y sus equipos, en las múltiples atenciones a la población.

¿Cuál es la utilidad de los Instrumentos de atención a la Familia?

Al ofrecer una visión gráfica de la familia y sus relaciones, los instrumentos de atención a la familia permiten desarrollar al profesional de la salud una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como del modo en que su desarrollo histórico puede estar influyendo en las interacciones actuales. En este proceso de “desarrollar una hipótesis”, los resultados proporcionados por los instrumentos de atención a la familia permitirán tanto su

(*) Médico Familiar. Director de Atención Integral de la Dirección Regional de Salud de Loreto. Coordinador Regional para la implementación del MAIS en Loreto. Profesor Invitado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP).

(**) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.



formulación inicial como, una vez construida, aportar elementos que permitirán desechar o reforzar las hipótesis buscando la comprensión del entorno que permita encontrar el mejor modo de ayudar a la familia.

En este sentido, los Instrumentos de Atención Integral a la Familia son equivalentes, para los profesionales del equipo de Atención Primaria de Salud, a lo que representan el electrocardiograma para el cardiólogo o los estudios imagenológicos para el neumólogo o el traumatólogo. En este sentido, y si bien es cierto que su aprendizaje y elaboración requieren tiempo y paciencia, con la practica ellos representan elementos indispensables en la consulta ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general.

La segunda utilidad, aunque no menos importante, aplicar los Instrumentos de Atención a la Familia permite mostrarles el interés del profesional por la persona (paciente) en el contexto de su familia. Esta actitud es válida no sólo como práctica sino también como gesto, especialmente en un sistema sanitario enfocado a ver enfermedades y no enfermos, y en tener en cuenta los desarreglos biomecánicos antes que las emociones, la cultura y sus derechos.

¿Qué Instrumentos de Atención a la Familia son fundamentales para el trabajo de AIS en el nivel primario?

Existe una diversidad de Instrumentos que son empleados para evaluar diversos aspectos de la constitución de la familia, tales como el familiograma para registrar el tipo de la familia, el APGAR familiar y el Test de Virginia Satir para buscar cuantificar el desempeño de sus funciones, el Círculo Familiar para ver las interrelaciones entre los miembros, el Test FACES para verificar su grado de integración o desligamiento, el Test de Holmes para tratar de cuantificar el impacto de los potenciales estresores que los afectan, entre otros.

De todos estos instrumentos, por motivos de espacio y complejidad, en este fascículo serán presentados dos de ellos orientados a evaluar los aspectos más importantes del sistema familiar: el Familiograma y el APGAR familiar.

I. EL FAMILIOGRAMA

¿Qué es el Familiograma?

El familiograma es una representación esquemática de la familia, que provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Este es utilizado desde hace muchos años atrás por varias disciplinas entre las cuales se le conoce también por otros nombres como genograma, árbol familiar, familigrama, etc.

El Familiograma es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.). Así, al retratar las características de tres generaciones, el Familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra.

Además, el familiograma permite conocer en que etapa del ciclo de vida familiar se encuentra

Para que sirve el Familiograma?



la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos, con lo que constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia.

¿Qué utilidad tiene el Familiograma para el equipo APS?

Al permitir visualizar en un mismo instrumento las dolencias que aquejan a los miembros de las familias, y su estructura e interrelaciones familiares, el Familiograma ayuda a los trabajadores que atienden familias a entender cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y de las conexiones entre diversos problemas o eventos tanto a nivel individual como familiar. Por otro lado, la práctica del Familiograma promueve la expresión de sentimientos entre el informante y el prestador, permitiendo contextualizar los eventos que aparecen en cada familia, y haciendo más fluida la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes o usuarios.

Finalmente, el Familiograma es un medio para el intercambio de información, entre los profesionales que se encargan de ofrecer atención integral a la familia, y que requieren un medio fácil y práctico para conocer acerca del historial familiar.

¿Qué evalúa el Familiograma y con cuánta precisión?

El Familiograma sirve a los profesionales del equipo de Atención Primaria de Salud para evaluar los siguientes aspectos:

- La composición familiar: qué miembros la componen, resaltando los que viven en el hogar.
- Las relaciones biológicas y legales
- Las relaciones afectivas

- Los problemas de salud o causas de fallecimiento
- El tipo de ocupación o datos laborales de importancia

La adecuada precisión del Familiograma como medio para recolectar con éxito datos de diferentes grupos sociales ha sido validada para diferentes realidades. Si bien no se tienen estudios para cada realidad local sobre el uso del instrumento, la propia práctica ha confirmado su facilidad y pertinencia, siendo un instrumento muy empleado en diversos contextos.

¿Cómo se registran los datos en el Familiograma?

Los datos se registran a través de un conjunto de símbolos, la mayoría de los cuales son internacionalmente aceptados.

La notación simbólica es la siguiente:

- El Hombre es representado por un cuadrado.
- La Mujer es representada por un círculo.
- Dos personas que son cónyuges están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.

Si una pareja tiene hijos, ellos son representados por un cuadrado o círculo, según el sexo, que nace de la línea que conecta la pareja; comenzando con el mayor y de izquierda a derecha. Una vez concluida la gráfica el paciente o usuario índice, deberá utilizar una línea punteada para englobar a los miembros que viven bajo el mismo techo.

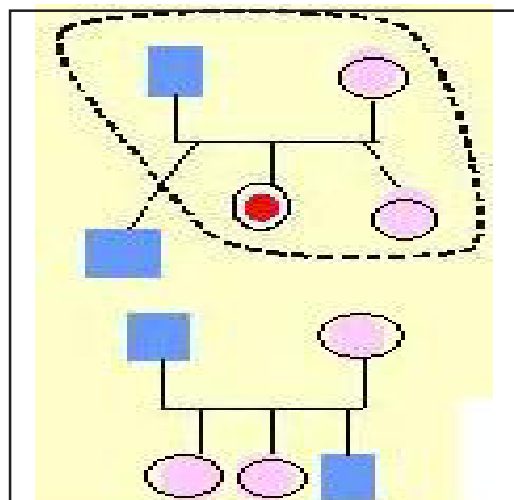


Figura 1. familiograma con miembros del hogar delineados y paciente índice resaltado.

Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son monocigóticos (idénticos) éstos a su vez están conectados por una línea horizontal. En el caso de los hijos adoptados, la línea que los conecta a la línea de los padres es discontinua o incluye la letra A.

-La persona clave (o paciente) alrededor de quien se construye el Familiograma se identifica con una línea doble o se señala con una flecha

La línea que une a los cónyuges es continua cuando los cónyuges están casados y discontinua cuando son convivientes. Una letra «M» seguida por una fecha indica cuando se casó la pareja. En el caso de las parejas no casadas, esta fecha representa cuando empezaron a vivir juntos.

Las separaciones y divorcios se indican con dos líneas oblicuas y una interrupción en la línea que une al matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio. Cuando hayan sucesivos compromisos luego de una separación, los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final.

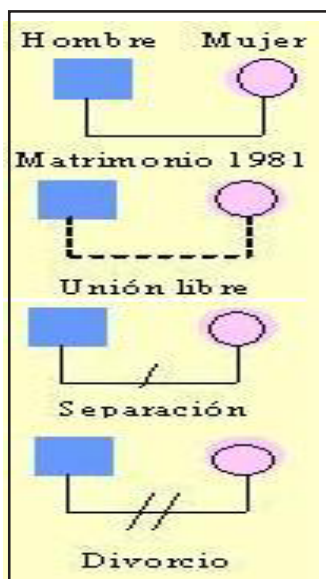


Figura 2. Notaciones simbólicas del familiograma para matrimonios, convivencia, separación y divorcio.

-Deben anotarse los símbolos correspondientes a todos los integrantes de tres generaciones de la familia (vivan o no en el hogar), indicando, si es necesario, la fecha desde cuando están viviendo juntos.

-El embarazo actual es representado por un triángulo.

-La pérdida por aborto es representada por un círculo pequeño negro.

-Las personas muertas se representan con una X dentro del símbolo cuadrado o círculo, según haya sido el sexo.

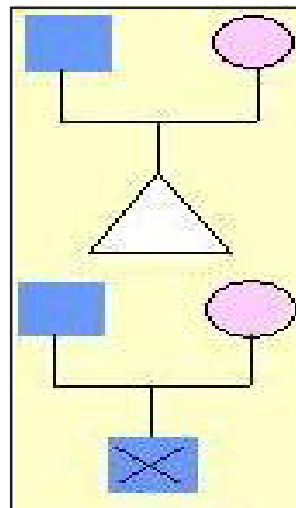


Figura 3. Notaciones simbólicas del familiograma para embarazo (triángulo) y fallecimiento (aspa).

Idealmente, al lado de cada uno de los símbolos de los miembros se pueden incluir las edades —p.ej. 68 (68 años), 5 m (5 meses)—, o año de nacimiento —p.ej. '99 (año 99)—. Las edades generalmente se escriben dentro de los símbolos, mientras que la fecha de nacimiento se coloca en la parte superior e izquierda ver —figura de Anexo 1—.

Igualmente puede utilizarse el familiograma para registrar otros antecedentes de importancia como la ocupación y antecedentes patológicos, riesgos o problemas de salud crónicos o de importancia, si los hubieren —p.ej. Diabetes (DBM), alcoholismo (OH)—.

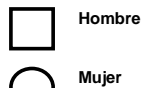
A este tipo de Familiograma en el que se grafican fundamentalmente los miembros de la familia y su relación de parentesco o convivencia se le denomina Familiograma estructural, a diferencia del Familiograma funcional donde también se registran la calidad e intensidad de las interrelaciones entre los miembros. Por simplicidad no se abordará el estudio de la notación del Familiograma funcional en este módulo, si bien pueden apreciarse en la figura de Anexo 1.

Un aspecto importante a considerar es que no en todas las especialidades que usan el Familiograma emplean la misma nomenclatura y simbología, pudiendo variar ligeramente de una a otra. Igualmente entre diversas regiones o países, es común ver que los símbolos se diferencien por pequeños detalles o notaciones, sin embargo la estructura general es la misma.

¿Cuándo debe emplearse el Familiograma?



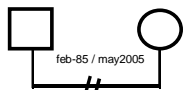
FAMILIOGRAMA: ANEXO 1



Casados
Febrero de 1985



Convivientes
Unidos en julio de 1990



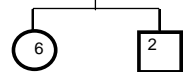
Divorciados
Divorciados en mayo del 2005



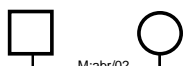
Separados
Separados en Agosto de 1999



Madre fallecida
(nació en el 80 y murió el 2003)



Hijos (de 6 y 2 años)



Un hijo adoptado y un embarazo



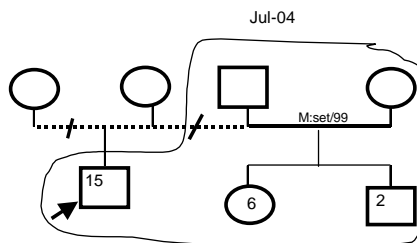
Un primer aborto inducido
Un segundo aborto espontaneo (circulo negro)
Un tercer embarazo muerto en el parto



Gemelos



Persona identificado o Paciente
Miembros que viven juntos



Uniones multiples

Dos uniones previas
En la primera unión, tiene un hijo que vive con el padre

Miembros que viven Juntos
Desde julio 2004
(información en relación al paciente)

RELACIONES AFECTIVAS



Muy estrecha



Cercana



Conflictiva



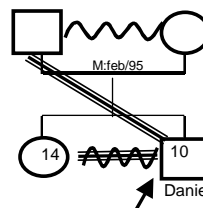
Muy estrecha y conflictiva



Distante



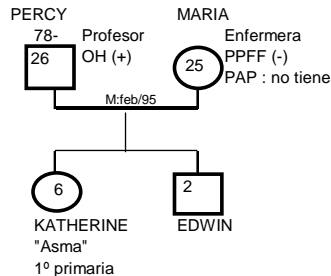
Quiebre



Según Daniel
(pueden haber otras opiniones)

DATOS DE MORBILIDAD Y DEMOGRAFICOS

LAS ABREVIATURAS DE ALGUNOS RIESGOS Y PATOLOGIAS, SON LAS QUE SE USAN HABITUALMENTE



En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, en los cuales el estudio de las familias es una constante, el Familiograma se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios, como sistema de registro y como método de relacionar adecuadamente al paciente con su familia.

En otro tipo de establecimientos, es importante realizarlo en situaciones en las que las quejas actuales del paciente pueden estar encubriendo la existencia de una crisis, disfunción familiar o componente predominantemente psicosocial. Para estos casos en los que se requiere aumentar las exploraciones referentes a cuestiones familiares, el Familiograma tiene la gran ventaja de facilitar la comunicación sobre la familia y relacionar sus características con el problema individual.

En pacientes crónicos, graves o terminales, cuando se requiere un apoyo específico de la familia para un adecuado manejo de la dolencia, pero que al mismo tiempo se requiere dar soporte a la familia para disminuir el impacto del problema sobre ella.

Siempre que se quiera tener un abordaje integral de la persona que solicita cuidados de salud.

¿Cómo se aplica el Familiograma?

En primer lugar se debe explicar brevemente al paciente o usuario la utilidad del familiograma y la necesidad de conocer sobre su familia para poder comprender mejor su actual problema de salud.

El familiograma debe ser llenado por el profesional de la salud, con la colaboración del paciente/usuario y la familia.

Se empieza directamente con el paciente o usuario índice y los miembros directamente

relacionados a éste: la pareja, los padres, los hijos, etc. según sea el caso, empleando para esto los símbolos y las reglas para el registro de datos previamente explicados.

Una vez concluido el familiograma es importante precisar quien lo hizo, y cuando. Para ello se debe anotar el nombre del entrevistador y la fecha en la parte inferior derecha del familiograma.

La realización del familiograma es sencilla, y sólo requiere conocer una breve relación de símbolos, tener un espacio en blanco y trabajar con mucha paciencia.

Se puede hacer en varias sesiones, y en general se recomienda no dedicar más de 10 minutos por sesión.

¿Qué información puede obtenerse del Familiograma?

Algunos aspectos que pueden ser extraídos de un Familiograma bien ejecutado son los siguientes:

a. Tipo de familia (Familia nuclear, monoparental, reconstituida, etc.) y ciclo vital (Formación, expansión, despliegue y contracción, etc.): —Para detalles ver el fascículo Introducción al estudio de la familia, en esta misma entrega—.

b. Separaciones o divorcios.

c. Si el paciente es el hijo mayor o el menor: mientras que del primero se esperan grandes cosas, que sea especial y responsable, los menores son más libres y tienen menos responsabilidad familiar, incluso pueden esperar que otros se ocupen de ellos.

Si se trata de un Hijo Único: pueden estar menos orientados hacia las relaciones con sus iguales.

Si se trata de una persona con todos sus hermanos/as de sexo opuesto: tendrá mucha experiencia con personas del sexo opuesto pero muy poca con los del propio sexo. Si

Si se trata de hermanos con una diferencia de edad mayor de cinco años: son más hijos

Los símbolos utilizados en el familiograma, son internacionalmente aceptados. Ellos están dispuestos en una cierta configuración representando a las personas que constituyen la familia y líneas que los unen representan las relaciones entre los miembros de la familia, ya sean ellas relaciones de parentesco o de distancia emocional..



Bibliografía

únicos que hermanos, ya que han pasado las etapas del desarrollo por separado.

d. La presencia de abuelos/Suegros, tíos, etc puede indicar potenciales problemas de invasión de límites.

e. Multitud de separaciones y/o divorcios. reiteración en la elección de una profesión, uniones entre miembros de la familia, etc.

f. Repetición de pautas a través de las generaciones, considerando que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, o puede alternarse ejm: Alcoholismo, Madres solteras, embarazos adolescente, incesto, síntomas físicos, violencia, suicidio, etc.

(a). M. McGoldrick y R. Gerson. «GENOGRAMAS EN LA EVALUACION FAMILIAR» Ed.Gedisa.

(b). K. Eia Asen & Peter Tompson. INTERVENCIÓN FAMILIAR guía práctica para los profesionales de la salud. Ed. Paidós. Barcelona: 1997.

(c). Castellon Boris, Martinez Fernández, Perspectivas y abordaje clínico del especialista en Medicina Familiar . Bolivia-2002

(d). Doherty WJ, Baird MA. Family therapy and family medicine. Nueva York, Gudford Press, 1983.

(e). Jolly W. From J, Rosen MG. The genogram. J Fam Pract 1980;10:250-255.

(f). Rogers JC, Cohn PN. Impact of screening family genogram on first encounteres in primary care. Family Practice, 1987; 4:291-301.

(g). El Genograma: ¿Cómo realizarlo? “ del libro Instrumentos para la Atención Familiar de L. De La Revilla.

II. EL APGAR FAMILIAR

¿Qué es el APGAR Familiar?

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y por que denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

Los instrumentos de atención a la familia ofrecen una apreciación gráfica de la familia y sus relaciones, lo que permite al profesional de salud desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico. Dichos instrumentos promueven la expresión de sentimientos entre el informante y el prestador, permitiendo contextualizar los eventos que aparecen en cada familia y haciendo fluida la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes o usuarios.

¿Para qué sirve el APGAR Familiar?

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común

que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

¿Qué utilidad tiene el APGAR Familiar para el equipo APS?

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención integral pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario⁶.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración⁶.

¿Qué evalúa el APGAR Familiar y con cuánta precisión?

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor. Estas cinco funciones se encuentran en el cuadro 1.

Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index)⁴. Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades⁵.

Cuadro Nro 1 Funciones de la Familia evaluadas por el APGAR Familiar.

Funciones	Contenido
Adaptación	<i>Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.</i>
Participación	<i>Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.</i>
Ganancia	<i>Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.</i>
Afecto	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.</i>
Recursos	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.</i>



¿Cuándo debe emplearse el APGAR Familiar?

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR familiar se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios.

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias—particularmente en la ansiedad o depresión—.

En Grupos familiares o individuos consultadores crónicos.

Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.

En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

¿Cómo se aplica el APGAR Familiar?

Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra un formato como en el Cuadro 2:

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

Cuadro Nro 2 Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia del APGAR Familiar.

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad</i>					
<i>Me satisface la participación que mi familia brinda y permite</i>					
<i>Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades</i>					
<i>Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.</i>					
<i>Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero</i>					

¿Qué información puede obtenerse del APGAR Familiar?

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a lo especificado en el cuadro Nro 3.

Debe tenerse en cuenta que este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia, una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia. Por ello una recomendación importante es no considerar los grados de disfuncionalidad mostrados sino considerar preferentemente los resultados como una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Adicionalmente, es recomendable que el APGAR sea siempre utilizado conjuntamente con el conocimiento y la aplicación del Familiograma, el ciclo vital familiar y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados.

Bibliografía

1. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* 1986; 4: 135-323
2. Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25
3. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31
4. 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

**Cuadro
 Nro 3**

Escala para la calificación de la funcionalidad de la familia, de acuerdo al APGAR familiar

Función	Puntaje
<i>Buena función familiar</i>	<i>18 - 20</i>
<i>Disfunción familiar leve</i>	<i>14 - 17</i>
<i>Disfunción familiar moderada</i>	<i>10 - 13</i>
<i>Disfunción familiar severa</i>	<i>9 o menos</i>

5. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al. The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract* 1979; 8: 55.
6. Liliana Arias C., Julián A. Herrera, El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Medica* 1994 25: 26-8
7. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 3: 300-14

Fascículos CADEC

Introducción a la Medicina Familiar

Dra. Sofía Cuba Fuentes*, Dr. Miguel Suárez Bustamante**

¿Por qué es importante el estudio de la Medicina Familiar?

Porque es una especialidad con grandes ventajas competitivas para desarrollarse en el contexto actual, en particular para los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención¹. Ello ocurre debido a que los especialistas en Medicina Familiar están capacitados para ofrecer una atención centrada en el paciente, que realmente responda a sus necesidades de salud, algo que, como veremos más adelante en este artículo, es cada vez más reclamado por los pacientes/usuarios, así como por la revigorizada Atención Integral de Salud². Además, en diversas realidades ha quedado demostrado que los especialistas en Medicina Familiar son un importante recurso para incrementar la calidad y la satisfacción de los usuarios, así como reducir los costos de la atención, que son un serio problema para los sistemas actuales³.

Estas potencialidades quedan explícitas cuando apreciamos las semejanzas entre el

ideal del sistema de salud propuesto dentro de las actuales reformas sanitarias y los nueve principios planteados por McWhinney en 1981 para la Medicina Familiar¹, p. 21-25:

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
4. El médico de familia ve a su práctica como una «población en riesgo».
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.
8. El Médico de familia es gerente de recursos
9. El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.

El especialista en medicina familiar esta comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, con un grupo de enfermedades o con una técnica especial.

(*) Médica Familiar. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

(**) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.

¿Qué es la Medicina Familiar?

Se acepta que la Medicina Familiar es la especialidad que se fundamenta en principios como continuidad, acción anticipatoria e integralidad de la intervención —las cuales se comentarán más adelante— y habilitan al profesional para proveer cuidados de salud continuos e integrales en el contexto de la familia a toda la población, sin limitaciones de sexo, edad u otro tipo.

En 1986 la Sociedad Americana de Medicina Familiar adoptó la siguiente definición⁴: *“La Medicina Familiar es la especialidad a la cual concierne la salud total del individuo y su familia, dentro de ella se integran las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. La visión de la Medicina Familiar no se limita por la edad, sexo, sistema de órganos o tipo de enfermedad del paciente”*.

Es importante remarcar que si bien la Medicina Familiar surge como una especialidad exclusivamente del ámbito de los profesionales médicos, con el desarrollo de los equipos de Salud Familiar y Atención Primaria de Salud, ésta se viene adaptando a las diferentes ramas profesionales que conforman los equipos que trabajan en el primer nivel de atención, existiendo en diversas realidades especialidades complementarias a las de los médicos familiares, como por ejemplo las enfermeras de familia, los odontólogos de familia, entre otros.⁽¹⁾

De donde surge la Medicina Familiar?

A inicios del siglo XX tomó fuerza—impulsada por el informe Flexner publicado en 1910 en EEUU— un movimiento para orientar la enseñanza de la medicina a su estudio científico por especialidades. Un efecto colateral de este proceso de diferenciación y tecnificación fue la tendencia a la sobrespecialización, la cual alentó la atomización de la persona en sistemas, aparatos, órganos e ignoró la dimensión sociopsicológica de la salud y la enfermedad, con el consecuente abandono u olvido de la percepción integral y armónica de la persona y una mayor despersonalización de la relación entre los usuarios de los servicios y sus proveedores. En dicho período se apreció la devaluación de la atención en el nivel primario de servicios de salud, y en los ámbitos académicos, la medicina general perdió espacio hasta el punto de casi desaparecer de la curricula de los programas de formación^{5 p3-4}.

(¹) En el fascículo sobre los roles de los integrantes del equipo de Atención integral de salud, a difundirse en una próxima entrega del CADEC, se ampliarán los detalles sobre los roles que puede jugar cada profesional en los grupos de AIS que trabajan inspirados en la Medicina Familiar.



Figura 1. El enfoque de la medicina familiar abarca una atención integral que engloba las acciones en la persona, familia y comunidad.



Como contracorriente a este movimiento, diversos países buscaron revalorizar la herencia recibida de los antiguos médicos de cabecera que «por la naturaleza de sus funciones [era]... Consejero en los diversos problemas que surgían en el seno de la familia. Cada familia tenía su médico, siempre el mismo, lo que permitía la continuidad de la atención»^{4,p.102}, aunque con un enfoque científico y ampliando su capacidad de brindar una atención de primer contacto para el individuo en el contexto de su familia y comunidad⁶. Una de las experiencias más destacadas en este sentido fue la consolidada por Inglaterra, quien desde la década de los 40 reforzó su sistema de *General Practitioners*, buscando desarrollar profesionales capaces de atender al paciente sin importar sexo, raza, padecimiento, etc., respondiendo a la percepción de que «...hay una demanda creciente de servicios médicos para cada paciente. La única solución efectiva de largo plazo es formar más *General Practitioners*... La practica de la medicina general debe permanecer como un servicio del Médico personal de la Familia»^{6,p.3}.

Esta experiencia posteriormente se trasladó a Estados Unidos donde producto de una recomendación contundente en 1966, para formar nuevos especialistas capaces de ofrecer «...una atención integral y continua, que incluya no sólo el diagnóstico y tratamiento de la enfermedades sino también la prevención, cuidado, soporte y rehabilitación...»^{5,p.17}; en 1969 la AMA aceptó a la MEDICINA FAMILIAR como 20ma especialidad⁷.

En Latinoamérica y el Caribe, también se han desarrollado diversas iniciativas en el área de la medicina familiar e integral, en países de la región como México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador, Chile, Venezuela, entre otros⁴, donde se tienen programas de de post grado en Medicina Familiar desde 1960 y 70. Un particular desarrollo en este sentido ha sido alcanzado por México donde, en el primer nivel de la Atención del Sistema de la Seguridad Social, existe un médico familiar por cada especialista^{8,p.5}, y en Cuba, donde desde fines de los 60's e inicios de los 70's se consolidó un sistema de salud basado en médicos que «actúan durante

un periodo de tiempo como un médico a cargo de varias familias, la comunidad y los individuos, y por tanto se le identifica como médicos de familia»^{9,p.18}, los cuales orientan su acción hacia su demanda de familias adscritas, con un énfasis en la atención comunitaria, orientada a la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, con un enfoque epidemiológico y aproximación equitativa a la población, entre otros aspectos^{4,p.146 y 174}.

En Perú, luego de un inicio infructuoso de los programas de formación a inicios de la década de los 90, se está retomando el desarrollo de esta especialidad, especialmente durante estos primeros años del nuevo milenio.

La medicina Familiar es la especialidad a la cual concierne la salud total del individuo y su familia, dentro de ella se integran las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. La visión de la medicina familiar no se limita por la edad, sexo, sistema de órganos o tipo de enfermedad del paciente.

¿En qué se diferencia el especialista en Medicina Familiar de los otros especialistas?

La Medicina Familiar prepara especialistas que cuentan con un perfil amplio de actividades que los prepara para responder a la mayor parte de los desafíos que debe encarar un profesional que trabaja en el nivel primario de salud, y en consecuencia los habilita para responder a funciones tan diversificadas como las siguientes^{9,p.20}:

«-Prestar atención médica integral a niños, adolescentes, mujeres embarazadas y otros grupos poblacionales, mediante acciones de promoción del individuo, la familia y la comunidad.

-Detectar las afectaciones negativas del ambiente y del hombre mismo.

- Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de salud pública.
- Participar activamente en la información necesaria a la población y en la educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Aplicar el método científico al diagnóstico y solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.»

Aunque pudiera plantearse que existen grandes semejanzas entre este perfil y el propio de cualquier profesional generalista bien formado por una facultad de Salud, es preciso puntualizar que la diferencia no está sólo en lo que dichos prestadores realizan, sino fundamentalmente en **CÓMO** lo hacen. Así, se sobreentiende que cuando un especialista en medicina familiar realiza las acciones anteriormente planteadas, él las ejecuta con un estilo diferente al de los profesionales generalistas sin formación de post-grado, y a los que provienen de otras especialidades. Algunas de estas diferencias se basan en que sus prestaciones están impregnadas de características como las siguientes^{4, p.124}:

- Da respuesta a valores necesidades y expectativas del paciente (*centrada en la persona*).

- Brinda provisión de atención médica personal en un contexto de intimidad.
- Se adapta a necesidades y conveniencias cambiantes del paciente.
- Realiza visitas domiciliarias.
- Formula planteamientos bio-psico-sociales apropiados al sufrimiento del paciente y a las situaciones de enfermedad, teniendo en cuenta el contexto familiar (*planteamiento familiar*).
- Aplica consideraciones de sistemas de familia (*basada en la familia*).
- Asesora y guía de los pacientes en la complejidad creciente del laberinto de la asistencia médica.

¿Cuáles son los pilares de la Medicina Familiar?

El pilar fundamental que resume la práctica que en todo momento busca concretizarse en la práctica de los especialistas en Medicina Familiar es el nuevo paradigma del modelo bio-psico-social —Ver Cuadro 1—. Aprender

**Cuadro
Nro 1**

Paradigmas que inspiran a la Medicina Familiar (Modelo Bio-psico-social) y a la Medicina convencional (Modelo Biomédico).

PARADIGMA MEDICO TRADICIONAL Modelo biomédico	NUEVO PARADIGMA Modelo bio-psico-social
<ul style="list-style-type: none"> • Considera a la enfermedad independientemente de la persona que la sufre y de su contexto social. 	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad no esta separada de la persona, ni esta del medio ambiente.
<ul style="list-style-type: none"> • Cada enfermedad tiene un agente etiológico específico y uno de los objetivos principales de la labor medica es el descubrirlo 	<ul style="list-style-type: none"> • Las causas de las enfermedades son múltiples y el conocimiento se emplea en le contexto de la persona.
<ul style="list-style-type: none"> • La tarea principal del trabajador de salud es diagnosticar la enfermedad y describir un remedio específico. 	<ul style="list-style-type: none"> • La tarea del trabajador de salud consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad así como entender al paciente y el significado que tiene la dolencia para él.
<ul style="list-style-type: none"> • El médico es normalmente un observador y el paciente se comporta como un receptor pasivo 	<ul style="list-style-type: none"> • La relación trabajador de salud-paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución. El paciente también es responsable de su salud
<ul style="list-style-type: none"> • Las enfermedades mentales deben considerarse por separado de las enfermedades físicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las enfermedades tienen componentes tanto mentales como físicos.

Fuente: Mcwhinney, I. R. Medicina de familia¹.



Aprender Medicina Familiar significa trascender el modelo biomédico y concretizar el modelo bio-psico-social, superando la noción del cuidado de la salud centrado en la enfermedad y llevándola al cuidado centrado en la persona como un ser integro físico, mental y social, inmerso en el contexto de su familia y comunidad.

Medicina Familiar significa trascender el modelo biomédico y concretizar el modelo bio-psico-social, superando la noción del cuidado de la salud centrado en la enfermedad y llevándola a otra donde el cuidado de la salud está centrado en la persona o el paciente. Estos conceptos son el principal pilar que sustenta la teoría y la práctica de quienes deseen formarse como especialistas en Medicina Familiar.

Los pilares básicos sobre los que se construye la práctica de la Medicina Familiar^{12, p.xviii}, se muestran a continuación:

-Continuidad: Los especialistas en Medicina Familiar brindan cuidado al individuo y sus familias durante un periodo de tiempo, comprometiéndose con la salud de las familias a su cargo. Ello permite que, sin importar la naturaleza o estadio de los problemas o enfermedades que afecten a las personas a su cargo, los médicos familiares hagan un seguimiento del proceso salud-enfermedad, integrando todos sus aspectos en un esquema longitudinal.

-Integralidad: El usuario es visto no sólo desde una perspectiva biológica, sino también social y psicológica, en el contexto de su familia y su comunidad, y considerando todos estos factores en su diagnóstico y plan terapéutico.

-Coordinación del cuidado: El especialista en Medicina Familiar funciona como el orquestador del cuidado al paciente, el cual identifica las necesidades y guía al paciente a través del servicio de salud. Este profesional establece el tratamiento adecuado de las dolencias individuales o familiares, y coordina los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

-Comunidad: Los especialistas en Medicina Familiar ejecutan tanto diagnósticos comunales como ayudan a movilizar los recursos de la población para resolver sus problemas y necesidades.

-Orientación a la familia: Los especialistas en Medicina Familiar trabajan con las familias como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud. El

trabajo de los especialistas en Medicina Familiar debe contribuir a adaptar las familias a las predecibles transiciones en su ciclo vital y a superar el impacto que las enfermedades de sus miembros puedan tener en las familias, así como sus posibles características disfuncionales.

-Prevención: El especialista en Medicina Familiar reconoce y encara los factores de riesgo, contribuyendo a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. Adicionalmente, retarda o evita las complicaciones de las enfermedades, particularmente las crónicas, y promueve estilos de vida saludables. Para ello combina las medidas preventivas convencionales con una acción anticipatoria que permita una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con la prevención.

¿En qué se diferencia la práctica de la disciplina en la Medicina Familiar?

Todas las actividades y elementos conceptuales previamente nombradas no son uniformes para los diversos ámbitos donde existen especialistas en Medicina Familiar. Por el contrario, estas varían de país a país, en función al sistema de salud vigente. A esta práctica cambiante de la Medicina Familiar, se le denomina por el término en inglés *Family Practice*^{4, p.29}.

Una parte central de dicha práctica se refiere a la total identificación que se espera entre el médico familiar y la comunidad a la que sirve. En palabras de los propios protagonistas: «El médico de familia participa activamente en la vida de la comunidad, disfruta de los éxitos, sufre las contrariedades... se convierte en el

mejor amigo de la familia, en un orientador social y hasta en una autoridad política»^{10, p.1}.

Sin embargo, para poder cumplir con sus objetivos la Medicina Familiar requiere de una disciplina académica que sistematice los diferentes contenidos y habilidades que el proveedor de salud debe manejar para tener las competencias necesarias para realizar una práctica con las características ya definidas para la especialidad. El inglés es más explícito al hacer la diferencia entre especialidad y disciplina y emplear para ésta última el término *Family Medicine*. Si bien los roles que desempeña el especialista en Medicina Familiar pueden ser muy diferenciados de país a país o entre ámbitos rurales y urbanos, la disciplina de la Medicina Familiar encarna un cuerpo de conocimientos que si bien se nutre de múltiples ramas profesionales, ha generado sus propios conceptos e instrumentos como los relacionados al estudio e intervenciones de la familia en la atención primaria, los cuidados de la salud a través del ciclo de vida, entre otros^{4, p.29}, básicamente se nutre de conceptos y procedimientos desarrollados para otras múltiples disciplinas, tanto en el campo de las ciencias clínicas y la salud pública, como de un conjunto de instrumentos provenientes del campo de la terapia y asistencia familiar^{11, p. 145}.

miembro de una familia y comunidad específicos, y por lo tanto considerado como un socio de sus prestadores de salud.

Por otro lado, se espera que en el mediano plazo van a predominar, además de las tradicionales enfermedades infecto-contagiosas, aquellas dolencias típicamente psicosomáticas o derivadas de la violencia, el stress y la depresión, así como también las crónicas/degenerativas, cuya fuerte interacción con los componentes psicológico y social de quien lo porta, es conocida.

En este contexto, puede preverse que se requerirán cada vez más médicos que puedan responder a al desafío que los rápidos cambios en los estilos de vida encarnan, en el cual es

Pocas especialidades buscan concientemente alcanzar una respuesta humanizada ante los problemas de la persona como un todo, incluyendo el contexto familiar y comunitario, como lo hace la Medicina Familiar.

¿Por que es relevante la Medicina Familiar para la sociedad actual?

El proceso de globalización en el que se encuentra el mundo entero está conduciendo a un nuevo tipo de paciente o usuario. Por estar bastante actualizado en el desarrollo científico tecnológico, mediante conocimientos adquiridos a través del INTERNET y otras vías, y sensibilizado de su rol en el cuidado de su propia salud por los medios de comunicación masiva, este paciente o usuario ya no se conforma con ser apenas un receptor pasivo e impersonal de indicaciones a seguir, sino que desea —y en algunos casos exige— un intercambio fluido de información con sus prestadores de salud. Aunque muchas veces no es un deseo conciente, este usuario busca un enfoque más horizontal y colaborador por parte del sistema, en el cual sea apreciado en su individualidad como persona, y como

absolutamente necesario antes de enfocarse únicamente en la queja que trae el paciente en el momento de la consulta presente, o un órgano o sistema que el prestador de salud considere “el problema”, éste busque verificar, y de ser posible intervenir, en sus diferentes determinantes bio-psico-sociales.

Pocas especialidades buscan concientemente alcanzar una respuesta humanizada ante los problemas de la persona como un todo, incluyendo el contexto familiar y comunitario, como lo hace la medicina familiar. El prestador de salud entrenado en los principios de la medicina familiar, está mejor preparado para encarar los desafíos del nuevo tipo de usuario previamente descrito, y los cambios sociales y epidemiológicos del nuevo milenio.

¿Por qué es relevante la Medicina Familiar para el Sistema de Salud?



El siglo XXI nos impulsa hacia una posición expectante con relación al sistema de salud. Los movimientos por alcanzar una reforma sanitaria se vienen consolidando y se propugna la Atención Integral de Salud como un medio para lograr un nuevo modelo "basado en la aplicación de la estrategia de la atención integral de salud a los individuos, las familias y las comunidades, manteniendo una continuidad en la atención, permitiendo la participación ciudadana y la orientación de la atención hacia el logro de la equidad"²

Los profesionales con especialización en medicina familiar son el recurso humano ideal para impulsar estos cambios, pues su formación los habilita a desempeñarse con eficacia y eficiencia en la oferta de una atención tanto preventiva-promocional, como recuperativa y de rehabilitación, la cual abarca tanto a la persona, como especialmente a la familia en la que ella se inserta y la comunidad a la que pertenece. Ello se explicita al considerar que: «El elemento clave para garantizar la implementación del Modelo de Atención Integral son los recursos humanos, los cuales deben contar con las competencias necesarias para ofrecer los cuidados esenciales y conducir las acciones estratégicas que se requieren para el logro de los objetivos del modelo. Dentro de la profesión médica, el profesional más idóneo para desempeñar este papel es el Médico General Integral/Familiar, el cual se constituye en el recurso fundamental de la prestación en el primer y segundo nivel de atención. En consecuencia, el Sistema de Salud debe hacer todos los esfuerzos para desarrollar un contingente de profesionales con esta especialización, así como promover que las otras ramas profesionales desarrollen en sus miembros este tipo de competencias¹³.»

Por otro lado, para el sistema de salud privado, también es importante considerar que la explosión de costos operada desde la segunda mitad del siglo XX —la cual ha hecho zozobrar a múltiples servicios de salud privados y tiene en jaque permanente al sistema público—, debe valorizar cada vez más a los profesionales con un amplio abanico de respuestas y la mayor costo efectividad posible. En este sentido, el mercado laboral viene abriendo cada vez mayores espacios para el especialista en medicina familiar que, con un grado comparativo o incluso superior de resoluntividad al de los especialistas convencionales (internistas, pediatras, ginecólogos, etc.), puede atender poblaciones de variadas etapas del

ciclo de vida, cuya asistencia en otras circunstancias demandaría la presencia de por lo menos 2 ó 3 especialistas.

Y en un futuro cercano, la necesidad de prodigar una atención más acorde a los estándares descritos en la sección anterior, a cuyos requerimientos los especialistas en medicina familiar pueden responder más fácil y armónicamente, estará reforzada no sólo por sus connotaciones éticas o humanísticas sino fundamentalmente por la necesidad de fidelizar a un grupo de usuarios cada vez más exigente en un mercado donde por las múltiples opciones de servicios de salud se tornará cada vez más competitivo.

¿Dónde pueden trabajar los especialistas en Medicina Familiar?

El grupo actual de egresados de la especialidad trabaja, o ha trabajado en opciones tan diversas como:

Área Prestacional

- Centros y Puestos de Salud del Ministerio de Salud
- Consultorios Descentralizados y Policlínicos de la Seguridad Social.
- Consultorios de Triage, Atención inmediata y de Medicina Familiar/General de Hospitales del II -Nivel de atención del Ministerio de Salud y la Seguridad Social.
- Servicios de Atención Domiciliaria del Ministerio de Salud y la Seguridad Social.
- Instituciones Privadas Prestadoras de Servicios de Salud (Clínicas, Policlínicos, Servicios de ambulancia y Atención domiciliaria).
- Organismos No Gubernamentales.

Area de la Gerencia de la Atención Integral

- Direcciones Regionales, Redes y Microrredes del Ministerio de Salud.
- Gerencias Departamentales o Redes de Servicios de la Seguridad Social.
- Organismos No Gubernamentales.

Área de la Docencia e Investigación

- Formación, seguimiento y monitoreo de Equipos de Atención Integral.
- Investigaciones epidemiológicas con base poblacional.

Como puede verse, los especialistas en medicina familiar, debido a la amplia formación recibida tiene mayor diversidad de opciones laborales, y posteriormente y a partir de esta inserción y de acuerdo a sus propios deseos, pueden concentrarse en temas específicos, aunque sin abandonar su aproximación integral y generalista.

Bibliografía

1. Mcwhinney, I. R. Medicina de familia. México Mosby/ Doyma, 1995.
2. MINSA-DGSP. El modelo de atención integral. Lima, MINSA. 2003.
3. Unger JP, et.al. A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries.
4. Ceitlin, Julio y Gomes Gascón, Tomas Ed. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid, CIMF-semFYC. 1997.
5. Geyman, John. The modern family doctor and changing medical practice. New York, Meredith corporation.1971.
6. Coulter, David and Llewellyn Derek. The practice of Family Medicine. London, E&S Livingstone. 1971.
7. AMA Council. The Future of Family Practice. Implications of the changing environment of medicine. JAMA, 260(9):1272-1279. 1988.
8. Instituto Mejicano de Seguridad Social. Proceso de Mejora de la Medicina Familiar. IMSS. Mimeo. 2002.
9. Inst. Sup. Ciencias Médicas. La formación del médico general como médico de la familia. La habana, Inst. Sup. Ciencias Médicas. 1988.
10. Rojas Marta. El Médico de la Familia en la Sierra Maestra. La Habana, Ciencias Médicas. 1986.
11. De la Revilla, Luis. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Madrid, Doyma. 1994.
12. Sloane, Philip et al. Essential of Family Medicine. Baltimore, Williams & Wilkins. 1988.
13. MINSA-Comisión de Alto Nivel. Informe Final. Mimeo. 2002.

Evidencia para la APS

Uso de medicamentos para la tos en niños

Dra. Sofía Cuba Fuentes*

Caso que origina la pregunta

Paciente de sexo masculino de 11 años, es traído a consulta por tos de 5 días de evolución, la tos es seca, y fue precedida por 2 días de malestar general rinorrea y estornudos; después del examen físico, Usted cree que la tos es producto de una infección viral del tracto respiratorio alto. La madre del paciente le pide que por favor le prescriba un medicamento para la tos.

Muchos profesionales de la salud recomiendan medicación para la tos, algunas veces por presión de los padres.

Según un estudio latinoamericano se prescribe medicación para la tos hasta en un 48% de las consultas por infección respiratoria alta.² y según uno norteamericano en un 40%¹.

Las implicancias del uso de medicación para la tos son importantes tanto para el cuidado del paciente como para los costos en salud

Pregunta para la búsqueda de evidencia

¿Debemos recomendar a los padres la administración de medicación para la tos en casos de tos aguda en niños?

Respuesta basada en la evidencia

La evidencia es contradictoria en la mayoría de casos, sin embargo la mayoría de investigaciones concluyen que **la medicación para la tos no es más efectiva que placebo, por lo tanto no deben ser recomendadas como tratamiento de primera línea en tos aguda en niños (Nivel de evidencia Ib).**

Conocimiento acumulado

Las Infecciones respiratorias altas representan hasta un 60% de la consulta infantil en atención primaria.¹ La tos aguda debida a una infección respiratoria alta en niños, es un síntoma común.

Aunque dicha medicación parece ser bien tolerada —no mostró mayores efectos adversos que placebo—, puede llevar a gastos innecesarios tanto del paciente como del sistema de salud.

(*) Médica Familiar. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Resumen de la evidencia

Se revisó sin restricción de idioma, las siguientes bases de datos: Registro Cochrane de Ensayos Clínicos (EC), Registro específico del Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas y Medline a través del acceso Pubmed.

Palabras clave para la búsqueda:

Acute Cough treatment
 Over the counter treatment for acute cough.
 Cough in URTI

Se encontraron 6 estudios clínicos randomizados con un total de 438 niños, un Estudio clínico (57 niños) mostró que el uso de dextrometorfano o codeína no fue mejor que placebo después de tres días de tratamiento³ (**Nivel de evidencia Ib**), otro estudio (40 niños) mostró que el mucolítico letosteina fue mejor que placebo desde el 4to día (20% de mejoría en la escala de tos)⁴, dos estudios que

compararon antihistamínicos descongestionantes con placebo (155 niños) no encontraron diferencia con placebo en efectividad, pero si mayor somnolencia^{5,6} (**Nivel de evidencia Ib**), otro estudio (43 niños) comparó triaminicol contra placebo, no encontrando diferencia⁷ (**Nivel de evidencia Ib**), finalmente un estudio con antihistamínicos (143 niños), demostró mejoría contra placebo aunque no significativa estadísticamente⁸ (**Nivel de evidencia Ib**).

Además se encontró un estudio placebo control no randomizado que encontró que uso de dextrometorfano, difenhidramina y placebo mejoraban el sueño de los niños y sus padres⁹ (**Nivel de evidencia Ila**).

Bibliografía

1. K. Schroeder, T Fahey Should Wue Advise the parents to administer over the counter medicines Arch Dis Child 2002;86 10-175
2. Franzi Siso A, Placencia Zarzoso ML, Rodriguez Latre L. Study of prescriptions issued in base health areas of the Primary Care Administration of Sabadell. Aten Primaria 1997; 20.
3. Taylor JA, Novack AH, Almquist JR, Rogers JE. Efficacy of cough suppressants in children. J Paediatr 1993;122:799-802.
4. Nespoli L, Monafo V, Bonetti F, et al. Valutazione clinica dell'attività della letosteina nel trattamento della bronchite acuta febbrile in eta pediatrica. Indagine controllata in doppio cieco vs placebo. Minerva Pediatr 1989;41:515-20.
5. Clemens CJ, Taylor JA, Almquist JR, et al. Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children? J Paediatr 1997;130:463-6.
6. Hutton N, Wilson MH, Mellits ED, et al. Effectiveness of an antihistamine-decongestant combination for young children with the common cold: a randomized, controlled clinical trial. J Pediatr 1991;118:125-30.

NIVELES DE EVIDENCIA

- Ia:** La evidencia proviene de [meta-análisis de ensayos controlados](#), randomizados, bien diseñados.
- Ib:** La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.
- Ila:** La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.
- Ilb:** La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los [estudios de cohortes](#). Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.
- III:** La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o [estudios de casos y controles](#).
- IV:** La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los [estudios de series de casos](#).

7. Reece CA, Cherry AC Jr, Reece AT, et al. Tape recorder for evaluation of coughs in children. Am J Dis Child 1966;112:124-8.
8. Sakchainanont B, Ruangkanhasetr S, Chantarojanasiri T, Tapasart C. Effectiveness of antihistamines in common cold. J Med Assoc Thai 1990;73:96-101.
9. Paul IM, Yoder KE Effect of Dextromethorphan, diphenhydramina and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents Pediatrics 2004 Jul;114(1)85-90.

Estudio de un Caso

Familia Monoparental con Adulto Mayor postrado y Adolescente con Síntomas.

Dra. Patricia Polo Ubilluz*, Dr. Miguel Suárez Bustamante**

Resumen del Caso Índice

Adolescente de 16 años que consulta por dolor de cabeza (cefalea) con características compatibles con cefalea producida por tensión psicológica (tensional).

Exploración Individual

Datos Iniciales

María es una paciente de 16 años que acude a la consulta por presentar episodios de dolor de cabeza (cefalea) desde hace 4 meses, estos duran de 2 a 4 horas, son de moderada intensidad, tipo opresivo y predominantemente en región occipital, sin intolerancia a la luz (fotofobia) o a los ruidos (fonofobia).

Antecedentes

María no tiene antecedentes patológicos de importancia. Si bien ella tiene miopía desde la infancia, hace 6 meses se hizo un examen visual y actualizó la medida de sus anteojos.

Cuando los síntomas iniciaron, María justo había terminado el colegio. Además refiere que quiere estudiar en una universidad, pero cree que esto es poco probable por las condiciones económicas de su familia.

Exploración física

María acude a consulta acompañada de su madre y hermano menor. María tiene un examen físico normal excepto por cierta contractura a nivel cervical.

Apreciación Inicial

Los datos indican que probablemente se trate de una paciente adolescente con cefalea tensional. Aunque no estaría equivocado que el profesional que la atiende le prescriba un analgésico, recomendarle “que no se preocupe” o “que se relaje” y citarla en una semana para ver la evolución, cuando el abordaje es integral y basado en la Medicina Familiar, este diagnóstico eminentemente biológico o superficialmente psico-social no basta. Dentro de este tipo de abordaje más amplio es importante preguntarse por qué María, una adolescente aparentemente normal, tiene esta cefalea tensional? ¿Qué significa para ella tener cefalea? ¿Qué hay detrás del síntoma de María?.

Exploración Familiar

Para responder a estas interrogantes es necesario indagar con mayor profundidad las raíces de dicho problema, el profesional a

(*) Médica Familiar. Médica Asistente del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

(**) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.

cargo de María requiere ampliar su perspectiva, desarrollando una exploración más minuciosa de los aspectos relacionados al problema de María, que pueden encontrarse en su familia y en su entorno social.

Datos Iniciales

Al estudiar a la familia, realizando un familiograma, el médico de María averigua que ella pertenece a una familia sin padre (monoparental), dado que el progenitor los abandonó cuando su madre estaba embarazada de su hermano menor que actualmente tiene 8 años. Ellos viven con el abuelo materno de 76 años que hace 5 meses presentó una caída con fractura de cadera lo que ha generado postración después de su cirugía y necesidad de cuidados que asume generalmente María debido a que su madre trabaja para el mantenimiento del hogar. El hermano es un buen estudiante y crece sin enfermedades, y María, ahora que no va al colegio, no sale con amigas, ocupando su tiempo libre en ver televisión.

Antecedentes

La madre de María refiere que hasta hace 1 año ella se sentía plenamente satisfecha con la vida familiar, sus hijos crecían bien y sin enfermedades, los conflictos familiares eran pocos y, según refiere la madre, eran manejables. El abuelo de María era un apoyo importante en la crianza de los niños y representaba una buena figura paterna sustituta. Todos se sentían amigos y colaboradores en la vida familiar.

Pero actualmente las cosas han cambiado notablemente. La madre de María siente que hay una gran tensión y conflictos entre ella y su hija, y que el hermano se pone del lado de ella, por lo que le cuesta cada vez más mantener una adecuada relación con sus hijos, e incluso preservar la disciplina mínima. Por su parte María admite que pese a que es consciente de que su madre no es culpable de la situación actual, descarga sus frustraciones sobre ella, porque no puede evitarlo. Esta situación es agravada por la dependencia funcional del abuelo, que afecta directamente a María, quien se desempeña como su cuidadora durante el día.

Exploración objetiva

Dado que los 3 principales miembros de la familia acudieron circunstancialmente a la consulta, pudo evidenciarse un estrecho vínculo entre María y su hermano, y una tensión inicialmente encubierta entre ella y su madre, que se hacía evidente a la menor provocación, generando una discusión incluso delante del médico.

Además el médico familiar pudo notar en esta consulta que el niño tenía tos. Al preguntar a la madre, ella refirió que presentaba esta tos desde hace dos días y se quejaba de dolor al pasar los alimentos, pero que no había presentado fiebre.

Vivienda

María y su familia viven en un área semiurbana en un cono de la ciudad de Lima, contando con servicios de agua y desagüe y dos habitaciones. Una compartía María con su madre y la otra el abuelo con el niño, pero dado que actualmente el abuelo requiere atención nocturna desde hace 5 meses María duerme con su hermano lo cual se ha vuelto un tanto incómodo, dado que ella ya es una adolescente con sus características sexuales adecuadamente desarrolladas de acuerdo a su edad.

Apreciación

María, la adolescente que enfocamos en nuestro ejemplo, vive en una familia donde por estar presente sólo su madre, además de su abuelo y su hermano menor, constituyen una familia monoparental extendida.

Además, dado que la hija mayor, o sea María se encuentra en la adolescencia diríamos que esta es una familia con hijo adolescente.

A pesar de su estructura monoparental que en muchos casos le atribuye a la familia una serie de riesgos, podría considerarse que la familia de María tuvo un desarrollo adecuado en el pasado. Pero actualmente con el paso a la etapa de familia con hija adolescente, las cosas han cambiado notablemente enfrentando a madre e hija, algo que es bastante común en esta etapa del ciclo vital familiar puesto que en esta etapa los adolescentes se encuentran en fase de autoafirmación y por lo tanto de despegue e individualización, y un modo de conseguirlo es confrontándose con la



generación progenitora. La frustración y tensión habituales sin duda se agravan en el caso de María porque ella está aislada, al no tener un lugar donde compartir con sus pares como el colegio, instituto o universidad; y enfrentando un futuro incierto, dado que no cuenta con recursos para proseguir con sus estudios.

Esta situación, sumada al desequilibrio en los recursos familiares originado por la discapacidad del abuelo, que de ser un aliado en la crianza de los nietos ha pasado a ser una carga para ellos. Todo esto viene originando una crisis en la dinámica familiar, que entre otros aspectos puede explicar algunos problemas psico-somáticos como en este caso el dolor de cabeza de María

Intervención

Ajustes necesarios en la familia de María

Para poder continuar creciendo de manera saludable como lo hicieron en las etapas anteriores, será necesario que los miembros de la familia adquieran nuevos roles de acuerdo a lo esperado para la nueva etapa que están viviendo.

Para esto lo primero que debe conseguir la madre, apoyada por el equipo de salud, es conectar al abuelo con un servicio de rehabilitación o algún otro recurso comunitario que de soporte al abuelo de María, mientras ella logra desarrollar sus estudios, de tal forma que no trunque sus expectativas de vida, lo cual le va a brindar satisfacción y ganas de seguir apoyando en el desarrollo de la familia pese a las dificultades. Esta rehabilitación es importante, por que en un paciente postrado se incrementan otro tipo de patologías como trombosis, escaras de decúbito, etc. que pueden comprometer más su calidad de vida.

Es importante también en este momento solicitar apoyo al resto de familiares como hermanos, tíos, primos para el cuidado del abuelo de tal forma que se diluya la responsabilidad que está recayendo en María y su madre. Ante la falta de la familia extendida, otros recursos comunitarios como la iglesia o asociaciones pueden también ser movilizados con este objetivo.

Rol del Equipo de Atención Integral de Salud

El equipo de salud que cuida de la familia de María deberá incluir actividades concretas en el plan de atención familiar, las cuales deberán:

-Abordar las necesidades de prevención de futuras caídas en el adulto mayor así como una evaluación del domicilio para evaluar las posibilidades de riesgo y cambios que deberá hacer la familia debido a la postración actual del adulto mayor.

-Aconsejar alguna medida correctiva respecto a volver a compartir la habitación de María con la madre. Para ello pueden optar por algo tan práctico como el uso de una campana para que el abuelo la haga sonar cuando necesite ser apoyado por la madre de María. De esta forma la distribución de los miembros en la familia volvería a ser la adecuada.

-Algunos miembros del equipo de Atención Integral de Salud como psicólogos y consejeros pueden impartir consejería en pautas de crianza y consejerías sobre sexualidad en adolescentes que ayudaran al grupo familiar como un todo a desempeñarse adecuadamente.

-De igual forma se puede instruir a la madre, quien pretendía usar antitusígenos para la tos del niño, en el hecho de que la tos es un mecanismo de defensa, haciendo educación al respecto mantener la hidratación y la observación del cuadro.

Prueba de Auto- Evaluación

Preguntas para los participantes del CADEC Primera Entrega. RAMPA Vol 1. Nro 1.

A continuación se detallan las preguntas correspondientes a la autoevaluación de la primera entrega del CADEC. Estas preguntas servirán para que el participante del curso pueda medir su grado de entendimiento de los contenidos publicados y así puedan servirles como un estímulo para reflexionar y entender y asimilar los conceptos clave vertidos en esta entrega del CADEC.

En la siguiente edición de RAMPA se publicarán las respuestas a esta prueba.

1. En el estudio de la dinámica familiar es falso que:

- a. La familia es como un ser vivo
- b. La familia busca constantemente su equilibrio
- c. Para ayudar a la familia sólo se requiere abordar los problemas de sus miembros individuales
- d. El comportamiento de la familia está influenciado por el ciclo vital familiar
- e. La familia funciona como sistema

2. En relación al tipo de familia, es falso:

- a. En Perú existe un número cada vez mayor de familias monoparentales
- b. Representa el modo cómo se organiza la familia
- c. Conforme va evolucionando la humanidad se van agregando nuevos tipos de familia
- d. El tipo de la familia tiene influencia sobre su nivel de funcionalidad.
- e. La familia nuclear es el tipo más frecuente de familia

3. En el ciclo vital familiar, es verdadero:

- a. La clasificación de las etapas se basa en el hijo mayor.

- b. La complejidad de las etapas es creciente de la primera a la última
- c. Cada una de las etapas implica un conjunto de cambios
- d. Solo a y c
- e. Todas son verdaderas

4. ¿Cuál de los siguientes aspectos de la familia NO puede ser evaluado por el familiograma?

- a. Composición familiar
- b. Las relaciones biológicas, legales y afectivas
- c. El tipo de ocupación o datos laborales de importancia
- d. Los problemas de salud o causas de fallecimiento
- e. Puede evaluar todos ellos.

5. ¿Un profesional que trabaja en atención primaria, en qué situaciones debería de hacer un familiograma como parte de la evaluación?

- a. En un paciente con tuberculosis, para conocer sus contactos. \
- b. En un problema de violencia familiar o crisis familiar.
- c. En un paciente Diabético que no está controlando su enfermedad.



- d. Cuando aborda a un adolescente con problemas psicosociales.
- e. Solo b y d

6. Respecto al APGAR Familiar es incorrecto que:

- a. El APGAR es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.
- b. El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia.
- c. Permite una primera aproximación a la identificación de familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares.
- d. En pacientes polisintomáticos, hiperfrecuentadores o con problemas psicosociales no tiene importancia el uso del APGAR familiar.
- e. Todas son correctas

7. Son Características del paradigma Biopsico-social adoptado por la Medicina Familiar todas la siguientes, EXCEPTO:

- a. La enfermedad no esta separada de la persona, ni la persona del medio ambiente.
- b. La tarea del trabajador de salud consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad así como entender al paciente y el significado que tiene la dolencia para él.
- c. Cada enfermedad tiene un agente etiológico específico y es el objetivo principal de la labor medica es el descubrirlo
- d. El paciente también es responsable de su salud
- e. Todas son características del paradigma Biopsico-social

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones corresponde al APGAR FAMILIAR?

- a. El APGAR familiar es una herramienta útil para conocer la situación familiar y su papel en los conflictos y su solución
- b. Mide la percepción de un individuo sobre la capacidad de su familia para ser un recurso adecuado o si por el contrario puede empeorar la situación de un conflicto
- c. Solamente mide un concepto: la función familiar
- d. a y b
- e. Todas las anteriores

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- a. La familia es la principal fuente de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con salud.

- b. La familia es un buen recurso para el diagnóstico de enfermedades
- c. La función del médico de familia es indicar la actuación que debe seguir la familia
- d. Las transiciones en el ciclo vital familiar pueden traducirse en síntomas somáticos
- e. Las características de una determinada enfermedad repercuten en la familia.

10. La medicina de Familia:

- a. Es una disciplina académica
- b. Posee un cuerpo propio de conocimientos y habilidades
- c. Trata la salud de la familia y la función de la misma
- d. a y c
- e. Todas

11. El ámbito de cuidado del Médico Familiar

- a. Implica cuidados de primer contacto
- b. Es episódico según la necesidad del paciente
- c. Excluye los problemas de comportamiento social
- d. a y b
- e. a y c

12. ¿Cuál de estas secuencias de funciones de la familia son evaluadas por el APGAR familiar?:

- a. Interacción, orgullo cultural, estabilidad económica, educación adecuada, cuidado médico
- b. Adaptación, participación, crecimiento, afecto, resolución
- c. Adición, moralización, protección, mejorar posición social
- d. Reproducción, satisfacción de deseos elementales, educación de los niños, protección, social
- e. Ninguna de las anteriores

En relación a la familia de María revisada en el estudio de caso responder

13. ¿Qué particularidades pueden generarse en el tipo de familias como el de María?.

14. ¿Qué desafíos del desarrollo se deben cubrir en la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia de María?

15. ¿Qué problemas de salud pueden presentarse en esta etapa?(Para consejería anticipatoria)

16. Elabore el Familiograma de la familia de María revisado en el estudio de caso.