

Introducción a la Medicina Familiar



JORGE V. CHAVEZ

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

1992

Printed and Published by the Government of India

1954

INTRODUCCION A LA
MEDICINA FAMILIAR

Jorge Chávez Hernández

INTRODUCCION A LA
MEDICINA FAMILIAR

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

1 9 9 2

Introducción a la Medicina Familiar

INTRODUCCION A LA
MEDICINA FAMILIAR

ISBN-968-6194-50-9
0268-92023-A0039

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Editorial Universitaria Potosina

Dedicado a mi familia nuclear,
con todo mi amor.

INDICE

I.—INTRODUCCION	13
Jorge Chávez Hernández	
II.—DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS	19
Jorge Chávez Hernández	
III.—NIVELES DE ATENCION MEDICA	23
Jorge Chávez Hernández	
IV.—MODELOS DE ATENCION MEDICA	31
Jorge Chávez Hernández	
V.—LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ATENCION	43
Jorge Chávez Hernández	
VI.—ESTRUCTURA Y FUNCION DE LA FAMILIA	47
Jorge Chávez Hernández	
VII.—CICLO VITAL DE LA FAMILIA	53
Jorge Chávez Hernández	
VIII.—FACTORES PSICOSOCIALES DE LA DINAMICA FAMILIAR	63
Gerardo Nava	
IX.—LA FAMILIA CON PROBLEMAS ESPECIALES DE SALUD MENTAL	79
Catalina Rivera Martínez	
X.—INDICADORES DE LA SALUD FAMILIAR	93
Florisa Alanís de Azuara	

XI.—LA HISTORIA CLINICA FAMILIAR Jorge Chávez Hernández	101
XII.—TERAPIA FAMILIAR José Luis López Rodríguez	113
XIII.—TRABAJO CON FAMILIAS Teófilo Garza Elizondo	129
XIV.—RELACION MEDICO-PACIENTE-FAMILIA Fco. Javier Gómez Zárate	137
XV.—SISTEMA DE REGISTRO FAMILIAR Carlos Loredo Díaz Infante	147
XVI.—EL EQUIPO DE SALUD EN LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR Esther Nieto García	163
XVII.—LA INTERCONSULTA ADECUADA-RELACION MEDICO FAMILIAR- MEDICO ESPECIALISTA J. Teodoro Rosales Colunga	171
XVIII.—LA SALUD DENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION Lourdes Garrido Sierra	179
XIX.—ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO POR EL MEDICO FAMILIAR Jorge Chávez Hernández	183
XX.—HIPNOSIS CLINICA EN MEDICINA FAMILIAR Luis David Guzmán Moreno y Jorge Chávez Hernández	191
XXI.—EDUCACION PARA LA SALUD Jorge Chávez Hernández	197
XXII.—ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN MEDICINA FAMILIAR Joaquín Azuara Bustamante	207
XXIII.—LA MEDICINA FAMILIAR EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD Agustín Guerrero Aguayo y Jorge Chávez Hernández	215

XXIV.—LA MEDICINA FAMILIAR EN LA PRACTICA MEDICA PRIVADA Jorge Chávez Hernández	221
XXV.—PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR Jorge Chávez Hernández	231

COLABORADORES:

Dra. Florisa Alanís de Azuara

Maestra en Salud Pública
Departamento de Medicina Preventiva
de la Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí.

Dr. Joaquín Azuara Bustamante

Médico Pediatra U.N.A.M.
Jefe de Enseñanza en el I.M.S.S.
San Luis Potosí, S. L. P.

Dra. Ma. Lourdes Garrido Sierra

Odontóloga. Maestra en Salud Pública
Escuela de Estomatología de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí.

Dr. Francisco Javier Gómez Zárate

Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar
Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí.

Dr. Agustín Guerrero Aguayo

Médico Familiar
Coordinador de la Residencia en
Medicina Familiar del I.M.S.S.
San Luis Potosí, S. L. P.

Dr. Luis David Guzmán Moreno

Neurocirujano e Hipnoterapeuta
Facultad de Medicina de la U.A.S.L.P.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. José Luis López Rodríguez
Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar
Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí.

Dr. Carlos Loredo Díaz Infante
Médico Familiar, U.A.S.L.P.
Jefe de Enseñanza en el I.M.S.S.
San Luis Potosí, S. L. P.

Psic. Gerardo Nava
Psicólogo Esp. Psicoterapia Psicoanalítica
Psicoterapeuta del D.I.F. Estatal
San Luis Potosí, S. L. P.

Lic. Enf. Esther Nieto García
Maestra de Salud Comunitaria
Escuela de Enfermería de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí.

Dr. Jesús Teodoro Rosales Colunga
Médico Cirujano
Maestro de Cirugía en la Facultad de Medicina
de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Dr. Teófilo Garza Elizondo
Médico Familiar y Terapeuta Familiar
Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de Nuevo León.

Dra. Catalina Rivera Martínez
Psiquiatra Infantil y Terapeuta Familiar
I.M.S.S. San Luis Potosí, S. L. P.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Jorge Chávez Hernández

La Enseñanza de la Medicina Familiar en los Estudios de Pregrado

En muy pocas escuelas de medicina mexicanas se imparte la cátedra de Medicina Familiar en los cursos de pregrado.

Si bien la Medicina Familiar es una disciplina relativamente joven, tiene ya más de quince años que se le reconoce formalmente en nuestro país como una especialidad médica¹. Este reconocimiento es meramente académico, ya que sigue siendo, como hace tres lustros, una perfecta desconocida entre el gremio médico, los estudiantes de medicina y la sociedad en general.

La dificultad para reconocer a la Medicina Familiar como una disciplina médica con características propias, radica en que frecuentemente se le confunde con la práctica de la medicina general, medicina ambulatoria, medicina comunitaria, etc.; si bien tanto el médico familiar como el médico general y el médico comunitario trabajan en el primer nivel de la atención médica, en cuanto que son médicos "de primer contacto" (quienes atienden en primera instancia a los pacientes), cada uno de ellos tiene sus **características propias**, las cuales trataré de precisar a continuación².

El médico general es un graduado, licenciado en medicina, que ofrece atención médica principalmente individual y muchas veces esporádica, de la patología más frecuente con los mínimos recursos técnicos posibles y sin la participación de personal o equipo especializado.

El médico comunitario enfoca su actividad a grupos grandes de población, principalmente en los aspectos preventivos de la enfermedad: la promoción de salud y la protección específica; así como el diagnóstico y tratamiento precoces de los problemas de salud más frecuentes.

El médico familiar reúne características de los dos anteriores, en cuanto que ofrece una atención personal, sin distinción de edad, sexo o tipo de enfermedad, de los padecimientos que afectan más comúnmente a los individuos, atendiendo estos problemas en cuanto a su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pero no en forma aislada o individualista, sino con un enfoque eminentemente social: teniendo a la familia como unidad de atención y valorando todos los aspectos socioeconómicos y culturales que rodean a la familia. Además, su atención tiene una característica fundamental: la continuidad de la atención, tanto en el tiempo como en el espacio. La relación del paciente con su médico familiar no está limitada a la duración de la enfermedad, ni se concreta al espacio físico del consultorio, sino que trasciende al hogar, al hospital o a la institución de convalecencia o rehabilitación.

El médico familiar no sólo investiga acerca de la familia y la tiene continuamente en mente, sino que posee un conocimiento personal y detallado con respecto del estado de salud de cada uno de sus miembros y de la estructura familiar como un todo.

El médico familiar debe ser un excelente clínico y un estudioso de la ciencia médica, pero además debe tener conocimientos bien fundamentados en Antropología, Sociología, Psicología y demás ciencias humanísticas y de la conducta, que le den el soporte necesario para manejar, comprender y tratar los problemas individuales y familiares dentro de su entorno social y comunitario y, por supuesto debe conocer a conciencia la dinámica familiar, su estructura, sus funciones y las diferentes fases por las que la familia atraviesa hasta completar su desarrollo.

De lo anterior se desprende que este profesional de la medicina debe tener una preparación especializada en donde se refuercen los conocimientos clínicos adquiridos en su preparación de pregrado y se enfoque esta práctica clínica, no al órgano o sistema enfermo del individuo; ni siquiera a la persona como un todo, pero aislada de su entorno social; sino al paciente miembro de una familia, de una comunidad, de una sociedad generadora de tensiones, hábitos o patrones culturales específicos; además esta atención al paciente debe ser integral, es decir, tomando en cuenta no sólo el aspecto biológico, sino también los aspectos psíquicos y sociales de la persona.³

Este perfil profesional del médico familiar está acorde con la necesidad social actual de contar con un médico capaz de ofrecer una atención integradora; es decir, que sin perder las cualidades derivadas de la especialización médica como son las de buscar la excelencia académica, clínica y tecnológica ofrezca además la atención personal, cordial y humanitaria que tenía el médico general de principios de siglo, quien conocía perfectamente a sus pacientes, a sus familias y a su comunidad.⁴

Es necesario, por lo tanto, que los médicos mexicanos reconozcan y respeten a la Medicina Familiar como una disciplina académica independiente con un cuerpo de conocimientos y actividades definidos y con una proyección socio-médica muy importante. Es necesario que los estudiantes de medicina conozcan desde su preparación de pregrado, la filosofía, doctrina y campo de acción de la Medicina Familiar. Es necesario que las instituciones de salud en donde laboran médicos familiares no sólo otorguen las facilidades necesarias para que estos médicos cumplan los objetivos de una verdadera práctica familiar, sino que soliciten de éstos la excelencia en la atención médica que su especialidad demanda, y lo más importante: es necesario que los médicos familiares demuestren con su práctica profesional las características que distinguen al médico familiar de otros tipos de médico. De hecho, la medicina familiar tendrá la proyección y el reconocimiento que los propios médicos familiares le den con su actuación profesional.⁵

Por otra parte, dadas las condiciones sociales, culturales, económicas, y sanitarias de nuestro país, se hace necesario que el médico atienda cada vez más los niveles de atención primaria: promoción de salud, vacunación, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno⁶. Sin embargo, la tendencia de muchas escuelas de medicina mexicanas sigue siendo la de formar exclusivamente médicos para los grandes centros hospitalarios y para la medicina de la alta tecnología. El estudiante de medicina sigue deslumbrado con la sofisticación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo cual no sería malo si no desdénara despectivamente las bondades de la medicina preventiva y la práctica de la medicina general y familiar. Lo anterior es fomentado por los médicos ya en ejercicio, por los profesores de medicina y por la sociedad en general al mantener el mito de que la medicina de primer nivel es sinónimo de mediocridad y estancamiento y que sólo los médicos llamados "especialistas" practican una medicina científica, y, por supuesto, al estudiante de medicina no le atrae la idea de ser mediocre ni obsoleto.

La excelencia académica y profesional debe darse en todas las áreas de la medicina, pero principalmente entre quienes atienden al mayor número de pacientes y de quienes depende que el proceso morboso no continúe hasta el daño irreversible, como son los médicos familiares.

Es deseable, por tanto, ofrecer al futuro médico la alternativa de ejercer su práctica profesional en la Medicina Familiar y otorgarle a ésta el valor curricular y académico que se le otorga a otras áreas de la medicina.

Breve reseña histórica de la Medicina Familiar

Canadá fue de los primeros países que instituyeron la especialización en Medici-

na Familiar. Fue en 1966 cuando se inició en ese país el programa de residencia de postgrado para esta nueva disciplina, siendo en la actualidad una de las especialidades médicas con mayor prestigio y demanda entre los estudiantes de medicina canadienses.

En los Estados Unidos de Norteamérica fue reconocida la Medicina Familiar como especialidad en 1969, fundándose el Consejo Americano de Medicina Familiar, el cual exige a sus miembros cada 6 años un examen de certificación a fin de comprobar su capacidad y la actualización de sus conocimientos.

La práctica de la Medicina Familiar es considerada en los Estados Unidos como una de las más completas dentro del ámbito de la medicina moderna.

En Israel, como en varios países europeos, se considera a la Medicina Familiar como una de las especialidades más importantes en sus sistemas de salud.

En Latinoamérica se ha implementado la enseñanza de la Medicina Familiar, tanto en los estudios de pregrado como en las residencias de postgrado, en Panamá, Bolivia, Venezuela, Perú, Colombia, Ecuador, Brasil, República Dominicana, Chile, Honduras y Argentina⁷.

En México el desarrollo de la Medicina Familiar se inició en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y fue a partir de 1971 que se constituye en una especialidad médica al iniciarse el programa docente de especialización en esta área.

En agosto de 1974 el H. Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México aprobó el programa de especialización. En octubre del mismo año la Universidad de Guadalajara y la Universidad Autónoma de Nuevo León dieron también su aprobación al programa de especialización en Medicina Familiar.

En 1980 la UNAM, en coordinación con la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, puso en marcha un programa paralelo al del Seguro Social para la especialización en Medicina Familiar. Asimismo en la Universidad de Nuevo León se ha venido desarrollando desde 1977 un curso de postgrado en Medicina Familiar¹.

La Academia Nacional de Medicina, máximo órgano del academismo médico en México, otorgó el reconocimiento formal al Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar en 1989. Dicho consejo agrupa en su seno a los médicos mexicanos que acrediten haber cursado los estudios de postgrado correspondientes a la especialidad;

es el organismo que evaluará constantemente el quehacer de los médicos familiares en nuestro país.

Para terminar, deseo citar las palabras del Dr. Frederick C. Robbins, maestro decano de la Escuela de Medicina de Cleveland, Ohio: "Probablemente el impedimento más serio para el desarrollo de la Medicina Familiar como una especialidad por todos aceptada es la extrema escasez de personal capacitado para los departamentos académicos, a la altura del personal docente de las áreas ya establecidas"⁸.

BIBLIOGRAFIA

1.—Jaime-Alarid, H., Irigoyen-Coria, A. **Fundamentos de Medicina Familiar**, México. Ed. Medicina Familiar, 1982.

2.—Chávez-Hernández, J. El Estudio de la familia por el médico familiar, **Bol. Inf. Esc. Med.**, Vol. 31. Núm. 3 56-60, 1988.

3.—Chávez-Hernández, J. Panorama Actual de la Medicina General en México. **Bol. Inf. Esc. Med.**, vol. 30, Núm. 3, 59-65, 1987.

4.—Varela Rueda, C. La Especialidad de la Medicina Familiar en México, **Boletín Médico del IMSS**, Vol. 14, 1972.

5.—Abrams, H.J., The success of Family Medicine as new speciality. **Journal Med. Educ.**, 47, 159, 1972.

6.—Rice D.I., La Medicina Familiar como especialidad, **Anuario de Actualización en Medicina IMSS**, Fasc. 17, 1974.

7.—Varela-Rueda., La enseñanza y la práctica de la Medicina Familiar en algunos países. **Boletín Médico del IMSS**, vol. 15, Núm. 12, 1973.

8.—Medalie, J. H. **Medicina Familiar. Principios y prácticas**. México. Ed. Limusa, 1987.

CAPITULO II

DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS

Jorge Chávez Hernández

En mi concepto, todas las definiciones son incompletas, puesto que es muy difícil, por no decir imposible, sintetizar en unas cuantas palabras todo un cuerpo de conocimientos, toda una doctrina, toda una filosofía. Sin embargo es útil, como mero auxiliar didáctico, el recurrir a las definiciones, aún a costa de parecer simplista y con el riesgo de sesgar el aprendizaje.

El Dr. Lynn Carmichael, director del Departamento de Medicina Familiar de la Escuela de Medicina en Miami, nos ofrece la siguiente definición de lo que es la Medicina Familiar:

“Medicina Familiar es la disciplina académica en la que el conocimiento y las habilidades de las áreas relevantes de la Medicina y campos asociados se estudian, se investigan y se enseñan en relación con la salud y el buen funcionamiento de la familia”¹.

Lo anterior sólo alude a la Medicina Familiar como disciplina académica, sin embargo debemos contemplarla también como práctica médica y como especialidad científica para tener un panorama más completo de lo que es la Medicina Familiar.

Disciplina médica

Entendemos por “disciplina médica” al conjunto de conocimientos, habilidades, estudios e investigaciones que se realizan en una determinada área de la Medicina ². Este cuerpo de conocimientos es promovido y avalado por las universidades, escuelas y facultades de Medicina y su principal interés es el estudio, la investigación y la enseñanza de dicha disciplina académica, teniendo como responsables de tales acciones a los profesores, expertos en esa determinada área, y como sujetos de enseñanza a los estudiantes de Medicina de una institución determinada, principalmente a nivel de

pregrado. El aprendizaje de esta disciplina, en conjunto con las demás disciplinas que conforman el curriculum de la institución, darán el soporte y la justificación para que pueda otorgarse un título académico a nivel licenciatura.

La finalidad de que esta disciplina académica se enseñe, se aprenda y se investigue será, a fin de cuentas, que el cuerpo de conocimientos que ella abarca se amplíe y se perfeccione.

Especialidad médica

Las disciplinas médicas dieron origen a las "especialidades médicas". A la disciplina médica interesa primordialmente el **conocimiento** y a la especialidad médica **la habilidad** en determinado campo de la Medicina³.

La especialidad médica es regida y avalada por un Consejo de Certificación o por un Colegio de profesionales del área, quienes dictan las normas de funcionamiento, los programas de entrenamiento y el "control de calidad" de quienes se dedican a esa especialidad médica.

Como tienden a interesarse más en el hacer que en el conocer, se ocupan principalmente de la educación a nivel postgrado, por lo cual los médicos que deciden especializarse en tal o cual porción de la medicina, deberán dedicar un tiempo adicional para entrenarse en la adquisición de las habilidades propias de la especialidad.

Práctica Médica

La práctica médica es la prestación de un servicio profesional a la sociedad con respecto del cuidado de la salud. Abarca la atención individual, familiar y comunitaria de las necesidades que con respecto al proceso salud-enfermedad requiere un grupo determinado de personas. Este servicio profesional dependerá de las condiciones culturales, económicas y ambientales de cada grupo humano y deberá adecuarse a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de esa determinada sociedad⁴.

Al satisfacer necesidades de salud, la práctica médica deberá irse adecuando de tiempo en tiempo a la satisfacción de las cambiantes demandas de la población, por lo que su implementación será tan dinámica, actualizada y diversa, como diversa y dinámica sea la evolución de la sociedad a la que sirve.

En base a lo anterior podemos afirmar que las necesidades de salud dan origen a la **práctica médica**, ésta a su vez origina las **especialidades médicas**, las cuales

deben ampliar y profundizar su base teórica, creando así las **disciplinas médicas** que le den el suficiente soporte científico.

Dentro de este contexto, la Medicina Familiar derivó de la necesidad de contar con un profesional de la medicina que atendiera por igual los problemas de salud de la madre, del recién nacido, de los hijos en edad escolar y adolescente, del padre en plena etapa productiva y de la pareja senecta, enfocando el manejo de estos problemas a la vida familiar, con su dinámica particular para cada grupo primario y salpicado con los problemas cotidianos de cada familia⁵.

A lo anterior agregamos que la sociedad le pide —le exige— a este profesional, que su preparación académica y su práctica médica, tengan el mismo nivel de calidad y dedicación que muestran los médicos que se especializan en áreas más restringidas de la medicina como la Cardiología, la Neumología, la Oftalmología, etc.

En base a lo anterior nace la práctica de la medicina familiar, la cual da origen a la especialidad médica denominada Medicina Familiar y ésta a su vez se apoya en una disciplina académica que reúne el soporte teórico de lo que es la Medicina Familiar.

El reto es grande. Se requieren médicos con gran dedicación para estar actualizando constantemente sus conocimientos de patología general con gran humanismo, para comprender los problemas individuales y familiares que inciden en la dinámica familiar y con una vasta cultura para poder abarcar la amplia gama de factores ambientales y sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad en las familias que tiene a su cargo. No es nada fácil ser un buen médico familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Carmichael, L. P., *Medicina Familiar en Family Health Care*, New York. Mc Graw Hill. 1973.
- 2.—Conn, H., Rakel R. y Johnson, T. **Family Practice**. Filadelfia. W.B. Saunders. 1973.
- 3.—Andreopoulos S. **Primary Care**. New York. J. Wiley and Sons. 1974.
- 4.—Taylor, S. **Good General Practice**. Oxford, 1954.
- 5.—Ransom, D. C. The development of Family Medicine, **J.A.M.A.** 225, 1098-1102. 1973.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

REPRODUCTION

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
530 N. Dearborn Street, Chicago, IL 60610-5708
U.S. POSTAGE PERMIT NO. 4235 CHICAGO, ILL.

CAPITULO III

NIVELES DE ATENCION MEDICA

Jorge Chávez Hernández

Durante la primera mitad del presente siglo quien llevaba la batuta en la resolución de los problemas de salud era el médico general, médico de familia o médico "de cabecera" como se le llamaba¹; no obstante sus limitaciones técnicas y lo reducido de su arsenal terapéutico lograba, sin embargo, captar la confianza de sus enfermos en el contexto de la familia y de la comunidad. Ejercía casi exclusivamente un tipo de medicina curativa y poco o nada de la medicina preventiva y de rehabilitación.²

A partir del informe Flexner en 1910³, la educación médica se hizo más especializada, poniéndose gran énfasis en la estructura y función de los órganos y sistemas, así como en la realización de experimentos científicos en laboratorios, con tecnología e instrumental sofisticado⁴.

La Primera y Segunda Guerras Mundiales favorecieron el avance acelerado de este tipo de medicina organicista, ya que se tuvo oportunidad de implementar un sinnúmero de intervenciones quirúrgicas, experimentación de técnicas novedosas, estudio e investigación de nuevos fármacos, observación de efectos adversos de medicamentos, radiaciones, cirugía o implementos paramédicos.

Con la captación y sistematización de la información recolectada se fortalecieron las especialidades médicas y apareció un largo cortejo de médicos especialistas en cada una de las diferentes ramas de la medicina. Muchos estudiantes se encaminaron hacia la medicina de especialidad y los médicos que no tuvieron acceso a los centros de alta enseñanza se vieron obligados a practicar una regular medicina general, con el detrimento social y profesional de su imagen⁵.

Las ventajas de la práctica médica especializada fueron evidentes: se podría incidir con mayor profundidad en el estudio y manejo de cada paciente; se podría acumular una mayor experiencia en el comportamiento de cada enfermedad específica y el

médico especialista podía más fácilmente mantenerse actualizado en esa porción de la medicina a la que se dedicaba en exclusividad. Sin embargo, esta práctica médica como alternativa única de atención, evidenció también sus desventajas: los altos costos de operación hicieron poco accesible el servicio para la mayoría de la población; la pérdida de una adecuada relación afectiva entre el paciente y sus médicos tratantes, ya que en ocasiones el paciente no sabía cuál de todos los especialistas que lo atendían era su médico tratante; la desintegración del individuo en un estómago, un oído o un corazón enfermo; el natural desconcierto del paciente al no saber, en primera instancia, a cual especialista consultar ante una variada gama de dolencias y desajustes orgánicos⁶. Todo lo anterior propició que nuevamente se empezara a revalorar la actitud y la importancia del médico general, pero sin perder las bondades de la medicina especializada.

Una alternativa viable de solución fue sistematizar la atención médica para optimizar la organización de la misma en tres niveles.

En el Primer Nivel de Atención encontramos a los médicos "de primer contacto", es decir, quienes inician la atención médica del paciente, tanto a nivel institucional como privado; su práctica coincide en que atienden los problemas de salud más frecuentes, sin distinción de edad, sexo o tipo de enfermedad, con los recursos técnicos disponibles, tanto de diagnóstico como de terapéutica y de rehabilitación. En nuestro medio podemos reconocer tres tipos de enfoque en esta atención primaria: la práctica médica general: con una atención dirigida principalmente al **individuo enfermo**; la práctica médica familiar: con un enfoque integral **hacia la familia**, tanto en la salud como en la enfermedad y la práctica médica comunitaria: cuya atención se dirige a toda **la comunidad**.

En el Segundo Nivel de Atención encontramos a los médicos que ejercen las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría o Gineco-obstetricia. Su práctica se desarrolla a nivel de consultorio y en los hospitales o clínicas de especialidades.

En el Tercer Nivel de Atención encontramos a los médicos que se dedican a una subespecialidad médica derivada de las cuatro anteriores y trabajan, por lo general, en los grandes centros médicos de especialidades, llamados también "Hospitales de concentración".

Características de los niveles de atención⁷

Primer Nivel:

- 1.—Tiene un campo de acción muy amplio y se ocupa de los problemas de salud

más frecuentes: el médico general, familiar y comunitario atienden todos los problemas de salud e intentan resolver la mayor parte de ellos. Se calcula que una buena atención médica de primer nivel resolverá cerca del 90% de esos problemas, canalizando adecuadamente el 10% restante a los niveles 2o. y 3o. para la mejor atención de esa patología que por su rareza o complejidad no puede ser resuelta en un primer nivel.

2.—Está dirigido a grupos pequeños de población: La atención primaria a la salud requiere de una relación muy estrecha entre el personal de salud y los pacientes. Debe ser accesible, cordial, “familiar” por lo que debe tener la característica de casi exclusividad a la comunidad que atiende, por lo cual debe reducir su influencia a grupos pequeños de población como sería una comunidad rural de pocos habitantes, una colonia, un barrio, un sector de la ciudad, una escuela, una fábrica, un asilo, etc.

3.—Requiere estar ubicado en la propia comunidad. Esta característica es consecuencia de la anterior. La accesibilidad al servicio de salud requiere necesariamente la ubicación dentro de la comunidad, como sería: la Clínica Rural, el Centro de Salud urbano, el Centro de Salud suburbano, la Unidad de Medicina Familiar, el consultorio de barrio, etc.

4.—Debe existir identificación psicológica y sociocultural con la comunidad. La adecuada relación médico-paciente, esencial para una buena atención de primer nivel, se extrapola igualmente al edificio, al personal paramédico, a las instalaciones, al “lenguaje” que utiliza el Centro de Atención Primaria para comunicarse con sus beneficiarios. Sería contraproducente construir una clínica lujosa en una comunidad donde falta lo indispensable o viceversa.

5.—La atención a pacientes es en forma ambulatoria, ya sea en el consultorio o **en el domicilio del paciente**. Los problemas de salud más frecuentes generalmente no requieren hospitalización, aunque sería conveniente contar con unas cuantas camas en donde se pueda mantener en observación durante algunas horas a esos pacientes que debido a un padecimiento agudo están en la disyuntiva de continuar su manejo ambulatorio o pasar a otro nivel de atención según sea la evolución de su problema.

6.—El público tiene acceso directo a la atención y la respuesta debe ser rápida y expedita. Una característica esencial del primer nivel de atención es que esté siempre disponible a los pacientes y que además de eficaz, sea eficiente. Una atención médica demasiado burocratizada, lenta o postergada aniquila la esencia de la atención primaria.

7.—Coordina todas las acciones de atención médica y es el responsable de la continuidad de la misma. El médico "de primer contacto", en especial el médico familiar, es quien conoce a su paciente, a su familia adscrita y a su comunidad a la que sirve. Es él quien debe coordinar las acciones médicas preventivas: vacunación, educación higiénico-dietética, detección oportuna de cáncer, control de peso, entre otras. Es él quien debe coordinar las acciones curativas: decidir cuándo el paciente debe ser tratado en otro nivel de atención; cuándo es necesaria una intervención quirúrgica o cuándo es conveniente diferir un tratamiento para atender un problema prioritario. Todo esto lo hará con la asesoría y la adecuada interconsulta con otros médicos y demás profesionales de la salud que integran los servicios médicos. Por último, el médico familiar, debería coordinar también las acciones de rehabilitación, tanto física como mental y social de los individuos y las familias que atiende. Todo lo anterior permitirá que el médico familiar se responsabilice de la **continuidad** de la atención del paciente, lo cual es una de las características más sobresalientes de la Medicina Familiar.

8.—Requiere de un nivel básico de tecnología. La atención primaria no requiere de aparatos muy sofisticados o costosos, ni la presencia de personal altamente especializado, característico de otros niveles de atención; sin embargo se debe estar familiarizado con esta alta tecnología para poder referir a los pacientes a esas áreas cuando sea necesario.

Los implementos y estudios auxiliares más frecuentemente usados en el primer nivel de atención dependerán de los recursos disponibles, del lugar en donde se desarrolle la atención médica y del tipo de problema de salud que se esté atendiendo, se debe tener como base una buena historia clínica, una exploración física completa y una utilización gradual en los auxiliares diagnósticos.

9.—La orientación de la práctica es fundamentalmente hacia el mantenimiento de la salud. En este aspecto es básico reconocer la función de la Medicina Preventiva. El objetivo primordial del primer nivel de atención es que el individuo, la familia y la sociedad **conservé** la salud mediante la implementación de medidas preventivas.

Debemos recordar que el médico es el profesional **de la salud**, no el profesional de la enfermedad, como actualmente lo concebimos.

10.—Los conocimientos y habilidades empleados en el primer nivel de atención requieren de gran amplitud, por lo que necesariamente son de mediana profundidad. El médico general sabe poco acerca de mucho y el especialista sabe mucho acerca de poco; ambos se necesitan y se complementan en beneficio del paciente en una escala de atención médica en donde debe darse el respeto y la colaboración desinteresada.

Segundo nivel:

1.—Su campo de acción es más reducido que el del primer nivel, ya que la atención médica se ve limitada por razones de edad (Pediatria), de sexo (Ginecología) o de enfoque terapéutico (Medicina-Cirugía). Además el tipo de problemas de salud que atiende son más específicos y de menor frecuencia, por lo que requieren atención especializada.

2.—Sirve a grupos de población más grandes que los del primer nivel, ya que la cobertura se amplía en cuanto disminuye la frecuencia y el número de casos atendidos. Las clínicas de especialidades (hospitales de segundo nivel) atenderán a los pacientes que les sean referidos por los médicos de primer contacto.

3.—Como consecuencia del punto anterior, la ubicación de los centros de atención de segundo nivel se ubican a una distancia media del domicilio del paciente: pueden encontrarse en la misma ciudad, o en la cabecera municipal, pero no en la misma comunidad, (población rural, colonia, barrio, etc).

4.—El enfoque de la atención médica en este segundo nivel está orientada hacia órganos, aparatos o sistemas, en contraposición al manejo integral que se requiere en el primer nivel de atención.

5.—La atención médica puede darse en forma ambulatoria (consulta externa) o a través de la hospitalización. Lo más frecuente es que se requiera un corto tiempo de internamiento en la clínica a fin de realizar procedimientos diagnósticos; seguir de cerca la evolución de un padecimiento que se ha exacerbado, o bien para resolver algún evento clínico patológico (intervención quirúrgica, atención ginecoobstétrica, etc.) y posteriormente se continúe el tratamiento en forma ambulatoria.

6.—La atención médica en el segundo nivel es generalmente discontinua (por referencia del primer nivel) e intermitente, puesto que el paciente consultará al especialista por algún problema específico, mientras tanto seguirá consultando al médico familiar para su manejo integral.

7.—El segundo nivel de atención servirá de apoyo al médico familiar para atender los casos que por su naturaleza específica requiera de la intervención del especialista; su acción, por lo tanto, estará supeditada a la coordinación del médico de primer nivel.

8.—La implementación de recursos técnicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, son de mayor sofisticación y de menor accesibilidad que los utilizados en el primer nivel de atención.

9.—La orientación de la práctica médica es principalmente hacia la curación de enfermedades, con menor énfasis en la prevención (que maneja más el primer nivel) y la rehabilitación (que es más frecuente en el tercer nivel).

10.—Los conocimientos y habilidades empleados en este segundo nivel de atención son de amplitud y profundidad intermedia. Es decir, se limita al campo de una determinada especialidad médica pero con una menor acuciosidad de la que se requiere en el tercer nivel de atención médica.

Tercer nivel:

1.—Tiene un campo de acción muy reducido debido a que los problemas de salud que se atienden en este nivel son más complicados y de mucha menor frecuencia.

2.—Su actividad está destinada a grupos de población muy grandes. Los centros médicos de subespecialidad, por su alto costo y su elevada tecnología son "hospitales de concentración" a donde se canalizan los problemas médicos que por su rareza o complejidad requieren de esta tecnología sofisticada y costosa. Estos casos son, afortunadamente, mucho menos frecuentes que los que se resuelven en el primero y segundo niveles.

3.—Los centros médicos de tercer nivel pueden estar ubicados a gran distancia del hogar del paciente.

4.—La interacción humana entre el médico de tercer nivel y su paciente se ve limitada por la sofisticación empleada en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos característicos de este nivel de atención.

5.—Los pacientes que se atienden en el tercer nivel son generalmente hospitalizados para la realización de los procedimientos médico-quirúrgicos requeridos.

6.—El acceso a este nivel de atención es por referencia del segundo o del primer nivel.

7.—El personal médico de tercer nivel deberá mantener una relación muy estrecha con los niveles primero y segundo a fin de evitar un divorcio en las acciones médicas con el consecuente perjuicio para el paciente.

8.—La tecnología requerida en este nivel está constituida por equipo sumamente complejo y especializado, siendo indispensable la participación de personal médico y paramédico bien adiestrado en esta área.

9.—Su orientación fundamental es hacia la limitación del daño y la rehabilitación, con muy poca actividad en la prevención y en la promoción de salud.

10.—Los conocimientos y habilidades requeridos en este nivel son de muy reducida amplitud y de gran profundidad.

BIBLIOGRAFIA

1.—Chávez-Hernández, J. Panorama actual de la Medicina General en México. **Bol Inf Fac Med.** vol 30 (No. 3) 59-63. 1987.

2.—Chávez-Hernández, J. El buen médico general es un médico de familia. **Prescripción Médica. México,** octubre 1987.

3.—Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada. Bull No. 4, **Carnegie Foundation for advancement of teaching.** New York. 1910.

4.—Medalie, J. H. **Medicina Familiar, principios y prácticas.** México. Limusa. 1987.

5.—Royal College of general Practitioners. The future general practitioners: learning and teaching. **London BMA.** 1972.

6.—Sainz-Janini, J.M., Funciones del médico general en el sistema de atención médica. **Rev Fac Med.** 1979.

7.—Jaime-Alarid, H., Irigoyen-Coria, A. **Fundamentos de Medicina Familiar.** México. Ed Med Fam Mex. 1982.

CAPITULO IV

MODELOS DE ATENCION MEDICA

Jorge Chávez Hernández

Desde que el hombre apareció sobre la faz de nuestro planeta su vida ha estado sopesada de una manera inexorable en una balanza en cuyo extremo se encuentra enfermedad, lesión, sufrimiento, muerte . . . y del otro lado encontramos salud, bienestar, dicha, paz. Este constante ir y venir entre la salud y la enfermedad ha originado desde antiguo la necesidad de contar con alguien que se encargue de cuidar la salud y combatir la enfermedad en todas las sociedades y en todas las épocas.

En base a lo anterior, los patrones de atención médica han ido evolucionando, se han ido transformando en forma paralela a la evolución de la humanidad y de su cultura, de sus temores y sus creencias, de sus avances, sus retrocesos y estancamientos. De tal forma que encontramos a través de la historia un sinnúmero de modelos de atención médica, desde lo que se ha denominado "medicina instintiva" en la época prehistórica mediante la cual los primeros hombres debieron responder a través de su experiencia individual a las agresiones de un medio ambiente hostil. Estas experiencias fueron seguramente transmitidas de padres a hijos como incipientes pautas de conducta con respecto al proceso salud-enfermedad para evitar, por ejemplo, ciertas plantas y animales nocivos y para conseguir la curación mediante algunas prácticas primitivas de tratamiento como la inmovilización de un miembro fracturado, la limpieza constante de una herida, la desparasitación recíproca, etc.; mecanismos instintivos de defensa que aún vemos en algunos animales y que están estrechamente relacionados con el instinto de conservación.

Posteriormente el hombre ligó el binomio salud-enfermedad a otro binomio no menos complejo y trascendente: magia-religión. Tenemos los primeros indicios de este concepto mágico-religioso en las representaciones pictóricas de la figura humana del paleolítico superior en la cueva de Trois-Frères, célebre por el "Gran Mago" encontrado en ella, el cual era representado con cabeza de ciervo, rostro de búho, orejas de lobo y barba de rebozo. Las zarpas son de oso y ostenta una larga cola de caballo. Solo

los miembros inferiores, la región genital y su actitud danzante indican que se trata de una figura humana. Parece, pues, un "Señor de los Animales", el hechicero más antiguo del que se tiene noticia pictórica¹.

Nuestros antepasados construyeron todo un sistema de creencias de carácter sobrenatural con el que se explicaban el proceso de enfermar y el de recuperar la salud, muy similar a como lo entienden todavía los actuales pueblos primitivos.

De las creencias mágico-religiosas derivó el "animismo", según el cual no sólo tienen vida y personalidad las criaturas vivientes sino también los objetos inanimados. Toda la naturaleza es sagrada y todos los fenómenos del mundo material son influidos o dirigido; por una fuerza universal, llamada de diferentes formas: "Mana" para los melanesios, "Wakan" para los sioux, "Orenda" para los iroqueses, "Oki" entre los hurones, "Zemi" entre las poblaciones indias, "Megbe" para los pigmeos africanos, etc.².

En algunos de los pueblos la figura del médico primitivo engloba las funciones de asistencia a las enfermedades reconocidas como naturales y a todas las demás, que son la mayoría, atribuidas a un origen sobrenatural; mientras que en otros, aquellas son atendidas por un práctico de menor categoría, una especie de ayudante de hechicero y éste solo se ocupa de las enfermedades debidas a una causa espiritual. Es el chamán, el médico-brujo, el encargado de sanar a los enfermos.

Los conceptos de magia y religión ligados a la enfermedad poco a poco cedieron terreno a una práctica médica más racional entre los pueblos sumerios, babilonios y egipcios, quienes intuyeron un origen orgánico de la enfermedad, aunque seguimos encontrando en sus culturas a los dioses-médicos y a los médicos-sacerdotes; se da gran importancia a la higiene y al baño purificador, así como al embalsamamiento de cadáveres.

En las culturas precolombinas de América se alcanzó un grado importante de desarrollo. Entre los aztecas encontramos al médico general o Ticitl que examinaba al enfermo y le administraba plantas medicinales. Otro era el Nahualli, conocedor de la astrología y experto en augurios. Había entre los aztecas cirujanos, flebotomistas, boticarios y herbolarios³.

La medicina alcanza su realización en la Grecia clásica, en donde el uso de la razón como especial capacidad del hombre, se eleva por encima de creencias mágicas, religiosas y sobrenaturales. Es ahí en donde por primera vez en la historia se produce un intento de explicar los fenómenos de la naturaleza y las leyes que los regulan desde

un punto de vista dirigido por el razonamiento crítico. Es por eso que en el siglo IV a. C. se sitúa el nacimiento de la medicina actual con esta nueva forma de pensamiento médico basado en el raciocinio y en el estudio de la naturaleza.

Hipócrates reúne en el *Corpus Hipocraticum* esta filosofía de la medicina griega que sirvió de base a la medicina occidental contemporánea.

En este modelo hipocrático se da una gran importancia a la conservación de la salud mediante una serie de normas higiénico-dietéticas que permiten vivir en armonía con el medio ambiente, respetando las leyes de la naturaleza y en concordancia con una visión ordenada y armónica del universo. "De la naturaleza surge todo y, por tanto, también la salud cuando impera la armonía y el equilibrio; el desorden da lugar a la injusticia conocida como enfermedad, la cual atenta contra el sabio equilibrio natural del cuerpo. Por eso, no existen enfermedades divinas y humanas, sino que todas son alteraciones de la naturaleza y la función del médico es principalmente conocer sus secretos para, mediante su arte, poder ayudarla a lograr su anterior armonía"⁴.

La medicina siguió evolucionando a través del tiempo, sufriendo un estancamiento en la Edad Media, para luego renacer con la investigación y la experimentación de los siglos posteriores.

Desde fines del siglo pasado estaba ya estructurada la "medicina científica" que se practica en la actualidad. El conocimiento científico de la práctica médica empezó siendo de carácter morfológico, con el estudio anatómico de las lesiones orgánicas. Esta idea de la enfermedad como lesión anatómica se volverá un conocimiento propiamente científico con la ayuda del microscopio. Paralelamente al avance en el conocimiento de la anatomía patológica y de la fisiología patológica se desarrolló el de la clínica, de tal manera que se empezaron a identificar signos clínicos determinantes (patognomónicos) de tal o cual enfermedad. Posteriormente se pudo comprobar científicamente las causas de las alteraciones en los órganos y tejidos corporales a través de la microbiología la cual se desarrolló en forma rápida gracias al impulso de varios investigadores, entre ellos Virchow, Pasteur, Koch, entre otros.

En esta época se consolidó el modelo orgánico-biologicista que para explicar el proceso salud-enfermedad priva hasta nuestros días. Este modelo puramente orgánico aísla al individuo de su entorno familiar y social y le resta importancia a la influencia que el ambiente cotidiano puede tener sobre su padecer. De igual manera concede poca o nula importancia a la psique, a la mente, como fuente de salud o enfermedad⁵.

El desarrollo acelerado de la tecnología y los espectaculares avances en el campo

diagnóstico y terapéutico de las últimas décadas han reforzado el enfoque puramente físico-biológico que se tiene de la atención médica con una práctica eminentemente curativa o correctiva de la lesión orgánica.

En las últimas décadas se han observado algunas tendencias de la práctica médica hacia el retorno progresivo de la visión integral del hombre como objeto de las acciones médicas. Colocar nuevamente al "Hombre" como el centro de atención y no a la enfermedad, al microbio, a la entidad nosológica, a la lesión, como el objeto primordial de la ciencia médica.

Esto ha dado origen al resurgimiento de algunas especialidades como la Medicina Familiar, la Medicina Psicosomática, la Antropología Médica, entre otras.

Actualmente la gente parece buscar atención médica de alta calidad pero más personal y comprensiva, para reemplazar la atención fragmentada e impersonal que proporcionan algunos profesionales de mentalidad tecnológica. La atención requerida en nuestros días se enfrenta al reto de combinar los crecientes conocimientos científicos y el desarrollo tecnológico con la atmósfera de cálida simpatía de un médico humanitario. Los hospitales generalmente carecen de lo último, mientras que la atención primaria frecuentemente tiene problemas con lo primero⁶.

Esta necesidad social de retomar un modelo de atención más integrador nos obliga a revisar algunos aspectos de la práctica médica actual en cuanto a su **enfoque** y a sus **patrones de atención**.

Enfoque de la Atención Médica

Podemos dividir el enfoque que actualmente los médicos dan a su práctica en tres grandes áreas: individual, familiar y comunitaria.

1.—**Enfoque individual:** la atención médica va dirigida exclusivamente al individuo que viene a consultarnos por tal o cual dolencia o al que tenemos encamado en una determinada área del hospital. No se le presta demasiada importancia a la familia. Es decir, nos da igual si es casado, soltero o viudo; si tiene hijos o no los tiene y nos importan poco sus problemas familiares o conyugales. Tampoco se le concede demasiada importancia a su trabajo ni a sus aficiones, a su grupo de amigos o a sus relaciones interpersonales. Nos basta saber la edad, el sexo, así como su peso y su talla. Nos interesan los signos vitales y el padecimiento actual. Probablemente indagaremos someramente acerca de patología previa, en especial la que se relaciona con el problema por el que se nos consulta. Concedemos, eso así, importancia capital a los exámenes de laboratorio y gabinete y a la respuesta de la terapia medicamentosa.

Este enfoque "individualista" de la práctica médica puede a su vez dividirse en dos tipos:

- a) el "estudio del caso"
- b) el estudio "completo" del individuo.

En el estudio del caso nos abocamos, en cuerpo y alma, a investigar el origen de la disfunción, ya sea de carácter físico o emocional. Nos concentramos en el órgano, sistema o aparato enfermo y sobre éste dirigimos los estudios, que incluirán una historia clínica dirigida al problema que presenta el enfermo; una exploración física perfectamente circunscrita al área patológica; los estudios paramédicos específicos del caso, a fin de establecer un diagnóstico preciso, conciso y exacto, del que derivará un plan terapéutico específico basado principalmente en la prescripción de fármacos o en una acción quirúrgica correctiva o paliativa.

En el "Estudio completo del individuo" se enfoca la atención a la persona como un todo, es decir, con sus características físicas, emocionales y sociales. No existen estados patológicos que no tengan implicaciones psicológicas o repercusiones sociales, tanto en su etiología como en su desarrollo y en su resolución. El médico que tiene en cuenta esta interrelación de las tres áreas en su paciente tendrá más posibilidades de éxito en la atención del mismo. Ciertamente que en ocasiones una de las tres áreas predomina sobre las otras dos y se deberá poner mayor énfasis en ella, pero sin olvidar las otras dos. Este enfoque de la persona como un todo le devuelve al paciente su dignidad como ser humano y al médico su calidad como terapeuta.

2.—**Enfoque familiar:** en este tipo de atención médica se amplía el horizonte terapéutico hacia la familia como grupo primario. Se considera a la familia del paciente como causa generadora de sus conflictos en algunos casos, o bien como coadyuvante en el tratamiento del enfermo en otros, pero siempre interactuante con el individuo y siempre presente.

Se pueden también hacer divisiones con respecto de este enfoque familiar:

- a) el enfoque orientado hacia la familia
- b) la familia como unidad de atención

En el primer apartado se tiene como eje del tratamiento al individuo, pero tomando en cuenta las implicaciones que sobre su padecer tiene la familia, tanto para su etiología como para su tratamiento y manejo (cuidado del enfermo, preparación de los alimentos, incidencia en hábitos nocivos, etc.) Asimismo habrá padecimientos en los que por su naturaleza específica se requiera extender el tratamiento a los demás in-

tegrantes de la familia aunque no se les atienda personalmente (por ejemplo en las parasitosis, en las enfermedades infecto-contagiosas, en los padecimientos hereditarios, etc.).

Es importante señalar que en este tipo de enfoque terapéutico la familia es observada a través de los ojos del paciente, lo cual no siempre corresponde a la realidad.

Cuando se atiende a la familia "como unidad", tanto el diagnóstico como el tratamiento se aplica a la familia como si se tratara de un solo paciente y cada uno de sus miembros son considerados como órganos articulados e interdependientes de este organismo llamado familia. Para este tipo de atención, el médico requiere conocer a todos y cada uno de los miembros de la familia, así como la dinámica que entre ellos se maneja, los roles que cada uno juega dentro de esa dinámica y su participación como agente de salud o enfermedad en la familia.

Este tipo de atención será conveniente en varios casos particulares:

- a) Cuando se integra una familia nueva al sistema de registro familiar.
- b) Cuando existe un problema crítico en la familia: distensión conyugal, alcoholismo, toxicomanías, delincuencia, etc.
- c) Cuando hay trastornos genéticos o hereditarios: síndrome de Down, hemofilia, talasemia, etc.
- d) En alguna crisis familiar aguda: la muerte de un miembro de la familia, un accidente severo, el enfermo desahuciado, etc.
- e) El manejo de un paciente con enfermedad crónica: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Artritis reumatoide, etc.
- f) Cuando existe en algún miembro de la familia enfermedad psiquiátrica: psicosis, neurosis, depresión, angustia, etc.⁷

Para este tipo de atención familiar se requiere elaborar una "historia clínica familiar", la cual se describe en un capítulo aparte.

3.—**Enfoque comunitario:** este enfoque en la atención requiere ampliar aun más la perspectiva en cuanto a la visión que se tiene de la práctica médica. Es indispensable para esto que el médico posea un conocimiento adecuado de la comunidad en

la que presta sus servicios; puede tratarse de una comunidad rural, urbana o suburbana. Se deben determinar las características comunes que son compartidas por el grupo de familias que agrupa la comunidad: nivel socioeconómico, nivel cultural, grado de instrucción, hábitos alimentarios, hábitos higiénicos, hábitos nocivos a la salud, toxicomanías, creencias, costumbres, religión, etc.; esto lo podemos ir conociendo poco a poco en el transcurso de varios años de práctica médica en el mismo lugar, o bien podemos investigarlo mediante la implementación de un estudio en la comunidad a través de encuestas, visitas domiciliarias, trabajo social, etc.; muchas veces el conocimiento que se tiene de la comunidad deriva de la propia experiencia al pertenecer desde la infancia a ese grupo social al que se sirve como médico.

El enfoque comunitario en la atención médica tiene la finalidad de implementar medidas preventivas principalmente, encaminadas a preservar la salud en el grupo social que se atiende. Estas medidas pueden ser, por ejemplo, la buena disposición de basura y desechos; la construcción de letrinas en donde fuere necesario; una campaña intensiva de vacunación; la promoción en la implementación de servicios públicos como el drenaje, la entubación de agua, el alumbrado; la promoción de la salud mediante acciones educativas a base de conferencias, folletos, carteles y medios audiovisuales, entre otros.

Habrán situaciones en las que este enfoque comunitario deba aplicarse a grupos o comunidades especiales, tal es el caso de los médicos que prestan sus servicios en fábricas o empresas determinadas, en instituciones educativas, en asilos, orfanatorios, cuarteles. En estos casos, tanto la prevención como el manejo de los padecimientos dependerá de las características particulares de cada grupo humano y del conocimiento exacto que se tenga de ese grupo dependerá el éxito de la atención médica⁸.

ENFOQUE DE LA ATENCION MEDICA:

I.— Individual	estudio del caso estudio completo del individuo
II.— Familiar	orientación hacia la familia la familia como unidad de atención
III.— Comunitario	grupos de familias grupos especiales

CUADRO 1

Patrones de atención Médica

En la práctica actual de la medicina encontramos principalmente tres tipos de patrones de atención: el curativo, el preventivo y la denominada "atención integral". Es cierto que lo más frecuente es encontrar mezclados **estos modelos** de atención, sin embargo es conveniente hacer un análisis por separado de cada uno de ellos puesto que siempre predomina alguno, confiriendo características singulares a la práctica de cada médico.

Patrón curativo

Es, con mucho, el patrón predominante en la práctica médica actual. Esto deriva del enfoque individualista y de carácter orgánico biológico que se da a la atención del paciente y que considera a la enfermedad como una alteración orgánica de las estructuras constitutivas del cuerpo humano y de sus respectivas funciones⁵.

Debido a esta concepción puramente anatómica, la sociedad actual considera al médico un "curador de enfermedades"; es el "profesional de la enfermedad" no el "profesional de la salud" como debería ser considerado. La mayoría de la gente, al menos en nuestro país, acude con el médico cuando **se siente** enferma o cuando detecta en su organismo algún síntoma de disfunción o dolor y casi nunca para solicitar orientación en la conservación y mejoramiento de un estado actual de salud. Lo anterior es aceptado y fomentado por el médico en ejercicio, a tal grado que hay médicos, sobre todo quienes trabajan en las instituciones de salud, que se molestan con el paciente cuando éste acude a consulta sin presentar una enfermedad que "justifique" la atención; en la práctica privada el médico busca afanosamente en ese paciente que llega sin patología aparente, algún indicio de disfunción orgánica que "justifique" el cobro de unos honorarios médicos.

Este patrón curativo puede ser de tres tipos:

- a) de urgencia
- b) periódico
- c) continuo

El patrón curativo **de urgencia** es aquel que se ofrece para remediar alguna situación aguda que demanda una atención rápida y expedita, como sería un cuadro clínico de abdomen agudo, traumatismos, intoxicaciones, hemorragias, desmayos, accidentes en general, o bien un cuadro "histérico", en donde tanto el paciente como sus familiares se presentan al servicio médico con una carga importante de angustia y agitación, topándose, las más de las veces, con un médico frío e insensible porque és-

te "sabe" que no hay lesión orgánica, "es sólo un histérico" se dice despectivamente y de ese modo se le atiende.

El patrón curativo **periódico** es el más frecuente. Se otorga la atención médica sólo cuando el paciente se siente mal y demanda el servicio. Se realiza una valoración de la disfunción orgánica o funcional y se otorga un tratamiento específico que generalmente resuelve el problema, sin detenerse en analizar las causas familiares o ambientales que generaron el problema y mucho menos aconsejar con respecto de las medidas preventivas que evitarían un episodio semejante. Se le atenderá cuantas veces sea necesario por el mismo problema, continuando el círculo vicioso: hábitos nocivos-enfermedad-recuperación hasta que uno de los dos (médico o paciente) se canse del juego.

El patrón curativo **continuo** se refiere a la atención que el médico o el equipo de salud ofrecen al paciente o a la familia en forma constante. No se limita al espacio físico del consultorio ni al tiempo que dura la enfermedad sino que trasciende al hogar o a la institución de asistencia en donde temporalmente se hospitalice al paciente⁹. Este patrón es característico de la buena práctica de la Medicina Familiar y es más frecuente encontrarlo en los padecimientos crónicos que demandan una asesoría constante para el paciente y sus familiares.

Patrón preventivo

Desafortunadamente la medicina preventiva ha sido poco valorada por la sociedad actual, tanto por los médicos como por los pacientes. Esta actitud despectiva y de minusvalía es producto de la sobrevaloración del patrón curativo que caracteriza a la medicina occidental desde finales del siglo XVIII.

Si el médico comprendiera el enfoque que de la medicina preventiva propusieron Leavell y Clark desde 1958, se le tendría una mayor consideración como modelo deseable de atención: "La Medicina Preventiva es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, promover la salud y la eficiencia física y mental"¹⁰.

Desde este punto de vista el ejercicio médico amplía su cobertura de atención a las etapas primarias de la enfermedad y aún antes de que ésta se produzca si se nivela a favor de la salud la tríada agente-huésped-medio ambiente.

La práctica médica, desde la óptica de la medicina preventiva, sería acercarnos al ideal de salud: lograr el mayor bienestar físico, psíquico y social, tanto individual como colectivo.

Los niveles de prevención injertados por Leavell y Clark a la "Historia natural de la enfermedad" no es otra cosa que ir implementando las acciones médicas en una escala progresiva y escalonada: promover la salud y ofrecer una protección específica cuando aún no se ha presentado el desajuste llamado enfermedad; si ésta se presenta porque fallaron las primeras acciones, iniciaríamos "la fase dos" de prevención: establecer lo más rápidamente posible un diagnóstico preciso de la disfunción y corregirlo a fin de limitar lo más posible el daño al organismo; si esta segunda fase no fuera suficiente para bloquear el avance de la enfermedad nos queda una última etapa de prevención: la rehabilitación, la cual tiene la finalidad de prevenir secuelas incapacitantes o un daño irreversible a la salud y poder reintegrar al individuo a un grado de funcionalidad aceptable¹¹.

Con la aplicación de la medicina preventiva a nuestra práctica médica nos acercáramos al objetivo de la atención médica: lograr que el hombre muera lo más tarde posible lo más sano posible¹².

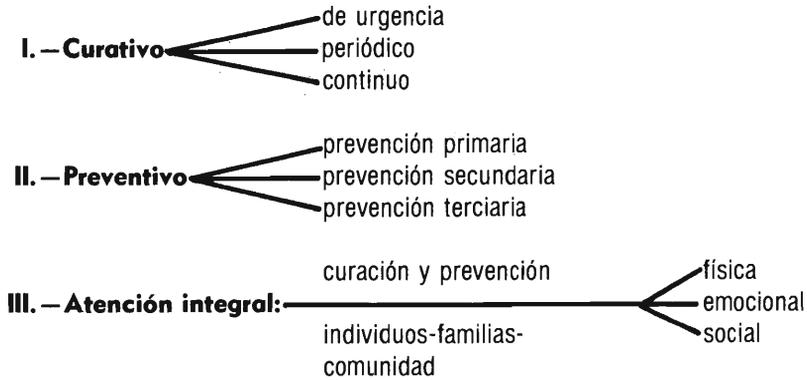
Atención integral

La atención integral es un tipo de práctica médica que incluye los aspectos principales de las prácticas curativa y preventiva y está dirigida a individuos, familias y a la comunidad, teniendo en cuenta los factores físicos, emocionales y sociales¹³.

Este tipo de atención requiere de la integración y funcionamiento adecuado del llamado "equipo de salud", compuesto por médicos, enfermeras, odontólogos, químicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales, entre otros y cuyas características de funcionamiento se describen en capítulo aparte.

El trabajo en equipo para beneficio del paciente no es muy común en nuestro medio, probablemente porque requiere de una coordinación y una estructura de funcionamiento para lo cual generalmente no se prepara al estudiante del área de la salud en la enseñanza tradicional.

PATRONES DE ATENCION MEDICA:



CUADRO 2

BIBLIOGRAFIA

- 1.—García-Valdés A. Prehistoria y Medicina **en** Historia de la Medicina, Madrid. Emalsa Interamericana. 1987.
- 2.—García-Valdés A. La medicina en las culturas tradicionales consideradas como primitivas **en** Historia de la Medicina, Madrid. Emalsa Interamericana. 1987.
- 3.—Rosales-Jiménez J. Dentistas y cirujanos prehispánicos. **Medicina y Cultura**. Vol. 4, No. 8, 10-11. 1990.
- 4.—Sintes-Pros J. **La Doctrina Hipocrática**. Barcelona. Ed. Sintes, S. A. 1979.
- 5.—Martínez-Cortés F. Modelos y heterodoxias. **Médico Moderno**. vol. 29, No. 2. 1990.
- 6.—Medalie J. H. **Medicina Familiar, principios y prácticas**. México. Limusa. 1987.

7.—Medalie J. H. A. family oriented approach in primary care **en** Primary Care. Boston. Noble Little, Brown and Co. 1976.

8.—Morris J. The Community Physician. **Lancet**, 2. 811. 1969.

9.—Chávez-Hernández J. El médico familiar y la familia. **Médico Moderno**, vol. 28, No. 7. 1989.

10.—Leavell H. R., Clark E.G. **Preventive Medicine for the doctor in his community**. New York. Mc Graw Hill. 1958.

11.—Chávez-Hernández J. La educación para la salud dentro de la Historia natural de la enfermedad y sus niveles de prevención **en Instructivo de Educación para la salud**, Depto. de Medicina Preventiva Fac. de Med. U.A.S.L.P. San Luis Potosí, 1986.

12.—Chávez-Hernández J. ¿Qué es un médico? **en Médico de Cabecera**. San Luis Potosí. 1989.

13.—Medalie J.H. Dimensiones de la medicina y la práctica familiares **en** Medicina Familiar, principios y prácticas. México. Limusa. 1987.

CAPITULO V

LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ATENCION

Jorge Chávez Hernández

La familia es la unidad de atención social básica. La célula de la sociedad le llaman los sociólogos. Es en la familia donde el individuo aprende a enfrentar la vida y es la familia la que moldea principalmente al futuro ciudadano. Con respecto de la salud es primordial la influencia familiar: en los padecimientos hereditarios es determinante la génesis familiar, pero no solamente en éstos; hay un sinnúmero de enfermedades relacionadas con el estilo de vida de la familia; la dieta, el comportamiento adictivo, las actividades recreativas, los hábitos básicos, etc.; de la familia dependen muchas acciones preventivas como serían las inmunizaciones, la planificación familiar, la detección oportuna de varios tipos de cáncer, solo por citar algunos ejemplos. Es en la familia donde se educa o maleduca al individuo en aspectos de higiene, sexualidad, nutrición, actitud frente a las enfermedades; de la familia depende, con la ayuda de su médico familiar, el preservar la salud de todos sus miembros¹.

Por todo lo anterior es conveniente considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un "sistema relacional", el cual definen Parson y Bales como "un conjunto constituido por varias unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente"².

Numerosos estudios han demostrado que la familia se comporta como una unidad, por lo que en 1954 Jackson introdujo el término **homeostasis familiar** para designar esta conducta³. Este concepto de homeostasis familiar y de manejar a la familia como un todo, fue puesto en práctica inicialmente por varios connotados psicoterapeutas, entre ellos la Dra. Virginia Satir, quien observó cómo los miembros de una familia respondían al tratamiento individual de uno de los suyos etiquetado como "esquizofrénico"; estas reacciones eran de diversa índole.⁴

a) Algunos de los miembros de la familia interferían en el tratamiento individual del miembro "enfermo", como si la familia tuviera interés en mantener la enfermedad de esa persona.

b) A menudo el paciente hospitalizado o encarcelado empeoraba o mostraba regresión después de que lo visitaban miembros de su familia, como si la interacción familiar tuviera una influencia directa sobre sus síntomas.

c) Otros miembros de la familia empeoraban conforme el paciente mejoraba, como si la enfermedad en uno de los miembros fuera esencial para la manera de funcionar de la familia.

Estas observaciones hicieron que la psicoterapia se enfocara ya no en forma individual, sino hacia toda la familia como unidad de atención. Posteriormente este concepto de atención familiar se ha aplicado también en el manejo de la delincuencia juvenil, la farmacodependencia, el alcoholismo y otros padecimientos en donde es vital la participación de todos los miembros de la familia, tanto en la génesis del problema como en el tratamiento.

La Medicina Familiar ha retomado este concepto del manejo de la familia como un todo orgánico y perfectamente articulado y lo ha aplicado a otros problemas de salud como serían el manejo de los padecimientos crónicos, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades reumáticas, entre otros; los padecimientos en donde hay un fuerte componente psicossomático como el asma bronquial, la neurodermatitis, el colon irritable, la úlcera péptica, etc.; los problemas infecciosos y parasitarios; los problemas nutricionales: desnutrición, obesidad, hipovitaminosis, anorexia patológica, etc.; las toxicomanías; el manejo de un paciente minusválido o que requiere atención especial como el paciente geriátrico y por supuesto, las enfermedades de carácter psiquiátrico o conductual.

Como vemos, la familia es la causa de muchos problemas relacionados con la salud, pero también es un recurso magnífico para resolverlos y prevenirlos. Un médico que no logra sacar ventaja de los recursos familiares disponibles no está practicando eficazmente la Medicina Familiar⁵.

Por otro lado el médico que atiende a **todos** los miembros de la familia tendrá más oportunidad de ofrecer una atención integral a sus pacientes que los médicos de atención individualista. Cierto es que todo médico responsable indagará acerca de la familia de su paciente durante la elaboración de la historia clínica; no obstante, el médico familiar al tener contactos más frecuentes con cada uno de los miembros de la familia

que cualquier otro profesional por separado, estará más cerca del núcleo familiar y ésto le ofrecerá ventajas en cuanto al diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Recientemente tuve una experiencia cuyo relato viene a reforzar lo anterior: una joven de 23 años, soltera, hija de una familia a la que atiendo desde hace diez años y cuya madre había fallecido hacía pocos meses, tuvo que hacerse cargo de varias actividades familiares que anteriormente realizaba la mamá; desde los quehaceres domésticos, la preparación de los alimentos, la responsabilidad de los hermanos menores, la administración del presupuesto familiar, hasta soportar el mal carácter del padre que en un tiempo abusó de las bebidas embriagantes y ahora, aunque ya no tomaba, tenía marcados rasgos neuróticos y siempre se encontraba de mal humor. Como era agente viajero permanecía buena parte del tiempo fuera de casa por lo que siempre descargó la responsabilidad del "manejo de la casa" en su esposa.

La joven inició con cefaleas frecuentes, cada vez más intensas, hasta que una noche en que el dolor era insoportable acudió de urgencia con un médico, vecino de la familia y que ejercía como pediatra, el cual le encontró cifras elevadas de presión arterial por lo que de inmediato la remitió con el cardiólogo. Al día siguiente la examinó el cardiólogo quien tras un chequeo minucioso que incluyó la práctica de un electrocardiograma, no encontró patología cardiovascular por lo que a su vez la mandó con un endocrinólogo, amigo suyo, pensando en un problema de adenoma hipofisario. El endocrinólogo le solicitó radiografías de cráneo y le pareció que la silla turca estaba ensanchada por lo que le dijo a la paciente que, efectivamente, lo más probable era que ella tuviera un tumor cerebral en la glándula hipófisis y a eso se debían sus dolores intensos de cabeza, los cuales seguían aumentando de intensidad y ya ni siquiera disminuían con los analgésicos. Se procedería a practicársele varios estudios que requerían la hospitalización de la paciente, entre ellos una tomografía axial computarizada, la determinación de prolactina, química sanguínea y demás exámenes "de rutina" así como una valoración oftalmológica y una arteriografía carotídea. La paciente no quiso hospitalizarse por la gran ansiedad que le produjo la estancia de su madre en la clínica hacía poco tiempo y además porque los recursos de la familia se encontraban mermados en forma importante, por lo que decidió, como último recurso, acudir con un eminente neurólogo quien alguna vez atendió a su madre durante la enfermedad de ésta y cuya experiencia y conocimientos eran ampliamente reconocidos. El examen neurológico fue normal y las radiografías de cráneo le parecieron también normales. El médico intuyó que la causa de la cefalea tenía un fuerte componente emocional por lo que le recomendó acudir con su médico familiar a fin de valorar el caso.

Cuando llegó conmigo, la cefalea seguía muy intensa y era de predominio occipital, acompañada de náusea y ocasionalmente de vómito; presentaba insomnio y una

gran ansiedad. Charlamos un buen rato acerca de la problemática familiar, sus tensiones, la "carga" tan pesada que ella sentía "sobre sus hombros" al hacerse cargo de la familia y la depresión aún no superada por la muerte de su madre. Se sintió muy aliviada, tanto física como emocionalmente después de haber expresado sus quejas y al cabo de 45 minutos la cefalea era mínima. Platicamos con todos los miembros de la familia y cada uno decidió cooperar en el manejo de la organización familiar. El padre se comprometió a estar más cerca de la familia y a ofrecerles un mayor apoyo. Hemos seguido revisando periódicamente a la joven y ya no ha presentado cefaleas ni alteraciones de su presión arterial. El núcleo familiar se ha adaptado a su nueva condición de funcionamiento ante la ausencia materna.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Chávez Hernández, J. El estudio de la familia por el médico familiar. **Bol Inf Esc Med**, vol. 31, No. 3. 1988.
- 2.—Andolfi M. La familia como sistema relacional en **Terapia Familiar**. México. Ed. Paidós. 1989.
- 3.—Jackson D. The question of family homeostasis. **Psychiat Quart Suppl** 31, San Luis. 1954.
- 4.—Satir V. **Psicoterapia Familiar Conjunta**, 2a. Ed. México. La Prensa Médica Mexicana. 1989.
- 5.—Hennen B. K. La familia como unidad de atención en **Medicina Familiar**, guía práctica. México. Mc Graw-Hill. 1983.

CAPITULO VI

ESTRUCTURA Y FUNCION DE LA FAMILIA

Jorge Chávez Hernández

La familia ha existido desde los inicios de la historia de la humanidad y aún desde las épocas prehistóricas, según indicios encontrados por los estudiosos del tema. Murdock, por ejemplo, realizó un estudio de investigación en más de 250 culturas representativas y encontró que en todas ellas la familia nuclear constituía el grupo social básico¹. Se puede afirmar, por lo tanto, que la organización familiar es una institución universal que abarca una gran cantidad de características conductuales y de experiencias diversas dependiendo del grupo social y cultural que represente. En la familia el individuo asimila un sistema de normas y patrones de conducta que posteriormente le permitirán vivir y desarrollarse en esa sociedad y formar, a su vez, una nueva familia que perpetuará esas normas sociales.

Para definir el concepto "familia" se han propuesto muchas descripciones más o menos coincidentes pero con el enfoque particular de cada grupo social o de cada investigador. Para fines prácticos consideramos a la familia como un grupo social primario formado por un hombre y una mujer casados (o relacionados en una unión socialmente reconocida), con o sin hijos y conviviendo o no con los familiares consanguíneos de la pareja.

Existe un consenso canadiense: "una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más niños que viven bajo el mismo techo"; y un consenso norteamericano: "la familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por lazos de consanguinidad, de matrimonio o de adopción"².

El denominador común lo constituye la unión de la pareja, hombre y mujer, en una relación sexual lo suficientemente duradera y estable para garantizar la procreación y crianza de los hijos.

Para facilitar la comprensión de conceptos se idearon las clasificaciones y la familia no ha escapado a lo anterior por lo que a continuación presentaremos una clasificación de tipología familiar que consideramos de utilidad para el estudio médico-social de una familia.

TIPOS DE FAMILIAS

1.— En base a su estructura:

- a).—**familia nuclear:** compuesta por el padre, la madre, y los hijos.
- b).—**familia extensa:** formada por padres, hijos y abuelos.
- c).—**familia extensa compuesta:** constituida por la familia nuclear más otros familiares consanguíneos o de parentesco legal (tíos, primos, yernos, cuñados, etc.)

2.— En base a su desarrollo:

- a).—**familia primitiva:** cuando la organización familiar corresponde al clan o a la organización tribal. Es decir, que está constituida por varias generaciones en línea directa (tres o cuatro) y se trata, de hecho, de varias familias emparentadas entre sí, compartiendo un mismo terreno y bajo la jerarquía del patriarca o de la pareja primaria.
- b).—**familia tradicional:** cuando los roles familiares están perfectamente caracterizados dentro del patrón tradicional de organización familiar: el padre como autoridad máxima y como proveedor de bienes; la madre como encargada de las labores domésticas, la maternidad y la que proporciona afecto y cuidados; los hijos perfectamente supeditados a la autoridad paterna y los cuidados maternos.
- c).—**familia moderna:** cuando ambos padres comparten derechos y obligaciones en el sostenimiento familiar y en la crianza de los hijos. La autoridad es también compartida y los patrones conductuales no son tan rígidos. Los hijos participan en la organización familiar y en la toma de decisiones.

3.— En base a su integración:

- a).—**familia integrada:** cuando los cónyuges viven juntos y cumplen adecuadamente sus funciones (socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus).
- b).—**familia semi-integrada:** cuando los cónyuges viven juntos pero no cumplen con las funciones propias de la familia.

c).—**familia desintegrada:** es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

4. — En base a su demografía:

a).—**familia urbana:** con las características socioeconómicas y culturales de una ciudad pequeña, mediana o grande y los servicios urbanos y domésticos que ésto implica: energía eléctrica, agua entubada, drenaje, transporte, escuelas, diversiones, etc.

b).—**familia rural:** con las características socioeconómicas y culturales de las comunidades rurales: dedicadas a la agricultura y la ganadería como medio principal de subsistencia; pocos recursos económicos, educacionales y tecnológicos; acceso limitado a los grandes centros urbanos; patrones tradicionales o primitivos de organización familiar.

c).—**familia suburbana:** con características del medio rural en cuanto a su organización y sus costumbres domésticas pero injertados en el medio urbano, generalmente en colonias periféricas y con carencia de servicios públicos, compuestas en su mayoría por familias que emigran del campo a la ciudad y que paulatinamente van cambiando sus patrones culturales, sobre todo en las generaciones jóvenes.

5. — En base a su ocupación:

- a).—familia campesina
- b).—familia obrera
- c).—familia profesional
- d).—familia comerciante
- e).—familia empleada (dependiente de un patrón)

Esta clasificación dependerá de la ocupación principal del cónyuge que sostiene económicamente a la familia. La clasificación pudiera extenderse a cuantas ocupaciones existen, sin embargo ha sido de utilidad práctica limitarla a estas cinco áreas.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Algunos sociólogos, como Martinson³, se han preguntado cómo es posible que la familia haya persistido durante siglos y continúe siendo hasta nuestros días el grupo social primario por excelencia.

Para que se construya un grupo social duradero, homogéneo y funcional es necesario que se conjunten factores afines entre los miembros de ese grupo, como serían el perseguir un objetivo común, o bien que exista una afinidad por sexo, por ocupación, por edad, por convicciones políticas, religiosas o raciales. Nada de lo anterior lo encontramos en el grupo familiar donde hay marcadas diferencias de intereses y expectativas: al padre le interesará su trabajo, la economía, la política, las finanzas; la madre tendrá su interés primordial en el arreglo de la casa y la crianza de sus hijos; el bebé sólo piensa en sobrevivir, el preescolar en jugar, el escolar en sus tareas y maestros, el adolescente en liberarse y el joven en el sexo opuesto. Ciertamente es una descripción demasiado simplista y rígida, pero de alguna manera nos muestra las diferencias que destruirían rápidamente a cualquier asociación civil.

¿Qué es lo que mantiene unida y funcional a la familia? Obviamente los lazos de afecto y consanguinidad, el sentido de pertenencia y participación "de por vida" en ese grupo heterogéneo, cambiante, dinámico y enriquecedor al que denominamos familia. Algunos atributos físicos y psicológicos están influidos genéticamente y otros son aprendidos durante el desarrollo individual en esa "organización de personalidades interactuantes", como le llama el Dr. Estrada Inda⁴, la cual forma un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí, de la más profunda naturaleza.

Además del afecto, la familia proporciona a sus miembros otras funciones esenciales para su desarrollo como individuos, a saber:

1. — Socialización

Es en la familia en donde el niño aprende a relacionarse con sus semejantes, tanto con los individuos de su misma edad como con los adultos. La familia debe ayudar a transformarse de un ser completamente dependiente y ligado totalmente a su madre, en una persona independiente, con actitudes, pensamientos y habilidades propias, capaz de aportar algo nuevo y valioso a la sociedad en la que se desenvuelve.

Al principio es la madre el educador primario, según la opinión de los estudiosos de la familia y en quien recae primeramente la responsabilidad de socializar al lactante y al preescolar, auxiliada por el padre y los hermanos del pequeño si los hay. Posteriormente el padre y los hermanos tendrán mayor o menor influencia en esta función socializadora dependiendo del sexo del individuo. A partir de la etapa escolar será la escuela, el maestro, los amigos, los medios de comunicación y algunas instituciones quienes ayuden a la familia a completar la socialización.

2. – Cuidado

Esta función familiar significa proveer a sus miembros de alimento, vestido, vivienda, seguridad física y emocional, atención de la salud y demás satisfactores para un adecuado desarrollo físico y mental, incluyendo las actividades recreativas, culturales y educacionales que toda persona requiere.

3. – Afecto

El afecto entendido como amor, cariño, entrega, comunión espiritual entre los miembros de una familia, es probablemente el lazo de unión más fuerte y más importante sobre el cual giran las demás funciones de la familia. Muchos de los trastornos tanto físicos como emocionales pueden tener su origen en una falta de afecto por parte del núcleo familiar. De hecho, se ha sugerido que las familias en fase de desintegración muestran primeramente fallas en la comunicación afectiva. Es importante para el médico familiar observar si la familia es capaz de expresar su afecto cuando es oportuno, en un grado adecuado, tanto como grupo y también en forma individual⁵.

4. – Reproducción

Una de las funciones "clásicas" de la familia es la de proveer de nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción. Es en la familia donde la sociedad en general y las instituciones en particular (Iglesia, Estado) legalizan y justifican las relaciones sexuales entre las parejas. Sin embargo en el ser humano la función de reproducción no se concreta al mero instinto de aparearse o de procrear, sino que implica la decisión consciente y responsable de perpetuarse en los hijos. Visto desde este punto de vista, se le encuentra sentido a la planeación familiar y a la adopción.

5. – Estatus

El estatus implica factores socioeconómicos, educacionales y ocupacionales. Consiste en ofrecer a los hijos "un modo de vida", un reconocimiento social, una escala de valores, de tradiciones, costumbres, normas y formas de comportamiento, así como otros aspectos de orden sociocultural como lo es la simple "legitimidad" proporcionada por el matrimonio legal de los progenitores.

Existen unidades sociales que no se ajustan a la definición ortodoxa de "familia" pero que ofrecen al individuo las funciones esenciales anteriormente descritas, a estos grupos sociales se les conoce como "familia sustituta" y pudiera corresponder, por ejemplo, a la relación de una madre soltera o un padre solo con uno o más hijos; a las

parejas en unión libre o a grupos más grandes como las comunas, los orfanatorios, algunos internados llamados "casa-hogar", etc.

Es de capital importancia que el médico familiar conozca la estructura y la función de la familia así como su tipología y clasificación, a fin de orientar su acción hacia la familia como unidad de atención.

A la Medicina se le considera como una ciencia, por el caudal de conocimientos científicos y tecnológicos en los que finca su quehacer. También se le ha considerado como un arte por la diversidad de formas que le imprime cada médico a su práctica profesional. Sin embargo yo concibo a la Medicina como una actividad eminentemente social: un ser humano que ofrece ayuda a otros seres humanos en la medida de sus conocimientos y habilidades y según su peculiar manera de hacer las cosas pero con un deseo primario de servir en la conservación de las homeostasis social, entendida ésta como la suma de las homeostasis familiares e individuales de quienes la conforman.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Murdock, G.P. La universalidad de la familia nuclear en **Social Structure**. New York. Mc Millan. 1949.
- 2.—Wall-Montejano C., Esteban-Hidalgo R., Gómez-Camarillo E., Irigoyen-Coria A. La Familia en **Fundamentos de Medicina Familiar**. México. Ed Med Fam 1982.
- 3.—Martinson F. M., **Family in society**. New York. Dodd, Mead Company, 1970.
- 4.—Estrada-Inda L. **El ciclo vital de la familia**. México. Ed Posada. 1987.
- 5.—Hennen B. K. Estructura y función de la familia en **Medicina Familiar, guía práctica**. México Mc Graw-Hill. 1983.

CAPITULO VII

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Jorge Chávez Hernández

Ya hemos comentado que la práctica de la Medicina Familiar orienta su atención hacia la conservación de la homeostasis familiar como punto clave y necesario para conservar la salud individual y la salud colectiva de una sociedad determinada.

Es preciso tener siempre en mente que la familia no es una organización estática, pasiva o inmutable; todo lo contrario, la familia es un **organismo vivo**, integrado por cada uno de sus miembros (padres, hijos y familiares de la pareja) que están interactuando constantemente. Este "organismo familiar", como todo ser vivo, nace, crece, se reproduce y muere y en cada etapa de este desarrollo biológico presenta características muy peculiares que el médico familiar debe conocer y debe tomar en cuenta para ofrecer una verdadera atención médico-familiar y anticiparse incluso a la presentación de posibles desajustes, en lo que el Dr. Hennen llama "la orientación anticipada"¹.

Así como el ser humano empieza su ciclo vital desde la etapa embrionaria, la familia inicia su desarrollo desde el noviazgo, el cual pudiéramos considerar como la etapa de gestación de una nueva familia. Pasada la etapa de gestación el individuo nace, como nace la familia en el matrimonio y se empieza a desarrollar como lactante, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, para finalmente alcanzar la madurez, envejecer y morir. La familia debe transitar, igualmente, por varias etapas hasta completar su ciclo vital: procreación y crianza de los hijos; fase de emancipación del adolescente e independencia del joven; retiro de la vida activa, jubilación y muerte.

Pudiéramos hacer la siguiente comparación entre el desarrollo individual y el de la familia:

INDIVIDUO:

feto

FAMILIA:

noviazgo

recién nacido	matrimonio
lactante-preescolar	procreación
escolar	crianza
adolescente	emancipación
adulto joven	independencia
madurez	reencuentro de la pareja
senectud	jubilación y retiro
muerte	muerte

Dado que varias de las fases del ciclo familiar, como se presentan en la descripción anterior, se superponen muchas veces y se dificulta la demarcación de un límite preciso, nos parece más práctico dividir el ciclo familiar en cinco etapas:

- a) matrimonio
- b) expansión
- c) dispersión
- d) independencia
- e) vejez y muerte

El saber reconocer la fase en la que se encuentra la familia determinará las pautas de manejo y el enfoque de la atención médica. No será lo mismo, por ejemplo, diagnosticar un cáncer cérvico-uterino o un nódulo mamario en una recién casada que en una paciente con hijos adolescentes o en etapa postmenopáusica, y lo mismo se puede aplicar a un diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial, lupus eritematoso, por citar algunos ejemplos.

La conducta del médico y de la familia será tan diferente en cada fase del ciclo familiar que uno se pregunta si se trata de un mismo padecimiento y encuentra vigencia el axioma hipocrático "no hay enfermedades, sino enfermos".

Fases del ciclo familiar

1. — Matrimonio

La unión de una pareja en matrimonio responde a una serie de expectativas individuales de crecimiento físico y emocional que culminan en ese paso decisivo de todo ser humano cuando debe separarse de su propia familia para formar una nueva. Un hecho tan singular como cotidiano encierra una serie de implicaciones biológicas, sentimentales, religiosas, culturales . . . que lógicamente alteran la vida no sólo del individuo o de la pareja que se une en matrimonio, sino de quienes integran las dos familias que se unen "oficialmente" en un vínculo social.

La pareja sin hijos representa para el médico familiar la oportunidad de ayudar a esa naciente familia en su ajuste psicosocial, en su adaptación sexual y en la planeación de su nueva familia en lo que respecta a la procreación. Se debe tener en cuenta que en esta etapa de adaptación, con duración variable según cada pareja pero cuyas manifestaciones se harán más evidentes durante el primero y segundo año, será fuente de estrés para cada uno de ellos, traerá lógicamente la posibilidad de conflictos individuales o de pareja que muchas veces serán manifestados con somatizaciones o predisposición a enfermedades.

La etapa que antecede inmediatamente al matrimonio, el noviazgo, debe tomarse en cuenta cuando se realiza un estudio familiar completo, ya que en ella encontramos las motivaciones y las circunstancias que rodean la unión y que son causa, muchas veces, de los conflictos posteriores de la pareja. Freud compara el "enamoramiento" con un estado neurótico compulsivo², en donde la idealización de la persona amada y el estado de arrobamiento que vive el enamorado rompe la lógica y la objetividad de una elección consciente y serena. Sin embargo, sin este estado "neurótico-compulsivo" no sería posible soportar el dolor intenso que causa el desprenderse de los lazos tan fuertes que unen a cada ser con su familia³.

Por otro lado ¿qué sucede cuando el motivo más fuerte para la unión no es el amor sino la conveniencia económica, la sed de poder, el despecho o la venganza? ¿y si el matrimonio es sólo consecuencia de un embarazo no deseado? Los cimientos de estos matrimonios difícilmente soportarán la edificación de una sólida familia.

En cuanto al ajuste sexual vale la pena mencionar que los problemas más frecuentes en esta etapa, según Masters y Johnson⁴, son la eyaculación prematura en el hombre y la frigidez o anorgasmia en la mujer. Estos problemas son debidos, las más de las veces, a inexperiencia, inadecuada educación sexual, ansiedad, sentimientos culpígenos o vergonzantes presentes en la pareja. El médico familiar podrá otorgarles la orientación necesaria para superar esta etapa de ajuste sin necesidad de recurrir al especialista en la mayoría de los casos, basta que el médico esté consciente del problema y esté dispuesto a ofrecer la ayuda en la medida que la pareja lo permita y lo demande.

2. — Expansión

Esta fase del ciclo familiar se inicia desde que la esposa advierte que está embarazada. Dado que la paternidad requiere un grado de madurez y de estabilidad emocional importantes, se recomienda que de ser posible, la pareja se espere uno o dos años antes de iniciar esta etapa, a fin de lograr un ajuste adecuado en la relación y

exista un período de preparación para la llegada de ese nuevo miembro que vendrá a alterar la dinámica de la joven familia.

En la práctica de la Medicina Familiar la atención prenatal no se concreta a velar por la salud de la madre y el feto sino que incluye la orientación a la pareja como futuros padres y ayudar a la mujer a adoptar ciertas actitudes que conduzcan a una sana relación entre ella y su hijo⁵; además se desecharán falsos temores, se aclararán dudas y se mitigará la ansiedad que el embarazo en sí impone a la pareja.

Aunque en la actualidad es generalmente el ginecólogo quien se hace cargo de la atención obstétrica y el pediatra quien recibe al recién nacido, el médico familiar no debe perder el contacto con la familia en este importante trance. La pareja que ha logrado establecer una buena relación con su médico familiar acudirá con éste en cuanto sean dados de alta del hospital. Sería deseable que tanto el ginecólogo como el pediatra enviaran al médico familiar un resumen clínico del evento obstétrico con las sugerencias y recomendaciones especiales para cada caso en particular, en retribución a la nota clínica con la que el médico familiar envió a la paciente embarazada para la atención del parto. Esto rara vez lo vemos en la práctica privada y se comentará en el capítulo correspondiente.

Las recomendaciones para el puerperio, la lactancia, la ablactación, la reanudación de la actividad sexual, la planeación familiar, la alimentación infantil, entre otros muchos aspectos relacionados con la atención materno-infantil, serán de la competencia del médico familiar en esta etapa de expansión.

La crianza de los hijos debe servir para favorecer la unión de la pareja, al compartir la responsabilidad y el gozo de esculpir una criatura que es cuerpo y alma, serenidad y angustia, biología y espiritualidad.

A través de los hijos la familia penetra al ambiente cultural de la escuela, de los clubes, de los amigos del niño y sus familias y de esta manera se enriquece el núcleo familiar y se aprende de los hijos tanto o más de lo que ellos aprenden de los padres.

Se debe tener cuidado de no caer en la simbiosis o en la sobreprotección que sofoca al hijo y le impide crecer psíquicamente. Se debe respetar la individualidad de cada quien y servir sólo de catalizador en la reacción química que convertirá a la persona en la piedra filosofal del gran Alquimista.

3.— Dispersión

En esta fase encontramos a la familia con el hijo adolescente que busca afanosa-

mente su libertad, su independencia, su autenticidad, su definición como persona desligada de la madre, independiente del padre y diferente de los hermanos.

Esta etapa pone a prueba la resistencia del sistema familiar como tal y la formación de los padres como educadores. Es en esta etapa en donde papá y mamá deberán abdicar al trono y bajarse del pedestal en la forma más decorosa y más honesta posible, reconociendo errores y limitaciones que el hijo les señala en forma directa o enmascarada pero igualmente dolorosa.

El tono emocional predominante entre gran número de familias en esta etapa es la ansiedad, la cual surge del miedo de perder la autoridad⁶. Los padres tienden a comportarse con sus hijos en la misma forma en que sus padres se comportaron con ellos a esta edad, repitiendo un ciclo de errores y represiones.

El médico familiar deberá apoyar al adolescente quien percibe su personalidad cambiante y su metamorfosis corporal sin llegar a comprender del todo lo que le está sucediendo. Es posible que canalice su ansiedad en agresión, rebeldía, frustración o bien que se manifieste con trastornos psicossomáticos que deberán ser reconocidos por el médico y atendidos con toda oportunidad.

Por otro lado, también los padres requieren de ayuda y orientación por parte del médico a fin de superar los sentimientos de frustración y desesperanza que suele experimentar la pareja al sentirse decepcionados por la ingrata actitud del hijo al que se le ha dado todo y por quien se han realizado "los grandes sacrificios". No es fácil aceptar que el hijo adolescente prefiera a los amigos o a la novia y reniegue de valores y costumbres tan apreciadas por la familia. No es fácil establecer nuevos patrones de conducta que substituyan a los ya previamente establecidos y que se aceptaban sin ningún cuestionamiento. No es fácil mantener el respeto y la disciplina sin coartar la libertad.

El médico familiar que disfrute de la confianza de la familia deberá actuar como mediador e intérprete entre dos generaciones que luchan por conservar su identidad sin sacrificar la del ser amado.

4. — Independencia

Tras la tempestad viene la calma. Tras la lucha de emancipación, la independencia.

El adolescente que por fin se ha encontrado a sí mismo superando su "crisis de

identidad'' estará en condiciones de planear serenamente su futuro y encaminar sus pasos hacia la meta. El joven será capaz de prodigar afecto en lugar de sólo demandarlo para sí y conocerá la capacidad de amar en cuanto sepa equilibrar su necesidad de ''recibir'' con su capacidad de ''dar''. Encontrará entonces el placer de satisfacer a otro en lugar de sólo satisfacerse a sí mismo y estará en condiciones de formar su propia familia dejando a la que le dio origen en esta etapa de independencia.

Esta es la etapa de ''madurez'' de la familia. Es la época en la que los hijos abandonan el hogar, ya sea para casarse o para continuar sus estudios o trabajar en forma independiente.

Mc Iver llamó a esta fase el ''síndrome del nido vacío'', refiriéndose al aislamiento y a la depresión en que caen algunas parejas cuando no manejan adecuadamente las situaciones que demanda esta nueva fase del ciclo familiar y que el Dr. Estrada In-da resume en los siguientes puntos:⁷

- a) La separación de los hijos.
- b) La admisión de los yernos, nueras y nietos como nuevos miembros de la familia.
- c) La muerte o ancianidad de los padres de la pareja.
- d) La jubilación o retiro de la etapa productiva en el trabajo.
- e) La declinación de la capacidad física (el climaterio en la mujer).
- f) El problema económico de los hijos que inician una nueva familia.
- g) La necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes en cuanto a actividades y metas.
- h) La necesidad de independizarse de hijos y nietos para reencontrarse con su pareja.
- i) La evaluación de lo realizado a lo largo de la vida, tanto en forma individual como familiar.
- j) Retomar el rol de esposo como principal y ya no el rol de padre que predominó durante la crianza de los hijos.
- k) Aprovechar el tiempo que ahora se tiene más disponible y seguir productivo en otras áreas diferentes del trabajo de toda su vida.

Todo lo anterior demanda estrechar nuevamente los lazos de unión con la pareja que se fueron ensanchando para albergar a los hijos y ahora se encuentran ''laxos y gastados''. El médico familiar deberá tener en cuenta el nuevo ordenamiento que realiza la familia en esta etapa y servir de apoyo en este otro acoplamiento de la pareja. Es conveniente reforzar en ellos la satisfacción por la responsabilidad cumplida en la ta-

rea de formar a los hijos y de disfrutar el merecido descanso que proporciona la jubilación ("tiempo de júbilo") para gozar de la tranquilidad que ahora reina en el hogar. Esto no quiere decir que se ha finiquitado el compromiso con la familia y se deba capitular, de ninguna manera. Se ha llegado a la cima, a la propia cima y es justo contemplar la hermosura del paisaje antes de iniciar el descenso hacia la última etapa del ciclo familiar.

5. — Vejez y muerte

La madurez implica alcanzar el crecimiento completo en las áreas física, psíquica y social e iniciar el camino hacia la senectud, por eso esta última etapa del ciclo familiar está ligada estrechamente con el hecho de envejecer. ¿A qué edad se es viejo? Esto es muy relativo. Mucha gente afirma que la vejez no es un estado cronológico sino una actitud mental. Para un niño, una persona de 30 años es "un viejo"; para un deportista los 40 años pudieran delimitar "la vejez". En las notas periodísticas hemos leído: "Lamentable muerte de un anciano de 52 años cuando fue arrollado al cruzar la calle . . ." Para fines médicos, se considera que un paciente que rebasa los 65 años de edad tendrá una mayor susceptibilidad para las enfermedades llamadas crónico-degenerativas: padecimientos reumáticos, diabetes mellitus, arterioesclerosis, etc. y estará más expuesto a sufrir accidentes o a padecer problemas cardíacos, broncopulmonares o cancerosos.

La senectud es un proceso natural, fisiológico y continuo que se inicia desde el nacimiento y termina con la muerte. Nuestro destino es envejecer un poco cada día. A los cambios físicos de deterioro orgánico se deben añadir los cambios mentales y emocionales que va sufriendo el anciano y el "deterioro social" de que va siendo objeto en una sociedad en donde el valor de la persona se mide por lo que produce o por lo que posee y no por lo que es ni por lo que sabe, mucho menos por lo que siente⁸.

Suele ocurrir que en la vejez, la edad en que la persona requiere de mayor ayuda y comprensión, es cuando muere el cónyuge, el compañero fiel en quien se apuntalaba la existencia. Por eso no es raro observar que en el transcurso del siguiente año ocurra el deceso del cónyuge sobreviviente, si no se le rodea del suficiente apoyo físico y moral⁹.

Los roles en cuanto a las funciones de atención y cuidado se invierten en esta etapa, siendo ahora los hijos quienes se encargan del cuidado de sus ancianos padres y en no pocas ocasiones de su manutención. Así como existen errores en la crianza de los hijos podemos encontrar también rechazo, sobreprotección (que es un rechazo disfrazado), abandono o malos tratos en la atención que se brinda a los ancianos.

Una atención médica integral, cálida y humanitaria es fundamental en esta etapa. La adecuada relación médico-paciente se convierte no sólo en vehículo de curación, sino en la curación misma cuando se ofrece de todo corazón. El médico familiar deberá otorgar toda la ayuda necesaria al paciente geriátrico a fin de mantener en las mejores condiciones posibles su gastado organismo y su cansada mente, adecuándose a su ritmo lento y a su hablar pausado, a sus múltiples repeticiones y frecuentes olvidos.

El anciano con frecuencia hace referencia a la muerte, ya sea en forma serena, tranquila, natural o con el temor y angustia propias del condenado. La diferencia la hace el grado de madurez y sabiduría logrados a lo largo de los años y el grado de amor y comprensión que se pudo alcanzar para sí y para los demás. Erikson comenta: "los niños no temerán a la vida en la medida que sus abuelos no teman a la muerte"¹⁰.

Con la muerte culmina el ciclo vital del ser humano y el ciclo vital de la familia. Me gusta la palabra "ciclo" porque nos ofrece la idea de "recomenzar", de "dar la vuelta", de "volver a empezar". El ser humano muere pero continúa viviendo en sus obras y en sus gentes, en el espíritu inmortal del universo, en otra dimensión.

BIBLIOGRAFIA

- 1:—Hennen B.K. El ciclo vital de la familia y la orientación anticipada en **Medicina Familiar, guía práctica**. México Mc Graw-Hill. 1983.
- 2.—Freud S. **Primeras aportaciones a la psicología de la vida erótica**. Tomo 13. Ed. Santiago Rueda. 1963.
- 3.—Estrada-Inda L. El desprendimiento en **El ciclo vital de la familia**. México. Ed. Posada. 1987.
- 4.—Masters W. H. y Jonson V.E. **Human sexual response**. Boston. Little Brown and Co. 1966.
- 5.—Medalie J. H. La pareja que espera en **Medicina Familiar, principios y prácticas**. México. Ed Limusa. 1987.
- 6.—Treat D. F. La familia con un adolescente en **Medicina Familiar, principios y prácticas**. México. Ed. Limusa. 1987.
- 7.—Estrada-Inda L. El reencuentro en **El ciclo vital de la familia**. México. Ed Posada. 1987.

- 8.—Chávez-Hernández J. El paciente anciano. **Bol Inf Esc Med.** vol 32, No. 1. 1989.
- 9.—Chávez-Hernández J. **Médico de cabecera.** San Luis Potosí, 1989.
- 10.—Erikson E. **Childhood and society.** New York. Ed. Norton. 1963.

CAPITULO VIII

FACTORES PSICOSOCIALES DE LA DINAMICA FAMILIAR

Gerardo Nava

Ante el duro embate de los problemas psicosociales que vive la sociedad contemporánea al pretender dar explicaciones parciales a su origen por parte de los especialistas de la salud, se ha favorecido un entendimiento más completo del ser humano y su entorno, no ignorando que el ser Bio-Psico-Social difícilmente puede circunscribirse al entendimiento general que determine el origen de su comportamiento y establecer líneas de acción que se encaminen a la solución de la problemática, lo cual le permita un mejor estado de bienestar tanto individual, como familiar y/o social.

La familia siendo el primer canal de socialización que por lo general tiene el individuo, es el puente entre él y la sociedad, es la familia la que más sujeta está a críticas severas cuando el hombre no se adapta a las normas, valores, creencias, pautas de conducta y condiciones que la sociedad le impone. Freud sostenía en su época y en su obra que la familia era el origen de la neurosis; el autor del presente ensayo, considera que no tan sólo de la neurosis, sino de la mayor parte de los problemas psíquicos que presenta el ser humano. Nos corresponde a los trabajadores de la salud, proporcionar elementos psicoterapéuticos que ayuden al individuo y a sus familias a alcanzar un mayor grado de salud mental.

Entender la estructura de cómo está conformada la familia es un aspecto tan importante como relevante. El conocer cómo se transmiten de padres a hijos los problemas psicosociales que serán claves en el futuro próximo al que se ha de enfrentar todo individuo, pues de ellos dependerán ciertos aspectos de la personalidad en el ser humano.

¿Qué elementos son importantes valorar para distinguir si se está educando adecuada o inadecuadamente a los hijos? Pues casi siempre lo que para una familia es correcto para otra no lo es. Existen muchos autores que mencionan aspectos sumamente importantes que son dignos de tomarse en cuenta, pero sobre todo no hay que

olvidar que el ser humano no cabe entre las pastas de un libro y que todas las apreciaciones, por valiosas que sean, no son más que eso: apreciaciones dignas de tomarse en cuenta, pero más importante será utilizar el sentido común en la difícil tarea de educar a los hijos.

La transmisión de los procesos psicosociales en el núcleo familiar

Consideramos familia al grupo conformado por personas que además de estar vinculadas entre sí por el parentesco, lazos de consanguinidad, matrimonio o adopción, comparten la misma vivienda y que viven juntas por un período de tiempo regular.

Puede ser de dos tipos: Nuclear o extensa y ésta a la vez dividirse en patrilocal o matrilocal. La familia es el primer canal de socialización entre el individuo y la sociedad; es la que se encarga de transmitir las normas, valores, creencias, pautas de conducta y condiciones que la sociedad le impone para adaptarse a ella en las diferentes civilizaciones, culturas y épocas. Se tiene el conocimiento de las distintas formas que existían de familias gracias a las investigaciones de muchos autores que han aportado elementos en el conocimiento del hombre¹, no obstante aun falta mucho por indagar para entender todo aquello que origina y determina sus actitudes.

El conocimiento del comportamiento que se espera del individuo es transmitido por los padres a través de la comunicación, la confrontación y el entendimiento que constituyen las bases de la socialización, proceso mediante el cual al individuo se le permite desenvolverse en su núcleo familiar primero y en la sociedad después para poder cubrir un tiempo y un espacio que le permita interactuar con otros semejantes en la lucha diaria por la supervivencia.

Al niño al nacer se le asigna un sexo y se le irá educando conforme al modelo del padre o la madre en su convivencia diaria, de acuerdo a las expectativas que se tengan de los hijos; permitirá conocer su aceptación o rechazo, su alta o baja estima, este aspecto depende del afecto y protección del que sea objeto, pues tiene una relación directa con el adecuado desarrollo y desenvolvimiento en su medio ambiente físico y social.

La familia a través de la permisibilidad y prohibición, proporciona la diferencia entre lo aceptado y lo rechazado del niño en el hogar; es así como se genera el proceso educativo en el que debido a su dependencia física y emocional no le permite rebelarse y de hacerlo así es sujeto de represiones y castigos por parte de los padres.

Si esquematizamos la evolución de la sociedad podríamos representarla por una cadena donde cada eslabón conforma una generación y transmitirá los mismos parámetros, pero debido a que la integran dos personas con creencias, valores y conceptos distintos es que el proceso es más complejo de lo que a simple vista parece.

Factores importantes en la “Buena Crianza” y errores frecuentes en la educación de los hijos

Tao Chi Huan tiene un hijo de 5 años a quien desea regalarle para su cumpleaños un triciclo; Juan Pérez vive una situación similar, su hijo Juanito quiere que su papá le regale también un triciclo, los dos regalan a su hijo lo que ellos deseaban, pero la diferencia entre ambos es que mientras el segundo se le dio armado, el primero lo compró, después lo desarmó y así se lo obsequió a su hijo, ¿quién le ha hecho más bien a su hijo?; de acuerdo a la contestación de esta pregunta, podemos hacernos muchas conjeturas acerca de cómo se puede influir en el ser humano desde los primeros años, enseñarlo a cuestionarse, a valerse por sí mismo y a darle autoconfianza.

En la actualidad existen grandes cantidades de libros sobre cómo educar a los niños, indudablemente todos ellos aportan muchas y buenas ideas que permiten a los padres conocer elementos prácticos acerca de la mejor manera de conducir a los hijos, pues nadie pone en tela de juicio que todos censuran y critican la forma de educación que imparten los padres, pero muy pocas y escasas instituciones² buscan ayudarlos en esta complicada y difícil tarea.

Enumerar los factores para la buena crianza de los hijos sería un trabajo exhaustivo y sumamente complicado, pues no existe un modelo de educación que sea el correcto y todo variará de acuerdo a la concepción de lo que es lo erróneo, en cierto marco sociocultural para un autor y lo que para otro será adecuado. El Dr. Alfonso Bernal cita en su libro líneas adecuadas en las primeras fases de su desarrollo³.

Coincido con autores como Neill⁴, en que la problemática que presentan los hijos, no es por ellos sino por nosotros los padres, nuestros conflictos personales, de pareja y de desconocimiento de una buena educación apegada a la personalidad única e individual de nuestros hijos y acciones espontáneas en la solución, según se vayan presentando los problemas. ‘En cierta ocasión la madre de un joven de 16 años que acababa de ser condenado, llegó al tribunal. Entre excusas y pretextos, la señora le hizo con perspicacia esta pregunta al juez:

— ¿He llegado tarde?

— Sí señora. —respondió aquel— demasiado tarde.

- ¿Cuánto tiempo me retrasé? —inquirió de nuevo la dama—
— Dieciseis años, —repuso el juez— mientras cerraba el caso.⁵

Considero que los tres factores que no deben faltar en la buena educación de los hijos son amor, independencia y autoestima, además de todos aquellos que muchos autores han encontrado importantes. No hay que olvidar que el ser humano no puede reducirse a unas líneas de explicación por sencillas o complicadas que éstas sean, para entenderlo hay que recurrir al sentido común tan difícil de aplicar en ciertas circunstancias. Existen muchas definiciones de los factores que he mencionado pero no pretendiendo debatir estos conceptos, considero que nos queda claro lo que cada uno significa y conlleva.

El hablar del amor que deben prodigar los padres a los hijos está sujeto a innumerables circunstancias como pueden ser sus expectativas, sus aspiraciones, frustraciones, sexo deseado, momento del nacimiento del hijo en relación a la etapa que vive la pareja, lugar que ocupa, presiones internas y externas que vive la familia.

Es frecuente que los padres caigan en el error de la sobreprotección, lo cual viene a ser una limitante y un impedimento en el desarrollo del niño. Alrededor de los dos años se presenta una etapa conocida como "el yo solito", que es la que genera una búsqueda por la independencia de los padres que le permitirá desarrollar aspectos de autoconfianza y paulatinamente valerse por sí mismo, pero será hasta después de la adolescencia en que debe presentarse esta ruptura, para formar su propia familia, esto dependerá de cómo lleven a cabo otros factores, entre ellos, "el yo solito".

En mi experiencia personal, he atendido niños que dada la baja autoestima que tienen de sí mismos se les crea un bloqueo emocional que impide su adecuado desenvolvimiento escolar y familiar, incluso en las pruebas proyectivas muestran cómo de manera inconsciente les está afectando en su madurez. "La hipótesis subyacente reside en que el modo en que el individuo perciba e interprete el material del test o estructure la situación, reflejará aspectos fundamentales de su funcionamiento psicológico"⁶. Es común que aquel niño que constantemente es sujeto de agresiones verbales, donde se le dice "cabeza de piedra", "no entra nada en esa cabezota", al dibujar una persona, lo hace con una cabeza bastante pronunciada en el dibujo de la figura humana,⁷ ésto nos arroja además datos intelectuales e indicadores emocionales que nos precisan de qué manera estos factores están afectando al niño.

El tener conocimiento de aquellos aspectos que nos afectaron en nuestro proceso de vida y la manera como fue provocando el daño, permitirá clarificar si la manera como estamos formando a nuestros hijos es la adecuada; pero no es una cosa sencilla,

pues la mayoría de las veces se requiere de la consulta a los especialistas que nos esclarezcan la problemática y la manera de cómo encontrar la solución.

Muchas personas que acuden a psicoterapia llegan con una autoestima baja y se creen incapaces de poder "pensar" una alternativa distinta que difiera de las comunes, ya sea en el modelo de educación que se le impuso o una distinta en contraposición del que considera inadecuado. Hay autores que mencionan diferentes opciones, las cuales son variantes de la autoritaria, tolerante y mixta⁸.

Educación sexual en la familia

"Mamá, ¿cómo nacen los niños?" Una clásica pregunta que todos hicimos alguna vez y que nos fue respondida de diversas maneras. En la actualidad a los niños no se les puede tomar el pelo con la respuesta de que "los trae la cigüeña de París", o "lo compré en el sanatorio", debido a que en esta época, a diferencia de las anteriores, el niño tiene más conocimientos de conceptos de índole sexual, tanto en la casa como en la escuela, permitiéndole conocer los aspectos de la fecundación, reproducción, sexualidad, de una manera más clara, con menos tabúes y complejos que generaciones anteriores en las que por la timidez de conversar con alguna persona mayor que explicara las dudas, por el temor a la burla, al reproche y/o el castigo por andar queriendo saber de esas "cochinadas", como se le llamaba a todo aquello referente a la sexualidad.

La conceptualización de la sexualidad que actualmente tenemos es producto de nuestros antecedentes culturales que han sido transmitidos de generación en generación⁹ y que en ocasiones han sido sacudidos por la invasión transcultural de otros pueblos, tal es el caso de nuestra sociedad mexicana, primeramente por la española en la época de la Colonia y recientemente por la estadounidense. La transmisión sobre los aspectos sexuales varían de una familia a otra y de región a región por una infinidad de circunstancias que sería difícil precisar pero entre las que caben destacar, los valores propios de ambos padres, lo que para ellos es "normal", sus creencias, su grado de instrucción, su religión, sus costumbres, etc.

A partir de los trabajos de Alfred Kinsey, William Master, Virginia Johnson, Shere Hite y una gran cantidad de investigadores que aportaron información con respecto a la sexualidad, nos ha permitido conocer más sobre este complejo tema y buscar la manera idónea de sensibilizar a la gente a este respecto, pero también la saturación de la pornografía que invade el mercado de los medios masivos de difusión ha distorsionado de una manera inadecuada un aspecto determinante de todo ser vivo: la sexualidad.

Durante mucho tiempo se negaba tanto al niño como al anciano que tuvieran una manifestación abierta de su sexualidad. Fue Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, el que se encargaría de poner el dedo en la llaga, creando primecamente una alarmante preocupación de los médicos y padres de su época cuando dio a conocer el controvertido "complejo de Edipo", llamándole así al período de crisis donde el niño se enamora de la madre y ve como un rival al padre; posteriormente, tanto los seguidores, como los críticos de Freud aportarían elementos esenciales en el conocimiento de la sexualidad del niño y del ser humano en general.

Hoy en día existen muchos adultos que pretenden mantener a los hijos ignorantes o con mentiras acerca de ciertos tópicos, entre los más frecuentes encontramos el vocabulario para nombrar los órganos genitales, la curiosidad innata en todo ser humano con respecto al nacimiento de un nuevo ser, la menstruación, las relaciones íntimas, la masturbación, los cambios anatómico-fisiológicos que se dan en ambos sexos, etc.¹⁰.

La educación sexual es tarea que corresponde a los padres transmitir a sus hijos a través del proceso que llamamos socialización y entendemos por él la tendencia a la relación social. Los padres en el hogar se encargan de reproducir el rol de ambos sexos que determina la sociedad a la que al niño se le va incorporando desde el nacimiento, a través de la forma de vestirlo, del juego, del trato, etc.; posteriormente la escuela (segundo canal de socialización) se encargará de reforzar ciertos aspectos que consideramos, ya debiesen haberse manejado inicialmente en casa. El primer aspecto a destacar en la sexualidad es que se debe hablar con la verdad, en la actualidad existen en las librerías gran cantidad de textos de autores serios que aportan ideas prácticas, accesibles y sencillas de la manera cómo manejar el tema; otra opción es acudir a una psicoterapia de orientación familiar, con el médico familiar o con especialistas que conozcan el proceso evolutivo del niño y las dificultades de los padres al respecto.

¿Por dónde empezar? es toda interrogante que se plantean los padres; sencillamente por aquello que al niño genere una inquietud o duda; pero no confundamos la sexualidad con la genitalidad, pues mientras la primera es "todas las actitudes y emociones referentes a los papeles sexuales representados por hombres y mujeres", genitalidad es "referente a los órganos reproductores y la tendencia a entender la sexualidad como pura actividad sexual"¹¹.

Partiendo de estas definiciones podemos considerar aspectos importantes de la educación sexual no tan sólo que el niño conozca las partes de su cuerpo, para qué sirven y cómo se llaman, sino también las normas, costumbres y pautas de conducta específica para cada sexo.

Existe una regla básica de educación sexual que dice: "el niño tiene derecho a ser niño"¹², pues este error ha traído complicaciones de transexualismo a muchas personas, incluso a personajes célebres como Oscar Wilde, Richard Raskind, y muchos otros.

En la actualidad sigue en pie la controversia de que si la homosexualidad tiene origen en el nacimiento o si una experiencia temprana lo genera y así en este aspecto, existe diferencia de opinión en algunos aspectos de la conducta sexual de un individuo. Lo que sí parece determinante es la formación de la personalidad durante los 5 primeros años de vida, según señala Freud.

Como lo he mencionado anteriormente, también en lo referente a la sexualidad del anciano hay desinformación, ya que la expresión de su sexualidad le es criticada, censurada o ridiculizada; hay sin embargo autores que han estado investigando a este respecto a fin de comprender mejor la sexualidad del paciente geriátrico desde un punto de vista más humanitario, más tolerante y más realista. En septiembre de 1973 murió Shirali Mislímov, quien había vivido en la aldea rusa de Barsavu 168 años; sus secretos para vivir tantos años fueron: "una vida serena, una dieta sencilla, trabajo constante y mucha actividad sexual", su esposa Hartun era la tercera y tenía 107 años cuando él murió, así como 219 familiares.¹³

La alta proliferación de enfermedades venéreas, embarazos no deseados en adolescentes cada vez más jóvenes, que provoca en ocasiones el nacimiento de productos con defectos congénitos, nos deben dar el entendimiento y comprensión para ser más amplios de criterio al manejar ante los adolescentes la metodología de control natal y anticonceptivos, para que vivan su sexualidad con mayor responsabilidad¹⁴ y no querer resolver los problemas como los monos aulladores del Amazonas tapándose los ojos cuando ven que la selva se está quemando.

Interrelaciones en la dinámica familiar

Las investigaciones del profesor Harry Harlow y sus colaboradores de la Universidad de Wisconsin¹⁵ vino a tirar por los suelos la teoría que el apego del recién nacido a su madre era debido exclusivamente a la alimentación que le proporcionaba y demuestra claramente cómo desde los primeros días de vida el afecto es un elemento esencial no tan sólo en la crianza sino también en el desarrollo social y sobre todo en la esfera emocional de un individuo.

Rene Spitz¹⁶ en sus investigaciones nos demuestra las implicaciones emocionales y sus respectivas consecuencias, cuando el bebé es separado momentáneamente

de su madre a lo que llamó "depresión analítica" y a una separación prolongada "hospitalismo".

El aspecto humanista de los resultados de estos estudios es que nos permite señalar la importancia de un adecuado desarrollo emocional desde los primeros momentos que se inicia una vida y señalar a los padres que el maltrato al menor no sólo estriba en lo físico y lo sexual sino también en lo psicológico o emocional.

Un niño al que constantemente se le señala con adjetivos despreciativos llega un momento en que lo exterioriza ("los hace suyos") y vienen a provocar una etiqueta en su personalidad que comienza a conformarse y difícilmente sin ayuda podrá quitársela, impidiendo un adecuado desenvolvimiento en el hogar, en la escuela y en la sociedad.

Un médico muy apreciado tenía el concepto de que "los hijos, son la credencial de los padres", coincido con su opinión, pues cuando los padres llevan al hijo al tratamiento psicológico en la entrevista inicial sale a relucir que el niño proyecta la problemática que viven sus padres, siendo el "chivo expiatorio" y ellos se niegan a reconocerse como los causantes de dicha problemática, por lo que el niño es traído a consulta psicológica como si él fuera el único responsable del desajuste.

Para una adecuada salud emocional es necesario que sus bases sean sólidas, pues las relaciones familiares cuando son satisfactorias entre todos y cada uno de los miembros que componen la familia, redundan en un desenvolvimiento estable para el individuo, lo que le permite un ajuste adecuado en su ambiente social. Los ajustes a los que tiene que enfrentarse la familia pueden dividirse en dos: en lo externo (fuera de ella) y en lo interno (que surgen de ella misma) entre los primeros podemos mencionar la situación económica, el medio físico y social circundante, la influencia de patrones de vida (culturales), por una persona ajena a la familia, desempleo, etc.; los internos incluyen la comunicación, las relaciones interfamiliares, las líneas de autoridad, los valores, la autoestima, la enfermedad, etc.; importante considerar que se sugiere una terapia familiar cuando la problemática se ha generalizado o contaminado a todos los miembros que la conforman y la de pareja cuando las diferencias entre ambos pronostica la posibilidad de la ruptura ocasionando la desintegración familiar.

Considero que si todas las parejas que piensan separarse se sometieran a una psicoterapia de pareja, un número considerable no se divorciaría pues al encontrar nuevas opciones en su relación podrían darse cuenta de que los factores que están orillando esta posible separación merecen un análisis más detallado. Del mismo modo si las parejas próximas a casarse, se sometieran previamente a una psicoterapia, no

todas se casarían, pues una cifra elevada de matrimonios prematuros, son debidos a un embarazo anticipado y en algunas ocasiones a razones inverosímiles¹⁷.

Las interrelaciones que se dan en la familia han sido objeto de estudio sociológico, para entender cómo se conforma determinada sociedad, pues no hay que olvidar que "la familia es la célula de la sociedad"; Enrico Altavilla nos ha legado importantes aportaciones, para muestra podemos citar "Proceso a la Familia"¹⁸, donde se menciona lo que sucede en países como Suecia, Alemania, Inglaterra, Francia, Suiza, Holanda y Grecia.

Las relaciones familiares implican una extensa red que conforman ambos esposos, hijos, abuelos, demás parientes que forman el conglomerado familiar siendo favorables para estas relaciones la comprensión y el respeto mutuo, la adecuada comunicación y la cooperación de todos los miembros en el planteamiento y solución de los problemas familiares.

La terapia de orientación familiar consiste en que se determine el problema que la familia presente, lo que se conoce con el nombre de "objeto de la demanda", que lamentablemente muchas de las veces no es consciente e impide un avance considerable en el tratamiento. Otras veces el desconocimiento de las técnicas o de la manera de cómo conducir la terapia se pierde en la búsqueda de problemas colaterales que exasperan a la familia por la tardanza en el planteamiento de los problemas medulares. Cabe señalar lo riesgoso de aventurarse en una tarea desconocida como una psicoterapia familiar sin tener los conocimientos necesarios, pues más que ayudar en la búsqueda de soluciones, ocasionaría la deserción de la familia o la ruptura de la unidad familiar en definitiva.

Muchos de los problemas comunes que refiere la pareja es la interferencia de algún pariente fuera del núcleo familiar y que está influyendo negativamente en la relación de pareja, por lo que en las entrevistas preliminares es importante conocer la historia familiar de cada uno de los cónyuges y cómo se dan las líneas de intersección.

Algunas veces el planteamiento es, cómo se debe educar y tratar a los hijos y sus respectivas recriminaciones en el "estira y afloja" en que caen ambos padres por lo que es necesario conocer qué papel juegan los hijos en el matrimonio, la investigación del proceso evolutivo del niño, la etapa en que se encuentra la pareja, y qué entiende la familia por "educación" y qué esperan en el presente y en el futuro del hijo.

La importancia de una adecuada comunicación desde el primer contacto con el psicoterapeuta es esencial, lo que redundará plenamente en un avance significativo de

la terapia, pues no obstante que en algunas sesiones se den fricciones, permitirá que exista un clima de mutua confianza en la búsqueda de soluciones adecuadas para toda la familia.

La lentitud o rapidez de la psicoterapia no es ocasionada por el terapeuta las más de las veces, sino que está supeditada al trabajo de análisis y comprensión de aquellos elementos que impiden su adecuación.

Señalar cada uno de sus elementos que conforman las interrelaciones familiares sería exhaustivo, pero estas líneas pretenden dar ideas generales en este aspecto. Finalmente, en el tratamiento, el uso de psicodrama nos permite conocer como se dá la comunicación verbal y no verbal, el papel representado de cada miembro y cómo lo observan los otros, es decir, ver y dejarme ver, para enmendar los errores que están generando la crisis de la familia.

Proceso de Aprendizaje. Relaciones familia-escuela

Cuando es referido a consulta psicológica un niño con problemas de aprendizaje se debe, en la mayoría de las ocasiones, a que el alumno no capta los conocimientos que se le imparten, no obstante "por lo general, los padres creen que los problemas educativos existen cuando las calificaciones bajan"¹⁹. Es menester conocer que existe una estrecha relación casa-escuela, por lo que la entrevista debe ir dirigida a encontrar las causas que están influyendo en un impedimento en el aprendizaje.

La Dra. Jaqueline Renaud, en su libro "Problemas del Niño Normal"²⁰, señala tres situaciones en el problema de aprendizaje: va retrasado, bajo rendimiento escolar, o fobia escolar; por lo que una adecuada exploración a través de los instrumentos como la entrevista²¹, la aplicación de test²², más algunos auxiliares como revisión de los trabajos escolares previos y actuales, informes del maestro y observación directa del niño, una vez integrada nos dará un diagnóstico preciso²³ y señalar las causas que deben ser solucionadas, para resolver la problemática del niño, que en la mayoría de las veces se debe a factores emocionales²⁴ generados en ocasiones por la familia, en los que se involucra al niño consciente o inconscientemente, o bien en ocasiones por problemas del maestro²⁵.

La escuela es segundo canal de socialización que influirá en el ser humano para la transmisión de normas, valores, creencias y pautas de conducta que ha de desarrollar en los primeros años y que cimentarán las bases del individuo, de lo que se espera de él y de su comportamiento como adulto.

Uno de los objetivos primordiales de la escuela consiste en crear individuos críticos, donde el aprendizaje genere la inquietud por la superación y la transformación; este objetivo debe empezar a cumplirse desde la etapa preescolar y afianzarse en la preparación básica y media para que rinda sus frutos en la enseñanza superior.

Debemos insistir en que la educación de los hijos es responsabilidad directa de los padres y que la escuela es solo un auxiliar de este proceso educativo por lo que la familia es en última instancia, la que debe dar las pautas a seguir en lo que a la formación de sus hijos respecta.

Los niños con problemas especiales

La problemática que aqueja a todo ser humano puede ser grave para la persona que afronta la situación aunque a los demás les parezca un problema sencillo, sin embargo siempre habrá casos más severos que requieren de mayor comprensión y ayuda como lo cita Og Mandino en alguno de sus libros cuando narra que un hombre sufría y se lamentaba porque no tenía zapatos hasta que se topó con alguien que no tenía pies.

Si la conflictiva en la que se encuentra inmerso el niño "normal" durante su desarrollo psicosocial es importante, el niño considerado "especial" merece una mayor atención y dedicación de nuestra parte. Existe confusión cuando se habla de niños de "atención especial" y lo circunscribimos al deficiente mental o al niño con síndrome de Down. Sin pretender dar una clasificación de los niños con necesidades especiales, la Dirección General de Educación Especial menciona las características de los niños englobados en este contexto²⁷.

Es un avance considerable el que en la época actual se les considere como personas con derecho a la salud y al bienestar social, puesto que en la antigüedad se les mataba o se les daba un trato infrahumano. La valiosa aportación de profesionales de una pieza como el Dr. José de Jesús González, el Profr. Salvador Lima, el Dr. Roberto Solís y muchos otros, han dejado una huella imborrable en la historia de la educación especial en nuestro país²⁸.

En México se cuenta con varios centros de Educación Especial en donde se manejan aspectos que eran antaño negados como la educación sexual en este tipo de pacientes²⁹, tanto a nivel de Primaria Especial³⁰, como a nivel de los Centros de Educación Especial CECADE³¹.

Un avance significativo en el área lo marca la atención de niños desde los 45 días de nacidos en donde la estimulación temprana juega un papel preponderante. En este

aspecto la labor de los neonatólogos es de capital importancia para la detección precoz de este tipo de problemas.

Es importante hacer énfasis en que los padres de los niños con problemas de atención especial deben involucrarse en el tratamiento de sus hijos, por lo que existe una gran inquietud por crear en todos los servicios de educación especial la "Escuela de Padres" en donde se aclaren todas las dudas y las inquietudes de los familiares.

En la educación especial que se dirige a los niños con deficiencia en el desarrollo psíquico y mental debe tomarse en cuenta la integración de un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psicólogos, terapeutas, maestros, terapeutas del lenguaje, trabajadores sociales, etc., que trabajen en forma coordinada y armónica a fin de ir conduciendo al paciente al logro de un mayor grado de bienestar físico, psíquico y social.

La atención al deficiente mental no debe terminar con la etapa escolar sino prolongarse a través de toda su vida laboral y familiar. Es frecuente que después de concluir su Primaria Especial en los Centros de Capacitación suelen ser ocupados en subempleos en donde no existe una reglamentación en cuanto a horas de trabajo, salario, derechos y obligaciones del trabajador ni las prestaciones que marca la ley, por lo cual muchos de ellos se quedan mejor en sus hogares sin realizar ninguna actividad productiva; esto es favorecido por la sobreprotección de los padres y la falta de oportunidades que la sociedad les brinda y si acaso llegan a emplearse en oficios menores son sujetos de crítica y menosprecio por parte de sus compañeros o sus empleadores al desconocer las enormes potencialidades de estos pacientes.

Es necesario educar a la sociedad acerca de cómo tratar a las personas de educación especial, haciendo énfasis en que, ante todo, merecen nuestro respeto, nuestra ayuda y nuestra admiración por el esfuerzo extra que deben realizar para el desarrollo de actividades que a la mayoría no les representa mayor gasto de energía. Considerar que el mundo es para todos y que todos tenemos un espacio que debemos respetar para que seamos respetados. Esto debería ser una premisa de elemental convivencia humana.

"Un calor estúpido sube en mi espíritu
una risa loca brota de mis labios
y una mirada triste se asoma a mis ojos.
Estoy pensando en ti y para no llorar, río
para no hablar, callo
para no estallar, me calmo

para no correr, me siento
para no contestar, no pregunto
pero para no pensar. . . ¿qué hago?''

Gaby Brimmer³²

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Engels F. **El origen de la familia y la propiedad privada**. Moscú. Ed. Progreso. 1980.
- 2.—Nájera I. Y. **¿quién educa a los papás?** México. Ed. Alba. 1978.
- 3.—Bernal A. **Errores en la crianza de los niños**. México. Ed. El Caballito, 1978.
- 4.—Neill, A.S. **Padres problema y los problemas de los padres**. México. Editores Mexicanos Unidos. 1978.
- 5.—Escandón R. **Proteja a sus hijos contra la delincuencia**. México. Ed. Interamericana. 1979.
- 6.—Anastasi A. **Tests psicológicos**. Madrid. Ed. Aguilar. 1977.
- 7.—Koppitz E. **El dibujo de la figura humana**. Madrid. Ed. Aguilar 1982.
- 8.—Kendall F. **Padres sanos hijos felices**. México. Cía. Gral de Ediciones. 1988.

- 9.—Christian G. **La sexualidad en el siglo XX**. México. Ed. Posada. 1973.
- 10.—Tiefer L.: **Sexualidad humana, sentimientos y funciones**. México. Harla. 1980.
- 11.—Consejo Nacional de Población. **Educación de la Sexualidad Humana**. CONAPO. 1982.
- 12.—Hymes J. L. **¿Cómo hablarle del sexo a tu hijo?** México. Samadhi. 1986.

- 13.—Walker M. **Cómo evitar un ataque al corazón.** Madrid. Martínez Roca. 1982.
- 14.—Palacio M., Guerrero P., Acuña A. **El sexo en los adolescentes.** Bogotá. Cultura y entretenimiento. 1986.
- 15.—Mussen H., Conger J., Kagan J. **Desarrollo de la personalidad en el niño.** México. Trillas. 1979.
- 16.—Spitz R.A. **El primer año de vida del niño.** México. Fondo de Cultura Económica. 1979.
- 17.—Buggi A. **El arte de vivir sin complejos sexuales.** México. Ed. Posada. 1977.
- 18.—Altavilla E. **Proceso a la familia.** Barcelona. Manantial. 1979.
- 19.—Bricklin P. y Bricklin B. **Causas psicológicas del bajo rendimiento escolar.** México. Pax México. 1981.
- 20.—Renaud J. **Problemas del niño normal.** Madrid. Instituto Parralon. 1981.
- 21.—Sullivan S. H. **La entrevista psiquiátrica.** Argentina. Psique. 1979.
- 22.—Lewis D., Greene J. **Test de la Personalidad del niño.** México. Martínez Roca. 1987.
- 23.—Simmons J. E. **Exploración psiquiátrica del niño.** Madrid. Salvat. 1977.
- 24.—Hallahan P. D., Kauffman M.J. **Las dificultades en el aprendizaje.** Salamanca. Anaya. 1980.
- 25.—Neill A.S. **Maestros problema y los problemas del maestro.** Venezuela. Mexicanos Unidos. 1982.
- 26.—Baudelot Ch., Establet R. **La escuela capitalista.** Madrid. 1980.
- 27.—S.E.P. **Bases para una política de Educación Especial.** México FONAPAS. 1981.

- 28.—S.E.P. **La Educación Especial en México.** México. FONAPAS. 1981.
- 29.—S.E.P. **La Educación Sexual en Educación Especial.** México. D.G.E.E. 1984.
- 30.—Gómez Palacio M. **La educación sexual en preescolar y Primaria Especial.** México. SEP/DGEE. 1986.
- 31.—Gómez Palacio M. **La Educación Sexual en CECADDEE.** México. SEP/DGEE. 1977.
- 32.—Brimmer G. y Poniatowska E. **Gaby Brimmer,** México. Grijalbo. 1979.

CAPITULO IX

LA FAMILIA CON PROBLEMAS ESPECIALES DE SALUD MENTAL

Catalina Rivera Martínez

La mayor parte de los problemas emocionales del niño, que describiremos aquí con el nombre de "problemas de conducta", son vistos por primera vez por el médico familiar y deberían ser manejados o, mejor aún, prevenidos por él mismo, ya que se encuentra en una posición ventajosa por su conocimiento y relaciones estrechas con el niño y con su familia. Frecuentemente, los problemas de conducta son pasajeros o de relativa poca importancia y requieren sólo, como lo señala Bakwin, "de un enfoque de sentido común para su solución". El psiquiatra infantil deberá funcionar como un auxiliar para los casos en los cuales por la severidad del padecimiento, por sus dificultades de manejo o por la complejidad de los factores que intervienen en la etiología del problema, se requiera una mayor preparación y experiencia para la solución adecuada de la situación.

Kanner refiere que cuando se revisa la experiencia de los adultos durante su niñez y adolescencia, es difícil encontrar alguien que no haya tenido uno o varios síntomas de los que analizaremos como "problemas de conducta": períodos transitorios de temor a la obscuridad o a los animales, berrinches ocasionales, períodos más o menos prolongados de anorexia o terrores nocturnos aislados. Esto nos obliga a establecer un criterio que nos sirva para decidir si el problema de **conducta que observamos** es la traducción de un trastorno emocional que requiere una atención adicional de nuestra parte y establecer las medidas adecuadas para su tratamiento, o si se trata de un fenómeno transitorio que desaparecerá con el proceso de maduración del niño, sin dejar huella apreciable.

En otras palabras, tenemos que diferenciar si el síntoma es expresión de una conducta "normal", si es consecuencia de dificultades transitorias de ajuste o si está indicándonos que existe un trastorno emocional severo.

Kramer señala cinco puntos para el diagnóstico de trastorno emocional en el niño:

1.—La fluctuación entre su conducta patológica, con sensación de incomodidad y manejo adecuado del ambiente y estados de ajuste relativo, durante los cuales aparece normal y trata adecuadamente con la realidad.

2.—La existencia de ansiedad.

3.—Irritabilidad. El niño con desajuste emocional tiene poca tolerancia a las situaciones que lo frustran, pudiendo causarle gran excitación, estímulos que son inocuos para otros niños.

4.—Encapsulabilidad. En el niño con trastorno emocional no hay una desorganización total como en el psicótico. Kramer señala que la enfermedad está localizada aún cuando su conducta refleje gran sufrimiento. No está desconectado totalmente de la realidad ni de sí mismo.

5.—Autoplasticidad, la cual se refiere al uso de mecanismos de defensa que tienden a controlar la ansiedad.

Blanchard da tres puntos para distinguir al niño sano del niño con trastorno emocional:

1.—El niño sano es consciente de sus sentimientos y de las personas hacia las cuales están dirigidos. Tiene capacidad de soportarlos aún cuando estos sentimientos puedan ser dolorosos.

2.—El niño sano es capaz de distinguir entre la realidad y lo que sucede dentro de sí mismo.

3.—El niño sano tiene capacidad para adaptarse a la realidad aún cuando ésta sea desagradable, como puede suceder en condiciones familiares adversas o en situaciones ambientales traumáticas. Si la situación es muy intensa o va más allá de su capacidad para manejarla, puede responder con una conducta que recuerde a la del niño con trastorno emocional, la cual desaparecerá en cuanto cese la situación que desencadenó. Obviamente, si la situación desfavorable persiste por largo tiempo, puede desarrollarse un trastorno emocional severo.

Es muy importante establecer un juicio sobre la inocuidad o severidad del síntoma. Es frecuente que el niño llore, se niegue a jugar con otros niños, parezca asustado, se orine o aún defeque en la ropa, rechace relaciones con los adultos, se rehusa a tomar sus alimentos o despierte con crisis de terror por las noches, los pri-

meros días de estancia en un hospital, guardería o jardín de niños, ya que cualquier ambiente o situación nuevas, despiertan una reacción de ajuste transitoria, que dura mientras el niño puede comprender y manejar las condiciones nuevas de vida. Estos síntomas generalmente desaparecen en los primeros días o semanas, en cuanto el niño se adapta y por tanto, no deben de catalogarse como "problemas de conducta".

También es importante recordar que no solamente los ambientes cargados de tensión en los padres o los hogares desorganizados o incapaces de satisfacer las necesidades básicas de los hijos, provocan problemas en los niños.

Es imposible extenderse en la descripción detallada de cada uno de los diferentes problemas de conducta que presentan los niños, por lo que nos concretaremos a describir aquellos que a nuestro juicio son más importantes por su frecuencia o por representar señales de alarma. La razón por la que nos referiremos a los trastornos sintomáticos de la conducta infantil y no a entidades nosológicas precisas, es porque los padres no llevan a sus hijos a consulta "por su neurosis", sino porque no hablan bien, se orinan en la cama o no progresan en la escuela.

Para la descripción de los síntomas tomaremos en cuenta edades clave del desarrollo infantil:

A) Durante los dos primeros años de vida

Llanto excesivo

Es uno de los primeros síntomas que aparecen cuando existe una mala relación madre-hijo. Normalmente expresa la existencia de una necesidad fisiológica, como el hambre, o emocional, como la necesidad de contacto y manejo afectuoso de la madre. Cuando se le satisfacen dichas necesidades el niño deja de llorar, adopta una actitud de placidez y se queda quieto o se duerme. Cuando el ambiente es incapaz de proporcionarle los elementos necesarios para satisfacerlo, el llanto se presenta más frecuentemente.

Conviene aclarar que los niños con daño cerebral también presentan, como signo importante, llanto sin causa justificada, a pesar de todos los esfuerzos de la madre para calmar o satisfacer las necesidades de su hijo, necesitando entonces de fármacos, además de afecto, para su control.

Alteraciones en la conducta motora

Generalmente el llanto excesivo va acompañado, desde el principio, de inquietud

motora, conducta que puede persistir durante los primeros años de vida o, por el contrario, ante la inutilidad de su llanto, colocarse en la hipoactividad. Este último patrón de conducta tiene su expresión máxima en lo que Spitz ha llamado Depresión Anaclítica, la cual provoca una paralización total de la actividad del niño y un deterioro irreversible en su proceso de maduración como consecuencia de la deprivación afectiva a la que fue sometido después del cuarto mes de vida.

Mencionaremos también las conductas que tienen como finalidad el liberar tensión, como la rotación alterna de la cabeza, los movimientos rítmicos de flexión y extensión del tronco cuando el niño está sentado o el golpeteo de la cabeza sobre la cuna. Estos síntomas pueden encontrarse en niños profundamente deprivados afectivamente y en los pacientes con daño cerebral.

Trastornos en la alimentación

Desde el nacimiento y durante el primer año de vida, la relación más importante entre el niño y la madre, se establece a través de la alimentación.

Anna Freud, basándose en la naturaleza del conflicto causal, nos describe tres grupos de trastornos relacionados con la alimentación:

- 1.—Alteraciones de la alimentación de origen orgánico.
- 2.—Alteraciones no orgánicas del proceso instintivo de la nutrición.
- 3.—Alteraciones neuróticas de la alimentación.

Durante los dos primeros años de vida, la anorexia es el problema más frecuentemente señalado. No debe olvidarse que existe un período en el cual normalmente baja el apetito del niño, iniciándose al final del primer año y persistiendo en cierto grado durante la edad pre-escolar. Cuando la anorexia es muy severa puede acompañarse de vómito, el cual puede ser tan intenso que amerite la hospitalización del niño para evitar la desnutrición severa que provoca, e inclusive, hace necesaria la colocación del lactante en un hogar sustituto, por las recaídas que presenta y que no cesan hasta que se separa al niño de su ambiente familiar tan patológico. En esta situación juega un papel de gran importancia la ansiedad que la madre comunica al niño.

Sin embargo, debemos aclarar que no siempre es la madre la responsable de la iniciación de un problema en la alimentación. Más frecuentemente que lo que generalmente se supone, son los aspectos culturales dentro de los que se desarrolla el niño y aún el médico familiar, los responsables del problema. Kanner, Aldrich y Schwartz han hecho hincapié en el abuso de la alimentación artificial, en la ignorancia de que ca-

da niño tiene variaciones en su necesidad de un nuevo alimento o en su capacidad para manejar otros alimentos que sean líquidos y en el desconocimiento de que cada niño requiere una cantidad individual de leche y que no es forzoso que consuma determinada "medida".

Alteraciones en el sueño

Como en el caso del llanto, la dificultad para que el niño duerma puede estar traduciendo problemática temprana en la relación niño-ambiente. Durante el primer año de vida y aún en el segundo, estos trastornos son referidos como dificultad para quedarse dormido y/o despertar frecuentemente acompañado o no de llanto.

Este síntoma también puede encontrarse en el niño con daño cerebral y su tratamiento será diferente del causado por alteraciones emocionales.

R) De los dos a los cinco años

Durante esta etapa, pueden persistir o bien iniciarse los problemas alrededor de la alimentación o el sueño.

Trastornos en la alimentación

La anorexia, cuando se inicia en esta etapa o al final de la anterior, está mucho más ligada a ansiedad, ira o temor. El niño que se siente privado de atención, recurre a la anorexia como un medio para obtener con el síntoma lo que normalmente debería de dársele sin él. Otras ocasiones expresa a través del síntoma la hostilidad que no puede exteriorizar por temor a ser castigado o abandonado. También pueden aparecer trastornos de la alimentación localizados a alimentos específicos. Estos trastornos son desencadenados por sentimientos hostiles y situaciones que no pueden ser admitidas o manejadas por el niño, desplazándolas así hacia ciertos alimentos.

El tratamiento dependerá, por supuesto, de la génesis del problema.

Control inadecuado de esfínteres

Enuresis

Se entiende por enuresis la emisión involuntaria de orina nocturna y menos frecuentemente diurna, en ausencia de causas orgánicas que la expliquen. La mayor parte de los autores coinciden en no considerar enurético al niño menor de 4 años y aún al

de 5 años. Puede estar presente en niños sin patología aparente o acompañar a cuadros emocionales severos. Su curso es variable, pudiendo desaparecer en cualquier momento, aunque lo más común es que cese hasta la pubertad. La enuresis diurna, cuando persiste algún tiempo, es un síntoma indicador de trastorno emocional más severo que la enuresis nocturna.

Como en el caso de la anorexia, puede estar traduciendo ansiedad subyacente. Puede ser causada por un entrenamiento precoz o muy riguroso del control de esfínteres, o ser desencadenado por celos o rivalidad hacia los hermanos más pequeños que, por su edad, requieren mayor atención por parte de la madre, o ser el resultado de una falta de entrenamiento a consecuencia del descuido o negligencia de los padres. En los niños hospitalizados, su presentación traduce la hostilidad que experimenta el menor al no poder explicarse su separación de la familia. Es más frecuente en niños y su importancia es mayor cuando aparece después de haberse alcanzado el control del esfínter vesical.

El tratamiento deberá ser integral, dirigido al niño y a la familia, intentando que reconozcan franca y objetivamente el problema, propiciando cambios en la dinámica familiar, que permitan recobrar el equilibrio emocional perdido.

Encopresis

Se designa con este nombre a la falta de control del esfínter anal sin una causa orgánica que la justifique. Es menos frecuente que la enuresis y traduce un trastorno emocional más severo, especialmente cuando está presente en niños mayores. Refleja la hostilidad del menor ante un ambiente que percibe como hostil e incongruente.

El tratamiento es semejante al de la enuresis.

Masturbación

Es la manipulación directa o indirecta de los órganos genitales y puede estar presente desde el primer año de vida, pero es hasta que el niño alcanza determinada edad cuando el síntoma preocupa a los padres o a los adultos que lo rodean.

La masturbación refleja la incapacidad del ambiente para proporcionar al niño otros intereses más adecuados que la obtención de placer a través de la estimulación de alguna parte de su cuerpo y, por lo tanto, será más importante mientras más aislado y privado de estimulación se sienta el niño. La masturbación por sí sola carece de valor como indicadora de la severidad del trastorno emocional.

Ansiedad

Desde los primeros meses de vida, la ansiedad puede manifestarse como llanto frecuente y alteraciones en la alimentación y en el sueño, pero, desde el punto de vista práctico, solo puede reconocerse como tal hasta que el niño ha alcanzado una determinada capacidad para expresarse.

Las primeras manifestaciones externas de ansiedad, pueden detectarse desde los 6 a 8 meses de edad, presentando el niño temor ante los extraños y aferrándose a la madre o a los familiares, para sentirse seguro. Hacia el año y medio el niño despierta por la noche y demanda pasarse a la cama de la madre, traduciendo así su temor a ser abandonado durante el sueño.

La ansiedad puede presentarse en forma vaga, imprecisa, no localizada a algún objeto o situación en particular, tratándose entonces de una ansiedad libre o flotante. El niño muestra una facies característica, está pálido, adelgazado y su aspecto exterior corresponde al de un niño desnutrido. Sus movimientos y actitudes son torpes y puede haber temblores en las manos. Su ansiedad se hace más intensa ante situaciones nuevas o al perder de vista a las personas que le son familiares.

Al mismo tiempo, comienzan a presentarse crisis de ansiedad ante situaciones específicas: obscuridad, soledad, etc., pudiendo aparecer algunos rituales que le sirven al niño como un medio para contrarrestar su ansiedad, como el chupeteo del pulgar o la manipulación de alguna parte de su cuerpo. En ocasiones el niño recurre a sostener estrechamente algún juguete que le es muy familiar (objeto transicional) o realiza una serie de rituales, recurriendo a veces a formas sutiles de conducta, para mantener cerca de sí a la madre.

Terrores Nocturnos

Los sueños de ansiedad y los terrores nocturnos, traducen una forma muy frecuente y más elaborada de la ansiedad. Cuando se presentan en forma periódica y se mantienen por un lapso más o menos prolongado, son una señal de alarma que debemos tomar en consideración. En el caso del terror nocturno la situación es tan peligrosa para la conciencia, que el niño olvida todo lo sucedido durante el sueño y durante el intervalo inmediato que sigue al despertar. Tanto los sueños de ansiedad, como los terrores nocturnos, preceden o están presentes en los trastornos emocionales severos.

Fobias

La fobia puede definirse como un temor irracional o desproporcionado a un objeto o situación. Implican la formación de un cuadro neurótico en el niño, poniendo en marcha mecanismos de defensa para mantener cierto grado de control sobre una ansiedad que le es intolerable. La evaluación de si tiene o no significación se basa en la frecuencia del síntoma, la desproporción entre la situación temida y el peligro real que ésta representa, el grado de inhibición que el síntoma ejerce sobre las funciones del niño y la extensión y el número de las situaciones temidas. Aún cuando en la fobia existe cierto grado de condicionamiento, podemos considerar que en el síntoma existe una proyección de impulsos o sentimientos inaceptables para el niño hacia el objeto o situación temida. Evitando dicha situación se mantiene libre de ansiedad y, por el contrario, al estar cerca de la situación temida, libera esta ansiedad y da lugar al temor desproporcionado. Las fobias escolares son un buen ejemplo. De acuerdo con Elsenberg y Sperling, las fobias escolares requieren de un tratamiento inmediato y, en los casos severos, necesitan de una labor conjunta del psiquiatra infantil, los padres y los maestros del niño.

Otra forma de mantener controlada la ansiedad es la ejecución de una serie de rituales y conductas extravagantes, dependiendo de la severidad del problema, de la simplicidad o complejidad del síntoma, de su frecuencia y de la situación subyacente al ritual.

Agresividad

El niño pequeño, por inmadurez de su sistema nervioso central, carece de los mecanismos de inhibición necesarios para mantener sus impulsos bajo control. Es hasta después de los tres años que comienza a posponer la gratificación de sus necesidades y a entender el papel que juegan los padres y otros adultos, como figuras de autoridad.

Un niño ansioso tiene dificultad para incorporar las normas sociales. Frecuentemente maneja su ansiedad a través de crisis de cólera o de impulsividad, especialmente cuando los padres son inseguros e incapaces para educar a sus hijos, fluctuando entre períodos de gran rigidez en la disciplina y períodos de permisividad extrema. Algunos padres exigen al niño más de lo que su capacidad o limitaciones específicas le permiten, recurriendo a medidas de control irracionales, que no hacen más que agravar el problema. Puede acontecer también que el medio inadecuado haya condicionado una respuesta de ira constante, debida a las frustraciones de necesidades emocionales básicas, persistiendo esta forma de respuesta hasta que el niño aprende que la si-

tuación nueva es diferente de las condiciones previas de su vida. La conducta agresiva de un niño hacia sus compañeros, puede estar expresando el desplazamiento de la rivalidad y celos hacia los hermanos.

El tratamiento estará encaminado a la modificación de la dinámica familiar.

Alteraciones del lenguaje

Dentro del campo de las alteraciones del lenguaje encontramos una problemática muy variada, ya que los orígenes del trastorno son diversos, presentando distintos grados de severidad.

Dislalias

Trastorno en la articulación del lenguaje, que puede afectar a cualquier consonante o vocal, siendo motivada por distintas causas:

1.—Dislalia Evolutiva, que forma parte de un proceso normal del desarrollo del lenguaje, por lo que no amerita de ningún tratamiento, sólo de estimulación para acelerar su proceso.

2.—Dislalia Funcional, que se presenta por la incapacidad funcional para la articulación del lenguaje. Los síntomas que aparecen son la omisión, la sustitución o la deformación de los fonemas, necesitando para su corrección de una terapia de lenguaje.

3.—Dislalia Audiógena. Es la alteración de la articulación causada por una audición defectuosa. Su rehabilitación dependerá del grado de deterioro auditivo existente.

4.—Dislalia Orgánica. Es la que tiene por origen alguna alteración orgánica del sistema nervioso central, dando lugar a las disartrias, o de los órganos de la fonación, provocando las disglosias. Su rehabilitación dependerá del grado de lesión orgánica existente.

En ausencia de lesiones que interfieran con las múltiples funciones que tienen que ponerse en juego para la emisión del lenguaje hablado, existen casos en los cuales el niño expresa su conflicto a través de trastornos del lenguaje. Entre los más frecuentes está el "lenguaje pueril", en donde el niño utiliza lenguaje de niño más pequeño, como una forma de protesta ante el cuidado que se le proporciona a sus hermanos más pequeños, como un deseo de no crecer ante las demandas cada vez más excesivas del

ambiente, especialmente de los padres o por una falta de entrenamiento. Cuando se coloca a estos niños en un medio adecuado que los estimula, el trastorno desaparece.

Tartamudez

Kammerer define a la tartamudez como un desorden motor y psicomotor del lenguaje, que se manifiesta por la imposibilidad transitoria de emitir ciertos fonemas, o de engranar convenientemente algunos de los movimientos que intervienen en la elaboración de la palabra.

Existen muchas opiniones con respecto a este síntoma. Algunos autores han llamado la atención sobre la frecuencia de tartamudez en los niños que, siendo inicialmente zurdos, son forzados a usar la mano derecha. Otros la explican como una falta de sincronía entre los músculos torácicos y abdominales. Algunos niños solo tartamudean cuando están frente a personas que representan autoridad y otros lo hacen ante situaciones que implican ansiedad. Así, tenemos que considerar que aunque la situación se desencadena por una condición orgánica, es agravada y sostenida por la ansiedad.

C) De los cinco a los once años

Durante esta etapa pueden persistir o desencadenarse los fenómenos descritos anteriormente, o presentarse los siguientes:

Mentiras

Son comunicaciones falsas hechas conscientemente y con algún propósito, siendo necesario que exista un grado de maduración suficiente para que el niño pueda distinguir, en forma adecuada, la realidad externa e interna.

Levobici y Buckle clasifican a las mentiras en tres tipos:

- 1.—De defensa.
- 2.—De fabulación.
- 3.—De calumnia.

El niño pequeño confunde sus deseos y fantasías con los hechos reales, describiéndolos con la misma veracidad o sensación de realidad. Muy frecuentemente el pequeño fabulador está traduciendo una falta de actividades que le permitan una válvula de escape adecuada a sus tensiones, las que son generadas por la frustración, la rivalidad con sus hermanos o por sus propias limitaciones.

La mentira es de defensa cuando el niño miente para evitar un castigo o una situación que no puede manejar. Los ambientes poco comprensivos, demasiado punitivos o muy exigentes, propician esta clase de mentiras, indicándonos así que su ambiente es inadecuado.

En otras ocasiones, utiliza la mentira para llamar la atención sobre sí mismo, al no poder obtenerla de otra manera, por sus propias limitaciones o por la incapacidad del ambiente para proporcionarle seguridad. Cuando se repite frecuentemente nos indica que el niño está usando mecanismos inadecuados para suplir sus propias fallas, teniendo, por lo tanto, un mal ajuste a su ambiente.

Las mentiras de calumnia implican una patología severa, estando más o menos elaboradas, sin tener como finalidad el escapar a un castigo, su contenido, frecuentemente, es de tipo sexual.

Robos

Casi todos los niños toman, ocasionalmente, algo que no les pertenece. Independientemente de los hurtos ocasionales, generalmente de poca cuantía y de los condicionados por el ambiente sociocultural, podemos considerar que el robo tiene una significación semejante a la mentira. El niño puede tomar cosas que no le pertenecen para llamar la atención, obteniendo así una jerarquía dentro del grupo, la cual no puede lograr en otra forma por sus limitaciones reales o por sus sentimientos de inadecuación. El problema es importante cuando el robo no tiene motivación aparente o cuando persiste a pesar de que se coloque al niño en un ambiente adecuado.

El robo planeado es raro en esta edad, siendo más bien un problema de adolescentes. Los antecedentes de estos niños muestran un ambiente estresante y carente de armonía.

El tratamiento consistirá en mejorar la relación padres-hijo, a través de propiciar cambios en la dinámica familiar.

Trastornos del aprendizaje

Estos problemas empiezan a detectarse cuando los padres reciben los informes sobre la conducta y el aprovechamiento escolar de sus hijos en donde les señalan su bajo aprendizaje, sobre todo en la lecto-escritura, atribuyéndolo inicialmente a la mala conducta y a la falta de interés o esfuerzo para realizar sus tareas, después explicán-

dolo como consecuencia de una deficiencia visual o auditiva, para finalmente, pensar en un trastorno del aprendizaje.

Dislexia, Disgrafía y Discalculia

Critchley define a la dislexia como un trastorno manifestado por la dificultad para aprender a leer, a pesar de haber recibido la instrucción escolar convencional y tener inteligencia y oportunidad sociocultural adecuadas. Es causada por alteraciones cognitivas, que frecuentemente son de origen constitucional. Para hacer este diagnóstico, el niño deberá tener por lo menos 6 años de edad o estar terminando su primer año de primaria.

La Dra. Elena Boder enunció tres grupos en la dislexia:

1.—Dislexia Disfonética. El patrón de lectura y ortografía del niño refleja una falla primaria en la integración del símbolo-sonido (grafema-fonema), provocándole una incapacidad para desarrollar sus habilidades de análisis-síntesis de la palabra fonética. No presentan fallas importantes en la función de formas.

2.—Dislexia diseidética (ceguera a las formas). Se ve en los niños cuyo patrón de lectura y ortografía refleja una falla primaria en su habilidad para percibir letras y palabras enteras como esquemas o formas visuales. No presentan falla importante en la función analítica.

3.—Dislexia mixta, disfonética-diseidética (Alexia). Se encuentra en los niños cuyo patrón de lectura y ortografía refleja una falla primaria en su destreza para desarrollar sus habilidades de análisis-síntesis de la palabra fonética y en su destreza para percibir letras y palabras enteras como formas visuales.

El tratamiento estará dirigido a la superación de esas limitaciones a través de la educación, la cual se adaptará a sus necesidades. Así, cuando el trastorno de aprendizaje es leve, bastará con un reajuste en los procedimientos educativos, incluyendo la repetición del año que está cursando para obtener una mayor integración de sus habilidades cognitivas dentro del proceso de aprendizaje de la lectura, evitando la enseñanza bilingüe. Cuando el trastorno es moderado o severo, para su rehabilitación necesitará de la Educación Especial, a través de técnicas multisensoriales que se emplearán en la escuela y en el hogar.

El aprendizaje de la escritura es simultáneo al de la lectura, en condiciones normales, se refuerzan mutuamente. La escritura consta de una actividad motora manual

y otra relativa a la estructura gráfica de la lengua. La ejecución de la actividad motora constituye una praxia o sea, un aprendizaje de tipo motor. Cuando el niño tiene dificultad para la escritura, se dice que presenta una Disgrafía. Su tratamiento es igual al de la dislexia.

Se puede hablar de un trastorno del cálculo (discalculia), cuando el niño que está cursando el tercer año de primaria, es incapaz de manejar combinaciones de números y cifras elementales, así como las operaciones más sencillas relacionadas con ellas. Generalmente se asocia con otras dificultades de aprendizaje. Su tratamiento consistirá en técnicas educativas que refuercen las operaciones lógicas.

Trastornos por Déficit de la Atención

Esta alteración se caracteriza por tres síntomas básicos:

- 1.—Impulsividad.
- 2.—Distractibilidad.
- 3.—Inquietud motora excesiva.

Su etiología más frecuente es la inmadurez neurológica, lo que provoca una conducta motora irreflexiva, sin previsión de los peligros que pudieran existir; escasa concentración, cambiando constantemente su foco de atención; desobediencia patológica, por la no comprensión de lo que se le ordena y gran impulsividad, lo que afecta su vida social y su aprendizaje. Estos niños tienen una inteligencia normal.

El tratamiento será farmacológico para disminuir y controlar la inquietud, distractibilidad e impulsividad del niño. Además deberán propiciarse cambios en la dinámica familiar para proporcionar al niño un ambiente estimulante y consistente, con reglas racionales que favorezcan la organización de su conducta.

Por otra parte, si descartamos a los niños con dislexia, disgrafia, discalculia o con trastornos de la atención, aún encontraremos a un grupo de niños con inteligencia normal, que presentan dificultades para progresar académicamente, de acuerdo a lo esperado. Cuando existe un trastorno emocional, el niño presenta bajo rendimiento escolar y conductas que van desde el aislacionismo, la introversión, la timidez y la escasa participación con el grupo, hasta la indisciplina a las normas escolares y al maestro, con agresividad a los compañeros. El problema puede surgir por el desplazamiento de la conflictiva del niño con el padre, la madre y los hermanos hacia el maestro o compañeros; o ser generado por el maestro que impone una rigidez excesiva, incompatible con el niño, o cuya permisividad haga que el grupo esté en conflicto constante. También puede suceder que las demandas académicas del plantel educativo sean inalcan-

zables por la capacidad del niño, o que la escala de valores de la escuela difiera de la del hogar, originándose así el trastorno emocional.

El tratamiento se encaminará a mejorar las relaciones entre padres e hijos, propiciando cambios en la dinámica familiar, evitando las formas negativas de relación, como el rechazo, la sobreprotección, la inconsistencia y la sobreestimulación.

BIBLIOGRAFIA

Anthony, E. J. An experimental approach to the psychopathology of childhood — Encopresis. **Br. J. Med. Psychol**, 30: 146, 1957.

Anthony, E. J. An experimental approach to the psychopathology of childhood — Sleep disturbances. **Br. J. Med. Psychol**, 32: 19. 1959.

Amado, G. **Los niños difíciles**. México, Ed. Planeta. 1976.

Ajuriaguerra, J. **Manual de Psiquiatría Infantil**. 4a. Ed. México. Ed. Masson. 1983.

Borner, E. A Neuropediatric approach to the diagnosis and management of school behavioral and learning disorders. **Learning disorders Vol. II. Special Child publications**. Seattle, Washington. 1966.

Bergman, P. Neurotic anxieties in children and their prevention. **Nerv. Child** 5: 37. 1946.

Chess S. Thomas A. and Birch H. **Your child is a person**. Viking Press. New York. 1965.

Freud, A. **Normality and pathology in childhood**. International Universities Press. New York. 1965.

Kanner, L. **Child Psychiatry**. Ed. 3. Charles C. Thomas, Springfield Ill. 1957.

Rutter, M. **Helping Troubled children**. Penguin Books. New York. 1975.

Sutter, J. M. **Los Niños Mentirosos**. 1a. Ed. México, Ed. Planeta, 1976.

Spitz, R. A. **The first year of life**. International Universities Press. New York. 1962.

CAPITULO X

INDICADORES DE LA SALUD FAMILIAR

Florisa Alanís de Azuara

En la cultura del país, la familia ocupa un lugar central. El mexicano considera a la familia como el centro fundamental de sus actividades y sus referencias. Aunque la familia tome diferentes formas, tenga mayor o menor existencia, y esté sujeta a una evolución permanente, se conserva en lo fundamental un concepto e imagen de ella que puede considerarse como un común denominador.

La familia constituye la organización mínima fundamental tanto de pertenencia como de referencia para el mexicano. Aunque los tipos de organización del grupo familiar difieran de región a región, de un estrato social a otro, la familia permanecerá siempre como organización básica de las actividades, tanto a nivel individual como de grupo.

Considerada como célula de interrelación en la sociedad o como producto histórico de la cultura, refleja en sí misma los grandes problemas de la sociedad en general y los que le corresponden a ella misma.

Tienen valores considerados como vigentes, dentro de los cuales y a pesar de la gran heterogeneidad de nuestras familias, se encuentran como muy importantes, la maternidad, la paternidad, la situación económica, el apoyo familiar, el afecto entre sus miembros. Sin embargo jerárquicamente dentro de éstos la salud ocupa un lugar inferior, situación que debe considerarse como un valor a rescatar y cuyo protector y guardián debe ser el médico familiar. Como consecuencia de lo anterior, el médico responsable de la salud familiar debe contar con indicadores de la salud de la misma que le permitan en un momento dado, detectar desviaciones de lo que consideramos como normal.

Por lo general las mediciones de la salud son indirectas, el problema consiste en encontrar un procedimiento para medir directamente y en forma precisa el estado de

salud tanto del individuo como de la familia y la población. Parecería que el asunto no presenta complicaciones cuando se trata de un individuo aislado, sin embargo en la práctica no es así. La dificultad radica en que la noción de salud es relativa y no acepta una definición rígida y precisa. La salud en general representa un estado del organismo que corresponde al adecuado funcionamiento de éste en condiciones variables de orden genético y ambiental.

En la experiencia médica, la salud se expresa como un funcionamiento orgánico dentro de ciertos promedios llamados normales, tomando en consideración algunas características fundamentales relacionadas con el entorno psicosocial.

En un sentido estricto, la salud de la familia se debe medir en relación al número de integrantes de la misma que viven una vida sana desde el punto de vista físico, mental y social, que trabajan con utilidad para la sociedad y que son capaces de procrear niños sanos.

Hablando de la salud familiar deben tomarse en consideración todos los problemas relacionados con la integración familiar, su funcionamiento, la composición de su estructura, la conformación de los límites establecidos, etc.

Para medir el estado de salud familiar se usan diversos índices indirectos, que lo que realmente miden son las desviaciones del estado de salud y no la salud misma. Estos indicadores pueden ser generales y específicos.

La salud familiar está íntimamente relacionada con su nivel de vida, que representa "el grado de satisfacción de sus necesidades fundamentales"; dicho de otra manera, el grado de bienestar que ha alcanzado. El nivel de vida se refiere a "los consumos efectivos de un grupo de personas, expresados en la cantidad y calidad de bienes y servicios consumidos por unidad de tiempo, por lo general un año y por unidad típica de grupo: la familia".

Indicadores generales

Los expertos de las Naciones Unidas, han sistematizado en forma didáctica los componentes generales del nivel de vida y son los siguientes: salud, educación, recreación, vestido, alimentación, vivienda, libertades humanas, trabajo y seguridad social.

Cada componente representa en sí una parte del fenómeno total que visto en conjunto, visualiza el grado de desarrollo económico y social que ha alcanzado la familia.

El nivel de vida familiar se representa como una pirámide con 9 componentes:



1o. – La salud

Los indicadores de la salud familiar son:

- a) La mortalidad infantil en la familia.
- b) La morbilidad por enfermedades transmisibles.
- c) La morbilidad por enfermedades crónico degenerativas.
- d) El porcentaje del presupuesto familiar que es utilizado para conservar la salud.

2o. – Educación

- a) El índice familiar de analfabetismo en mayores de 15 años.
- b) El número de desertores de la familia del sistema educativo en sus diferentes ciclos.
- c) El porcentaje del presupuesto familiar que es utilizado en la educación de sus miembros.

3o. – Alimentación

- a) Consumo familiar de lácteos.
- b) Número de calorías consumidas por individuo.
- c) El porcentaje del presupuesto familiar que es utilizado en la alimentación.

4o. – Vivienda familiar

- a) El índice de hacinamiento.
- b) Dotación de agua potable intradomiciliaria.
- c) Drenaje intradomiciliario.

5o. — Trabajo

- a) Índice de dependencia. Referido como el número de miembros de la familia mayores de 20 años que dependen económicamente del que trabaja en la familia.
- b) Número de desempleados, subempleados o cesantes.

6o. — Seguridad Social

Si la familia se encuentra adscrita a un régimen de Seguridad Social ya sea institucional o privado.

7o. — Vestido

El indicador se representa por el número de miembros de la familia que utilizan calzado.

8o. — Recreación

Porcentaje del presupuesto familiar dedicado a los fines de recreación de la familia.

9o. — Libertades humanas

Libertad e independencia de que gozan los miembros de la familia.

Los indicadores directos o específicos de la salud, determinan la salud individual de cada uno de los miembros que componen la familia. Pueden ser indicadores directos positivos o negativos.

Indicadores positivos

- a) Exámenes individuales de capacidad fisiológica, de adaptación y de aptitud física en relación a la edad, sexo y condiciones orgánicas.
- b) Pruebas de capacidad intelectual.
- c) Pruebas de personalidad.
- d) Pruebas de análisis de sensaciones objetivas.
- e) Pruebas de salud mental.

Indicadores negativos

- a) Prevalencia de signos precursores de enfermedad que son detectados por medio de exámenes periódicos de salud, análisis de laboratorio, etc.
- b) Prevalencia de invalidez e incapacidades orgánicas.
- c) Prevalencia de defectos orgánicos.
- d) Prevalencia de desnutrición.
- e) Defectos de adaptación social: delincuencia, prostitución, drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, etc., presentes en la familia.

Evaluación de la salud mental familiar

La salud mental familiar se puede definir como la expresión de la lucha de la familia frente a los conflictos y a las diferentes crisis por las que necesariamente atraviesa, planteada sin temor y buscando resolverlos feliz y constantemente, sabiendo además que la solución de un conflicto abre la perspectiva de uno nuevo, así como la búsqueda de nuevas soluciones.

En el plano individual, se habla de individuos sanos cuando es capaz de tener satisfacciones subjetivas, de gozar de las diferentes manifestaciones de la vida, tener interés en el trabajo y progreso y ser capaz de vivir armónicamente con otras gentes.

Los criterios para evaluar la salud mental familiar son muy relativos debido a las grandes variaciones psicológicas individuales; se aceptan tradicionalmente cinco condiciones para evaluar el grado de salud mental en cada uno de los miembros de una familia, situación que debe ser detectada y evaluada por su medio familiar:

- a) Ausencia de enfermedad mental.
- b) Conducta normal.
- c) Adaptación al medio ambiente.
- d) Unidad de la personalidad.
- e) Percepción correcta de la realidad.

El desorden emocional y la enfermedad mental en su diferentes grados, constituyen la respuesta de la personalidad a las múltiples tensiones del ambiente total interno y externo. La actividad mental se desorganiza cuando las tensiones familiares y la gravedad de los conflictos emocionales internos destruyen la estabilidad constitucional o adquirida de la personalidad. Si bien el material hereditario que hemos llamado constitución participa en la formación de la personalidad y en cierto modo de los trastornos mentales, son los factores ambientales y familiares los que determinan la enfermedad mental.

El ambiente que rodea al niño durante la lactancia, la niñez y al escolar tienen una importancia decisiva en el desarrollo de la personalidad y en la formación de conflictos emocionales. Se piensa que el ambiente familiar y el de la escuela son los verdaderos laboratorios donde se desarrolla la personalidad del niño. Se culpa a la desorganización familiar (familia semiintegrada y desintegrada) de ser la causa de la delincuencia juvenil. El desarrollo de la mente con sus diferentes niveles (consciente, subconsciente, inconsciente) se produce tempranamente en el niño y en esta forma las experien-

cias tempranas pueden ser responsables del carácter y la personalidad del adulto y las desviaciones que después se presenten.

La inmadurez mental y emocional son algunas de las causas determinantes y más importantes de los trastornos mentales y de la conducta antisocial. Están presentes en todas las neurosis, parecen estar también presentes como causa de muchos problemas sociales o ser la consecuencia de éstos.

Algunos de los factores sociales más importantes que inciden en la frecuencia de desórdenes de la salud mental de la población y que tienen un impacto familiar importante son:

- 1.—Alta frecuencia de divorcios.
- 2.—Asociaciones pocas y pobres.
- 3.—Dirigentes pocos y débiles.
- 4.—Pocas formas de recreación.
- 5.—Alta frecuencia de hostilidad.
- 6.—Alta frecuencia de crimen y delincuencia.
- 7.—Comunicación débil y fragmentada.

Además:

- 8.—Desastres recientes.
- 9.—Insalubridad importante.
- 10.—Pobreza extrema.
- 11.—Confusión cultural.
- 12.—Secularización extensa.
- 13.—Amplios movimientos migratorios.
- 14.—Cambios sociales rápidos y extensos.

La desintegración social y cultural conduce a la inseguridad física y con ello al trastorno psicológico o psiquiátrico, ocasionada también por las limitaciones en la cesión o aceptación de amor. Asimismo por interceder o limitar la obtención de fines socialmente valiosos por medios legítimos. Facilita además la pérdida de la orientación de la persona en relación con el lugar que ocupa en la sociedad y la sensación de pertenencia a grupos humanos.

El Dr. H. Crichton Miller, psiquiatra inglés, resume las características del individuo emocionalmente maduro y de mente sana como los siguientes:

“Querer vivir, gozar de todas las funciones biológicas normales; confianza en sí mismo para lograr una independencia adecuada de las circunstancias y ambiente; estar dispuesto a hacerle frente a los conflictos, sin tratar de evadirlos; contar con una escala de valores que le permita preferir las experiencias y memorias útiles e importantes, a las que carecen de estos atributos, y confianza razonable en sus semejantes”...

Manejo de los Indicadores de Salud Familiar

El médico familiar se enfrenta a la enorme y difícil tarea de tratar de prevenir, detectar, resolver y en lo posible rehabilitar la gran cantidad de problemas que aquejan a la familia. Su labor requiere del concurso de un gran equipo de salud que colabore en la solución de toda esta problemática.

La familia participa como constituyente de la célula social más importante, además de su problemática, de la que aqueja a su comunidad, a la población y por consecuencia a su país. Desde este punto de vista, la responsabilidad de su salud recae en el sistema de gobierno, que determinará en su conjunto, una política de salud que la proteja y que formará parte importante de las medidas de desarrollo de un país.

En la resolución de los problemas internos familiares ya sea de integración, funcionalidad, estructura, etc., deberán ser evaluados por el médico familiar y, en caso necesario, contar con la ayuda de personal especializado, como por ejemplo, terapeutas familiares y el respaldo y deseo de la familia para lograr la salud. Los problemas específicos de la salud de cada uno de los individuos que componen la familia se resolverán con un esquema de detección temprana y resolución a corto plazo.

Tomando en cuenta el gran número de indicadores generales y específicos ya señalados, lo más importante para mantener y fomentar la salud familiar, será prevenir que sufra conflictos, crisis y patologías más allá de lo que se considera “normal”; el logro de éstas será apoyada por el establecimiento de instituciones de protección a los matrimonios y familias, una educación en este sentido científica y realista al niño, adolescente y parejas en etapa prematrimonial.

Asimismo el establecimiento de programas de Salud y Medicina Familiar en las Escuelas de Medicina y otras áreas que tienen que ver con la salud, para modificar el sistema tradicional de enseñanza, que no contempla estos aspectos, por currículas más humanistas no dirigidos meramente al aspecto curativo, biológico e individual sino a otro que participe de la responsabilidad profesional que le confiere su carrera, en el cuidado y protección de la familia mexicana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Roberts, Ch., **Psiquiatría Preventiva. Psiquiatría Clínica.** 2a. Edición. México. Editorial Interamericana. 1968.
- Kroeger, A. **La Educación para la Salud. Atención Primaria de Salud, Principios y Métodos.** 1a. Edición. México. Organización Panamericana de la Salud. 1987.
- San Martín, Hernán. **Investigación del Nivel de Salud. Salud y Enfermedad.** 4a. Edición. México. La Prensa Médica Mexicana. 1984.
- Ferrara F., Acebal E., Paganini J.: Comunidad y Medicina. **Medicina de la Comunidad.** 1a. Edición. Buenos Aires, Argentina. Interamérica. 1972.
- Bastorrochea, S. El fenómeno Salud-Enfermedad. **Introducción a la Medicina.** Medicina General Integral, México. Universidad Nacional Autónoma de México. 1978.
- Carrizo B., Héctor. **Familia y Sexualidad.** Consejo Nacional de Población. México. 1982.
- Buckle D., Hoffmeyer, H., Isambert, A. **La Salud Mental de la Familia en Europa.** Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1966.

CAPITULO XI

LA HISTORIA CLINICA FAMILIAR

Jorge Chávez Hernández

Todos los médicos sabemos que para establecer un diagnóstico preciso e instituir una terapéutica adecuada es necesario elaborar una historia clínica del paciente lo más completa posible, la cual deberá incluir la ficha de identificación del mismo, los antecedentes heredo-familiares y los antecedentes patológicos y no patológicos del sujeto en estudio. El meollo de la historia clínica es la investigación del "padecimiento actual" a través de un interrogatorio dirigido y una exploración física completa. Lo anterior nos proporcionará los elementos necesarios para fincar el diagnóstico y el tratamiento.

En la práctica de la medicina familiar seguimos el mismo proceso cuando atendemos al paciente en forma individual, pero habrá situaciones (ver capítulo V) en las que se deberá investigar a la familia como "un todo", como unidad de atención, y es entonces que deberemos seguir una metodología especial para abarcar esas áreas del estudio familiar que no se tocan en la historia clínica convencional.

La historia clínica familiar no se trata de la suma aritmética de las historias clínicas individuales de los miembros de la familia, en todo caso sería una suma algebraica en donde el resultado es mayor que la suma de sus partes ya que al analizar a la familia en su conjunto entendemos buena parte de la patología física o psíquica del paciente, que no se explicaría con la sola investigación de su caso en particular.

La elaboración de esta historia clínica familiar demanda muchas horas de investigación y debemos realizarla no sólo en el consultorio, sino principalmente en el hogar de la familia en estudio y durante varias visitas a fin de conocer lo mejor posible el entorno familiar, la dinámica y la personalidad de cada uno de sus integrantes.

La buena relación médico-paciente-familia (la cual se aborda en otro capítulo de este libro) es fundamental para la realización de un buen estudio familiar. A este res-

pecto quisiera mencionar una frase que ilustra lo anterior: "no hay medicina sin confianza, ni confianza sin confidencia, ni confidencia sin amor..."

Para la elaboración de la historia clínica familiar se pueden seguir varios patrones o lineamientos, el que se propone a continuación nos ha sido de utilidad y consta de seis puntos básicos:

- I.—ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.
- II.—ESTUDIO DEL PACIENTE PRIMARIO.
- III.—INVESTIGACION DE LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA.
- IV.—DIAGNOSTICO FAMILIAR.
- V.—MANEJO FAMILIAR.
- VI.—COMENTARIO FINAL Y PRONOSTICO.

A continuación se irán desglosando cada uno de estos puntos básicos a fin de describir claramente el procedimiento de elaboración de la historia clínica familiar.

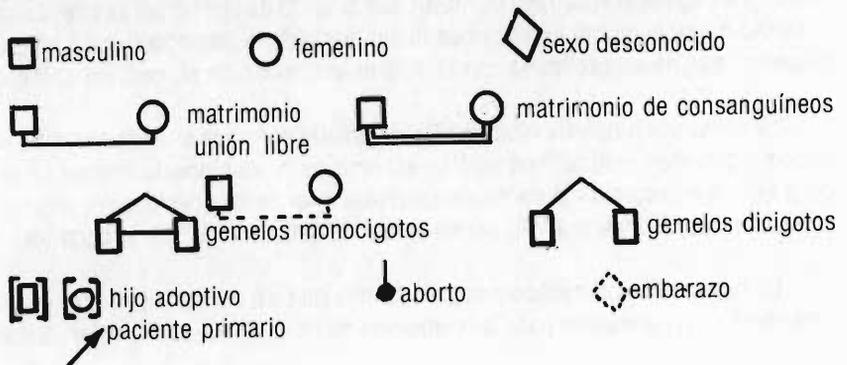
I.—Estructura de la familia

Consta de 5 partes fundamentales que se irán estudiando en visitas periódicas que se hagan a la familia y en los datos que podamos obtener en el consultorio.

1.—Censo Familiar: datos demográficos, ocupacionales y educativos de los integrantes de la familia (ya sea nuclear o extensa), como serían el nombre, la edad, la relación con el jefe de la familia, el sexo, estado civil, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación actual, etc.

2.—Arbol Familiar: es un diagrama en donde representamos a la familia nuclear en estudio y es de gran ayuda para observar gráficamente la constitución de la misma.

Los símbolos más utilizados para realizar este diagrama son los siguientes:



3. — Datos de la vivienda: tipo, tamaño, número de personas por cuarto, instalaciones, servicios, higiene, etc.

4. — Antecedentes familiares: de morbilidad, mortalidad, alergias, etc.

5. — Vida familiar: es una crónica breve de la historia de la familia; los problemas más importantes que haya enfrentado, tanto pasados como presentes. Descripción de la dinámica familiar: las relaciones interpersonales, los roles, el modo de gobierno de la familia, la estabilidad económica, social y emocional de los integrantes de la familia, su estatus.

II. — Estudio del paciente primario

El paciente primario es el "paciente problema" en torno al cual gira la patología que involucra a toda la familia (diabético, hipertenso, hipertiroideo, alcohólico, etc.) A este paciente le vamos a investigar lo siguiente:

1. — Historia clínica del padecimiento.
2. — Antecedentes personales patológicos.
3. — Situación actual dentro de la familia. Cómo la enfermedad ha afectado sus actividades y sus relaciones interpersonales.
4. — La comprensión y el conocimiento que tiene acerca de su propia enfermedad.
5. — Jerarquización de los problemas más importantes para el paciente.
6. — Exploración física.
7. — Exámenes de laboratorio y gabinete.
8. — Diagnóstico definitivo o provisional.
9. — Plan de manejo: medicamentos, medidas generales, control posterior.
10. — Pronóstico que a corto y largo plazo tenga su padecimiento.

III. — Investigación de los demás miembros de la familia

A los demás miembros de la familia les vamos a investigar lo siguiente:

1. — Estado general de salud: físico, mental, emocional y social.
2. — Relación con la condición patológica del paciente primario (contagio, herencia, comprensión del padecimiento, etc.)
3. — Actitud con relación al paciente primario: rechazo, ayuda, tolerancia, etc.
4. — Estado físico, psíquico, intelectual del "cuidador" del paciente primario.

IV. — Diagnóstico Familiar

El diagnóstico familiar debe integrarse, cuando menos, con los siguientes puntos:

1.—TIPO DE FAMILIA: en base a su estructura, a su desarrollo, a su nivel de integración, a su demografía, a su ocupación.

2.—FUNCIONES DE LA FAMILIA: consignar si se cumplen adecuadamente las funciones básicas de socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus.

3.—CICLO VITAL DE LA FAMILIA: debemos determinar en qué fase del ciclo familiar se encuentra actualmente la familia, ya que la problemática será diferente en cada etapa (matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte).

4.—DINAMICA FAMILIAR: emitir un juicio acerca de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (estructura, jerarquías, roles, conflictos, identificación y resolución de problemas).

5.—PATOLOGIA FAMILIAR: en las tres áreas (física, psíquica y social).

V. — Manejo familiar

Debe ir enfocado a las siguientes áreas:

1.—TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE PRIMARIO (bio-psicosocial; preventivo-curativo y con el seguimiento adecuado del padecimiento).

2.—TRATAMIENTO MEDICO FAMILIAR EN BASE A LA PATOLOGIA DETECTADA (por ejemplo: dar tratamiento antiparasitario a todos los integrantes de la familia; erradicación de bacterias patógenas en portadores; modificación de hábitos o condiciones desfavorables para la salud, etc.)

3.—TERAPIA FAMILIAR (psicoterapia de apoyo) en los casos que así lo ameriten. Puede ir enfocada a la pareja, al individuo o a toda la familia en conjunto.

VI. — Comentario final

Es la anotación de observaciones, sugerencias e impresiones del médico familiar acerca de la familia en estudio, así como mención del pronóstico que para la resolución de la patología familiar se espera.

A continuación se presenta un ejemplo de historia clínica familiar elaborada según los parámetros descritos. Dicho estudio familiar fue realizado por una estudiante de medicina de pregrado durante el curso introductorio a la Medicina Familiar que se imparte en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

HISTORIA CLINICA FAMILIAR

Elaborada por: Irene Fraga Díaz del Castillo
Curso de Medicina Familiar. 4o. año
Profesor del curso: Dr. Jorge Chávez Hernández

I. — Estructura de la familia

1. — Censo familiar:

La familia Lara Espiricueta está compuesta por siete miembros: Juan José, el padre; María Amparo, la madre; Margarita, de 16 años; Juan José de 15; Enrique de 13; Carlos, de 10 y Elena de 7 años.

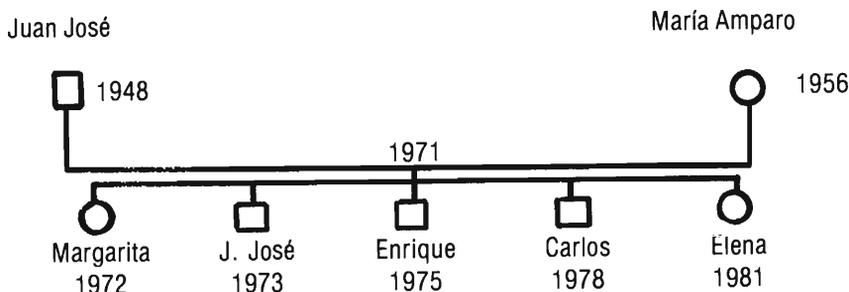
Todos son originarios de San Luis Potosí y radican en Escalerillas, en la calle Simón de la Cruz y Leyva s/n.

Don Juan, el padre, trabaja como velador en la "General Popo", en la zona industrial de esta ciudad. En sus ratos libres se dedica además a realizar algunos trabajos en cantera, en su domicilio. Estudió hasta 3o. de primaria.

Doña Amparo se dedica a las labores del hogar y dos veces por semana sale a planchar ropa ajena a la ciudad de San Luis Potosí y aprovecha la salida para realizar algunas compras o atender asuntos pendientes en la ciudad. Ella estudió también hasta 3o. de primaria únicamente.

Margarita, la hija mayor, estudia 2o. de secundaria y por las tardes ayuda a su mamá en los trabajos domésticos. Juan José estudia también el 2o. de secundaria; Enrique cursa el 6o. año de primaria y Carlos el 4o. grado; los tres aprenden el tallado de la cantera con su papá en sus ratos libres. Elena, la menor, no va a la escuela debido a un leve retraso mental causado por su padecimiento que posteriormente comentaremos.

2. — Arbol familiar



3. — Datos de la vivienda

La calle donde viven sitúa a las casas enclavándolas en la falda de un cerro. La casa de la familia Lara es de cantera, con techo de losa y piso de tierra apisonada; tiene buena iluminación, aunque la ventilación es deficiente; consta de tres recámaras y cocina aparte. Las recámaras son independientes, ya que las fueron construyendo poco a poco en forma separada. La cocina está techada sólo en una parte, quedando el resto a cielo abierto. Tienen una letrina que dista 20 metros aproximadamente de la construcción principal. En el frente de la casa se encuentra un patio de aproximadamente 25 m², en donde tienen trozos de cantera, alguna ya tallada.

4. — Antecedentes familiares

La Sra. Amparo recuerda haber sido obesa desde los 12 años y refiere que en su casa le decían que era demasiado lenta para hablar y en general para todas sus actividades, pero nunca la llevaron con ningún médico hasta hace aproximadamente 8 años, cuando su esposo tuvo acceso al Seguro Social por su trabajo, acudió con el médico familiar, quién le diagnosticó hipotiroidismo y le dio suplemento hormonal con lo cual se ha sentido mucho mejor. En ese mismo año llevó a consulta a Margarita, quien también era obesa y ambas fueron referidas al endocrinólogo quien corroboró el diagnóstico de doña Amparo y, mediante las pruebas de función tiroidea, le hizo el mismo diagnóstico a Margarita. Ambas están recibiendo tratamiento sustitutivo.

Al año siguiente (1981) nació Elena, quien el primer mes de vida no dio muestra de ningún desajuste aparente, pero después comenzó con problemas de constipación intestinal, llanto muy frecuente e hiporexia. A los 7 meses le diagnosticaron cretinismo

iniciando su tratamiento. Aunque a partir de entonces Elena no ha presentado complicaciones ni molestias de ninguna índole, se descubre un discreto retraso mental.

5.— Historia de la vida familiar

Don Juan y doña Amparo se conocieron en un baile de su localidad; se frecuentaron, como ellos lo refieren, 4 o 5 meses, al cabo de los cuales decidieron vivir juntos en la casa paterna de Juan José, quedando embarazada poco tiempo después. Antes de que naciera la primera hija se casaron y siguieron viviendo en la casa de Juan José mientras éste terminaba la construcción inicial de lo que sería su nuevo hogar.

Dos meses antes de que naciera su segundo hijo se mudaron a su nueva casa. Don Juan sostenía a su familia trabajando en el tallado de la cantera. La casa tenía un solo cuarto y no había cocina ni letrina; así vivieron hasta hace 8 años cuando don Juan decidió buscar trabajo en San Luis Potosí, capital, el cual encontró como velador de una bodega en el Centro de Abastos. Poco tiempo después, el dueño de la bodega lo recomendó en la "General Popo" donde trabaja actualmente cuidando camiones de la empresa durante la noche. A partir de este nuevo trabajo comenzaron a ampliar la casa y actualmente ellos refieren que tienen todo lo que desean, ya que además del salario de don Juan, se ayudan con la venta de sus trabajos en cantera y la señora proporciona un pequeño aporte económico semanal con su trabajo de planchar ropa ajena porque como ella dice: "a mis hijos les gusta comer huevo y queso diario".

El problema que a la familia preocupa más es la situación de su hija menor, Elena. Los padres se ponen muy tristes al pensar que ella no tiene la capacidad mental para desenvolverse normalmente, aunque ellos reconocen que no es ningún problema atenderla. Refieren que en la escuela no la aceptaron y les preocupa su futuro, pues temen que necesite cuidados especiales durante toda su vida.

Elena no representa un problema para la vida cotidiana de la familia, ya que es una niña tranquila y obediente; acompaña a su mamá a todas partes e incluso la ayuda en las labores domésticas sencillas.

6.— Dinámica familiar

Don Juan lleva buenas relaciones con su esposa e hijos; convive diariamente con ellos y está enseñando a sus tres hijos varones a tallar la cantera por las tardes; además discuten asuntos de ventas, encargos y otras situaciones familiares. Don Juan está orgulloso de sus hijos; dice que son muy listos, pero que el mediano, Enrique, tiene mucha facilidad para ventas. La familia considera muy importante la actividad artesana-

nal del tallado de la cantera, tanto por continuar la tradición familiar, como por tener un medio económico de subsistencia.

Elena lleva muy buenas relaciones con su padre, al cual ve todas las mañanas. Don Juan dice que siente un cariño muy especial por ella, ya que es una niña con muy buenos sentimientos, muy servicial y le gusta estar con ella todas las mañanas. Refiere el padre que con quien no se entiende del todo bien es con Margarita, su hija mayor; él lo atribuye a la edad de la muchacha, ya que de pequeña a ella le gustaba mucho jugar con su papá como ahora lo hace Elena. Dice no preocuparle mucho este aspecto, ya que la incomunicación no es total y confía en que en un tiempo más, al madurar su hija, se estrecharán nuevamente los lazos de afecto.

Doña Amparo lleva muy buenas relaciones con su esposo e hijos actualmente, aunque refiere que no siempre fue así, pues al principio del matrimonio su esposo tomaba mucho, además de que discutían con frecuencia porque a ella no le gustaba vivir en la casa de los padres de su esposo. La situación conyugal mejoró cuando ellos se mudaron a su nuevo hogar y sobre todo cuando Juan empezó a trabajar como velador.

Respecto a sus hijos, ella se siente muy unida a todos ellos y confían en ella sin reservas, además son muy serviciales y no la dejan hacer ningún trabajo pesado.

Respecto de Elena, doña Amparo tiene un modo de pensar muy especial pues afirma que ella cree que es un regalo de Dios, pues gracias a ella toda la familia se ha unido más y su esposo abandonó la bebida.

Margarita es una muchacha estudiosa, tranquila, trabajadora en su casa y según sus hermanos es muy buena cocinera; ella se siente muy unida a su familia y siente predilección por sus hermanos menores Carlos y Elena. Siempre que sale a fiestas la acompaña su hermano Juan José, quien además es su compañero de clase y la ayuda en cualquier problema. Respecto a las relaciones con su padre ella dice que son buenas, pero algunas cosas prefiere tratarlas mejor con su madre.

Juan José es un muchacho como cualquiera de su escuela, practica basquetbol y le gusta trabajar la cantera como su padre. En su casa ayuda con algún trabajo pesado como el acarreo de agua. Dice que de sus hermanos prefiere a Elena por ser la más chica y cariñosa.

Enrique es el "estudioso" de la casa, según comentan sus hermanos, pero él es muy juguetón y dice que no le cuesta trabajo la escuela y que le gusta mucho. Está orgulloso de que lo hayan encargado de las cuentas en la venta de los trabajos de cante-

ra. Lleva buenas relaciones con sus padres y hermanos y es quien ha enseñado a Elena todo lo que ella sabe en lo que a conocimientos escolares se refiere.

Carlos es un niño muy inquieto, pero no es desobediente; en la escuela va regular, pero es muy aplicado; le gusta el futbol y trabajar la cantera; dice que quiere ser como su papá que hace unos trabajos muy bonitos en el tallado de la cantera. Es el compañero de juegos de Elena y él ignora que tenga retraso mental, por lo que la trata normalmente y si ella comete errores lo atribuye a su corta edad.

Elena es una niña tranquila, muy sonriente y cooperadora, habla de todo y a simple vista no es aparente su retraso. Ella dice que quiere ir a la escuela, sabe contar y escribe su nombre, pero no puede aprender a leer tan rápido como su hermano Enrique quisiera, aunque éste asegura que en unos meses va a saber leer bien. La niña lleva excelentes relaciones con sus padres; de sus hermanos prefiere a Enrique porque juega con ella, le enseña muchas cosas y a veces la lleva a la escuela, se expresa bien de todos sus hermanos y afirma que de grande quiere ser igual a su mamá.

Toda la familia convive diariamente a la hora de la comida que la madre ha establecido como rutina a las 2:30 pm; ahí todos conversan, bromean y platican de los incidentes de cada uno. Los domingos todos asisten a la iglesia que está en construcción cerca de su casa y por las tardes los mayores salen con sus amigos, quedándose en casa Elena con sus padres.

II. — Estudio del paciente primario

Antecedentes personales y padecimiento actual

Cuando la niña tenía un mes, doña Amparo notó que su crecimiento no era normal, que lloraba frecuentemente y que presentaba constante estreñimiento, por lo cual la llevó con el médico, quien le prescribió un tratamiento que no recuerda y a pesar de varias consultas subsiguientes la niña no mejoraba, hasta que otro médico le hizo el diagnóstico de cretinismo, iniciando inmediatamente el tratamiento sustitutivo, con lo cual Elena mejoró notablemente; estuvo bajo control médico, primero cada quince días, luego cada mes y actualmente cada 2 meses. Toma sus medicamentos con regularidad aunque al principio omitía varias tomas por descuido hasta que su médico familiar le explicó a la señora en qué consistía el padecimiento y la importancia de no interrumpir el tratamiento.

Tardó dos años en hablar y caminó hasta los cuatro años; por lo demás su desarrollo físico es normal.

Exploración física; peso 21 kg.; talla 110 cm; signos vitales normales y como datos anormales solo se aprecia macroglosia moderada.

Comentario clínico acerca del padecimiento

El hipotiroidismo que se inicia al nacimiento y provoca trastornos en el desarrollo se denomina cretinismo.

Las manifestaciones, de cretinismo pueden estar presentes desde el nacimiento, pero son más evidentes en el curso de los primeros meses, según el grado de insuficiencia glandular. Los signos que permiten sospechar el diagnóstico durante el período neonatal son: persistencia de la ictericia neonatal, llanto ronco, estreñimiento, somnolencia y problemas para la alimentación. Meses más tarde se hace evidente el retraso psicomotor y se inician las características físicas del cretino. El desarrollo mental se retrasa y los logros intelectuales dependerán de qué tan pronto se inicie la terapéutica sustitutiva.

III. — Examen clínico del resto de la familia

Doña Amparo: antecedentes ginecoobstétricos de importancia: salpingoclasia hace seis años. A la exploración física no se detectan datos anormales.

Peso: 68 kg; talla: 158 cm; signos vitales dentro de límites normales.

Margarita: peso de 65 kg. talla de 160 cm; signos vitales normales.

Ambas están tomando "Novotiral" tabletas: 2 por la mañana.

El resto de la familia no presenta datos patológicos de importancia.

IV. — Diagnóstico familiar

Se trata de una familia nuclear, tradicional, integrada, suburbana y obrera, cuyo padecimiento principal es un padecimiento endócrino familiar (hipotiroidismo), el cual ha sido controlado adecuadamente durante 8 años a través de su médico familiar y del endocrinólogo.

Con respecto a las funciones de la familia para con sus miembros, creo que se están cumpliendo adecuadamente, ya que todos tienen un grado aceptable de socialización, tanto dentro de la familia como con las personas de la comunidad, incluyendo a nuestro paciente primario, Elena, quien a pesar de su cretinismo y de su corta edad, se sabe comunicar adecuadamente con los demás. Con respecto al cuidado y al afecto, observamos que ambos padres se preocupan por ofrecer los medios necesarios a sus hijos para que no tengan carencias y los lazos de afecto entre todos los miembros de la

familia son muy fuertes. En cuanto a la reproducción, la pareja decidió limitar el número de vástagos con un método definitivo: la salpingoclasia, debido principalmente al problema de hipotiroidismo familiar. Lo anterior fue sugerido por su médico familiar. El nivel socioeconómico (estatus) que ofrece la familia a sus miembros es bastante aceptable, de acuerdo a sus ingresos; asimismo se les ha inculcado la tradición familiar de tallar la cantera, lo cual es motivo de orgullo para los hijos y están aprendiendo con entusiasmo este oficio de manos de su padre.

La familia se encuentra actualmente en la fase de dispersión, con respecto al ciclo familiar, la cual se caracteriza por la independencia y autonomía de los hijos y en donde es de capital importancia la socialización y el desarrollo de la confianza en sí mismo. Se debe poner especial atención en los problemas inherentes de la adolescencia y la educación sexual.

Con respecto a la dinámica familiar, podemos comentar que se trata de una familia tradicional, en donde el padre ejerce su rol de jefe de familia y proveedor y la madre es el principal centro de afectividad y de seguridad emocional que une a todos los miembros de la familia. Además de encargarse de las labores domésticas contribuye, en parte, a la economía familiar trabajando algunos días fuera de casa, lo cual nos habla de una transición hacia la "familia moderna" en donde la pareja comparte derechos, obligaciones y autoridad.

La familia ha manejado adecuadamente el problema de hipotiroidismo que afecta a varios de sus miembros, e incluso la enfermedad de la más pequeña se ha convertido en motivo de unión y de afecto entre ellos.

V. — Plan de manejo familiar

El manejo que se sugiere es, antes que nada, asegurarse que de una u otra forma las tres pacientes seguirán su tratamiento de por vida; que se concienticen de que su padecimiento es crónico y lo acepten. Respecto a las condiciones de la vivienda se sugiere una mejor ventilación de las recámaras.

En referencia al paciente primario, además de su tratamiento adecuado, creemos que lo más probable es que sí tenga capacidad para estudiar la instrucción primaria y aprender posteriormente algún oficio que le permita alcanzar su independencia, así como tranquilizar a los padres, pues seguramente ella no va a requerir de cuidados especiales si continúa su tratamiento.

VI. – Comentario final

Llama la atención cómo esta familia de escasos recursos económicos y de nivel cultural elemental, esté manejando tan bien su problemática. Tres de sus siete miembros padecen de un problema crónico que requiere tratamiento sustitutivo de por vida, así como de supervisión médica constante y a pesar de ello su dinámica familiar no se ha trastornado en lo más mínimo. Por otro lado, el retraso en el desarrollo que presenta la hija menor, lejos de convertirse en un lastre para la familia, lo han convertido en un factor de unión y de crecimiento personal y social para los demás integrantes de la familia, a tal grado, que consideran el cretinismo de Elena como "un regalo de Dios".

CAPITULO XII

TERAPIA FAMILIAR

José Luis López Rodríguez

La familia consta de por lo menos dos y frecuentemente tres o más personas que constituyen la unidad de dos generaciones, situación que nos hace pensar en la complejidad de los fenómenos que se suscitan en su intimidad.

Como institución, la familia ha sobrevivido miles de años, ha sido la unidad vital que mejor funciona para los seres humanos, porque en su calidad de mediadora de la cultura en la preparación de los jóvenes que forman a su vez la siguiente generación, ha servido para digerir el cambio social y también ha actuado como baluarte flexible ante las agitaciones que han surgido a lo largo del tiempo.

La mayoría de las personas consideran casi instintivamente a la familia como sagrada, quizá como el último bastión de libertad que le queda al hombre; es en ella donde el ser humano tiene su origen y puede satisfacer sus necesidades básicas para subsistir, para desarrollarse y transformarse con el mundo circundante; para otros, la familia es el grupo donde se obtienen las más profundas satisfacciones y las más dolorosas frustraciones.

Cuando la familia cumple con su misión, se convierte en la fuente más rica y gratificante de las estructuras sociales, colma nuestras más hondas necesidades de ternura y amor y nos ofrece el máximo potencial para el crecimiento, sin embargo, en ocasiones estos lazos se convierten en cadenas.

Es la relación marital el eje central alrededor del cual se forman el resto de las relaciones familiares al llevar a cabo una tarea dual que comprende la de ser esposos y padres y además cumple con dos funciones fundamentales: La de asegurar la supervivencia humana tanto a nivel individual como de la especie y la de poder desarrollar lo humano del hombre que se origina y se desenvuelve en ella.

Una persona que se presenta como un ser humano "feliz", es aquel que persigue el amor, busca el placer guiado por la razón, disfruta de una vida rica y plena, desempeña un papel en la familia y en el orden social, posee un sentido de identidad, se comunica con los demás, y suele ser creativo, confía en los otros sin sentirse dependiente, disfruta de su independencia sin resentimientos, tiene un sentido realista de sus propias capacidades y no está ocupado en dudar de sí mismo, ha superado su narcisismo infantil y sus sentimientos de omnipotencia y se esfuerza en lograr lo que sea posible en forma realista, tiene tolerancia a frustraciones, posee juicio objetivo, compete sin desear destruir a otros, y sin temor a sentimientos de culpa o temor a castigo, ha superado sus fantasías románticas y está en libertad de amar y de consagrarse a la pareja que ha elegido como esposa, tiene capacidad de compromiso sin demandas excesivas, goza de una relación amorosa caracterizada por compromiso mutuo, admiración, sexo placentero y dedicación.

Como unidad de supervivencia, la familia dispone de metas y funciones que ayudan al desarrollo de sus integrantes y que son:

a).—El cuidado de los niños, asegurando su subsistencia a través de las necesidades materiales de abrigo, alimento y protección física. El promover lazos de afecto y de unión social que son la capacidad de relación con otros seres humanos, facilitando así el desarrollo de la identidad personal, ligada a la identidad familiar y a la identidad de grupo social enmarcada en el tiempo y en el espacio, lo que permite establecer integridad y fuerza física y emocional para enfrentar nuevas experiencias de carácter interno y externo. La familia satisface necesidades recíprocas y complementarias y al mismo tiempo fomenta la libre relación de sus miembros al permitir su individualización a través del respeto, la flexibilidad, la capacidad de renuncia y de reconocimiento de todos sus integrantes y le da la oportunidad a sus miembros para que se capaciten en las tareas de participación social e integración de sus roles incluyendo el sexual, condicionado por la imagen que los padres dan a los hijos de su propia integración y madurez sexual; promueve el desarrollo del aprendizaje y de la realización creativa de todos sus miembros y mantiene la unión y solidaridad de la familia con un sentido positivo de libertad.

Es la familia quien provee los medios de integración cultural, es quien protege a los niños del peligro y de la enfermedad, es el taller donde el ser humano aprende a saber quién es y qué se espera de él, donde se aprende el sentido de pertenencia y la individuación como parte integral de un desarrollo sano al proporcionar modelos de identificación que le permiten saber quién es a través de las transacciones diarias que se dan en la familia.

La familia proporciona la matriz de identidad a cada uno de los miembros que la componen, ofreciendo un sentido de pertenencia a "esa familia", al mismo tiempo mueve sus intereses con la finalidad de que socialicen logrando así establecer una "experiencia de identidad" que consiste en pertenecer y en ser independiente.

La familia como unidad se encuentra sujeta a múltiples cambios, modificaciones, transacciones, interacciones, reglas, ajustes y desajustes que vienen a crear **variables** que ejecutan su acción bajo la luz de un **mecanismo** ya elaborado por la familia que tiene su propio **significado**, que se expresa en diversas conductas de cada miembro y que impactan en los **sentimientos** de cada uno de ellos creando así nuevos ajustes tendientes al **equilibrio** que puede ser **funcional o disfuncional** y que reflejan nuevamente bajo la dinámica de una **interacción** que define o que redefine la **relación** entre sus miembros y si a esto le añadimos que cada uno de ellos se encuentra en un diferente nivel de desarrollo en donde expresa sus necesidades como si fueran las más importantes y que de hecho lo son porque lo creen y que además demandan su satisfacción inmediata ejerciendo presión que a veces no se puede sostener tan fácilmente y si además encontramos que los padres que forman pareja se encuentran en su propio nivel de desarrollo madurativo de acuerdo al avance individual y de la relación que por otro lado se encuentra en un medio llamado sociedad que también interacciona con ellos y que exige equilibrio y que todo lo anterior forma un universo al que pertenecemos todos, entonces, sólo así visualizaremos que también nosotros como individuos formamos nuestro propio universo en armonía o no con nuestra parte interna y que también tiene sus propios alcances y metas y que busca homeostasis.

Cuando la homeostasis se rompe en su equilibrio armónico y los síntomas del sistema familiar y de los individuos que la componen se expresan, es entonces cuando se abre para tratar de recibir ayuda externa, en donde algunos de ellos se deciden por terapia familiar.

La terapia familiar como técnica específica se ocupa del presente de la familia y de los problemas observables y comprobables in vivo durante las entrevistas en donde todos los miembros de la familia participan en la búsqueda de soluciones. Es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, un grupo primario. Su ámbito de interacción no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar sino más bien crear una nueva manera de vivir.

La terapia familiar, resume L. Chagoya, es un método de tratamiento en el cual

un terapeuta o una pareja de terapeutas se reúne a intervalos regulares con los miembros de una familia, con el propósito de promover nuevas conceptualizaciones acerca de los conflictos intrafamiliares presentes y buscar nuevas formas de resolver dichos conflictos.

Existen características que distinguen con claridad lo que es la terapia familiar en su forma y en su esencia en donde para empezar a diferenciar de la terapia individual hay más de dos personas y la interacción no es confidencial; lo no verbal asume una importancia primaria, paralela a lo verbal; es a menudo más corta en duración, aunque esto es enormemente variable y la relación tiene como propósito definido cambios en el sistema familiar de interacción, no cambios en la conducta de los individuos que la componen.

Considero pertinente aclarar algunos aspectos sobre lo que no es terapia familiar ya que existen algunas personas o grupos de personas no enteradas que frecuentemente confunden los métodos y técnicas específicas existentes y que en lugar de ayudar a la familia la desorientan:

- 1.—NO es terapia familiar el reunirse en el consultorio con toda una familia.
- 2.—Hacer terapia individual frente a la familia del paciente.
- 3.—Provocar la comunicación verbal y afectiva de los miembros de una familia exclusivamente, ya que el abrir sentimientos en una familia y no saber manejarlos puede ser altamente nocivo para el grupo familiar que va a buscar ayuda.
- 4.—Regañar o sermonear a los padres de un niño frente a éste.
- 5.—Dar consejos benevolentes a los padres del paciente a solas o en compañía del mismo.
- 6.—Culpar a la madre o algún miembro de la familia enviándola a tratamiento psiquiátrico.

Se concluye por lo tanto que lo distintivo de la terapia familiar es considerar a la familia en tanto que es sistema y en tanto que es grupo, como el paciente del tratamiento y su objetivo es promover cambios en el sistema a nivel individual.

Todo lo anterior implica que los individuos que decidan aplicar tratamientos de terapia familiar deben además de recibir un entrenamiento específico.

Por otro lado, existen elementos de evaluación familiar en donde por medio de una o más entrevistas se establece la estructura y el proceso de interacción para determinar cómo la familia influye y es influenciada por la conducta y síntomas de sus miembros y para reunir los datos necesarios para decidir si el tratamiento de familia es posible e indicado.

Indicaciones para la evaluación y tratamiento de la familia

1.—Cambios críticos que ocurren en las relaciones familiares:

a).—Cambios en el área de la salud: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, daños o lesiones permanentes, muertes.

b).—Cambios en el área económica: pérdida de empleo, cambios en la situación laboral, pérdidas económicas severas.

c).—Cambios en el área social: cambios de domicilio a nueva ciudad o país; problemas de transculturación, cambios en la estructura social por aumento o abandono de alguno de los miembros.

d).—Cambios debidos al desarrollo tanto a nivel individual como a nivel del ciclo vital de la familia: niñez, adolescencia, edad adulta y vejez.

2.—Se aplica en amplia gama de desórdenes de conducta:

a).—Cuando un niño o un adolescente presenta trastornos de conducta propios de la relación con su familia y éste es definido como el paciente identificado.

b).—En desórdenes matrimoniales incluyendo insatisfacción sexual o dificultades sexuales específicas.

c).—En problemas familiares o conyugales graves que provocan sintomatología del tipo del síndrome de niño maltratado, abuso de menores o maltrato físico y verbal entre los esposos.

d).—Cuando el problema es definido como conyugal o familiar por la familia misma.

e).—En padecimientos psicossomáticos, psiconeuróticos, psicóticos, y en algunos casos de adicción a drogas.

3.—Cuando el tratamiento individual o grupal está fallando debido a que:

a).—El paciente está involucrado en sus problemas familiares.

b).—Cuando al paciente se le dificulta abordar los problemas familiares si es que no los ve directamente "in vivo".

c).—Si la mejoría del paciente individual trae consigo síntomas en otros miembros de la familia.

d).—Si la cooperación de la familia es necesaria para permitir el cambio individual.

e).—Si las ganancias secundarias de los síntomas del paciente respecto al sistema familiar son elevadas para mantener la homeostasis familiar.

Contraindicaciones para la aplicación de terapia familiar

1.—Si uno o más miembros de la familia insisten en la privación de una evaluación individual por existir un secreto válido familiar que aunque afecta las relaciones familiares no puede ser revelado en una entrevista familiar.

2.—Si existe una norma compartida y persistente de insinceridad o falsedad de parte de la familia que impida participar honestamente en el tratamiento. Hay familias que tienen una historia previa de sabotajes al tratamiento.

3.—Si existe alguna forma de psicosis en uno de los padres que domine o invada agudamente la vida emocional de toda la familia.

4.—Por defensas rígidas cuya ruptura pudiera amenazar la integridad del funcionamiento individual. Ejemplos: hijo no deseado, paciente prepsicótico, depresión grave con intento de suicidio. Aquí lo indicado no sería tratamiento de tipo catártico emotivo sino de planeación yoica y racional.

5.—Cuando el individuo manifiesta conflictos intrapsíquicos que afectan las relaciones individuales.

6.—Una creencia religiosa o ideológica que no permita la intervención terapéutica en la familia. Aquí las familias abandonan el tratamiento la mayor parte del tiempo porque el terapeuta no encontró un lenguaje o un estilo de relación accesible a la familia.

7.—Ciertas familias provocan en el terapeuta una contratransferencia hostil incontrolable o una desesperanza extrema. Sería mas conveniente canalizarla con otro terapeuta ya que inclusive su influencia puede ser nociva para la familia.

El ejercicio de la terapia familiar no es simple y la terapia familiar en sí no es inocua. Es importante señalar que existe el riesgo no únicamente de no ayudar a una familia sino inclusive de dañarla a través de un mal manejo técnico o personal por parte del terapeuta. En una sesión familiar pueden abrirse afectos y sentimientos como en una intervención quirúrgica se efectúa una incisión, y es importante saber manejar y cerrar las heridas. Recordemos por un momento el viejo aforisma médico: "Primum non nocere" (lo primero es no dañar).

Por medio de la terapia familiar se conoce la historia familiar de todos los miembros y su historia personal enfocando los hechos y los malentendidos, las emociones y las pugnas pasadas desde el punto de vista del conflicto actual y visible entre los miembros de la familia; se busca ventilar las quejas y los puntos de vista de cada uno de ellos, se les anima a lidiar con los problemas como un equipo y encaminar los esfuerzos de todos para promover la expresión libre, pero no hiriente de los sentimientos para aclarar la comunicación y para reducir las luchas de poder ocultas dentro del sistema familiar.

Con el fin de lograr estos objetivos la formulación teórica y técnica de la Terapia Familiar tiene que incluir cuatro ramas del conocimiento de la conducta humana que se refieren a la teoría psicoanalítica, la teoría de los sistemas y de las estructuras, la teoría de la comunicación y la teoría de la manipulación, emparentada con el conductismo.

Cada Terapeuta Familiar según su personalidad, su preparación y sus preferencias, se inclina más hacia una de estas cuatro tendencias, sin embargo, una orientación que no toma en cuenta las cuatro tendencias teóricas necesariamente propone esquemas incompletos.

Señalaré aspectos relacionados con la Teoría de los Sistemas y de las estructuras en este capítulo, como un bello ejemplo de lo que es la Terapia Familiar, desde este punto de vista, sin menospreciar o hacer a un lado el resto de las teorías.

Se entiende por **sistema** el conjunto de objetos, sus atributos y sus relaciones.

Los objetos: son los componentes o partes del sistema.

Los atributos: son las propiedades de los objetos.

Las relaciones: lo que mantiene unido al sistema.

Ahora bien, si cualquier objeto (ser humano) es valorado por sus atributos (conducta comunicacional), logra así definir la naturaleza de una relación en su estilo, importancia, interés, significado, en su contenido y en su continente, en la forma y en la esencia propia de la interacción que en su totalidad como sistema se retroalimenta e informa, observándose reglas de circularidad en donde existe una clara influencia entre sus miembros que siguen leyes de redundancia y de equifinalidad en la búsqueda de homeostasis en donde los componentes del sistema tratan de determinar la naturaleza de la relación creando así su propia definición que confirma, rechaza o modifica la relación con el otro; si el proceso es estable, nada queda fluctuante o sin resolver, pero si no lo es, la situación se hace inmanejable, no hay redefinición, empeora con los intercambios y la relación se disuelve en donde es clásico observar escaladas de complementariedad y casi nula simetría de interacción entre sus miembros.

Por otro lado, es necesario entender un poco acerca del medio de un sistema, que es lo que se refiere al conjunto de los objetivos cuyos atributos al cambiar afectan al sistema y también cómo los atributos son modificados por la conducta de los miembros. Así, un sistema junto con su medio puede ser subdividido en sub-sistemas constituyéndose así el universo de todas las cosas.

Ahora estamos en condiciones de decir que un sistema es **ABIERTO** cuando intercambia materiales, energía o información con su medio y decimos que es **CERRADO** si no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas, en este punto es muy bien valorado el intento del terapeuta de desobstaculizar las relaciones que cierran un sistema para crear fluidez y apertura utilizando los elementos que de hecho la misma estructura posee.

Jackson introdujo el concepto de homeostasis familiar, en donde advirtió que la enfermedad de un miembro es un "mecanismo homeostático" que interviene para que el sistema perturbado recupere su delicado equilibrio y observó que dentro de la familia, la conducta de cada individuo está relacionada con la de otros y depende de ella. Por ejemplo: la psicosis constituye un cambio brusco que recalibra el sistema y que incluso puede ser adaptativo.

Así pues, siguiendo los postulados de la Teoría General de los Sistemas se deduce que la familia no sólo debe ser entendida en función de la personalidad de sus integrantes sino que hay que tomar en cuenta en gran medida sus **relaciones interpersonales**.

Al conjunto de funciones y a su interacción se le denomina estructura familiar, en donde existen cinco parámetros de estructura que nos permiten ver si la familia es funcional o disfuncional.

1.—JERARQUIA: En cada familia la autoridad se distribuye en varios niveles. Lo más normal o funcional es que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible.

2.—LIMITES: Los límites son las reglas que definen quienes y cómo participan los miembros de la familia en las transacciones interpersonales. Su función es la de marcar una diferencia necesaria entre los individuos y entre los subsistemas y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

El estudio de los límites nos lleva a descubrir si los límites son difusos y la familia se expresa como masa amorfa por su amalgamamiento o si los límites son rígidos o desvinculados; una posición equilibrada dará un buen nivel de funcionalidad.

3.—ALIANZA: Se refiere a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las alianzas más funcionales se dan entre miembros de una misma generación, por ejemplo esposos o hermanos, pero si existen alianzas entre miembros de diferentes generaciones para perjudicar a un tercero hablamos de una asociación patológica llamada también coalición.

4.—TERRITORIO O CENTRALIDAD: Se refiere al espacio que cada miembro de la familia ocupa en determinado contexto, por ejemplo el emocional.

5.—GEOGRAFIA O MAPA: Se refiere al esquema que en organización tiene cada familia, por ejemplo la distribución de los miembros en diversas áreas de la casa.

Cuando la pareja no enfrenta conflictos conyugales, la problemática se centra en el niño y éste puede quedar envuelto en alguna de las formas siguientes:

1.—TRIANGULACION: Cada uno de los padres busca la lealtad del niño y lucha por ello.

2.—COALICION ESTABLE: El niño se alía a uno de los padres (es más común que sea con la madre). La coalición es inestable cuando uno de los padres ya no lucha y se excluye.

3.—DESVIACION DE ATAQUE: A pesar del conflicto conyugal, la pareja se une contra el niño.

4.—DESVIACION DE APOYO: Los padres se unen para proteger al niño y de esta manera evitan el enfrentar sus diferencias.

Haley sugiere diferentes tipos de intervención que consisten en:

- a).—Interrumpir la diada padre-hijo redoblando involucramientos.
- b).—Discutir las diferencias entre los padres acerca de la conducta del niño.
- c).—Entrar a tratar la situación del padre periférico en su relación con el niño alentando alianzas abiertas.

S. Minuchin ha encontrado patrones transaccionales en familias que tienen un hijo con enfermedad psicósomática y que son:

- 1.—AMALGAMAMIENTO: Los límites son difusos y las transacciones de los miembros se caracterizan por la intrusividad.
- 2.—DIFUSION DE CONFLICTO: La familia no tolera la expresión de conflictos dentro de ciertas diadas.
- 3.—SOBREPROTECCION: Existe infantilización excesiva que impide el desarrollo de sus habilidades.
- 4.—RIGIDEZ: Los patrones transaccionales son estereotipados y no hay flexibilidad de adaptación.
- 5.—PARTICIPACION DEL PACIENTE IDENTIFICADO EN LOS CONFLICTOS CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA: Es donde el niño actúa como desviador de conflictos entre sus padres para mantener la homeostasis. Aquí sería necesario cambiar el sistema social y modificar o expandir el repertorio de respuestas ante el estrés que tiene el niño.

Con este tipo de enfoque al final de cuentas lo que se persigue es:

- 1.—Descubrir secuencias de organización familiar.
- 2.—Evaluar el problema y avanzar por etapas en el proceso de cambio.
- 3.—Modificar gradualmente la forma como la familia está organizada.
- 4.—Enfocar el problema y definirlo como una conducta que es parte de una secuencia de actos entre varias gentes.

- 5.—Evitar en lo posible emitir diagnósticos psiquiátricos.
- 6.—Identificar los síntomas como funciones en las relaciones interpersonales.
- 8.—Ayudar a la familia a manejar el problema y a superar la crisis y repetición de secuencias introduciendo nuevas alternativas.
- 9.—Incluir por lo menos dos o tres personas para intentar modificar el sistema de manera que el problema ya no sea necesario.
- 10.—Dar sugerencias o tareas para desempeñar dentro y fuera de las sesiones.
- 11.—Trabajar más el aquí y el ahora; no es necesario que la familia entienda cómo se resolvió el problema.
- 12.—No asumir actitudes pasivas, sino comprender la dinámica, planear estrategias. ser demasiado directo y utilizar la manipulación como arma de trabajo.
- 13.—La meta final es la solución del problema inicial.

A continuación daré sólo algunos ejemplos de diferentes tipos de familia, dejando en claro que al final de cuentas cada familia trae consigo lo que les distingue como miembros de un sistema, de "su familia".

La familia rígida o estática

No se permiten la consideración de nuevas reglas; todo se lleva a "como era antes", experimentan una gran dificultad para los momentos en donde el crecimiento y el cambio son necesarios. A los jóvenes se les trata como si nunca hubieran crecido y a éstos solo les queda someterse o rebelarse.

Familia sobreprotectora

Brindan demasiada protección y bienestar a sus hijos, rebasando el desarrollo de su autonomía y fomentando así mucha indefensividad además de incompetencia.

Familia amalgamada

La tranquilidad de esta familia radica en "hacer todo juntos", impidiendo así la individuación; los diálogos son intrusivos, no hay privacidad en los sentimientos y

cualquier intento de independencia de alguno de los miembros es tomado como una amenaza para el equilibrio de la familia.

Familia evitadora de conflictos

Tienen una baja tolerancia al conflicto y no abordan soluciones por miedo a tener que enfrentar problemas, hasta que uno de los miembros pone la gota que derrama el vaso y se provoca una crisis, no hay negociaciones y todo el mundo se echa la culpa de lo que sucede.

Familia centrada en los hijos

Los padres "viven por y para sus hijos", nunca tratan temas con su pareja y si alguien trata de hacer un intento de independencia les "quita la razón de existir".

Familia democrata

Los padres no disciplinan a los hijos y con la excusa de no ser autoritarios les permiten hacer todo lo que quieran; los hijos compiten destructivamente y atropellan impunemente jerarquías y reglas que se les impongan.

Familia con un solo padre

Es frecuente que sea un adolescente quien tome las funciones del padre ausente para no romper con la armonía de la familia; se sobrecargan de problemas que no les corresponde solucionar y en donde a veces es el padre ausente quien se encarga de depositar el conflicto en su hijos creándole así la responsabilidad de resolverlo.

Familia inestable

Las metas sociales y familiares están difusas, no planean sino que improvisan, no existen metas comunes, los padres son inestables y en los hijos hay inseguridad, desconfianza y temor, con gran dificultad para compartir y dar afecto. Los jóvenes adolescentes en una familia así tendrán dificultad para el desarrollo de su identidad y son frecuentes las quejas de vacío y de aburrimiento.

Familia neutral

Este tipo de familia solo responde si se les empuja; el "nuevo" sistema familiar resulta ser siempre un reflejo directo de lo que el ambiente social y terapéutico ha colo-

cado en él. La familia pues, no posee la capacidad esencial para desarrollar su propio equilibrio.

Familia resbaladiza

Los miembros de estas familias parecen no estar separados por una piel psicológica, la manera de referirse entre ellos implica siempre un "nosotros", no se llaman por su nombre y generalmente un miembro completa las frases del otro; se escurren fácilmente ante las soluciones que se les ofrecen construyendo nuevas defensas en contra de todo lo que implique un probable desequilibrio.

Familia ruda

Aquí se ve y se oye un conflicto fuerte desde el principio; la lucha es entre buenos y malos, en donde los "buenos" estimulan las acciones malas de los otros. Tienen un sistema de relación rígido y de grandes diferencias individuales aparentes. Se tiene que recurrir aquí al uso de grandes reservas emocionales para resistir la posible expresión de agresiones violentas y homicidas.

Es vasta la tarea de entender al individuo, a su pareja y a la familia que han formado, que resulta ser un reflejo de lo que su ambiente y la sociedad le han proporcionado.

Creo, a final de cuentas, que todos los seres humanos contamos con el tipo de pareja y de familia que necesitamos para aprender, gracias a la sabiduría de la vida y a la armonía del universo que representamos con humildad bien entendida y que nos prepara para un crecimiento y un desarrollo dentro de su estructura y de su esencia.

Creo, que cada quien tiene el tipo de pareja y de familia que se merece y que es la mecánica del Universo la que nos une y que ésta es la manera de la vida de comunicarse con nosotros para así tender hacia una totalización como individuos.

Creo que lo que pierde mucho a los seres humanos es la ambición mal entendida de tratar de provocar cambios en sus hijos o en su pareja en donde un milímetro de ambición corresponde a un kilómetro de fracaso.

Creo que toda familia tiene un legado en el que sería útil que reflexionáramos para valorar su esencia y significado, en donde diría:

1.—Qué bueno que mi padre es así, porque de esta manera la vida le da la oportunidad de aprender de los demás y de sí mismo.

2.—Qué bueno que mi madre es así, porque de esta manera también aprenderá de ella, de él y de su universo en calidad de opuestos.

3.—Qué bueno que se encontraron y que se conocieron y que la vida les unió para crecer y desarrollarse a través de crisis y de proyecciones, para luego encontrar el remanso de la aceptación después de subir y bajar una y mil veces los escalones del ver, reconocer, aceptar, integrar y amar a su pareja y lo que contiene, para sólo así, poder verse a sí mismos en lo más profundo de su ser y luego darle gracias a la vida por su enorme generosidad al ofrecerles la oportunidad única de tener hijos para probarse en el terreno de esposos y de padres, para de nuevo aprender mucho de sus hijos y sus hijos de ellos.

4.—Qué bueno que existen conflictos porque suelen ser reacomodos de energía que se expresan por medio de síntomas que provocan crecimiento a través del dolor y del sufrimiento y que en el mejor de los casos se integran con un sentido de aceptación y no de resignación.

5.—Por último, en la situación de nosotros los médicos que nos dedicamos a este fascinante campo de la vida diríamos:

Qué bueno que este individuo, pareja o familia, me tocó a mí; es la gran lección que la vida quiere darme, su verdad que corresponde a la mía a través de ellos; mi verdad que corresponde a la de ellos a través de mí como instrumento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.—Ackerman, Nathan W. **Teoría y práctica de la psicoterapia familiar.** Buenos Aires. Ed. Proteo.

2.—Barragán, Mariano. **Interacción entre desarrollo individual y familiar.** Monografía No. 1. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

3.—García-Avilés. **El grupo familiar, su historia, su desarrollo y su dinámica.** Primer Simposium sobre dinámica y psicoterapia de la familia. Instituto de la Familia, A. C.

4.—Satir, Virginia. **Relaciones humanas en el núcleo familiar.** México Edit. Pax. 1986.

5.—Satir, Virginia. **Psicoterapia Familiar Conjunta**. México. La Prensa Médica Mexicana. 1980.

6.—Nagy-Framo. **Terapia Familiar Intensiva**. México. Ed. Trillas. 1980.

7.—Watzlawick, B. **¿Es real la realidad?** México. Ed. Herder.

8.—Minuchin, Salvador. **Familias y Terapia Familiar**. Barcelona Ed. Granica. 1977.



CAPITULO XIII

TRABAJO CON FAMILIAS

Teófilo Garza Elizondo

Los médicos familiares estamos en una posición única para desarrollar relaciones de larga evolución con las familias, lo que nos permite conocer su desarrollo y funcionamiento a lo largo del tiempo.

El objetivo de la atención a la familia y del conocimiento de su dinámica es el manejo de los problemas médicos y psicosociales de nuestros pacientes.

Lo anterior implica que el médico familiar necesita desarrollar ciertas habilidades específicas para trabajar con familias y al hacerlo se diferencia del resto de especialistas médicos.

Es mi intención en este capítulo describir y ejemplificar cuáles son estas habilidades.

El trabajo con familias es un concepto cuya denominación fue originada por Ives Talbot de la Universidad de M^c. Gill en Montreal, Canadá y se refiere básicamente a las intervenciones que el profesional de la salud de primer nivel realiza en relación con las familias que atiende, que requieren de habilidades para dar información y educación, guía anticipadora para facilitar el proceso de adaptación de las familias que enfrentan situaciones de crisis o enfermedades, y de la destreza para referir cuando surja la necesidad.

El objetivo de estas intervenciones es mantener la salud y recuperarla a través del diagnóstico y tratamiento correcto de las enfermedades más comunes.

Estas intervenciones pueden ocurrir en el consultorio, durante una visita al hogar, en el hospital o en el servicio de urgencias.

Un pre-requisito del trabajo con familias es el aprender a pensar en familias, con esto quiero decir que el médico familiar necesita conocer la familia de su paciente y comprender las relaciones entre pacientes, sus familias y la salud y enfermedad.

Para ésto, es necesario un cambio de actitud, que se traduce en organizar la práctica diaria y ejercer con una orientación o enfoque familiar; esto significa que todas y cada una de las actividades del médico familiar y del equipo de salud se organizan y centran en la familia; es de todos conocido la dificultad para incluir a los hombres en la consulta, tal vez la única alternativa en una consulta muy ocupada sea un médico familiar que facilita la consulta vespertina, la disposición de este médico familiar de citar a los pacientes y su familia al fin de la jornada, lo que permite una revisión más cuidadosa y sin prisas.

La programación de visitas domiciliarias es de ayuda invaluable para transmitir a la comunidad nuestro enfoque familiar, éstas no solo nos permiten atender un problema de salud sino conocer el habitat y la familia del paciente.

La localización del consultorio de Medicina Familiar en la comunidad cercana al domicilio de nuestros pacientes es el mejor indicador de disponibilidad, pero hay que agregar a ésto ciertas circunstancias que ayudan al enfoque familiar. El expediente clínico debe ser familiar, permitir el registro de la información acerca de la familia y no ser sólo la suma de expedientes individuales.

La enfermera o auxiliar del consultorio debe ofrecer una consulta familiar cuando dos o más integrantes de una familia solicitan atención médica; es frecuente ver desfilar en consultas consecutivas a integrantes diferentes de una misma familia, perdiéndose tiempo y oportunidad insustituible para ver a toda la familia. Para esto es necesario que el consultorio médico sea amplio y cuente con sillas para entrevistar a más de una persona, sugiero una distribución con el escritorio junto a la pared de forma que el centro del consultorio quede libre de mobiliario, en ocasiones en una práctica ocupada se puede atender una familia por día al final de la jornada o dedicar un turno por semana para entrevistas familiares.

Como puede verse, pensar en familia implica todo un aprendizaje que incluye además de lo anterior hacer preguntas durante la entrevista al paciente individual sobre su familia y registrar esta información en el expediente familiar, información que se usará para educar e informar al paciente acerca de las relaciones entre ellos y cómo pueden estar influyendo en su salud y enfermedad.

Después de desarrollar un pensamiento familiar, el médico necesita aprender a identificar aquellas familias que necesitan su atención.

El siguiente cuadro muestra algunas de las características de dichas familias:

Características de las familias que necesitan atención

Familia cuyos integrantes:

- 1.—Utilizan muy frecuentemente los servicios de salud.
- 2.—Consultan por síntomas vagos o inespecíficos.
- 3.—Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación.
- 4.—Tienen problemas psicosomáticos.
- 5.—Tienen problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no deseado o no planeado, entre otros).

Familias con:

- 6.—Cambios en su composición (nacimientos, muertes, huidas del hogar, adición de familias o amigos, entre otros).
- 7.—Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico, sobre todo si es un enfermo crónico.
- 8.—Pobre apego a las indicaciones médicas.
- 9.—Hospitalización y/o cirugía de cualquiera de sus integrantes.
- 10.—Enfermos terminales, minusválidos, con problemas genéticos, entre otros.

La identificación de las características y condiciones familiares anteriores sucede por lo común durante la consulta médica, sin embargo, es posible hacerlo también a través de la revisión periódica de los diferentes instrumentos de control (expediente, tarjetero, agenda de citas, entre otros). Así como por intermedio de encuestas o censos en la comunidad.

La medicina familiar es una especialidad donde predominan las funciones y la piedra angular lo son las actividades que inician con un médico responsable que se preocupa por estar preparado académicamente para otorgar una atención médica de

calidad, un médico que resuelve con eficacia entre el 80 y 90% de los problemas que su consulta plantea; además debe aprender a utilizar los múltiples contactos con los diferentes integrantes de las familias para ser promotores activos de la salud, lo que nos obliga a ser expertos conocedores del desarrollo normal del ser humano desde su concepción a su muerte y de la familia desde su etapa prematrimonial a su disolución o muerte, esto implica una actitud y pensamientos dinámicos donde personas y familias tenemos un principio y un fin, con una evolución que incluye diferentes etapas, cada una de las cuales posee características, necesidades, demandas, y problemas diferentes que se traducen en demandas de atención y cuya solución no siempre amerita acciones médicas.

Para optimizar su práctica y poder trabajar con la familia el profesional de atención primaria necesita desarrollar las siguientes habilidades.

Habilidades para el trabajo con familias

- 1.—Unión: es el cómo establecer una relación médico-paciente-familia efectiva.
- 2.—Recopilación de datos o de información familiar: Esto sería, en un lenguaje médico tradicional la historia clínica familiar, o sea toda la información de la familia, útil para enfrentar un problema de salud. Se obtiene a través de la entrevista individual y/o familiar.
- 3.—Integración y Negociación: retroalimentar al paciente y a la familia de los problemas detectados, reetiquetar el problema como familiar y establecer el contrato de trabajo.
- 4.—Manejo:
 - 4.1. Educación.
 - 4.2. Guía anticipatoria antes de una crisis del desarrollo, antes de cirugía o muerte de un familiar; si es posible anticiparlo, para tratar de disminuir el stress y/o facilitar la adaptación.
 - 4.3. Intervención en crisis, sea ésta accidental o del desarrollo.
 - 4.4. Facilitación (Normalización, redefinición positiva, clarificación y sugerencias específicas).

4.5. Referencias.

La unión sucede durante la entrevista y el secreto radica en establecer un contacto empático con cada integrante de la familia; debemos aprender a transmitir un interés genuino por nuestros pacientes y a mostrarles disponibilidad, ejemplos de esto son el horario de consulta flexible y la visita domiciliaria o al hospital cuando alguno de nuestros pacientes se encuentra internado. Sin embargo, esto necesita complementarse con un médico que sea no sólo buen clínico sino efectivo en la solución de los problemas de salud que su práctica demanda.

La recopilación de datos o de información familiar incluye los siguientes elementos a investigar durante la evaluación de una familia.

Elementos a investigar de la evaluación de una familia (historia clínica familiar)

- 1.—Composición familiar y características socioeconómicas (TRF, Familiograma).
- 2.—Ciclo de vida familiar.
- 3.—Eventos vitales tensionales.
- 4.—Recursos familiares (SCREEM).
- 5.—Funcionalidad familiar:
 - Apgar familiar individual.
 - Apgar comparado.
 - Entrevista familiar.

En la Residencia de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo León se diseñaron y agruparon una serie de instrumentos que facilitaron la recopilación de los datos y su registro en el expediente familiar. Sin embargo es importante aclarar que la información de la familia —como todo en la medicina— necesita sustentar su análisis sobre conocimientos teóricos sólidos que apoyarán la identificación de problemas de salud y su posible manejo. Esto es lo que da solidez e identidad a la especialidad en Medicina Familiar.

Instrumentos

- 1.—TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR

- 2.—FAMILIOGRAMA
- 3.—EVENTOS VITALES TENSIONALES
- 4.—RECURSOS FAMILIARES
- 5.—APGAR FAMILIAR
- 6.—LISTA DE PROBLEMAS Y PROGRAMA DE ATENCION

Respecto a la información familiar, es importante señalar que su uso depende del problema, por ejemplo en una familia con un paciente diabético es particularmente relevante poner atención en los roles y funciones familiares (¿quién compra la despensa? ¿quién prepara los alimentos?, ¿quién identifica los problemas?, ¿quién decide buscar ayuda u otras alternativas de solución?) y en los recursos de la familia (¿cuentan con apoyo social? ¿existen grupos de pacientes con el mismo problema?, ¿tienen el hábito de leer?, ¿prefieren actividades sedentarias o al aire libre?, ¿disponen de qué nivel en educación y de atención médica institucional?, entre otros).

También es importante señalar que muchas de las características familiares se obtienen por observación, esto significa que un médico entrenado en una visita domiciliaria sin necesidad de preguntar, observa higiene personal y de vivienda, o si se presenta la oportunidad, secuencias de conducta o interacción.

En medicina familiar cualquier tratamiento inicia con la retroalimentación al paciente y a su familia de los problemas detectados, esto incluye lo que llamamos reetiquetar el o los problemas como familiares ya que de alguna manera influyen o son influenciados por los otros integrantes de la familia, y por supuesto un aspecto importante lo es el contrato de trabajo que incluye los alcances de nuestra responsabilidad profesional y el compromiso del paciente y/o familia de acudir a consulta y seguir indicaciones educativas o sobre medicamentos.

La educación en medicina familiar es una constante, sus implicaciones van más allá de la exclusiva comunicación de información a los pacientes de un problema de salud particular en términos generales, es preferible incluir a todos los miembros de una familia, sobre todo aquellos que se involucran en la toma de decisiones del grupo familiar. Son aspectos importantes del seguimiento, el manejo de la información por la familia, la reacción de cada uno de ellos y verificar que cada cual entiende lo que se dice.

Los momentos para ofrecer educación sobran en la práctica, los más importantes son:

- 1.—Ante una enfermedad aguda.

- 2.—En el manejo de una enfermedad crónica.
- 3.—En acciones de prevención.
- 4.—Promoción de la salud.
- 5.—Crisis del desarrollo o accidentes.

La guía anticipatoria incluye la comunicación de información antes de la ocurrencia de un evento particular, para disminuir el stress y facilitar la adaptación del paciente y/o la familia. La meta es que la familia use la información para ayudarse a pensar acerca de los planes para anticipar los cambios.

La intervención en crisis es un método y una habilidad muy útil con los pacientes y sus familias, cuando se enfrentan a episodios o eventos vitales de gran stress. Los objetivos son proveer atención y apoyo a la persona o familia en tensión, estableciendo una relación efectiva; determinar la naturaleza del problema y definir alternativas de solución prácticas y razonables de forma que se evite que la experiencia sea destructiva.

Una de las formas como facilitamos la solución de problemas es el identificarlos y clarificarlos facilitándose al paciente y/o familia la exploración de opciones o alternativas de solución y motivarlo o estimularlo a llevarlos a cabo.

Otra forma es la normalización que es el proceso por el cual el médico familiar ayuda a la familia a ver un problema particular, como parte de los eventos del curso normal de la vida.

A menos que sea una urgencia, ninguna referencia hecha por un médico familiar debe hacerse de primera instancia.

Para ser efectiva, necesita cubrir por lo menos los siguientes pasos:

Proceso de referencia

- 1.—Hacerla o proponerla después de una evaluación familiar que incluye la identificación de problemas y la negociación de las metas de su tratamiento e intervención.
- 2.—Garantizar a la familia el compromiso del médico familiar de continuar de corresponsable de su atención y seguimiento. Es requisito indispensable aprender a mostrar interés genuino y disponibilidad.
- 3.—Establecer contacto con el médico consultante, ya sea por escrito, personal o

por teléfono, para incrementar información que se compartirá con la familia (este último apoya el punto 2 y trasmite a la familia el respeto y confianza entre los médicos.)

Como puede observarse, nuestra especialidad es de actitudes y funciones: ¿Cómo podemos lograr que el médico familiar en formación adquiera estas habilidades?

Primero: que esté motivado, que sea flexible al cambio, que posea actitudes de servicio y de trabajo en equipo.

Segundo: Poseer un programa curricular adecuado a esas características; sugerimos apoyarnos en la teoría de sistemas y de la comunicación humana que son congruentes con la filosofía de la medicina familiar.

Y tercero: que reciba durante su entrenamiento un tutelaje constante y directo por otro médico familiar.

CAPITULO XIV

RELACION MEDICO-PACIENTE-FAMILIA

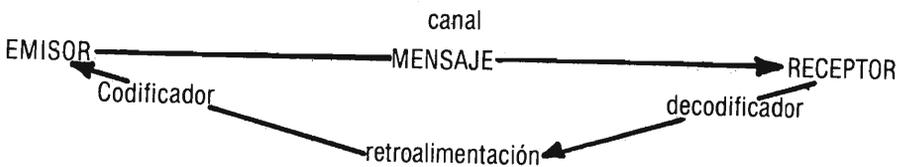
Francisco Javier Gómez Zárate

I. — Concepto

Definimos la relación médico-paciente como una interacción humana. Es un método de investigación en un sistema de comunicaciones, en el cual una de las partes es un experto en el área a tratar y en el manejo de las relaciones interpersonales. Tiene como meta la obtención de un beneficio a través de la elucidación de la vida del paciente.

Como método de investigación, sigue los pasos del método científico: una fase de indagación, una de demostración y otra de exposición, es decir, la observación, formulación de hipótesis, experimentación y predictibilidad de los fenómenos, lo que conocemos en clínica como diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Al ser una interacción humana, importa no sólo lo objetivo, sino también lo subjetivo. La relación médico-paciente es más un arte que una ciencia. La relación médico-paciente, al ser un intercambio humano, se lleva a cabo en un sistema de comunicaciones según el modelo de Shanon Weaver:



Para que exista una relación afectiva se requiere que exista un código semejante, de aquí que el médico debe adecuarse al mundo simbólico del paciente, debe comprender las nociones que éste tiene acerca de las causas de su enfermedad, sus

marcos conceptuales y sus estructuras lingüísticas. Así por ejemplo, la población rural y de escasos recursos tiende a somatizar sus problemas al no tener un esquema lingüístico preciso.

La relación médico-paciente, al ser una relación persona-persona implica una serie de mensajes verbales y no verbales, siendo más importantes éstos últimos ya que mucho de lo que comunicamos es de naturaleza inconsciente.

Es muy importante saber detectar los mensajes de los pacientes, los cuales nos expresan por debajo del nivel de la conciencia sus verdaderos pensamientos, sentimientos y actitudes.

La retroalimentación es el indicador del tipo de relación que sostenemos con nuestros pacientes: confianza, vergüenza, celos, envidia, sumisión, dominio, etc.

El punto central que define a la relación médico-paciente es la calidad de experto por parte del médico; experto en el arte de diagnosticar y curar (modelo técnico) y experto en el manejo de las relaciones interpersonales. Lo que significa que el médico efectivo debe vérselas no sólo con síntomas y enfermedades, sino también con sentimientos y actitudes: debe ser capaz de lidiar con envidias, oposicionismo, rivalidad, dominio, agresión, seducción, etc; este aspecto hace diferente el trabajo clínico del médico del de otras profesiones.

Lo que se espera de esta relación es la obtención de un beneficio: el médico curar el dolor humano y el paciente ser aliviado.

II. — Perspectiva histórica

La relación médico-paciente es el elemento más antiguo de la práctica médica y cobra relevancia en el presente por los profundos cambios en la Medicina que hacen crítica su misma esencia, aunado a grandes insatisfacciones en los médicos y en los pacientes.

La concepción del médico y la medicina ha cambiado en el curso de su evolución histórica:

— Según el punto de vista mágico, la enfermedad es atribuida a un espíritu maligno o a un embrujamiento y el tratamiento queda a cargo de un chamán o hechicero.

— El punto de vista religioso sostiene que la enfermedad es causada por la con-

ducta inmoral y por el pecado. El sacerdote es el encargado de la intercesión entre lo divino y lo humano.

— El punto de vista científico afirma que las enfermedades son debidas a causas naturales y el encargado de combatirlas es el médico, mediante métodos llamados científicos.

— Un último punto de vista propone al contexto social como propiciador de condiciones que favorecen y causan enfermedades y su esfuerzo es más preventivo que curativo.

Históricamente ha prevalecido un método sobre otro de acuerdo a determinada época, por ejemplo, el modelo mágico en las sociedades primitivas; el religioso en las sociedades antiguas y durante los diez siglos del medioevo; el científico en la Grecia clásica, en el Renacimiento y en la época actual.

En el presente la medicina científica ha sufrido grandes cambios que hacen tambalear sus propios cimientos. Varios fenómenos han culminado en la enajenación y deshumanización de la medicina: podemos citar la "tecnificación", cuyos logros son innegables, sin embargo ha interferido con la adecuada relación médico-paciente al interponer entre ambos demasiados aparatos; la "burocratización" con demasiados trámites; la "abstractificación" ha reducido a la persona a números y al enfermo a un conjunto de órganos aislados. Asimismo, la socialización de la medicina con varias desventajas, entre ellas la pérdida de la capacidad de elegir a su médico y la de sujetarse a normas rígidas de funcionamiento. Sin embargo, hay un intento de solución que se está llevando a cabo a través de la práctica de la Medicina Familiar en un afán por rescatar la individualidad y la integridad de la persona, así como su ubicación familiar.

III. — Actitudes

Un primer aspecto técnico que es necesario tener en cuenta en cualquier relación humana es el concepto de actitud, entendida ésta como la reacción de aceptación o rechazo hacia otra persona.

En la relación médico-paciente, para lograr una mayor efectividad y una mayor objetividad, se requieren en el médico tres actitudes básicas:

- 1.—Respeto: Es responder a las expectativas del otro como humano.

2.—Ser buen escuchador: significa escuchar con un tercer oído, esto es, con intuición, es ir más allá y captar lo que el paciente quiere que se entienda de él.

3.—Comprensión empática: se refiere, no a la comprensión con la inteligencia o la razón sino con la emoción y la intuición. Es adentrarse en el mundo interno y subjetivo del otro. La empatía es necesaria para poder amar; es la comprensión sin necesidad de palabras; es la relación sutil y única entre la intimidad de dos personas.

Esto es lo que se espera de un médico cálido y competente. En cuanto al paciente ¿cuál es la actitud que debe tener? en realidad puede ser la que sea, puesto que él es el paciente y nosotros, como médicos, se supone que somos expertos en el área a tratar y sobre todo expertos en el manejo de relaciones interpersonales.

Otras cualidades en el médico son secundarias o accesorias. Entonces, el médico puede ser simpático o pedante, de inteligencia brillante o modesta, culto o ignorante, pobre o rico; esto es secundario, pero de lo que no se puede prescindir es de las tres actitudes básicas mencionadas.

IV.—Niveles de relación

No todos los pacientes son iguales, entonces debemos de ubicar a qué nivel nos relacionamos. Es como en la danza elegir el paso, en la música escoger el tono, para llevar un ritmo y una armonía.

Los pacientes llegan a nosotros en cuatro niveles:

- 1.—Científico.
- 2.—Experimental.
- 3.—Transferencial.
- 4.—Mágico.

El nivel uno y dos son niveles adultos de relación; el tres y el cuatro son niveles infantiles.

El nivel que más frecuentemente encontramos en la relación médico-paciente es el nivel transferencial. Esto es, un tipo de relación muy específica en donde el paciente proyecta o transfiere a su médico aquellos sentimientos que experimentó hacia sus padres en la infancia. Estos sentimientos pueden ser positivos o negativos, por lo que el paciente puede percibir a su médico como cálido, amoroso, tierno, dador de apoyo y seguridad, o bien, frío, lejano, autoritario, déspota, cruel. . . según los sentimientos que hayan predominado en la relación padre-hijo. Estos sentimientos son inconscien-

tes, es decir, que el paciente no tiene advertencia consciente de su existencia, pero de acuerdo a estos sentimientos se comportará con el médico. De igual manera, el médico experimenta afectos recíprocos hacia sus pacientes, a lo cual se le llama "contratransferencia". Podemos ver entonces en nuestra práctica que hay pacientes que provocan en nosotros coraje, rechazo, indiferencia, temor, ternura, simpatía, preocupación excesiva, etc.

Estas reacciones de transferencia y contratransferencia son inconscientes y distorsionadas, puesto que son afectos del pasado (infantiles). El médico debe saber distinguir entre aquellos sentimientos que son reales y aquellos que son transferenciales, distorsionados y que se refieren al pasado. En la medida que tenga conocimiento de esto sus relaciones serán más efectivas.

De acuerdo con lo anterior hay tres modelos básicos de relación:

1.—Actividad-pasividad: el médico actúa, cuestiona, explora y el paciente se limita a contestar y dejarse explorar. La relación es distante y poco afectiva.

2.—Guía-cooperación: el paciente sigue las indicaciones del médico y coopera en la entrevista médica aportando sugerencias, aclarando dudas, etc.

3.—Coparticipación: el paciente toma conciencia, mediante la relación con el médico, de que la responsabilidad de mantenerse sano es suya y participa activamente en el tratamiento.

V.—Organización caracterológica

La forma de relación que establecemos con las personas depende de nuestro carácter, que es lo que define nuestra forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar. Los pacientes tendrán cada uno diferentes caracteres: encontramos pacientes dependientes que buscan en el médico aprobación, tienden a ser sumisos y pasivos; pacientes dominantes, que controlan al médico y son rebeldes y agresivos; pacientes obsesivos, obsecados y perfeccionistas; los habrá histriónicos que dramatizan su vida y su sintomatología, siendo además sugestionables y seductores. En fin, encontramos pacientes agradables, hostiles, repugnantes, odiosos, sumisos, crueles, simpáticos, cooperadores, saboteadores, suspicaces, esquizoides, narcisistas, etc.

El médico, de acuerdo a su carácter, se comportará de maneras distintas. Así tenemos al médico dominante y autoritario que se impone, agrede, controla y explota a sus pacientes; el médico sumiso, dependiente, servil e inseguro que necesita ser

aceptado por sus pacientes; el médico mercantilista y oportunista que hace de su práctica un negocio; el médico narcisista que busca la admiración y el elogio de sus pacientes; el esquizoide que es indiferente, lejano y hermético. También encontramos, aunque son los menos, al médico maduro, estable, íntegro, honesto, capaz, hábil, intuitivo, humilde y bondadoso que hace de su trabajo clínico una fuente de autorrealización, del trato de sus pacientes un encuentro amoroso y de sus prescripciones una responsabilidad de conciencia.

De acuerdo a lo anterior encontramos tres polaridades en la relación médico-paciente:

1.—Autoridad-sumisión: autoridad racional por parte del médico y acatamiento de las indicaciones por el enfermo. Para que la relación sea terapéutica se requiere que el médico tenga autoridad sobre sus pacientes; una autoridad racional y justa, respaldada por el contexto social y heredera arcaica del secreto y la magia del chamán.

2.—Amor-odio: cuando en la relación médico-paciente hay confianza, respeto y afectos mutuos "todo marchará bien, aún cuando el enfermo marche mal". Cuando se da lo opuesto queda anulada la influencia del médico.

3.—Cercanía-distancia: se requiere una distancia óptima para que la relación sea efectiva; ni tan cerca que deje de ser una relación profesional, ni tan lejana que el médico pierda el control.

VI.—Respuesta a la enfermedad

La experiencia de "estar enfermo" es una vivencia peculiar en la existencia de las personas, única e irreplicable; tiene sin embargo algunas características: un estrechamiento en el campo de intereses, egocentrismos, aumento en la demanda de atención y cuidado, sensación de inutilidad, desvalidez, ansiedad, depresión y anhelo vehemente de protección y apoyo humano.

Existen respuestas adecuadas e inadecuadas a la enfermedad. Se considera una respuesta adecuada cuando:

- 1.—El enfermo acepta las limitaciones que impone la enfermedad.
- 2.—Cuando mantiene activo el deseo de recuperar la salud lo antes posible.
- 3.—Cuando existe la disposición de aceptar y usar los medios que se proponen para el alivio.

Distinguimos también tres maneras de reaccionar inadecuadamente a la enfermedad:

- 1.—A través de la negociación: no se acepta que se está enfermo.
- 2.—Con una respuesta hostil: hacia el médico, familiares, etc.
- 3.—Con una respuesta pasiva: no hay cooperación en el tratamiento.

Existe una categoría especial de respuesta inadecuada: se trata del enfermo de difícil manejo por presentar graves alteraciones del carácter, como los que son excesivamente dominantes o manipuladores, los simuladores, hipocondríacos (síndrome de Muchhaussen); el paciente odioso ("hatefull patient") que puede tener tres variedades: demandantes, dependientes, dominantes.

VII.— La familia

La familia es la estructura funcional de una sociedad. Es la matriz simbólica en donde se forjan los afectos, se organiza la estructura del carácter y la visión del mundo. Es la unidad de crecimiento y desarrollo, de realización, de fracaso, de salud y enfermedad.

La familia se organiza como un sistema y como todo sistema, se define por la interacción de los elementos que la constituyen, requiriendo, para su funcionalidad, de un orden jerárquico.

Al ser un sistema abierto interactúa con el contexto social; de hecho, la cultura influye en los individuos a través de un agente, que es la familia.

Como todo sistema, la familia tiende a la autorregulación y al equilibrio, esto es la llamada "homeostasis familiar". Cada uno de sus miembros a través de sus roles contribuyen a mantener ese equilibrio dinámico, a través de procesos de estabilidad y cambio. La homeostasis familiar puede ser funcional o disfuncional.

El impacto de una enfermedad sobre la familia puede ser en un doble sentido: puede tratarse de una enfermedad orgánica que afecta a alguno de sus miembros y esto venga a romper el equilibrio familiar, o bien puede suceder que el desequilibrio en la dinámica familiar requiera que alguno de sus miembros se enferme para retomar el equilibrio, aunque esto sea un equilibrio o una homeostasis disfuncional.

Algunos puntos importantes que deben considerarse en el diagnóstico familiar son los siguientes:

- a) Roles: pueden ser funcionales o disfuncionales.
- b) Participación afectiva: aglutinación-empatía-indiferencia.
- c) Tipo de autoridad: rígida-flexible-laxa.
- d) Mitos familiares: falsas creencias o expectativas.
- e) Jerarquías: control, dominio, autoridad.
- f) Comunicación: clara y directa o confusa e indirecta.
- g) Alianzas y coaliciones: entre los miembros de la familia.
- h) Funcionalidad: familia funcional o disfuncional.

VIII. — Poder Curativo del Médico

Hay factores diversos que intervienen en la influencia curativa del médico:

- Los medicamentos representan el poder del médico y son la expresión simbólica de su autoridad.
- Las múltiples señales emitidas por el médico como expresión de su personalidad.
- El enfermo tiende a aceptar sin crítica las prescripciones.
- La influencia personal del médico tiene efecto independiente del verdadero valor de la terapéutica.
- En toda prescripción hay un elemento de sugestión como en la magia.
- La magia tiene una estructura interna que permite estudiarla y manipularla.
- La fe del paciente es determinante en la curación.
- Dos hechos claros y evidentes: el valor real de la influencia psicoterapéutica del médico y el valor de la relación humana como tal.

Quiero terminar esta exposición con una cita de Flaubert en "Madame Bovary" quien describe a un médico de la época.

"... cuando se oyó el chasquido de un látigo. Retemblaron todos los cristales y

de pronto una berlina de posta, tirada por tres caballos manchados de barro hasta las orejas, irrumpió por un extremo del mercado. Era el doctor Lariviere.

La aparición de un dios no hubiera producido mayor impresión. Bovary alzó las manos al cielo, Canivet se paró en seco y Homais se quitó el gorro mucho antes de que el doctor entrara en la puerta.

Pertenecía Lariviere a la gran escuela quirúrgica nacida bajo la bata de Bichat, aquella promoción de médicos filósofos, hoy ya desaparecida, que se sentían ligados a su arte por un amor fanático y lo ejercían con exaltación y sagacidad. Cuando montaba en cólera, todo mundo en el hospital se echaba a temblar, y sus alumnos, en cuanto se establecían por su cuenta procuraban imitarle en todo, tanta era la veneración que en ellos despertaba. Así que era bastante frecuente encontrárselo por los pueblos de los alrededores con su largo chaleco de merino y su ancho chaqué negro con las bocamangas desabrochadas tapando un poco sus manos carnosas, unas manos cuidadas que nunca llevaban guantes, como para estar más dispuestas a hundirse en cualquier miseria. Despectivo con respecto a condecoraciones, títulos y academias; hospitalario, liberal, paternal con los pobres y practicante de la virtud sin creer en ella, Lariviere habría podido llegar a ser tenido por santo si la agudeza de su inteligencia no le hubiera hecho temible como un demonio. Su mirada más afilada que sus bisturís bajaba en línea recta hasta el alma y desarticulaba cualquier mentira a través de alegatos y pudores. Y así iba por la vida, imbuído en esa majestad sencilla proporcionada por la conciencia de un gran talento, fortuna de cuarenta años de vida laboriosa e irreprochable''.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Sullivan, H.S. **La Entrevista Psiquiátrica**. Buenos Aires. Psiqué 1976.
- 2.—Freud, S. **The dynamics of transference**. In Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London. Hogarth Press. 1958.
- 3.—Lain-Entralgo, P. La Relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría. **Revista de Occidente**. Madrid. 1954.
- 4.—Kernberg, O. **Desórdenes Fronterizos y Narcisismos Patológicos**. Buenos Aires. Paidós. 1979.
- 5.—Minuchin, S. **Familias y Terapia Familiar**. Buenos Aires. Gedisa. 1980.
- 6.—Jung, C.G. **El Hombre y sus Símbolos**. Madrid. Aguilar. 1979.

1. The first part of the document is a letter from the author to the editor, dated 19th March 1954. It contains a brief summary of the work and a request for publication.

2. The second part is the main text of the paper, which is divided into several sections. It begins with an introduction to the subject, followed by a discussion of the theoretical background and the experimental methods used. The results of the experiments are then presented, and a conclusion is drawn from the findings.

3. The final part of the document is a list of references, which includes several papers by other authors in the field. The author also includes a short biography and a list of his other works.

REFERENCES

1. J. D. Jones, *Journal of Physics*, **1**, 123 (1952).
2. A. B. Smith, *Physical Review*, **85**, 456 (1953).
3. R. C. Brown, *Nature*, **171**, 789 (1953).
4. M. E. White, *Proceedings of the Royal Society*, **A265**, 123 (1961).
5. G. H. Black, *Philosophical Magazine*, **11**, 234 (1962).
6. F. G. Green, *Journal of Applied Physics*, **33**, 567 (1962).
7. H. I. Brown, *Physical Review Letters*, **1**, 123 (1958).
8. J. K. White, *Journal of Chemical Physics*, **28**, 456 (1958).
9. L. M. Black, *Physical Review*, **108**, 789 (1959).
10. N. O. Green, *Journal of Physics and Chemistry*, **63**, 123 (1959).
11. P. Q. Brown, *Physical Review*, **110**, 456 (1959).
12. R. S. White, *Journal of Applied Physics*, **30**, 789 (1959).
13. T. U. Black, *Physical Review*, **112**, 123 (1959).
14. V. W. Green, *Journal of Physics and Chemistry*, **64**, 456 (1960).
15. X. Y. Brown, *Physical Review*, **114**, 789 (1960).
16. Z. A. White, *Journal of Applied Physics*, **31**, 123 (1960).
17. B. C. Black, *Physical Review*, **116**, 456 (1960).
18. D. E. Green, *Journal of Physics and Chemistry*, **65**, 789 (1961).
19. F. G. Brown, *Physical Review*, **118**, 123 (1961).
20. H. I. White, *Journal of Applied Physics*, **32**, 456 (1961).
21. J. K. Black, *Physical Review*, **120**, 789 (1961).
22. L. M. Green, *Journal of Physics and Chemistry*, **66**, 123 (1962).
23. N. O. Brown, *Physical Review*, **122**, 456 (1962).
24. P. Q. White, *Journal of Applied Physics*, **33**, 789 (1962).
25. R. S. Black, *Physical Review*, **124**, 123 (1962).
26. T. U. Green, *Journal of Physics and Chemistry*, **67**, 456 (1963).
27. V. W. Brown, *Physical Review*, **126**, 789 (1963).
28. X. Y. White, *Journal of Applied Physics*, **34**, 123 (1963).
29. Z. A. Black, *Physical Review*, **128**, 456 (1963).
30. B. C. Green, *Journal of Physics and Chemistry*, **68**, 789 (1964).

CAPITULO XV

SISTEMA DE REGISTRO FAMILIAR

Carlos Loredó Díaz Infante

Debido a que la facultad de captación y retención de información por la mente humana en la práctica ordinaria es limitada, el médico ha requerido de un sistema de registro individual, donde quede captada la información esencial de sus pacientes que le permita hacer juicios diagnósticos, pronósticos, planes de manejo terapéutico y seguir su evolución a través de los años ya sea del crecimiento y desarrollo en la edad pediátrica, de los padecimientos crónico-degenerativos del adulto, así como de cualquier otra incidencia que el médico considere importante para el proceso salud-enfermedad.

De la misma manera, el Médico Familiar además de contar con los registros individuales tradicionales para cada miembro de las familias que atiende, requiere de otro registro de informaciones que le permita identificar en forma sencilla y rápida las condiciones del Ecosistema Familiar en cuanto a las características generales de sus integrantes, condiciones de su vivienda, manejo de basura, disposición de excretas, disponibilidad de agua, fauna nociva, cobertura de inmunizaciones, detecciones practicadas, participación en programas para la salud, presencia de toxicomanías, ingreso económico familiar, ciclo de vida familiar, funciones de la familia que ameritan atención, diagnósticos de cada uno de sus miembros y antecedentes familiares de importancia.

El llenado del Registro Familiar lo realizará el binomio básico de trabajo de un consultorio que es el médico y su asistente de consultorio, es conveniente aclarar que por lo general no tiene que llenarse en forma exhaustiva en una sola consulta de un miembro de la familia, sino a través de varias consultas, de tal manera que la familia que más consulta, tendrá más lleno su Registro Familiar y seguramente es la familia que más problemas de salud está presentando en sus miembros y por tanto más necesita de nuestra ayuda.

Podrán decir que la información familiar antes mencionada ya se encuentra capta-

da de alguna forma en los expedientes clínicos tradicionales individuales de los miembros de la familia y probablemente así es, pero en una consulta ordinaria llevaría mucho tiempo localizar todos estos datos y en cambio con un Registro Familiar adecuado, en unos cuantos minutos identificaríamos los daños a la salud (morbimortalidad) que afectan a la familia y los factores de riesgo que actúan sobre ella. Por ejemplo: Acude a consulta una madre con su hijo de 6 años que presenta un cuadro gripal, el médico familiar además de dar tratamiento para el padecimiento actual preguntará a la madre por su esposo diabético que no ha venido a su control, le recordará complete las inmunizaciones de su hijo menor, confirmará si se está llevando a cabo el manejo adecuado de basura y agua indicados en la consulta previa, invitará a la madre a los programas de planificación familiar y detección oportuna de cáncer cervicouterino; así como éstas puede haber otras acciones en una simple correlación de riesgo-daño a la salud. De tal forma que ante la presencia de un miembro de esa familia que acudió a consulta por un padecimiento tan sencillo como una gripa, el médico familiar puede actuar además sobre varios problemas o riesgos para la salud en varios miembros de la familia.

El Sistema de Registro Familiar es sólo un instrumento en la metodología del médico familiar que le facilita el realizar acciones múltiples cotidianas en la consulta, dirigidas a más de un riesgo o problema de salud y a varios integrantes del núcleo familiar.

Otra aplicación del Registro Familiar es cuando existen familias que por su problemática de salud requieren atención especial, para lo cual con base en el Registro Familiar elaborado se integra un Diagnóstico Familiar (motivo de otro capítulo) un Pronóstico y un plan de manejo familiar en base a prioridades a corto, mediano y largo plazo. El estudio de la dinámica familiar es un complemento en ocasiones indispensable para el manejo integral de una familia.

Si como ocurre en algunas instituciones de salud en las que el médico familiar tiene una adscripción relativamente fija de familias para su cuidado, utilizando la suma de Registros Familiares se puede integrar un Diagnóstico de Salud de su adscripción, jerarquizar sus problemas y elaborar programas específicos tendientes a elevar el nivel de salud de las familias.

A través de los años se puede hacer una vigilancia epidemiológica de cada familia y evaluaciones periódicas de los resultados de las acciones médicas en cuanto a modificar el nivel de salud.

Es indudable que el Registro Familiar es también una fuente de datos de gran va-

lor para la realización de estudios de investigación epidemiológica, clínica, socio-médica, etc.

En la aplicación de su metodología de trabajo el médico familiar debe recordar siempre su objetivo de capacitar a las familias para el manejo de un miembro enfermo y evitar que se enfermen los demás.

Es necesario mencionar que a nivel institucional se establece un sistema multidisciplinario en apoyo a la metodología del médico familiar.

En México el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido pionero en la creación de Sistemas de Registro Familiar, a continuación presento el que me parece más sencillo y práctico codificado en la institución como RF-1.

Criterios para el llenado de la Forma RF-1. (Tarjeta ROYAL MCBEE).

Se anexa copia de Tarjeta de Registro Familiar con números de referencia que corresponden a los anotados entre paréntesis al final de los párrafos. (Cuadros 14-1 y 14-2).

FAMILIA: Anotar los apellidos paternos del esposo y la esposa, ejemplo: Pérez Rodríguez. En caso de solteros se anotará solamente el apellido paterno dejando un espacio en blanco a la derecha si es masculino (Pérez _____) y a la izquierda si es femenino (_____Rodríguez).¹

CEDULA NUMERO: Se anotará el o los números de afiliación de ese núcleo (cuando sea uno o varios asegurados).²

DOMICILIO: Se anotará calle, número (exterior e interior), colonia, código postal, poblado y/o municipio.³

MEDICO: Anotar nombre, matrícula del médico así como año en que se inicia el registro.⁴

NOMBRES: Se enlistan los nombres de las personas que viven bajo el mismo techo, iniciar con el grupo nuclear empezando por el jefe de familia sea o no el asegurado y continuando con los demás de mayor a menor edad. Si existen consanguíneos se anotarán a continuación del último miembro de la familia nuclear dejando un espacio en blanco, si existen otros convivientes no consanguíneos se anotarán también dejando un espacio en blanco; en cualquiera de los dos casos (consanguíneos o no) se indi-

cará después del nombre el tipo de parentesco o relación. Ejemplo: abuela, tía, sirvienta, etc. o bien el fenómeno acaecido (muerte).⁵

EDAD: Se anotará frente a cada nombre inscrito la edad en años cumplidos; para menores de un año anotar los meses, (ejem. dos meses = 2/12).⁶

SEXO: Se utilizarán las letras M (masculino) F (femenino).⁷

EDUCACION: Se anotará frente a cada nombre y de acuerdo a la siguiente clave según la escolaridad ya completada. El mismo criterio se usa para marcar las primeras perforaciones del borde izquierdo del registro (alfabetismo y grado de instrucción).⁸
La clave es:

- 1.—No sabe leer ni escribir.
- 2.—Sabe leer pero no escribir.
- 3.—Sabe leer y escribir.
- 4.—Primaria incompleta.
- 5.—Primaria completa.
- 6.—Secundaria o equivalente incompleta.
- 7.—Secundaria o equivalente completa.
- 8.—Preparatoria o equivalente incompleta.
- 9.—Preparatoria o equivalente completa.
- 10.—Profesional incompleta.
- 11.—Profesional completa.

TOTALES: En lo referente al espacio correspondiente a la columna de nombres, se sumarán éstos y se pondrá la cantidad total al final. (No se incluyen en la suma a los convivientes no familiares).⁹

TOXICOMANIAS: Se anotará frente a cada nombre el tipo y cantidad de tóxico ingerido de acuerdo al siguiente criterio y clave.¹⁰

Tabaco

Anotar:

- | | |
|------|---|
| X | Quando el consumo sea de 1 a 9 cigarros diarios. |
| XX | Quando el consumo sea de 10 a 19 cigarros diarios. |
| XXX | Quando el consumo sea de 20 a 39 cigarros diarios. |
| XXXX | Quando el consumo sea de 40 o más cigarros diarios. |

Alcohol

- X Toma ocasionalmente sin llegar a intoxicación. (social).
- XX Toma una o varias copas diariamente y/u ocasionalmente llega a intoxicación.
- XXX Intoxicación frecuente.
- XXXX Dependencia.

Otras toxicomanías

- X Ocasional sin llegar a intoxicarse.
- XX Una o varias veces al día y/u ocasionalmente llega a intoxicarse.
- XXX Intoxicación frecuente.
- XXXX Dependencia.

Cortar la perforación correspondiente del margen de la tarjeta de registro, cuando como mínimo un miembro de la familia aparezca con una cruz en tabaco, alcohol y otras toxicomanías.

Inmunizaciones

Marcar con una X las dosis aplicadas; se usarán para cada vacuna los criterios de la Jefatura de Medicina Preventiva.¹¹

Se cortará la perforación correspondiente del margen de la tarjeta, cuando el esquema especificado se haya completado, o se padeció la enfermedad. Cuando en la familia existan niños menores de 7 años se cortará la perforación respectiva.

Detecciones y programas¹²

D.O.C. Señalar la fecha en que se practicó siempre y cuando exista el resultado en el expediente correspondiente.
(cáncer)

T.B. Marcar con una X si se realizó (verificando en expediente).
(tuberculosis)

F.R. Marcar con una X si se realizó (verificando en expediente).
(fiebre reumática)

D.O.D. Anotar la fecha en que se practicó hasta tener el resultado.
(diabetes)

Planificación familiar

Se anotarán solamente las personas que estén participando actualmente y señalará la clave del método utilizado:

H = Hormonal.
DIU = Dispositivo intrauterino.
L = Local.
R = Ritmo.
D = Definitivo.
O = Otros.
E = Educación u orientación exclusivamente.

Se cortará la perforación de la tarjeta correspondiente a la detección o al programa, hasta que todos los susceptibles de la familia (de acuerdo a los criterios de Medicina Preventiva y Planificación Familiar) estén participando.

CONSULTAS-DIAGNOSTICOS: Tomando en cuenta que cada Registro es para un año calendario, cada columna corresponde a un mes. Siempre se marcarán inmediatamente por arriba de las palabras "consultas diagnósticos" el mes del año; de acuerdo a lo anterior en la cara frontal siempre quedarán los meses de enero, febrero, marzo y abril y en la cara posterior los 8 meses restantes. El médico responsable anotará en el espacio correspondiente al consultante y al mes en curso la principal causa de consulta.¹³

Si se otorga incapacidad se anotará ahí mismo, adelante del diagnóstico, con número arábigo encerrado en un círculo.

COLUMNA DE TOTALES: Se sumará el total de consultas que cada miembro solicitó en el cuatrimestre (suma horizontal) y el total de consultas en cada mes (suma vertical de cada columna mensual) y al final el total de consultas de todos los miembros en el cuatrimestre (último espacio) resultado de las sumas horizontal y vertical.¹⁴

BORDES DEL REGISTRO: Los bordes del Registro cuentan con perforaciones con la finalidad de poder hacer una computación manual de la información. Es conveniente no romper las perforaciones de inmediato ya que en el transcurso del año puede haber modificaciones de los datos respectivos (según explican los procedimientos) por lo cual con señalar en el lugar de la perforación con una X será suficiente al principio.

Para romper las perforaciones es conveniente prolongarlas con el mismo tamaño hasta el borde de la tarjeta con el fin de facilitar su manejo en los procedimientos de computación manual, que permiten separar rápidamente en un grupo de familias, a aquellas familias que presentan una característica determinada del resto de familias que no la presentan.

Margen Izquierdo

ALFABETISMO — GRADO DE INSTRUCCION: Ambos se referirán al jefe de familia, para señalar el número bastará con ubicar el número clave que se anotó en la columna de educación.¹⁵

ESTADO CIVIL: Corresponde al de la pareja del grupo nuclear, se utilizará la siguiente clave y criterio:¹⁶

- 1.—Soltero.
- 2.—Casado por lo civil.
- 3.—Casado por la iglesia.
- 4.—Casado por lo civil y por la iglesia.
- 5.—Unión libre.
- 6.—Viudo.
- 7.—Divorciado.
- 8.—Separado.

INCAPACIDAD: Se marcará siempre que aparezca en la columna de consultas-diagnósticos utilizando la clave siguiente:¹⁷

- 1.—Enfermedad General.
- 2.—Enfermedad Profesional.
- 3.—Accidente de Trabajo.
- 4.—Maternidad.

Borde inferior

ROL DE LA ESPOSA O COMPAÑERA: Se clasifica de acuerdo al tipo de actividades

que la esposa desempeña la mayor parte del día. Se marcará de acuerdo a los siguientes criterios y claves:¹⁸

- 1.—Esposa-Madre: Labores del hogar.
- 2.—Esposa-Compañera: Labores de tipo social no remunerativas.
- 3.—Esposa-Colaboradora: Participa a través de un trabajo más o menos permanente y remunerado en el sostenimiento de la familia. De acuerdo a lo señalado no se marcará más de una perforación.

FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCION: De acuerdo a las consultas-diagnóstico, toxicomanías y otros riesgos para la salud que se detecten a través del tiempo se marcarán las funciones que ameritan atención de acuerdo al siguiente criterio y claves:¹⁹

- 1.—SOCIALIZACION: Se marcará cuando exista patología o riesgos relacionados con conductas anti-sociales o con hábitos higiénicos deficientes, (disposición inadecuada de la basura, excretas, desnutrición, obesidad, toxicomanías, etc.)
- 2.—CUIDADO: Se marcará cuando exista patología o riesgos relacionados con problemas en el desarrollo y/o integridad física de alguno o todos los miembros. (accidentes en el hogar, desnutrición, obesidad, etc.)
- 3.—AFECTO: Se marcará cuando exista patología o riesgos relacionados con falta de integridad y/o desarrollo emocional adecuado (niño maltratado, enuresis, depresión crónica, etc.)
- 4.—REPRODUCCION: Se marcará cuando exista patología o riesgos relacionados con la reproducción o la sexualidad (esterilidad, infertilidad, períodos intergestacionales menores de dos años, gestaciones en los extremos de la vida productiva: menos de 18 años y más de 36 impotencia, anorgasmia, etc.)
- 5.—STATUS: Se marcará cuando exista patología o riesgos relacionados con consumo suntuario en detrimento de las necesidades básicas (desnutrición o baja escolaridad sin relación con el ingreso).

FASE ACTUAL DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR: Después de anotar nombres, edad y escolaridad de los miembros de la familia, se marcará la o las fases del ciclo de vida de la familia con la finalidad de comprender y orientar el manejo de causas de consulta, diagnósticos y riesgos de acuerdo a la o las fases del ciclo de vida encontrados.²⁰ Se marcará utilizando los siguientes criterios:

1.—SOLTERIA: Todos los miembros de la familia o algunos de ellos no viven permanentemente con su pareja.

2.—MATRIMONIO: Fase en la que encontramos a la familia formada exclusivamente por la pareja o bien es una pareja conviviendo con un núcleo que se encuentra además en otras fases.

3.—EXPANSION: Se inicia con el nacimiento del primer hijo. Fase en la cual existen miembros que aún no son incorporados a guarderías, kinder u otra agencia educativa.

4.—DISPERSION: Fase en la cual los hijos acuden a alguna institución educativa de nivel básico, medio o superior y que conviven más o menos permanentemente con los demás miembros de la familia.

5.—INDEPENDENCIA: Fase en la cual los hijos ya están incorporados a algún trabajo remunerado en forma más o menos permanente, se empiezan a casar o salen a estudiar a otra localidad.

6.—RETIRO Y MUERTE: Fase en la cual la pareja en la tercera edad queda sola, con alguno de los miembros jubilado, con invalidez, o que haya muerto.

VIVIENDA: Se marcará lo que se encuentre al interrogatorio de acuerdo al siguiente criterio:

Tenencia²¹

- 1.—Propia.
- 2.—Alquilada (aún en casos en que el patrón proporcione vivienda en forma temporal y gratuita).

Tipo²²

- 1.—Sola (Construcción única).
- 2.—Departamento (Incluir duplex).
- 3.—Vecindad (pueden incluirse departamentos que carezcan de servicios sanitarios).
- 4.—Jacal (Vivienda rústica campesina para la familia).
- 5.—Barraca (Vivienda rústica construida de varios materiales).
- 6.—Otros (Especificar).

Número de cuartos²³

- 1.—Una sola habitación para el descanso nocturno.
- 2.—Dos habitaciones para el descanso nocturno.
- 3.—Tres habitaciones para el descanso nocturno.
- 4.—Cuatro o más habitaciones para el descanso nocturno de esa familia.

Agua

Para uso doméstico. Criterio y claves:²⁴

- 1.—Entubada dentro.
- 2.—Entubada fuera.
- 3.—Pozo-Noria.
- 4.—Aljibe.
- 5.—Otros (especificar).

Basura

Disposición²⁵

- 1.—Sin recipiente.
- 2.—Recipiente sin tapa.
- 3.—Recipiente con tapa.

Eliminación

- 1.—Se lanza a la calle.
- 2.—Se quema o entierra.
- 3.—Recolección organizada.

Disposición de excretas²⁶

- 1.—Excusado. (W.C.)
- 2.—Letrina.
- 3.—Fecalismo de superficie.

Fauna doméstica dentro del hogar²⁷

- 1.—Moscas.
- 2.—Cucarachas.
- 3.—Otros (especificar).

Borde derecho

Alimentación-hábitos ²⁸

1.—Buenos: cuando la cantidad, calidad y manejo higiénico de los alimentos sean adecuados y no exista en la familia patología relacionada. (desnutrición, obesidad, parasitosis).

2.—Regulares: Cuando la cantidad, calidad o el manejo higiénico de los alimentos sea inadecuado pero no se detecte patología relacionada con la alimentación (sin alteración permanente en la curva ponderal, diarrea o parasitosis).

3.—Malos con Hipo: Cuando la cantidad, calidad o el manejo higiénico son inadecuados y/o se detecta patología relacionada con hipoalimentación (desnutrición, avitaminosis, etc.)

4.—Malos con Hiper: cuando la cantidad, calidad o el manejo higiénico son inadecuados y se detecta patología relacionada con hiperalimentación (obesidad, gota, etc.)

Ingreso familiar mensual

Se recomienda no investigar estos datos hasta que se haya establecido buen grado de confianza y comunicación con la familia, exceptuando los casos en que por las causas de consulta y/o diagnósticos encontrados se justifique investigar tanto el ingreso mensual per-cápita y la ocupación.

El ingreso familiar mensual así como la ocupación que aparecen en la parte superior izquierda de la tarjeta se anotarán de acuerdo al siguiente criterio:²⁹

Ingreso familiar mensual = Suma de los ingresos de todos los miembros de la familia excluyendo a la servidumbre.

Ocupación: Se anotarán las ocupaciones del jefe de familia y su esposa.

Ingreso mensual per-cápita: se determina dividiendo el ingreso familiar mensual entre el número de miembros de la familia. La clave utilizada corresponde al siguiente criterio:³⁰

1.—Menos de medio salario mínimo mensual per-cápita.

- 2.—De medio a menos de uno.
- 3.—De uno a menos de uno y medio.
- 4.—De uno y medio a dos.
- 5.—De dos a tres.
- 6.—Más de tres salarios mínimos mensuales per-cápita.

Causas de consulta³¹

El propósito es agrupar las consultas —diagnóstico de acuerdo a una clasificación de enfermedades basada en la O.M.S. No trata de ser exhaustiva la clasificación propuesta, sino utilizar un agrupamiento que cubra la mayoría de las observaciones. Los criterios son:

- 1.—Enfermedades del aparato respiratorio.
- 2.—Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- 3.—Accidentes, envenenamientos y violencias.
- 4.—Enfermedades del aparato digestivo.
- 5.—Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
- 6.—Enfermedades del aparato genito-urinario.
- 7.—Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo.
- 8.—Enfermedades del sistema músculo-esquelético y del tejido conjuntivo.
- 9.—Enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición y del metabolismo.
- 10.—Enfermedades del aparato circulatorio.
- 11.—Trastornos mentales.
- 12.—Tumores.
- 13.—Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.
- 14.—Embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.

Al diagnosticarse en un miembro de la familia cualquier causa de una de las categorías enunciadas, se cortará la perforación correspondiente al número. Ejemplo: Parasitosis se cortará el número 2.

Registro de incapacidades

Para el pre-escolar será en función de los días que permanezca en cama y no asista a la escuela.

Para el ama de casa será en función de los días que se le indique reposo o encamamiento y que no realice sus actividades ordinarias.

Para el asegurado se da en función del trabajo y corresponderá a los días que oficialmente se le otorgan por escrito en las formas institucionales.

Al presentarse una limitación de la persona consultada, se anotará con números arábigos encerrados en círculo, los días de incapacidad a continuación del diagnóstico registrado.

Cada vez que el Médico Familiar realice una acción a más de un paciente y de un problema, después de registrar el diagnóstico en la columna del mes correspondiente, anotará una clave que indique el tipo de dicha acción, entre las más frecuentemente utilizadas están las siguientes:

Medicina Preventiva	MP
Farmacia. (Recetas Familiares)	F
Laboratorio. (Estudios Familiares)	L
Planificación Familiar	PF
Trabajo Médico Social	TS
Centro de Seguridad Social para el Bienestar Familiar	CS
Agencias extrainstitucionales (Alcohólicos Anónimos, etc.)	AE
Otros servicios o departamentos	OS

Estas claves pueden anotarse inicialmente a lápiz y cuando se haya cumplido ponerse a tinta.

Antecedentes familiares ³²

En la parte inferior del reverso de la tarjeta del Registro Familiar se marcarán con una X los antecedentes familiares que se identifiquen al interrogatorio.

Este instrumento de trabajo (Registro Familiar) que he presentado no pretende ser perfecto ni exhaustivo en toda su información, por lo que cabe ser modificado o complementado de acuerdo a las necesidades y capacidad creativa del Médico Familiar, de tal forma que pueda serle de mayor utilidad en sus acciones y toma de decisiones.

BIBLIOGRAFIA

1.—Agama-Hernández D., Esparza Marín, S., Flores-Vega R., Ramírez Montes J. A. Análisis de 200 familias captadas en el Registro Familiar y evaluación de las visi-

tas domiciliarias a las mismas, **Tesis** recepcional de Postgrado en Medicina Familiar, San Luis Potosí, 1978.

2.—Alarid, H. J., Irigoyen-Coria, A., Exploración de la familia en **Fundamentos de Medicina Familiar**, 2a. edición, México, Ed. Méndez Cervantes, 1985.

3.—Anónimo, Modelo de Medicina Familiar, **Documento** interno del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.—Anónimo, Tarjeta de Registro Familiar, **Documento** interno del Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.—Baumslag N., The Family — Home and the Community en **Family Care**, 1a. edición, Baltimore Md. U.S.A., Ed. Williams & Wilkins, 1973.

6.—Conn, H. F., Rakel, R. E., Johnson T W., Estructura y Funciones de la Familia — Papel del Médico Familiar en **Medicina Familiar**, 1a. edición, México, Ed. Interamericana, 1974.

7.—Delgado Cerda, C., Revisión de esquemas de inmunización en 300 familias de nuestro medio, **Tesis** recepcional de Postgrado en Medicina Familiar, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, 1985.

8.—Díaz-Ortiz, H., Lomas-Alonso, B., Ramírez-Flores, T., Zavala-Mata S.J.M., Estudio de 20 familias con trastornos en la dinámica familiar, **Tesis** recepcional de Postgrado en Medicina Familiar, la especialidad en Medicina Familiar estaba avalada por la UNAM en 1979, aunque se cursaba en las clínicas del IMSS en San Luis Potosí.

9.—Martínez Cortés, F., **Consulta Médica — Entrevista Clínica**, 1a. Edición, México, Ed. Impresiones Modernas, S. A., 1979.

10.—Medalie, J. H., **Medicina Familiar**, 1a. edición, México, Ed. Limusa, 1987.

11.—Santa Cruz Varela J., La familia como unidad de análisis, **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, vol 21:348-357, 1983.

	CONSULTAS DIAGNOSTICAS	CONSULTAS DIAGNOSTICAS	CONSULTAS DIAGNOSTICAS	TOTAL	CONSULTAS DIAGNOSTICAS	TOTAL				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
TOTALES:										

ROYAL MEXEE 22444

32 ANTECEDENTES FAMILIARES

- 1.- DIABETES
- 2.- OBESIDAD
- 3.- HIPERTENSION ARTERIAL
- 4.- TUBERCULOSIS
- 5.- SIFILIS
- 6.- PADECIMIENTO MENTAL
- 7.- CANCER
- 8.- MALFORMACIONES CONGENITAS
- 9.- COLAGENOPATIAS
- 10.- ALERGIAS
- 11.- NEUROLOGICAS
- 12.- OTRAS _____

Cuadro 14-2

TARJETA DE REGISTRO FAMILIAR (reverso)

CAPITULO XVI

EL EQUIPO DE SALUD EN LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

Esther Nieto García

- La integración del equipo de salud.
- La filosofía del trabajo en equipo y la coordinación del mismo.
- Normas de organización y funcionamiento del trabajo en equipo.
- **Algunas experiencias de trabajo en equipo** en la práctica de Salud.
- El por qué de la integración del equipo de salud.

En la práctica cotidiana el médico familiar se enfrenta a diversas situaciones de alteración en la dinámica del proceso salud-enfermedad de la familia, ya sea por las funciones que en ésta se cumplen o bien por las etapas de vida que atraviesan ya sea el grupo familiar en conjunto o bien alguno de sus integrantes, que de cualquier forma trasciende hacia el interior de la familia y hacia el exterior.

El papel del médico familiar no es el de saberlo todo ni curarlo todo, pero sí le compete la responsabilidad de conducir, orientar, guiar y asesorar a la familia hacia la opción más satisfactoria de las necesidades de atención que escapan a su campo profesional.

En ocasiones en la familia se presentan momentos de crisis ya sean de carácter económico, social, desmoralizante o simplemente el cambio de una etapa vital a otra; de familia "en expansión" a la "dispersión"; de ésta a la de "nido vacío" y esto puede ser un factor que desencadene una situación —problema—, de estrés o francamente crítico. Ante esta situación el médico familiar, una vez que analiza la situación puede encauzar hacia la solución pertinente y posible.

Cuando la solución rebasa los recursos internos de la familia y del médico a su cuidado, cabe la intervención de otros profesionales de la salud, quienes ante la conjugación armónica y coordinada de esfuerzos, conocimientos y actitudes ayudarán a recuperar y rescatar la integridad del potencial familiar.

La situación descrita de esta manera es tan teórica como poco frecuente, lo ordinario es que ante la necesidad de atención diversificada, una familia o un solo paciente es desarticulado para su atención en tantos aparatos, sistemas u órganos como especialistas requieran sus versátiles dolencias con la especificidad excluyente de una perspectiva estrecha por los límites del conocimiento "en pico", del especialista, pero sobre todo por la abolición del SER, privilegiando la entidad o el fragmento biológico enfermo o deteriorado.

Esta reflexión parece contradictoria con el planteamiento inicial y extrema en su apreciación del problema que representa la práctica de salud multiprofesional o bien interdisciplinaria.

Algunas modalidades de atención, con intervención de diversos profesionales y/o especialistas que pueden apoyar en un momento dado al médico familiar, están:

- La referencia
- La interconsulta
- La transferencia
- El equipo de salud

La referencia

En esta modalidad el médico familiar requiere el apoyo de otro profesional quien se hará cargo con todo y responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en su caso. Como contra-referencia el médico consultado informa periódicamente al médico familiar sobre la evaluación del paciente o familia. Una vez terminada su participación, la atención y la responsabilidad regresan al médico familiar.

La interconsulta

Proceso de intercambio con otro profesional para clarificación de dudas, información o asesoramiento específico en la atención del paciente o familia. En esta modalidad la responsabilidad del paciente la conserva el médico familiar.

La transferencia

El médico familiar determina el momento en el cual el cuidado del paciente o familia requiere de otro campo disciplinar, profesional o técnico, según su criterio. La responsabilidad, en este caso, es asumida por el profesional a quien se hace la transferencia. Esta determinación de realizar la transferencia se deriva de diversas causas:

- El médico familiar reconoce sus limitaciones en campos del saber ajenos a su formación.
- Las condiciones y evolución de la problemática que se atiende en la familia o en el paciente así lo requieren.
- Las actitudes de la duda y desconfianza del paciente o la familia.
- El involucrarse en la problemática con tal profundidad que le resta objetividad al médico familiar; esto ocurre con frecuencia cuando hay lazos familiares o de amistad muy estrecha.

El equipo de salud

El equipo de salud se define como el conjunto de profesionales de diversas disciplinas que interactúan armónicamente para la solución de un problema de interés común.

Su acción en la salud del sujeto es equiparable a la melodía resultante de un conjunto instrumental que pautadamente interviene en el momento preciso y con el acorde justo para producir el efecto musical deseado.

Es poético y posible cuando de música hablamos; en la práctica médica particular o institucional, se tiene el efecto aislado y desintegrador que va orquestando cada especialidad de la medicina en su tono y a su ritmo, el equipo de salud en la vida cotidiana, con personajes desconocidos por el paciente que desfilan ante él y que pueden coincidir en presencia física junto a su lecho de enfermo pero como un desconocido para todos ellos; solamente "conocen" una parte de su persona física y a veces microscópica, en el caso de los laboratorios.

El trabajo en equipo para actuar ante la salud-enfermedad, queda descrito al inicio como una utopía, un conjunto armónico de saberes, haceres y sentires en pro de la salud de un individuo o una familia. Para el médico familiar esta utopía es un reto y es posible, en cuanto que su convicción de que es real y es factible, direcciona su proceder.

El equipo de salud, en programas institucionales u oficiales está integrado por diversos profesionales técnicos y administrativos, como diversas son las funciones y necesidades del sujeto de atención, en este caso una colectividad, un grupo de familias de un sector de la comunidad o bien toda la sociedad.

A nivel institucional o de proyectos específicos el Equipo de Salud se configura de la siguiente manera:

- Médicos Familiares
- Médicos especialistas en el área de Materno Infantil
- Enfermeras
- Psicólogos
- Trabajador Social
- Administrador, Economistas
- Ingenieros Salubristas
- Ecologistas
- Agrónomos
- Antropólogos

Este equipo responde a las necesidades de una comunidad en su totalidad y su intervención en tiempos e intensidad estará determinado por los recursos, los propósitos y los fines de la autoridad política o gubernamental que le soporta.

Filosofía del trabajo en equipo

Los fines y propósitos del trabajo en equipo se derivan de la filosofía con y para la que éste fue configurado.

Si nuestra noción de Filosofía es la forma de ver y caminar por la vida, es pertinente que para conformar un equipo de trabajo las personas que pretenden ser parte de éste, expresen y vuelquen sobre la mesa de discusión **el qué, el por qué y el para qué** de su intervención, esto es posible en un marco de equidad y de respeto mutuo para que exista la libertad de expresión y el apoyo espontáneo en momentos de dificultad en el desarrollo de la tarea común.

Un grupo de personas que se dispone a trabajar en equipo adoptará algunos lineamientos generales que son básicos para el buen funcionamiento del grupo:

- a).—Todos somos importantes y también necesarios.
- b).—Ni uno solo es indispensable; la vida seguirá sin él.
- c).—El liderazgo y la coordinación pueden y deben recaer en cada uno de los integrantes mediante una agenda de trabajo. Se puede determinar este liderazgo por el dominio profesional que requiere la acción o la tarea a desarrollar.
- d).—Recordar que en todo grupo se da la lucha por el poder, oculta o manifiesta: poder moral, poder intelectual, poder económico, poder político y hasta el poder maquiavélico, es decir, el poder por el poder.

e).—La comunicación clara, directa, asertiva entre los miembros del equipo es indispensable.

f).—La administración con **todas** sus funciones de procesos y de producto es absolutamente necesaria.

Y bien, ¿qué relación guarda todo ésto con el desempeño de la tarea del médico familiar? Nada menos que la familia como unidad moral, entidad social y conjunto de seres se transforma por su estructura, por sus funciones y por sus etapas en una Comunidad con dinámicas **comunes** e **individuales** de la magnitud de sus integrantes así como de las relaciones internas y externas de esta familia, en su contexto y en su entorno. Por las múltiples dimensiones individuales y familiares el médico familiar requiere en mayor o menor grado del trabajo en equipo para atender la evolución del proceso de la salud —enfermedad de las familias bajo su cuidado y responsabilidad.

A diferencia de los equipos de trabajo de salud institucionales, en la práctica privada la concientización de la intervención de las diferentes disciplinas como apoyo a la práctica del médico familiar, está determinada por varios factores y elementos a considerar:

- 1.—La noción que se tenga de "familia", con su dinámica y sus funciones.
- 2.—La noción internalizada del qué y por qué del médico familiar.
- 3.—Los rasgos y características culturales, sociales, económicos, hábitos de vida de la propia familia a la que se atiende.
- 4.—Los recursos internos de la familia: Escolaridad, conocimiento médico, actitud hacia la salud-enfermedad, unidad, cohesión, comunicación efectiva y afectiva entre sus integrantes.
- 5.—Los recursos externos o de la sociedad: Asociaciones, organismos, clubes de servicio o apoyo a problemas específicos, hospitales, centros de investigación, etc. El factor determinante para considerar la intervención de otros profesionales es la percepción, análisis y conclusión del médico familiar ante la problemática que enfrenta una familia o uno de sus integrantes. Como factores coadyuvantes y en algún momento prioritarios, son las dudas e inquietudes percibidas o expresadas del paciente o su familia, requiriendo una o más opiniones de otros profesionales.

Normas que favorecen el trabajo en equipo

— La intervención de otros profesionales como equipo de trabajo en el caso de la práctica privada, siempre opera **con la coordinación** del médico familiar a cargo.

- La comunicación entre los profesionales y el médico familiar debe ser ágil, clara, directa y oportuna.
- Los registros e informes pertinentes deben ser veraces y oportunos, incluyendo fallas, omisiones o limitantes que impidieran de alguna manera el resultado esperado.
- Debe existir la disposición explícita y manifiesta de participar en el trabajo de equipo.
- La intervención múltiple debe ser escalonada y gradual, no abrumadora.
- La especialidad del tipo de intervención se determina según cada paciente y su problema específico a tratar.
- El trabajo en equipo debe perseguir el mismo objetivo: el bienestar del paciente.

Ventajas

- del abordaje de una problemática mediante el trabajo en equipo:
- Se enriquece el análisis y la síntesis de la situación o problema del paciente o la familia.
- Se inspira confianza y seguridad.
- Es un abordaje integral y globalizador.
- Enriquece profesionalmente a cada participante, por el intercambio de conocimientos y experiencias.

Desventajas

- Costo más elevado de la atención médica.
- Traslape o duplicidad de acciones si falla la coordinación.
- Dilución de la responsabilidad ante intervenciones prolongadas; en este caso se sugiere la transferencia, con el consentimiento previo del paciente o la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

— Hernán San Martín. **Salud y Enfermedad**. México. La Prensa Médica Mexicana, 1985.

— Shires David B., Hennen Brian K. **Medicina Familiar, guía práctica**. México. Mac Graw Hill. 1983.

— Lancaster J. **Enfermería Comunitaria**. México Ed. Interamericana. 1983.

CAPITULO XVII

LA INTERCONSULTA ADECUADA. RELACION MEDICO FAMILIAR-MEDICO ESPECIALISTA

Jesús Teodoro Rosales Colunga

Los médicos familiares con frecuencia necesitan ayuda del especialista para resolver un problema diagnóstico o terapéutico o para realizar algún procedimiento médico-quirúrgico o para alguna otra forma de atención y solicitan, entonces, una "interconsulta".

En la interconsulta, el médico solicita consejo acerca de un problema del paciente, no acerca de la atención integral del mismo, y el objetivo consiste en obtener la mejor información a fin de poder llegar a la decisión más efectiva.

La interconsulta implica una adecuada relación y coordinación de acciones entre el médico familiar y el especialista. Al solicitar una interconsulta los médicos familiares buscan información específica y por lo tanto deben indicar claramente lo que desean saber, señalando los antecedentes y la evolución del caso.

Ni el médico ni el paciente deben considerar una interconsulta como un fracaso en la atención, más bien indica sensibilidad por parte del médico, quien percibe la gravedad o la ambigüedad de la situación, se es consciente de las propias limitaciones o se toma **en cuenta** la angustia del paciente porque se **resuelva** pronto su padecimiento¹.

En este proceso de interconsulta se pueden presentar problemas, tanto para el médico familiar como para el especialista. En ocasiones se omite un antecedente de importancia para el problema que ameritaba la consulta, o bien, el especialista no emite con celeridad el informe correspondiente una vez atendida la solicitud.

La frecuencia de las interconsultas varía mucho, sin embargo se calcula que el número de interconsultas en nuestro medio, es similar a la reportada en otros países, siendo más frecuentes las que se solicitan al cirujano; en orden decreciente a medicina

interna, oftalmología y gineco-obstetricia; en menor proporción, se realizan interconsultas con otorrinolaringología, dermatología, psiquiatría y pediatría.

La frecuencia de las interconsultas depende de varios factores, entre ellos la edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico de los pacientes. Llama la atención que los pacientes menores de 15 años rara vez son referidos para interconsulta².

Es importante señalar que va en aumento la interconsulta de un médico familiar a otro y de agencias especializadas a los médicos familiares, por lo que la interconsulta es un proceso más común de lo que pensamos¹.

Se ha observado que las tasas de interconsulta son mayores para mujeres en edad fértil, hombres a medida que aumenta la edad y pacientes ancianos, en especial los ancianos solteros de ambos sexos.

Son menores en pacientes de escasos recursos, de educación limitada y pacientes de áreas rurales.

Estas tasas pueden variar de acuerdo a la honestidad del médico que reconoce sus limitaciones, su voluntad para colocarse en una posición de escrutinio, o su deseo de efectuar interconsulta como un proceso de aprendizaje³.

Por supuesto que el paciente que puede exigir un servicio extra o más completo, estará más propenso a ser enviado a interconsulta.

Definiciones

La definición de interconsulta es mucho más amplia de lo que generalmente se acepta. Entendemos por interconsulta la comunicación entre dos profesionales con diferentes áreas de experiencia en donde un paciente es referido a un consultor médico, quien le da su opinión y lo refiere de vuelta al médico familiar. Sin embargo, no siempre se requiere la presencia del paciente, una interconsulta puede llevarse a cabo por vía telefónica o incluso, en una reunión social.

Interconsulta

(El médico conserva la responsabilidad). Es el proceso en el cual se busca consejo de un consultor respecto a un problema de determinado paciente ya sea a causa de su complejidad o seriedad de la atención requerida, o debido a que el paciente u otra persona autorizada que actúa en bienestar del mismo, soliciten otra opinión. El consul-

tor responde aconsejando al médico que hizo la referencia sobre el problema específico, pero no tiene responsabilidad o ésta es muy limitada, para continuar la atención del paciente¹.

Referencia

(El médico transfiere la responsabilidad). Es el proceso en el cual un paciente con determinada enfermedad recibe diagnóstico y manejo enteramente por parte del consultor durante todo el curso de la enfermedad. En estos casos, el especialista debe de mantener informado al médico familiar sobre la evolución del paciente¹.

Transferencia

Es el proceso mediante el cual un paciente transfiere la atención total de su caso a otro médico, cualquiera que sea la razón¹.

Responsabilidad compartida

(Atención concurrente). Es un proceso en el cual determinado problema es manejado por el consultor, mientras que la responsabilidad general sigue estando a cargo del médico familiar, o bien que el paciente sea atendido por varios médicos consultantes en forma simultánea¹.

Referencia cruzada

Es un término comúnmente usado, aunque sería más adecuado hablar de interconsulta cruzada.

Este proceso ocurre cuando un médico de atención primaria envía un paciente a un consultor en busca de su opinión y el consultor descubre problemas adicionales y manda al paciente a otros consultores sin tomar en cuenta al médico que hizo la referencia primaria. Esto fragmenta la atención y no permite la coordinación a través del médico familiar, además ésto es una descortesía para el médico familiar, y lo más importante es que la interconsulta cruzada sólo logra confundir al paciente¹. Para evitar problemas de referencia cruzada, se debe informar claramente a los consultantes cuando se hace el primer contacto con ellos que se desea instituir un método efectivo de comunicación pero sin realizar la referencia cruzada.

¿Cuándo hacer la interconsulta?

Esta puede ser por propia iniciativa o a solicitud del paciente o de sus familiares.

Esto depende de los intereses y capacidad del médico, el tiempo disponible para llevar a cabo determinado procedimiento o tarea, la disponibilidad de un consultante adecuado y el conocimiento personal que el médico tenga del paciente. Por parte del paciente, la interconsulta puede originarse en base a un conocimiento de determinado consultor, o que tenga mayor experiencia al respecto; o simplemente para obtener otra opinión. Otras veces porque se siente insatisfecho con su médico familiar. Algunos pacientes solicitan interconsulta como resultado de la insistencia de sus familiares.

¿A quién consultar?

Es deseable que el **médico** familiar seleccione un grupo de especialistas consultores y que se trabaje en base a este grupo de médicos, a fin de facilitar el trabajo en equipo en beneficio de los pacientes. Además muchos médicos familiares encuentran que sus colegas requieren más cada vez de sus servicios como consultores en procesos de dinámica familiar, para pacientes con problemas múltiples y para la atención continua de pacientes referidos por especialistas.

¿Cómo hacer las interconsultas?

El propósito debe ser claramente delineado en la solicitud de interconsulta, teniendo en mente que la interconsulta es un intercambio de información.

La interconsulta se inicia con el problema del paciente y su familia. La familia debe siempre permanecer en el foco de atención para el médico familiar aún cuando este foco se pierda en el proceso de la interconsulta.

La interconsulta debe hacerse por escrito y se deben hacer las investigaciones básicas preliminares importantes para el problema del paciente, que el consultor haría de cualquier forma, situación que retrasa el manejo del problema.

Los médicos familiares deben involucrar a los pacientes en el proceso de la interconsulta, animándolos a hacer sus propias citas con los consultores. Este enfoque incrementa la comprensión del paciente respecto a sus problemas⁵.

Sería ideal que el consultor viera al paciente en presencia del médico que hace la referencia. Una carta o comunicación por teléfono debe contener la misma calidad de comunicación que existiría en presencia del médico consultante.

Las cartas para la interconsulta deben redactarse cuidadosamente. Nunca es aceptable enviar una carta de interconsulta que solo señale: "Por favor vea al paciente y oriéntelo"¹.

¿Cómo establecer una comunicación más efectiva en la interconsulta?

Se deben manejar las prioridades señalando si se trata de una urgencia, debiendo en este caso tratar con el consultor por teléfono. Hay que definir el problema lo más claro posible, así como cualquier problema asociado. No incluir suposiciones o diagnósticos descartados, pero se deben señalar las investigaciones y resultados importantes hasta la fecha, hay que mencionar las razones para la interconsulta, tanto generales como específicas.

El médico que hace la referencia debe tener una forma impresa, con su nombre, dirección y teléfono de modo que el consultor pueda enviar la respuesta en un período adecuado. Si no se obtiene pronta respuesta no se debe dudar en solicitarla. La carta de referencia debe estar disponible cuando el paciente haga la visita al consultor. Existen muchas formas de hacer ésto, ya sea con el mismo paciente o enviándola al médico consultor (es preferible una carta legible escrita a mano o con letra de imprenta que una carta mecanografiada por correo)¹.

Es difícil tener una forma que satisfaga las necesidades de los médicos consultores y los que hacen la referencia, éstas deberán ser de acuerdo a las propias necesidades.

Otros métodos de interconsulta son aquellos que se realizan en el corredor de un hospital (pláticas de pasillo), en el quirófano, en el estacionamiento, cafetería o sala de descanso.

Usando el teléfono es otra forma de resolver el problema. Los médicos pueden dirigirse al consultorio de sus colegas para preguntarles acerca de determinado medicamento o síntoma. Esto también puede considerarse como un proceso de interconsulta.

Por lo que se ha dicho, los problemas de la interconsulta son muchos. La eficiencia de la atención de la salud en cualquier nivel, depende de que la interconsulta funcione adecuadamente. Es vital que el método de interconsulta implique una comunicación en dos sentidos. Estos métodos se vuelven cada día más comunes y debemos estar preparados para obtener una buena relación médica basada en el respeto mutuo y en la colaboración para lograr la salud del paciente.

Comentarios

La interconsulta forma parte de un equipo, tanto en el nivel primario de atención como a otros niveles. Esto varía de acuerdo a la enfermedad, experiencia y nivel de confianza que se tenga con el paciente.

De mi experiencia con las interconsultas que he tenido, han sucedido una serie de circunstancias, que, después de haber hecho esta revisión, me han hecho reflexionar profundamente. He tenido casos en los que el médico de referencia ya programó la intervención quirúrgica antes de que yo viera al paciente. Creo que esto es incorrecto, por lo mencionado anteriormente. El paciente es primero y no debemos anteponer nuestro afán de prestigio o lucro a una función de servicio.

Por otra parte, he encontrado médicos éticos que realmente se preocupan por la salud de su paciente y lo animan para que acuda a la interconsulta; le convencen de los beneficios que se le pueden proporcionar y hacen partícipe al consultor de la confianza que el paciente tiene en el médico de referencia.

El cirujano debe valorar al paciente antes de intervenir, planear su estrategia de acción y la técnica quirúrgica adecuada, además de establecer buen rapport con el paciente y sus familiares; dependiendo mucho el éxito de las intervenciones de estas circunstancias.

No puede ser posible que aún existan médicos que envían a sus pacientes diciendo que ellos los van a intervenir quirúrgicamente y que cuando el cirujano los valora tiene que echar marcha atrás de todo el proceso, o bien, por solidaridad mal entendida, operen al paciente sin necesidad.

Resumen

Las interconsultas son efectuadas con mayor frecuencia en la actualidad, sus indicaciones son muchas y dependen de la capacidad y méritos del médico familiar que efectúa la referencia.

La elección de médicos específicos para la interconsulta depende de factores como la enfermedad, la experiencia y el nivel de confianza que se tenga con el paciente.

Los métodos de interconsulta son muy variados, desde la entrevista formal, plática de pasillo o cafetería, y cada una de éstas es una experiencia de aprendizaje.

Interconsulta es intercambio que debe incluir tanto problemas del paciente como de su familia. Si el médico familiar y el interconsultor facilitan este intercambio mejorará el proceso de la interconsulta como la atención proporcionada al paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Shires D.B. La interconsulta adecuada en **Medicina Familiar, guía práctica**. México. Mc. Graw Hill. 1980.

2.—Metcalf D.M. Patterns of referral from Family Practice. **Journal of Family Practice**, 1:34-38.1974.

3.—Hines R.M., Curry D.J. The consultation process and physician satisfaction. **Canadian Medical Association Journal**, 118. 1978.

4.—Villaveces J.W., Welcher W., Evans G.R. A Family practice survey in Ventura Country. **California Medicine**, 117. 1972.

5.—Barnet B.L. Collins J.J. A new look at the consultation continuum. **Journal of Family Practice**, 5. 1977.

CAPITULO XVIII

LA SALUD DENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Lourdes Garrido Sierra

La Organización Mundial de la Salud define a ésta como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", por lo cual el concepto de "salud dental" es sin duda, una abstracción. Sin embargo es un concepto útil para hablar de los cuidados, requerimientos y atención que la persona, con la ayuda del odontólogo y bajo la supervisión de su médico familiar, debe tener de la cavidad oral.

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública importante y aparecen dentro de las principales causas de morbilidad, ya que desde 1942 la caries dental y la parodontopatía han sido consideradas por la OMS como afecciones importantes que atentan contra la salud integral del individuo. Se ha calculado que del 95 al 98% de la población padece estos problemas. Por lo general la negligencia por parte del paciente o de los profesionistas que trabajan en el área de la salud son factores importantes para el deterioro de la salud oral.

En el campo de la medicina muchos programas fracasan, no por falta de conocimientos técnicos, científicos o administrativos, sino porque el individuo y la familia no han tomado conciencia de su salud como un estado deseable de equilibrio biopsicosocial, lo cual no se logra con disposiciones legales, declaraciones políticas o aportación monetaria, sino que es el resultado de lograr la participación activa entre los individuos, las familias y la comunidad en los programas de salud implementados por el médico y el equipo de salud.

En un país como el nuestro existe una gran variedad de ideologías, clases sociales, niveles socioeconómicos y todo ello, en mayor o menor grado, dificultan la participación de la familia en la obtención de su propia salud.

Es un deber del equipo de salud que la población tome conciencia y aprenda los

métodos y técnicas para alcanzar el grado de bienestar que propone la Organización Mundial de la Salud.

En años recientes se ha despertado un sorprendente y justificado interés por la salud bucal y la práctica generalizada de los métodos preventivos y en algunas escuelas de Odontología se han empezado a implementar programas de prevención y educación para la salud en sus planes de estudio.

La coordinación y la interconsulta del médico familiar y el odontólogo debe ser permanente en beneficio de los pacientes, ya que la boca es la puerta de entrada de los nutrientes al organismo y de los elementos necesarios para la vida y es, quizá, uno de los sitios del cuerpo al que se le presta poca atención. Muchos pacientes por padecer de caries, dientes flojos, odontalgia o falta de piezas dentarias, se alimentan en forma inadecuada o mastican con dificultad ocasionando con ésto problemas intestinales o digestivos así como nutrición deficiente y molestias generales.

En los niños es necesario que el odontólogo vigile la exfoliación (caída de piezas dentarias) y atienda el mantenimiento de la dentadura a fin de evitar problemas serios posteriores. En el adolescente los cambios hormonales ocasionan problemas de inflamación y sangrado gingival que puede ser reversible con una adecuada higiene bucal.

Hay pacientes que por su enfermedad es necesario remitirlos al odontólogo, pues ya sea por la propia enfermedad o por el tratamiento instituido pueden tener mayor susceptibilidad a padecer problemas bucodentales. Por ejemplo los pacientes con adenoiditis que por lo general respiran a través de la boca ocasionando con ello malposición dentaria y problemas en los tejidos de soporte dental. Los pacientes con diabetes o bajo tratamiento antiépiléptico deben extremar su cuidado de la cavidad por el sinnúmero de afecciones que derivan de su padecimiento y del tratamiento con difenilhidantoína. En pacientes que toman antidepresivos se origina una disminución del flujo salival y esta disminución puede tener efectos nocivos en la salud dentaria. La sinusitis es otro problema que se debe tratar en coordinación con el odontólogo debido a sus implicaciones bucomaxilares. En la amigdalitis bacteriana que está presentando recaídas frecuentes es necesario hacer un saneamiento de la cavidad oral pues los dientes con procesos de caries pueden estar sirviendo de reservorio patógeno y de foco de infección para los cuadros de amigdalitis con el posterior riesgo de una fiebre reumática o una endocarditis bacteriana. Algunos padecimientos renales tienen manifestación bucal por el sabor o la halitosis característica. En las afecciones endócrinas los problemas dentarios y gingivales son frecuentes y se deben remitir estos pacientes con el odontólogo para su revisión; lo mismo sucede durante el embarazo cuyas manifestaciones de gingivitis y afecciones dentarias son frecuentísimas; cierto que estos

problemas pueden desaparecer en forma espontánea después del parto, pero es necesario un tratamiento oportuno con profilaxis bucal, curetaje si es necesario, así como la educación de la paciente acerca de una adecuada higiene bucal que combata factores locales. En la menopausia la atrofia y la ulceración de los tejidos gingivales pueden producir mucho dolor, hemorragia y molestias que se agregan a la sintomatología ya de por sí abundante de esta etapa.

Con respecto a los traumatismos es necesario realizar un examen completo de la boca antes de manejar las lesiones externas para lo cual se recomienda una revisión exhaustiva de los alveolos sangrantes, extrayendo las piezas flojas o arracadas. Posteriormente se cerrarán las heridas intraorales y se buscará de manera intencionada una probable fractura maxilar tratando de cerrar la boca y determinando la buena o mala oclusión oral.

Existen varios fármacos que ocasionan problemas dentales como la tetraciclina que causa una pigmentación irreversible cuando se administra a niños menores de 12 años. Los corticoesteroides y los anticonvulsivantes producen hiperplasia gingival con la consecuente hemorragia e infecciones. Los antidepresivos pueden producir xerostomía, al igual que los antihipertensivos y los diuréticos ocasionando con ello mayor susceptibilidad a procesos infecciosos y hemorrágicos.

Con respecto de los pacientes pediátricos se debe tener en cuenta que existen dos tipos de "dientes neonatales": los incisivos verdaderos que han brotado antes de tiempo y los cuales deben conservarse, a menos que estén causando problemas por tener los bordes afilados, en cuyo caso se requerirá del odontólogo para que realice un desgaste de los bordes o la remoción de los mismos. El otro tipo de "dientes" son las Perlas de Epstein que en realidad no son dientes sino quistes gingivales de queratina y que no presentan problemas para el bebé ya que se reabsorben en forma espontánea.

La caries dental es un proceso infeccioso de la mayor frecuencia que destruye los tejidos dentarios (esmalte, dentina, pulpa) por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos y en cuya génesis ocupa un lugar preponderante la mala higiene bucal y la ingesta inmoderada de azúcares refinados, dos situaciones que se pueden evitar mediante la implementación de acciones preventivas y de educación.

La enfermedad parodontal es un proceso que destruye los tejidos de soporte del diente (encía, hueso, ligamento parodontal) y que se caracteriza por inflamación y sangrado frecuente de las encías.

Algunas enfermedades sistémicas tienen manifestaciones clínicas a nivel de cavi-

dad oral, por ejemplo la sífilis, la diabetes, la leucemia, el eritema multiforme, el sarampión, el lupus eritematoso, la sarcoidosis, la infección por el virus del herpes simple, el pénfigo vulgar y el pénfigo vegetante, el líquen plano, la candidiasis, así como las lesiones cancerígenas como la leucoplasia y la eritroplasia. El médico familiar debe estar muy atento a estas manifestaciones orales de enfermedad sistémica y coordinar acciones de detección con el odontólogo a fin de evitar el avance de un proceso morboso.

En las intoxicaciones por arsénico y mercurio los tejidos de la boca están muy dolorosos, y en color rojo intenso, por lo que las manifestaciones en este sentido deben siempre alertarnos para instituir un tratamiento en forma precoz.

La exploración física de labios, lengua, piso de la boca, carrillos y paladar, puede detectar en etapas iniciales un cáncer bucal y proporcionar al paciente una mejor oportunidad para su tratamiento y posible curación.

Por todo lo anterior creemos que es de gran trascendencia la buena coordinación entre el médico familiar y el odontólogo para el cuidado de la salud oral, parte importante de la salud integral del individuo y en donde la prevención y la educación para la salud juegan un papel protagónico.

CAPITULO XIX

ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO POR EL MEDICO FAMILIAR

Jorge Chávez Hernández

Como mencionábamos en la parte correspondiente al ciclo familiar, la etapa de la senectud fue por mucho tiempo ignorada y muy poco estudiada, probablemente como consecuencia del rechazo y el miedo que tiene el hombre de envejecer y morir. Sin embargo el avance vertiginoso de la medicina y las múltiples investigaciones en el campo diagnóstico y terapéutico de las últimas décadas han permitido al ser humano alargar su esperanza de vida y la población mayor de 65 años aumenta cada vez más, de tal manera que la pirámide de población se ha invertido en algunos países, los de mayor avance científico y tecnológico. Esto ha obligado a poner más atención, por parte del médico, en ese grupo de pacientes senectos y han nacido, incluso, nuevas especialidades médicas como la Geriátrica y la Gerontología; la primera se refiere a la "medicina de los ancianos", es decir, circunscribe la atención médica a este grupo de edad y la segunda se refiere al estudio del envejecimiento en forma global, incluyendo no sólo el área biológica, sino también las implicaciones psicológicas, sociales, económicas, antropológicas, culturales, etc.¹

El médico familiar debe seguir tratando al paciente anciano hasta donde le sea posible, dentro de su núcleo familiar y apoyado en todos los recursos que la familia ofrece, principalmente el calor humano, la comprensión, el afecto y la veneración que nos merece el hombre y la mujer que han empleado buena parte de su vida en la formación de las generaciones jóvenes.

En base a lo anterior, se revisan en este capítulo algunas consideraciones básicas en cuanto a la atención médica del paciente anciano, teniendo en cuenta que deberemos recurrir al geriatra como a los demás especialistas cuando la situación lo requiera en beneficio del paciente.

Hemos dividido en cuatro áreas las implicaciones de la atención médica a fin de facilitar su análisis:

- 1.—Enfermedades y problemas terapéuticos específicos del anciano.
- 2.—Características fisiológicas del anciano.
- 3.—Cambios mentales y emocionales.
- 4.—Adaptación familiar social.

1.— Enfermedades y problemas terapéuticos

Una de las características más importantes del anciano, desde el punto de vista médico, es su creciente susceptibilidad a una multitud de enfermedades.

Los padecimientos que originan las más altas tasas de mortalidad entre los ancianos son las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la hipertensión arterial, la aterosclerosis; las lesiones cardíacas, los padecimientos cerebrovasculares, el cáncer, los traumatismos por accidentes, las infecciones de vías respiratorias, principalmente la neumonía.

Hay otro grupo de enfermedades que aunque en sí mismas no constituyen una amenaza para la vida, sí incrementan su morbilidad en el paciente geriátrico, como los padecimientos reumáticos, la hipertrofia prostática, las cataratas, el glaucoma, la sordera, los trastornos digestivos y la demencia senil.

Las infecciones virales de vías aéreas superiores son poco frecuentes en los ancianos, no así las infecciones bacterianas como la bronquitis o la neumonía.

Las condiciones patológicas, frecuentemente relacionadas con aspectos psicósomáticos, tales como la migraña, el colon irritable, la neurodermatitis, la úlcera péptica, no son tan frecuentes en los ancianos como lo son en otras edades en las que el individuo está más expuesto al estrés.

Un concepto fundamental en la atención del paciente geriátrico es considerar que estos pacientes rara vez presentan una enfermedad aislada, sino más bien un conjunto de afecciones que caracterizan la llamada **polipatología del anciano**.

En los niños o jóvenes lo más frecuente es que se tenga un diagnóstico único como causa de la disfunción. En el anciano, por el contrario, el diagnóstico siempre será complejo, en estrecha relación con los padecimientos crónico-degenerativos frecuentes en esta edad. Lo que en un joven será una neumonía lobar, en el anciano puede ser: neumonía basal bilateral, cardioangioesclerosis, vasculopatía cerebral, hipertensión arterial, diabetes mellitus y osteoartritis degenerativa.

La polipatología del anciano es una de las razones por las que no solo resulta complicado el problema diagnóstico, sino también el problema terapéutico, de donde se deriva un segundo concepto estrechamente relacionado con el primero: **la polifarmacología del paciente anciano.**

Existe, ante todo, el problema práctico de la administración de muchos medicamentos por diversas vías (oral, rectal, intramuscular, intravenosa). Además el anciano es un paciente difícil al que no le gusta tomar muchas pastillas "porque le irritan el estómago"; ni jarabes "porque son muy dulces o demasiado amargos"; supositorios... ¡ni pensarlo!; inyecciones... ("soy alérgico a las inyecciones", dicen algunos pacientes).

Es recomendable escoger medicamentos de fácil ingestión, con pocas tomas (presentación "retard"), procurando que las indicaciones sean muy precisas (anotar el horario de las tomas en la receta o en las cajas del medicamento), reduciendo la polifarmacología a lo mínimo indispensable.

Debemos tomar en cuenta algunas condiciones fisiológicas especiales del paciente anciano a la hora de prescribir medicamentos: la absorción por vía oral o rectal puede estar disminuida por la atrofia de la mucosa. Lo mismo sucede con las vías intramuscular y subcutánea por la reducción del número de capilares y la mayor cantidad de tejido conjuntivo. Asimismo en la administración intravenosa de medicamentos, debemos tomar en cuenta la disminución de la albúmina, que es la proteína transportadora de muchos fármacos. Igualmente puede estar disminuida la función hepática o renal, dando como consecuencia intolerancia o modificando la acción terapéutica por exceso o por defecto.

Por las razones anteriores, en los ancianos la prescripción y administración de medicamentos debe ser particularmente cuidadosa, sobre todo si se administran por períodos prolongados como sucede en las enfermedades crónicas. Se debe tomar en cuenta, como en pediatría, el peso corporal del anciano, su estado nutricional y sus condiciones generales.

2. — Características fisiológicas especiales del anciano

Las características biológicas principales del paciente geriátrico es la disminución progresiva de sus capacidades físicas y el deterioro que van sufriendo los diferentes órganos, aparatos y sistemas con el paso de los años. Esta declinación de la función orgánica es variable de un individuo a otro, dependiendo de la constitución física de cada quien, de sus hábitos, de la dieta, de las condiciones climáticas y geográficas.

cas...². Sin embargo vale la pena considerar algunas generalidades en cuanto a los cambios físicos característicos del anciano:³

— Los huesos se hacen más porosos y ligeros, soportan menos la tensión y se fracturan **más fácilmente**.

— El adelgazamiento de los discos intervertebrales provoca xifoescoliosis y un acortamiento de la columna vertebral, lo que origina que el anciano pierda estatura y se jorobe.

— La calcificación de los ligamentos, el endurecimiento de las articulaciones y la pérdida de la masa muscular dan como resultado una postura desgarbada y dificulta las tareas cotidianas.

— Con respecto a su piel: la atrofia de la epidermis, de la colágena y de los folículos capilares conduce al **arrugamiento y fisuración**, así como a la falta de elasticidad, la resequedad, la caída del pelo y las pigmentaciones.

— Los cambios seniles en el sistema cardiovascular comprenden una disminución del gasto cardíaco y un incremento de la resistencia periférica que dará por resultado una perfusión deficiente de los tejidos.

— En los pulmones, los cambios degenerativos y fibrosos provocan una disminución de la capacidad respiratoria y la consecuente disnea.

— Se reduce la motilidad intestinal provocando estreñimiento.

— La disminución del sentido del olfato y del gusto, la atrofia de la mucosa de la lengua y la pérdida de los dientes, a menudo dificulta la alimentación y conduce a la falta de apetito.

— EL crecimiento de la próstata ocurre aproximadamente en el 75% de los hombres de más de 55 años.

— Las infecciones de vías urinarias son comunes en ambos sexos y la incontinencia pueda convertirse en un serio problema.

— Las reacciones naturales del cuerpo ante la enfermedad como la fiebre, la leucocitosis o la linfadenopatía se encuentran frecuentemente disminuidas.

— El temblor y la rigidez locomotriz incrementa las dificultades para realizar las actividades físicas ordinarias.

Todos estos cambios físicos predisponen a un sinnúmero de padecimientos. El médico familiar deberá jerarquizar los problemas y ayudar a su paciente no sólo con la prescripción de medicamentos (los menos posibles) sino con las recomendaciones en la dieta y en el tipo de ejercicios que le sean favorables para su condición específica, en las medidas de sostén que cada caso requiera y sobre todo con el apoyo moral que ayude a superar las deficiencias impuestas por la naturaleza.

3.— Cambios mentales y emocionales

Se ha mencionado que las funciones intelectuales van declinando progresivamente con la edad a partir de los 40 o 50 años, acentuándose este deterioro a partir de los 60². Sin embargo dependerá en gran medida del nivel de desarrollo intelectual alcanzado y el ejercicio que de los procesos mentales se esté habituado a realizar; se ha observado que la capacidad de aprendizaje va menguando y se tiende a resolver los problemas en la misma forma que se tiene ya experimentada, no dando lugar a variaciones o innovaciones. La disminución de la capacidad para recordar sucesos recientes es típica de la vejez, aún cuando se recuerdan con exactitud hechos remotos.

Lo anterior se ha explicado en base a que a partir de la cuarta década de la vida se pierden aproximadamente 100,000 neuronas diariamente, y una cantidad aún mayor de sinapsis intracefálicas. Estas cifras aumentan quizá en forma progresiva con la edad y justifican la reducción gradual del peso del cerebro⁴.

En el aspecto funcional y metabólico es muy importante la reducción de las reservas de oxígeno y de la actividad enzimática en el cerebro, lo cual deriva en hipoxia cerebral. El riego sanguíneo cerebral es cada vez menor y puede llegar hasta 30% o un 20% de lo normal en etapas seniles avanzadas, incluso sin enfermedad cerebrovascular evidente.

Un grado mayor de deterioro mental sería el estado patológico conocido como "demencia senil" o "síndrome cerebral crónico" en cuya génesis existe ya una degeneración encefálica primaria, característica, con toda la sintomatología que esto conlleva.

Los cambios de la personalidad en la vejez dependen mucho de la constitución emocional básica y el nivel de desarrollo intelectual alcanzado por cada persona, sin embargo hay algunas características más o menos comunes que predominan en la se-

nectud como serían la tendencia hacia el conservadurismo y el rechazo de lo novedoso o modernista². Son frecuentes, además, los estados depresivos y el aislamiento, lo cual puede traducirse en una conducta hostil y agresiva hacia los demás miembros de la familia o la sociedad en general. La poca adaptabilidad al cambio puede producir tal grado de ansiedad que llegue al extremo de causar en el paciente una crisis confusional que pudiera interpretarse como una manifestación de demencia sin que exista, de hecho, daño orgánico cerebral. Es menester, por tanto, que el médico familiar sea muy cuidadoso al sugerir cambios en la dieta, en los hábitos cotidianos del paciente, incluso en los hábitos nocivos (tabaco, alcohol), para evitar que el interés por la enfermedad ponga en peligro el bienestar de la persona.

4. — Adaptación familiar y social

El paciente de edad geriátrica está retirado de su trabajo y vive por lo general supeditado a los raquíticos ingresos de su pensión y lo que espontánea y esporádicamente le regalan sus hijos. Esto explica en buena parte el derrumbe psicológico que se observa con mucha frecuencia en los jubilados que pierden el interés por la vida, por su prestigio profesional y por sus aficiones. Por otro lado, la fragmentación del núcleo familiar debido al matrimonio o vida independiente de los hijos y a la muerte, en muchos casos del cónyuge, refuerza el sentimiento de soledad y abandono que experimentan los ancianos. Esta marginación y aislamiento se incrementa por la brecha generacional en cuanto a intereses, aficiones, puntos de vista y visión del mundo en general.

Al paciente anciano le duelen sus huesos y articulaciones, pero le duele más el no poder valerse por sí mismo y tener que depender de unos hijos malhumorados que a regañadientes lo trasladan dentro de una vivienda perfectamente "funcional" para la familia joven, pero no para los viejos.

Al anciano le desespera no poder ver y oír como antes, pero le desespera más no poder ver a sus amigos lejanos o desaparecidos y no escuchar palabras de reconocimiento, de cariño, de motivación a sus tristes días.

El anciano se siente torpe e inútil y los miembros de la familia "menos viejos" se encargan de acentuar y recordar a cada momento estos sentimientos de minusvalía amplificando cruelmente sus deficiencias.

El paciente anciano se siente incómodo en un mundo de jóvenes y se aferra a sus libros, a sus fotografías, a sus muebles, a su casa y demás objetos "inútiles" que los familiares se encargan de tirar a la basura y sustituir por cosas nuevas que vayan más

acordes con la decoración del hogar, sin pensar que con ésto arrancan jirones de vida al anciano⁵.

Es importante que el médico familiar sensibilice a todos los miembros de la familia para que se convierta, cada uno de ellos, en una pieza importante en el manejo del anciano y que desde la etapa de madurez oriente a los jóvenes y a los adultos en la preparación de una vejez adecuada. La medicina preventiva es factor determinante para evitar un sinnúmero de problemas en la edad geriátrica, no solo en el aspecto físico, sino también en las áreas de carácter emocional y de adaptación social y familiar.

Un aspecto que mucha gente descuida es su preparación para la vejez; ya no digamos para disfrutar de esos años de tranquilidad y descanso, que sería lo ideal, sino tan siquiera para sobrellevar una vida con ciertas limitaciones pero con menos responsabilidades.

La preparación consiste en moldear buenos hábitos de alimentación, de higiene, de ejercicio físico. Una regla de oro para tener una vejez adecuada es la **moderación**; los excesos en cualquier área se pagan caro, son una mala inversión.

Prepararse para la vejez es realizar nuestro trabajo lo mejor posible, desarrollar al máximo nuestras habilidades, alcanzar los objetivos propuestos, las metas, los ideales. Esto nos dará la seguridad emocional de haber cumplido y no seremos unos viejos amargados y envidiosos del éxito ajeno.

Debemos prepararnos también económicamente. No esperar que nuestros hijos nos mantengan o nos "paguen" lo que en su infancia les dimos. Un hijo no es una inversión financiera, un hijo es producto del amor y el amor no sabe de pagos ni deudas. Debemos ahorrar para nuestra vejez, poco o mucho, según las posibilidades de cada quien, pero ahorrar.

Debemos prepararnos para aprovechar el tiempo libre de la vejez. Para muchos viejos el peor tormento de esos años es que no saben qué hacer con su tiempo porque nunca aprendieron a disfrutar de la lectura, de la música, de algún oficio o artesanía, del deporte, de las plantas, de la vida...⁵.

Erik Erikson señala que quien ha asimilado fracasos y triunfos y los ha capitalizado en su crecimiento personal, quien ha dado origen a otros seres y ha dado vida a nuevas ideas, gradualmente va integrando y madurando las etapas de su ciclo; adquiere un orden del mundo y un orden espiritual; acepta su ciclo vital completo así como el de su pareja y el de su familia⁶.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Nicola P. Aspectos generales del envejecimiento en **Geriatría**. México. Manual Moderno. 1985.
- 2.—Sive P. La Senectud en **Medicina Familiar**, principios y prácticas. México. Ed. Limusa. 1987.
- 3.—Chávez-Hernández J. El paciente anciano y sus atenciones médico-familiares. **Prescripción Médica**. Enero 1990.
- 4.—Nicola P. Enfermedades del sistema nervioso en **Geriatría**. México. Manual Moderno. 1985.
- 5.—Chávez-Hernández J. **Médico de Cabecera**. San Luis Potosí. 1989.
- 6.—Estrada-Inda L. **El ciclo vital de la familia**. México. Ed. Posada. 1987.

CAPITULO XX

HIPNOSIS CLINICA EN MEDICINA FAMILIAR

Jorge Chávez Hernández
Luis David Guzmán Moreno

El presente tema pudiera parecer raro y hasta fuera de contexto. Quienes hemos aplicado la hipnosis clínica en nuestra práctica médica no lo consideramos así y quisieramos compartir con los colegas que ejercen la Medicina Familiar algunas experiencias favorables en la aplicación de esta técnica que viene a enriquecer el arsenal terapéutico del que disponemos.

Recién terminamos el curso que sobre Hipnosis Clínica impartió el Dr. Luis David Guzmán, neurocirujano potosino que ha profundizado en el estudio y la aplicación de la hipnoterapia, cuando un domingo me llevaron a mi domicilio a un muchacho de 14 años que había sufrido un traumatismo en cara y presentaba una herida en el ángulo externo de la órbita ocular derecha, de aproximadamente 3 cm, en forma de "v". Por la localización angulada de la lesión y la cercanía del ojo, la angustia del paciente y sus familiares era evidente por lo que procedí a la inducción hipnótica luego de explicarles brevemente en qué consistía la técnica. Logramos tal grado de relajación que me permitió suturarlo con toda tranquilidad sin necesidad de ningún tipo de anestesia y con la cooperación absoluta del paciente.

En otra ocasión una paciente de 42 años, múltipara y con cierto grado de obesidad, requería intervención quirúrgica para la reparación de un hernia umbilical bastante prominente y que le estaba causando molestias de dolor e incapacidad funcional para el desempeño de sus labores domésticas. La paciente era muy aprensiva y le tenía pánico a la aplicación de anestesia por cualquier vía, por lo que aceptó de buen grado ser intervenida bajo trance hipnótico sin recurrir a los anestésicos. El cirujano con quien intervenimos a la paciente es también un convencido de las bondades de la hipnoterapia y la aplica con frecuencia, por lo que la hernioplastia se llevó a cabo sin ningún problema con la ayuda de la hipnosis.

En otro caso, la hipnoterapia favoreció mucho a un paciente con neuralgia del trigémino para mitigar los episodios de dolor. El paciente estaba siendo tratado con carbamazepina y dextropropoxifeno, lo cual no aminoraba las crisis álgicas y mantenían al paciente con tal grado de somnolencia y obnubilación que le impedían desarrollar cualquier tipo de actividad y lo peor de todo era que el dolor parecía aumentar cada vez más. Varias sesiones de hipnosis fueron mitigando el dolor hasta hacerlo desaparecer sin necesidad de analgésicos y pudo incluso tolerar mejor la carbamazepina.

En otros pacientes hemos aplicado la hipnosis clínica como medio para disminuir la ansiedad que en algunos de ellos estaba interfiriendo en forma severa con su vida familiar y laboral.

Otras aplicaciones de la hipnosis han sido en varios pacientes con neuropatía diabética cuando el tratamiento convencional no ha dado respuesta y en la remoción de hábitos nocivos.

El Dr. Luis David Guzmán comenta la aplicación de la hipnosis clínica en la práctica de la Medicina Familiar en las siguientes líneas:

El espectro de problemas que tienen que ser tratados por el médico familiar es muy amplio y algunos de estos casos, quizá más de los que se ven a otros niveles de atención, tienen un fuerte componente psicossomático. Es entonces cuando el médico tiene que ser ecléctico, adaptarse al problema y darle una solución flexible para obtener el beneficio máximo del paciente.

Tomando en consideración lo anterior, es inexcusable que el médico familiar no conozca por lo menos las nociones fundamentales de lo que es la hipnosis clínica y sus aplicaciones dentro de su especialidad.

Por lo regular, mencionar el tema causa cierto grado de malestar y el médico que llega a utilizar esta técnica es hasta cierto punto estigmatizado. Los comentarios suelen ser negativos hacia el método y hacia el propio médico por la casi automática asociación de la hipnosis con charlatanería y fraude. Estos conceptos solo revelan el desconocimiento que sobre el tema suele tener el médico más ortodoxo.

Incluyendo al pueblo azteca, la hipnosis ha sido utilizada bajo diversas denominaciones por muchas sociedades. Ha experimentado épocas de esplendor y de descrédito, más que ninguna otra técnica curativa. El actual resurgimiento de la hipnosis partió de la escasez de psiquiatras que había inmediatamente después de la segunda guerra mundial cuando la necesidad de atender los numerosos casos de neurosis

hacia imperativo contar con métodos de psicoterapia a corto plazo. Este resurgimiento favoreció que la hipnosis clínica se organizara en un cuerpo de conocimientos científicos con tanta validez y legitimidad como cualquier otra técnica terapéutica.

La decisión de usar hipnosis deberá basarse en una precisa valoración de cada caso y el médico deberá tener en cuenta que la hipnosis es un auxiliar en el tratamiento integral del paciente y deberá ser usada sólo por aquel profesional capaz de tratar el mismo problema sin el auxilio de la hipnosis.

En este comunicado no discutiré ni las teorías ni las técnicas específicas enumeradas ya en otros sitios, pero sí haré énfasis en que durante la aplicación de la hipnosis en la práctica clínica se establece una intensa relación interpersonal, un **rapport** distinto al usualmente establecido entre el médico y su paciente. Esta empatía especial conduce al paciente a un estado mental subjetivo que produce cambios en procesos fisiológicos y mentales que favorece la resolución de un sinnúmero de padecimientos psicosomáticos. También es preciso mencionar que el médico familiar podrá aplicar la hipnoterapia una vez que haya descartado cualquier proceso orgánico que pueda explicar el proceso morboso pues al igual que ocurre con medicamentos mal indicados, la incorrecta aplicación de esta técnica puede enmascarar síntomas y entorpecer diagnóstico y tratamiento correctos.

El uso que el médico familiar puede hacer de esta técnica se dirige principalmente a los siguientes apartados: alivio del dolor, control de hábitos indeseables y facilitamiento de la recuperación del paciente. Se ha demostrado en repetidas ocasiones que el dolor puede ser reducido o incluso abolido mediante el uso de hipnosis aún a niveles superficiales (llamados técnicamente trances medios), respondiendo mejor el dolor con base orgánica que el de base funcional. Esta abolición del dolor es sostenida a pesar de la administración de naloxona y por lo tanto no parece depender de endorfinas tal y como ocurre en la supresión del dolor mediante acupuntura.

El control del dolor puede llevarse a cabo en pacientes con cáncer terminal, en pacientes con quemaduras importantes y en ciertos procesos musculoesqueléticos; la efectividad de la hipnosis suele estar en relación directa a la necesidad de alivio que el paciente experimenta.

Ya que el dolor orgánico como el funcional se ven modificados por la hipnosis, es conveniente subrayar que la búsqueda exhaustiva de las causas orgánicas del problema es de primordial importancia.

El control del dolor en las parturientas es posible pero no de uso rutinario puesto

que no sólo consume tiempo entrenar a la paciente en las técnicas de hipnosis sino que lo ideal es que sea el médico quien entrenó en hipnosis a la paciente quien atienda al parto. Además hay que tomar en cuenta que la aplicación de los métodos farmacológicos de anestesia son más rápidos y de resultados más predecibles. Sin embargo en algunos casos especiales pudiera considerarse la hipnosis como auxiliar obstétrico.

En cuanto a los hábitos que tienen relación directa con procesos patológicos, son dos los tipos de pacientes que interesan más al médico familiar. Ellos son el paciente fumador con enfermedad pulmonar obstructiva crónica a quien le resulta imposible dejar su hábito, así como a los pacientes diabéticos o hipertensos que requieren el control de su dieta; en estos casos se alienta al paciente a que respete su cuerpo y no se recurrirá jamás al uso de amenazas o métodos coercitivos que pudieran resultar contraproducentes. En el obeso la hipnosis aumenta la motivación para perder peso al ayudarlo a lograr la actitud mental necesaria para tal cambio. Es bien sabido que no se pierde peso de manera permanente mientras el paciente no esté mentalmente dispuesto a hacerlo y emocionalmente equilibrado. La situación inversa también es factible, ya que se puede ayudar a que el paciente aumente su ingreso calórico y disminuir así la catabolia que puede determinar el pronóstico en quemaduras extensas y en algunos procesos postoperatorios.

La hipnosis facilitará la recuperación del paciente fomentando el deseo de sanar a través de la resolución o la disminución de conflictos intrapsíquicos que suelen verse reflejados en muchos procesos físicos, entre los que podemos citar la cefalea tensional, migrañas y algunas lumbalgias. A menudo la sola relajación lograda con la hipnosis al disminuir la ansiedad innecesaria, hacen desaparecer o disminuir el malestar a niveles tolerables en el paciente terminal, disminuyendo así el consumo de medicamentos, el peligro de habituación y los efectos indeseables de los mismos.

Las técnicas usadas incluyen sugerencias encaminadas a mejorar el ego del paciente, insistiendo en la adquisición de un sentido más positivo de la vida y cuando el paciente tiene problemas de autoimagen, en una mejor comprensión de su papel como individuo, reforzando su valor como persona ante sí mismo y ante los demás.

La neurosis de ansiedad tiene una buena respuesta con hipnoterapia. En estos casos se realiza una psicoterapia superficial bajo hipnosis, orientando al paciente hacia un equilibrio emocional, sin tratar de modificar su personalidad. Aquí entra la fundamental consideración de no utilizar hipnosis en pacientes con depresión, ideas suicidas, ideación paranoide o pacientes con personalidad excesivamente dependiente. Estas son virtualmente las únicas contraindicaciones absolutas de la hipnosis. Aunque en terreno experimental puede tratarse a los pacientes esquizofrénicos me-

diante el auxilio de la hipnosis, estos casos que salen fuera de la competencia del médico familiar deberán ser tratados en el nivel correspondiente.

Otros problemas que el médico familiar puede tratar mediante el auxilio de la hipnosis, en ocasiones con resultados espectaculares son el asma, la neurodermatitis y las verrugas vulgares resistentes a tratamientos convencionales, haciendo además mención que la respuesta en algunas colitis de tipo funcional ha sido muy satisfactoria ya que son aliviadas las frecuentes desadaptaciones que hacen del intestino de estos pacientes su órgano efector.

Dejando a un lado aquellos casos que constituyen una contraindicación absoluta al uso de la hipnosis, los peligros a ella atribuidos suelen ser infundados. El único peligro real está en la forma en la que son transmitidas las sugerencias verbales al paciente. Muchos médicos no advierten que sus palabras en el estado ordinario de vigilia tienen resultados determinantes en el curso de las enfermedades. Todos hemos visto inválidos psíquicos creados por expresiones hechas al azar y frecuentemente con fastidio, tales como "su corazón ya no sirve"; "el problema está en su imaginación"; "usted no se va aliviar, así que ¿de qué se preocupa?". Muchas veces, quizá con demasiada frecuencia, el médico no tiene plena conciencia de que sus palabras, por provenir de una autoridad, son tomadas muy en cuenta a niveles consciente y subconsciente. En contra de lo que se piensa, el paciente hipnotizado está consciente de lo que se le dice mientras se encuentra en trance, por lo que las expresiones negativas están contraindicadas en las verbalizaciones terapéuticas que se le hacen. De hecho, el médico que usa hipnosis se expresa casi exclusivamente con expresiones positivas. Al igual que en otras áreas de la medicina, el aforismo "lo primero es no dañar" está aquí también presente.

Un obstáculo importante para la aceptación de la hipnosis como una buena opción terapéutica es el conocimiento distorsionado de esta técnica por parte de los médicos y del público en general, ya que no existe una reglamentación que limite el uso de la hipnosis a propósitos terapéuticos, prohibiendo su comercialización en espectáculos que sólo denigran esta magnífica técnica terapéutica y dejan en la gente la falsa asociación entre hipnosis y prestidigitación, charlatanería y engaño.

Organismos tan prestigiados como la American Medical Association, la British Medical Association y la American Psychological Association reconocen desde hace varios años a la hipnosis como una modalidad terapéutica tan legítima y eficaz como cualquier otra. El establecimiento de centros de orientación y adiestramiento para médicos en esta técnica puede ayudar a establecer el reconocimiento y aceptación de la hipnosis como un recurso clínico importante, ya que el actual desconocimiento del te-

ma se antoja incongruente en un país que necesita aprovechar al máximo sus recursos para beneficio de miles de pacientes que pueden verse beneficiados por la aplicación de una técnica que en manos adecuadas es inocua y las más de las veces cura.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Channon L.D., Some Preconceptions about hypnosis among preclinical medical students: a brief communication. **Int J clin exp Hypnosis**. 1984.
- Council on Scientific affairs. Scientific status of refreshing recollection by the use of hypnosis. **JAMA** 253. 1985.
- Crasilneck H.B., Hall J.A. **Clinical Hypnosis: principles and applications**. New York. 1975.
- Crasilneck H. B. Hall J.A. Hypnosis. **JAMA** 239. 1978.
- Goldstein A., Hilgard E. R., Lack of influence of the morphine antagonist naloxone on Hypnotic analgesia. **Proc Nat Acad Sci** 72. 1975.
- Jiménez O.E. **Hipnosis en la cultura Náhuatl**. México. La Prensa Médica Mexicana. 1977.
- Kroger W.S. **Techniques of hypnosis**. JAMA 172. 1960.
- Lazar B.S., Dempster C.R.. Operator variables in successful hypnotherapy. **Int J. clin Hypnosis** 32. 1984.
- Mc Intosh I.B., Hawney M. Patient attitudes to hypnotherapy in General Medical Practice: a brief communication. **Int J. clin exp Hypnosis** 31. 1983.
- Walker J.I. The cronic pain patient. Problems in Primary care. **Resident and Staff Physician** 28. 1982.
- Whorwell P.J. Controled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. **Lancet** 8414. 1984.

CAPITULO XXI

EDUCACION PARA LA SALUD

Jorge Chávez Hernández

Platón, uno de los grandes filósofos de la Grecia clásica afirmó en el siglo IV a.C.: “Los incultos, como los esclavos, tienen médicos que lo son tanto como ellos y están todo el día yendo de prisa de un paciente a otro. El verdadero médico es el de los hombres libres, que en sus conversaciones educa a sus pacientes”¹.

Educar al paciente en aspectos de salud es una obligación, un compromiso social y humano que el médico tiene para con sus pacientes. El médico es el profesional de la salud, por lo tanto su preocupación principal debería ser el tratar por todos los medios que la sociedad a la que sirve se mantenga sana a través de la medicina preventiva, esa rama de la medicina que es tan vieja como el mundo y que aún no llega a ser valorada en su justa dimensión ni por los médicos ni por los pacientes. Una de las principales acciones de la medicina preventiva es la “promoción de salud” que no es otra cosa que educar a nuestras gentes en aspectos de salud.

Es realmente doloroso atender a un paciente diabético, por ejemplo, que va a consultarnos porque ha perdido la vista: la diabetes lo ha dejado ciego; o cuando sólo nos queda sugerirle la amputación de sus extremidades como consecuencia de la angiopatía que produce la enfermedad a largo plazo; o constatar a través del laboratorio clínico que sus riñones presentan un daño severo e irreversible a causa de la diabetes. El denominador común de estos pacientes severamente dañados en su salud y en su integridad física es una diabetes de larga evolución y con un control muy deficiente de la enfermedad. Muchos años de ser diabéticos en los que se ha consultado a infinidad de médicos, ninguno de los cuales se tomó un poco de tiempo para hablarles acerca de su enfermedad y prevenirles de las graves lesiones que podía acarrearles.

Afortunadamente en la actualidad muchos médicos familiares hacen de la educación del paciente una actividad cotidiana en su práctica diaria. No obstante, hasta hace

pocos años, la educación para la salud no era considerada como un componente importante en la atención médica y en la preparación de los futuros médicos poco se hablaba de esto.

El propósito de la educación del paciente es proporcionarle información suficiente, clara y oportuna para que comprenda los factores que promueven o amenazan la salud a fin de que pueda tomar las medidas pertinentes para mantenerse saludable².

La educación para la salud, como ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables a su salud, persigue tres objetivos principales:

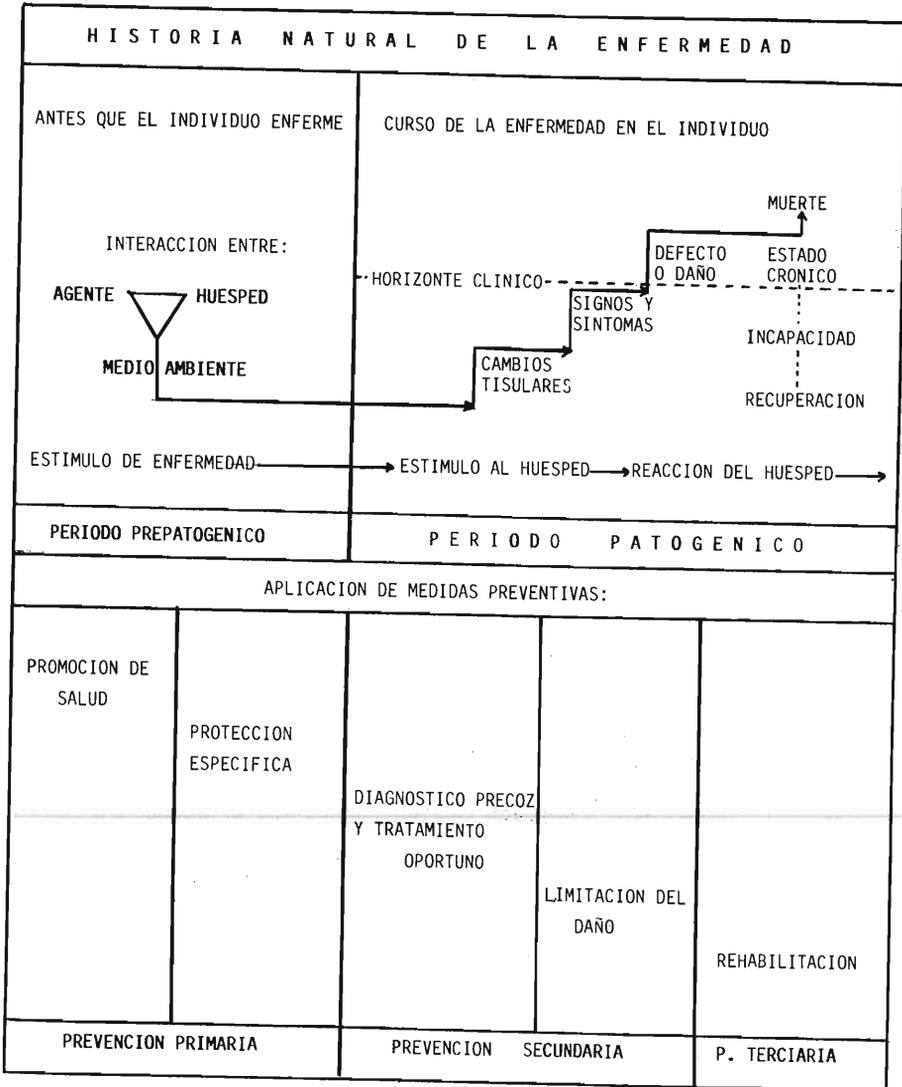
- a).—Que la población eleve el concepto "salud" en su escala de valores.
- b).—Que acepte y coopere con la enseñanza que le facilita el aprendizaje de mejores conductas para conservar y mejorar la salud.
- c).—Que aplique tales conocimientos y haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restauración de la salud³.

Ahora, ¿cómo iniciar la educación del paciente? ¿existe algún modelo que pudiéramos seguir para hablarle a la gente con respecto de la enfermedad?

Sir Mac Farlane Burnet creó en 1940 un modelo que sigue siendo vigente hasta nuestros días para comprender el proceso salud-enfermedad: "La historia natural de la enfermedad", al cual años más tarde, Leavell y Clark le injertaron sus famosos "niveles de prevención"⁴ (ver figura A). Si explicamos al paciente en una forma sencilla y adecuada a su nivel los factores que intervienen en la génesis de cualquier padecimiento (agente, huésped y medio ambiente) y describimos en forma somera la historia natural de su padecimiento, tendremos los elementos necesarios para sugerirle las medidas preventivas pertinentes basadas en los niveles de prevención de Leavell y Clark.

¿Dónde y cuándo realizar actividades de educación para la salud? Siempre y en todo lugar, dependiendo de las circunstancias. El médico convencido de su liderazgo en aspectos de salud debe ser un constante educador. No se puede abdicar de un estado que nos es propio porque así lo quisimos, como no podemos dejar de ser padres si tenemos hijos o hijos si tenemos padres. Hay responsabilidades en la vida que se aceptan con gusto, con entusiasmo, con entrega, como la de ser médicos y ser educadores.

FIGURA A.



Las actividades de educación para la salud pueden ser formales o informales. Las informales derivan de una charla, un comentario, una somera explicación durante la consulta o una indicación durante la prescripción.

Las actividades informales de educación en salud comprenden también la folletería, carteles o letreros que podemos colocar en la sala de espera del consultorio en donde el paciente se nutre de información fidedigna sobre tal o cual padecimiento mientras es recibido por el médico. El personal auxiliar puede contribuir en estas acciones educativas si los adiestramos para ello (repcionista, enfermera auxiliar, trabajadora social, etc.)

Las acciones formales de educación para la salud deben estar sujetas a una planeación adecuada y fundamentada en un estudio preliminar en donde determinemos las prioridades y las estrategias a seguir en tales acciones.

La elaboración de un programa de educación en salud demandará, entonces, una investigación previa para determinar las necesidades educacionales de los pacientes, sus familias y su comunidad. Se puede hacer un análisis retrospectivo de los expedientes familiares o bien realizar encuestas o estudios familiares para determinar morbilidad, mortalidad, causas prioritarias de atención médica, distribución de la población por edad y sexo, recursos económicos, hábitos alimenticios, hábitos higiénicos, toxicomanías, patología social, delincuencia, nivel educacional, antecedentes culturales, exposición a contaminantes ambientales o laborales, entre otros muchos factores directamente relacionados con la salud y la enfermedad de la comunidad.

Una vez realizado el estudio preliminar, el siguiente paso es interpretar la información con fines de diagnóstico, lo que permitirá establecer las necesidades de educación que pueden atenderse.

Una vez establecido el diagnóstico en salud comunitaria se procederá a elaborar el programa de la acción educativa (curso, conferencia, campaña específica de promoción en salud, discusión de grupo, etc.) conforme el siguiente esquema de planeación:

1.—JUSTIFICACION: en ella expresamos el por qué de la acción educativa, estableciendo su enlace con las necesidades detectadas en la población y las "necesidades sentidas" de la gente en cuanto al área de la salud.

2.—PROPOSITO: se debe establecer qué es lo que se pretende con la acción educativa, de qué manera ha de lograrse ésto y en qué forma el participante va a satisfacer la necesidad que lo está generando.

3.—TIEMPO Y DURACION: estos factores deben determinarse tomando en cuenta no sólo el tiempo de realización de la actividad, sino el que se empleará en la preparación del material y del equipo necesario, así como del que se dispondrá para la evaluación.

4.—SEDE Y RECURSOS: se debe especificar el sitio en donde se realizará el curso y los recursos físicos y humanos con que se cuenta para la implementación del proceso de enseñanza.

5.—CUPO: en base a la justificación y al propósito así como a los recursos disponibles es que se determinará la cantidad de asistentes en cada sesión.

Habiendo ya planeado convenientemente la acción educativa deberán determinarse las técnicas didácticas más adecuadas para las características del curso y de la población a la que se dirige el mensaje.

A continuación enumeramos, en forma muy resumida, algunas de las técnicas didácticas más utilizadas y sus principales características: ⁵

1.—Exposición

CONSISTE EN: uso del lenguaje oral para explicar un tema, una actividad a desarrollar o un concepto determinado.

PARTICIPAN: el educador (habla) y los asistentes (escuchan).

INDICACIONES: cuando se describen conceptos, teorías, actividades. Cuando se cuenta con un tiempo muy limitado. Cuando las fuentes de información no están al alcance de la mayoría de la gente.

2.—Interrogatorio

CONSISTE EN: el uso de preguntas y respuestas para obtener información, puntos de vista, aplicación de lo aprendido.

PARTICIPAN: el educador y los educandos activamente.

INDICACIONES: cuando se pretende despertar y conservar el interés. Cuando se inicia o se finaliza un tema o actividad. Cuando se exploran experiencias, capacidades, criterio de los asistentes y se desee una mayor comunicación.

3. — Demostración

CONSISTE EN: mostrar prácticamente el manejo de un instrumento, aparato, procedimiento, etc.

PARTICIPAN: el educador y un grupo reducido de asistentes.

INDICACIONES: demostración de implementos o aparatos (dispositivo intrauterino, diafragmas, toma de la presión arterial, autoexamen mamario, etc.)

4. — Taller

CONSISTE EN: realizar en grupo una actividad que produzca algo concreto (taller de primeros auxilios, de elaboración de dietas, preparación de alimentos, etc.)

PARTICIPAN: pequeños grupos con un asesor, profesor o monitor.

INDICACIONES: capacitar en diferentes áreas para la conservación de la salud.

5. — Lectura comentada

CONSISTE EN: leer por turnos material impreso, al mismo tiempo que es comentado por los participantes.

PARTICIPAN: pequeños grupos con un asesor.

INDICACIONES: introducción a temas de actualización. Disipar dudas con respecto a un padecimiento; conocer nuevas expectativas de tratamiento, etc.

6. — Conferencia

CONSISTE EN: discurso de un orador ante un auditorio.

PARTICIPAN: el conferencista (habla) y el público (escucha).

INDICACIONES: informar a grupos numerosos, preferentemente motivados.

7. — Discusión de grupo

CONSISTE EN: conversación planeada entre tres o más personas bajo una dirección.

PARTICIPAN: el moderador y todos los asistentes.

INDICACIONES: estimular el interés, así como identificar y analizar problemas.

8. — Panel

CONSISTE EN: diálogo entre expertos ante un grupo.

PARTICIPAN: los expertos (dialogan) y los asistentes (pueden preguntar). Requiere de un moderador.

INDICACIONES: tratar temas generales en ambiente informal.

9. — Mesa redonda

CONSISTE EN: un grupo de expertos exponen puntos de vista divergentes acerca de un tema.

PARTICIPAN: los expertos debaten mientras los asistentes se forman un criterio en torno a un tema determinado.

INDICACIONES: tratar un tema bajo diferentes puntos de vista.

10. — Estudio en equipos

CONSISTE EN: pequeños grupos (no más de 8 personas) dialogan por un breve período de tiempo acerca de un tema señalado por el moderador.

PARTICIPAN: todo el grupo dividido en pequeños subgrupos.

INDICACIONES: buscar en poco tiempo el consenso general de un grupo acerca del tema a desarrollar.

11. — Simposio

CONSISTE EN: un grupo de expertos hablan en forma sucesiva acerca de un mismo tema.

PARTICIPAN: los expertos hablan mientras los asistentes escuchan.

INDICACIONES: actualizar al público acerca de un tema determinado.

12. — Foro

CONSISTE EN: todo el grupo trata un tema con la guía de un moderador.

PARTICIPAN: los educandos exponen sus puntos de vista y el educador solo sirve de moderador.

INDICACIONES: permite la libre expresión de los participantes.

13. — Sociodrama

CONSISTE EN: representar situaciones reales o ficticias ante un auditorio.

PARTICIPAN: los miembros del equipo de salud y/o de la comunidad.

INDICACIONES: mostrar objetivamente alguna situación.

14. — Seminario

CONSISTE EN: buscar en fuentes originales hechos o conceptos.

PARTICIPAN: los educandos.

INDICACIONES: preparar los temas profundamente por parte de los educandos (se habilitan como expertos).

15. — Discusión informal. — (Lluvia de ideas).

CONSISTE EN: sugerir en forma rápida las soluciones posibles a una situación.

PARTICIPAN: todos los asistentes.

INDICACIONES: estimular a participar y fomentar nuevas ideas.

16. — Estudio de casos

CONSISTE EN: discusión de un caso clínico después de su presentación.

PARTICIPAN: casi todo el grupo con un asesor.

INDICACIONES: revisar un tema ejemplificándolo con un caso concreto.

Recursos didácticos

Los recursos didácticos que pueden apoyar las acciones educativas son muchos y muy variados. Enumeramos a continuación algunos de los más utilizados:⁵

- a).—Material impreso (libros, revistas, folletos, reimpresos).
- b).—Pizarrón (para escribir con gis o tinta lavable de color).
- c).—Rotafolio.
- d).—Fanelógrafo.
- e).—Carteles (con letreros, frases o dibujos).
- f).—Ilustraciones (fotocopias, murales, grabados).
- g).—Gráficas.
- h).—Mapas (en relieve, planos, mudos o explicativos).
- i).—Objetos reales (aparatos, medicamentos, sustancias, etc.)
- j).—Material audiovisual (transparencias, películas, videos, etc.)
- k).—Material auditivo (grabaciones, discos, casetes, etc.)

Se debe tener presente que el valor didáctico de los recursos no depende de ellos en sí mismos, sino del correcto uso que se les dé a fin de objetivizar la enseñanza y facilitar el aprendizaje.

Para que el proceso educativo en salud rinda mejores frutos deberá involucrarse a todo el equipo de salud que colabore con el médico familiar en la atención de un determinado grupo de familias: el odontólogo, la enfermera, el psicólogo, la dietista, la trabajadora social, entre otros, todos ellos bajo la coordinación del médico familiar a fin de que las acciones educativas no se dupliquen o se contrapongan sino que por el contrario todos sigan una misma línea de trabajo.

Además del equipo de salud deberán aprovecharse otros recursos de la comunidad como son los maestros de instrucción primaria o media, los clubes de servicio, las agrupaciones sociales o religiosas así como los clubes de pacientes. Nada hay tan convincente y motivador que el testimonio de un semejante, compañero del mismo dolor. No es tan efectivo cuando el médico o la enfermera le sugieren al diabético una dieta balanceada, baja en calorías y rica en nutrientes, como cuando un diabético le dice a otro: "mira, esto es lo que yo como y ésto es lo que ha ayudado a vivir mejor con mi diabetes que es igual a la tuya". Es bastante significativo el que un diabético juvenil enseñe a sus amigos a inyectarse la insulina y a dosificar incluso las unidades que diariamente requiere en base al conocimiento exacto de su enfermedad.

El tercer factor educativo que debemos capitalizar para beneficio de nuestro paciente es la familia. Hemos comentado que la familia es el grupo educador por excelencia, donde se aprenden los buenos o los malos hábitos, donde de ordinario nos alimentamos y permanecemos buena parte del día y en donde se prodigan los principales cuidados al paciente enfermo, sobre todo en las enfermedades crónicas. Si nos preocupamos por educar a la familia para la mejor atención de su paciente, le estaremos ahorrando un sinúmero de complicaciones y de gastos superfluos al núcleo familiar.

Para terminar, deseo citar las palabras que con respecto a la educación, Rosell expresó alguna vez: "En los adultos debe educarse el entendimiento, en los jóvenes el corazón y en los niños la voluntad"¹.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Gómez M.T. **Diccionario de pensamientos, máximas y frases célebres**. México. Gómez Gómez editores. 1987.
- 2.—Somers A.R. Consumer health education. **Canadian Journal of Public Health**. 68,362-368. 1977.
- 3.—S.S.A. **Manual de normas de Educación para la Salud**. Dirección General de Educación para la salud. México. 1983.
- 4.—Leavell H.R. y Clark E.G. **Preventive Medicine for the doctor is his community**. New York. Mc. Graw-Hill. 1958.
- 5.—Chávez-Hernández J. **Instructivo de Educación para la Salud. Depto. de Medicina Preventiva**. Fac. de Medicina U.A.S.L.P. San Luis Potosí. 1986.

CAPITULO XXII

ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN MEDICINA FAMILIAR

Joaquín Azuara Bustamante

Al romperse el equilibrio ante las presiones del medio ambiente y los agentes patógenos, el hombre enferma, lo que además de afectar al individuo repercute en la familia y finalmente en la comunidad.

Este fenómeno hace que la sociedad demande médicos que tengan una concepción integral del hombre y de los problemas de salud.

La importancia es cada vez mayor de contar con recursos humanos formados en la doctrina de la seguridad social y de atención integral. Algunos países como Estados Unidos, Canadá, Australia, entre otros, han retomado esta situación y se están preocupando por la formación de médicos con esta orientación, preparando médicos idóneos para enfrentar el primer contacto con el paciente y permitir la entrada al sistema de atención médica. Deben de ser profesionales que no estén unidos a una fase especial del diagnóstico o del tratamiento, sino que por disponer de una base amplia, sean expertos en el manejo de los problemas inherentes a la vida del paciente y de su familia y que sean capaces de proporcionar con oportunidad, eficiencia y calidez, atención continua e integral para la salud.

El perfil profesional de un especialista, generalmente se estructura respondiendo a tres preguntas que son: ¿qué debe saber?, ¿qué debe saber hacer? y ¿qué actitudes debe tener?

El Médico Familiar es aquel profesional que cuenta con un cúmulo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación específica y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica contribuya al logro de los objetivos de la especialidad.

Autoenseñanza y enseñanza

La Medicina Familiar requiere de que quienes la ejerzan, reciban una formación en ENSEÑANZA que les haga adoptar una actitud responsable y crítica en situaciones concretas de enseñanza-aprendizaje y les facilite valorar y establecer las relaciones necesarias con las familias, equipo de salud y personal en desarrollo.

Dicha formación permitirá al médico familiar el logro de una educación integral con cambios de conducta favorables, situaciones todas ellas que lo llevan a convencerse de que la enseñanza es indispensable para hacer eficiente la atención médica de los pacientes, la solución de los problemas de la familia y los que afronta la comunidad y el país.

La integración enseñanza-investigación-autoenseñanza, debe de ser un eje fundamental sobre el cual gire el trabajo del médico familiar; para lograr lo anterior es necesario un contacto directo con la realidad, una formación teórica y una metodología que le permitan establecer los cambios de conducta antes mencionados y que le redituen gratificación en su trabajo cotidiano.

El médico familiar debe contar con la suficiente formación que le permita comprender el sentido de su labor educativa y que responda cuatro preguntas básicas: ¿A quién se enseña?, ¿cómo debe ser la educación impartida?, ¿qué debe enseñar? y ¿dónde se debe de impartir la educación?

Diagrama 1

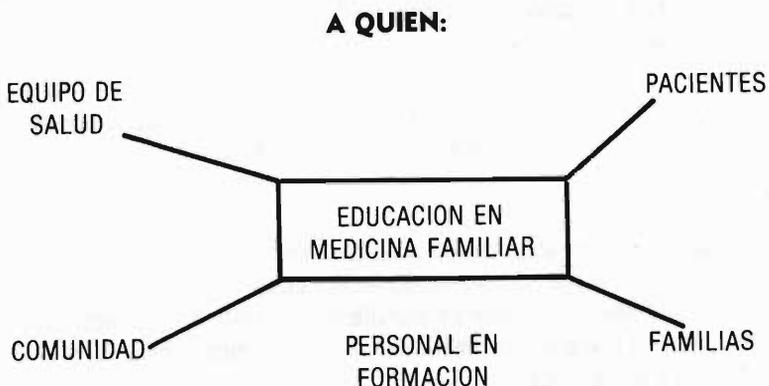


Diagrama 2

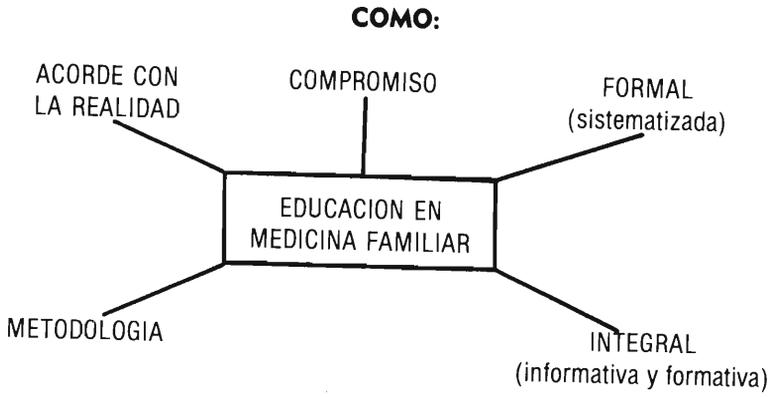


Diagrama 3

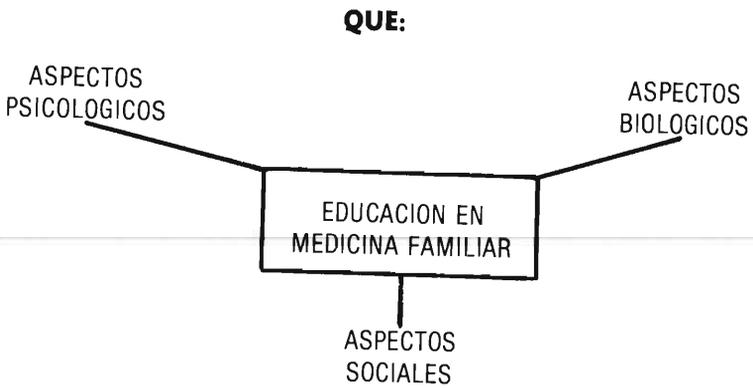
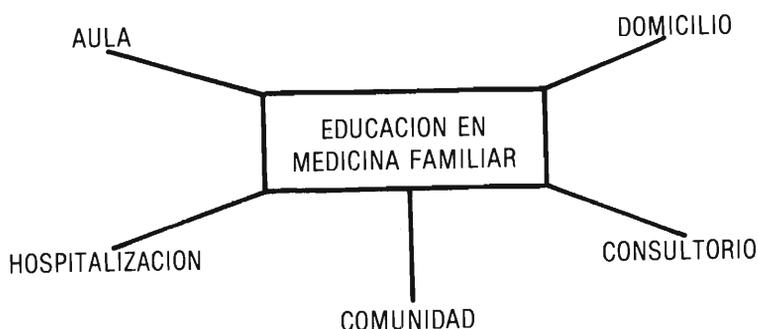


Diagrama 4

DONDE:



Objetivos educacionales

COGNOSCITIVOS

El educador será capaz de conocer los principios de didáctica que le permitan identificar y coadyuvar en la solución de los problemas y necesidades educativas del equipo de salud, de la comunidad y de él mismo.

PSICOMOTORES

Emplear correctamente las técnicas, métodos y actividades de enseñanza-aprendizaje, así como diseñar el material de apoyo necesario.

AFECTIVOS

Tener conciencia de su responsabilidad como agente de cambio en la educación.

El médico familiar como todo el equipo de salud DEBE de mantenerse actualizado, mediante la AUTOENSEÑANZA, por lo que debe de conocer los principios generales al respecto, los conceptos generales de motivación, en especial las teorías de Herzberg y Maslow; los instrumentos educativos para efectuar autoenseñanza (simuladores escritos, unidades de autoenseñanza, casos para discusión y otros) y por último reconocer la importancia de la evaluación para detectar sus necesidades de autoenseñanza en las áreas técnico-médica, técnico-administrativa y educativa.

Es muy importante que posterior a su evaluación exista la motivación para asistir a cursos monográficos de su especialidad o de otra que tenga aplicación diaria en el desempeño de sus labores, en donde puede participar como alumno o profesor. Su asistencia a congresos nacionales e internacionales como asistente, o bien en calidad de ponente; en fin, existen muchos eventos con la finalidad de mantener la actualización.

INVESTIGACION

El pensamiento científico es una etapa avanzada en el desarrollo del conocimiento humano y por lo tanto es un producto de la acción organizada del hombre sobre la naturaleza. El hombre además de ser capaz de generar conocimientos puede transmitirlos, confiriéndole su carácter histórico y social.

El pensamiento científico difiere de las etapas previas del conocimiento en lo referente a sus características intrínsecas, en sus procedimientos y en su estructura. De tal manera, que aquél representa para el científico una particular concepción del mundo y en consecuencia una posición y una actitud ante la vida.

Ante tal razonamiento es fundamental que el especialista en Medicina Familiar reciba formación científica, la cual debe ser integrada, tanto a la actividad académica como a la práctica clínica, pues el procedimiento científico (método científico) se debe adecuar a las circunstancias en que se opera, es decir, no existen "recetas".

El médico familiar debe tener formación suficiente en metodología de la investigación, que le permita dar solución científica a la problemática que se enfrenta durante el desarrollo de su práctica y además sea capaz de contribuir al desarrollo del conocimiento de su especialidad. Por otra parte, debe ser capaz de transmitir los conocimientos de esta disciplina médica al ámbito de la población bajo su responsabilidad, al equipo de salud y al personal en formación, en beneficio de la salud de la comunidad y del país, considerándose infinito su campo de aplicación.

Objetivos en la investigación

COGNOSCITIVOS

Aplicar el método científico en la elaboración de proyectos de investigación tendientes a solucionar la problemática detectada en las áreas técnico-médica técnico-administrativa y educativa del primer nivel de atención médica.

PSICOMOTORES

Deberá elaborar protocolos de investigación de acuerdo a necesidades o problemas detectados en el primer nivel de atención médica.

Proponer alternativas para el desarrollo del conocimiento de la Medicina Familiar.

Ejecutar proyectos de investigación relacionados con el contexto de la Medicina Familiar.

AFECTIVOS

Debe ser capaz de comprometerse en la generación de metodología científica como instrumento para la detección y solución racional de problemas técnicos, administrativos y educativos en el sector salud de su competencia.

Desarrollar una mentalidad inquisitiva, crítica y comprensiva que influya positivamente en el equipo de salud.

Diagrama 1

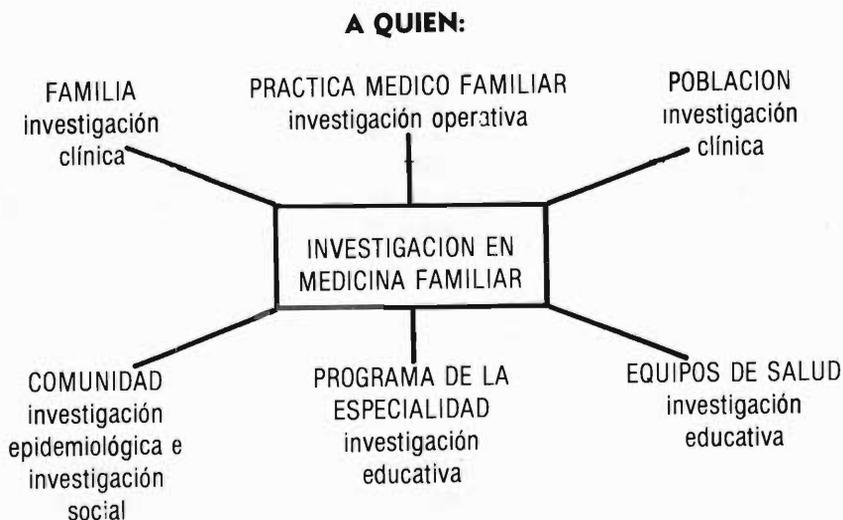
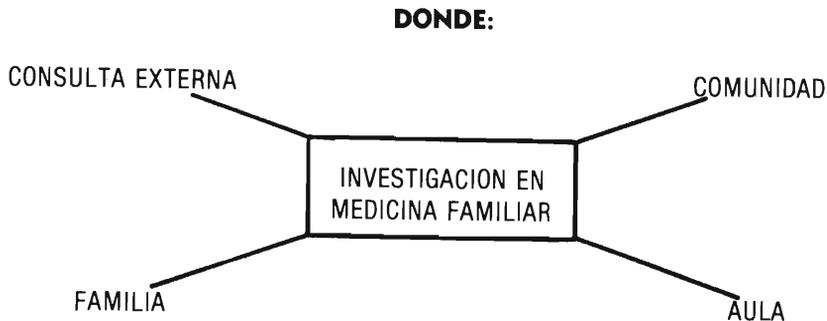


Diagrama 2



BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1.— Investigación

— Hines. **La investigación clínica.** Instituto Mexicano del Seguro Social, 1978.

— Howie, J.W.: Writing and speaking in Medicine. **British Medical Journal**, 3: 1113-1125, 1976.

— Cañedo: **Principios de Investigación Científica.** México. DIF CONACYT, 1979.

— De la Torre, J.: **El escrito médico en la lengua española.** México, Méndez Oteo. 1976.

2.— Enseñanza

— Gutiérrez, S. R. **Introducción a la Didáctica.** México Ed. Esfinge, 1980.

— Pérez, R.G., Aguirre J.M.E. y Arredondo, G.M. **Manual de Didáctica General. Curso Introductorio.** Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. México. UNAM, 1972.

— Mager, R.: **Actitudes positivas de la enseñanza.** México. Ed. Pax. 1980.



CAPITULO XXIII

LA MEDICINA FAMILIAR EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Jorge Chávez Hernández
Agustín Guerrero Aguayo

Uno de los grandes logros de justicia social en nuestro país, como resultado de nuestra Revolución y de los cambios que en ella se gestaron, fue sin duda el sistema de Seguridad Social que atiende entre otras cosas la salud de los trabajadores mexicanos.

Las instituciones de salud (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, principalmente) basan actualmente su atención en la Medicina Familiar, según se ha afirmado en diversos foros: "El médico familiar es por definición, el factor central del desarrollo de la medicina institucionalizada..."¹

Estas instituciones han estratificado su acción médica en los tres niveles de atención que se describen con detalle en el capítulo III de este libro; en el primer nivel encontramos las Unidades de Medicina Familiar en el I.M.S.S., las Unidades de Medicina General/Familiar en la Secretaría de Salud y las Clínicas de Medicina Familiar en el ISSSTE, las cuales proporcionan la atención médica de primer contacto y a través del médico familiar coordinan las acciones médicas de los niveles segundo y tercero. En estas Unidades de Medicina Familiar se encuentran también varios servicios que complementen la atención médica del primer nivel: el servicio de Medicina Preventiva, que maneja los programas de vacunación, detección de varios padecimientos de control epidemiológico y programas específicos de detección oportuna de diversas enfermedades; la atención dental, el laboratorio clínico, el servicio de radiología y de farmacia, así como el apoyo logístico y administrativo a través de Trabajo Social, asistentes de consultorio, recepcionistas, enfermeras y personal administrativo y de intendencia.

El médico familiar institucional tiene a su cargo el cuidado de la salud de un grupo de derechohabientes organizados por grupos de familias que pertenecen a un sector determinado de la población. Sus acciones deben ir encaminadas en forma prioritaria a la conservación de la salud y a la limitación del daño aunque abarca también la rehabilitación, la educación para la salud, las actividades médico-administrativas y de investigación.

Dentro de la organización de la "medicina socializada" es de capital importancia la integración armónica y operante del equipo de salud cuya coordinación recae implícitamente en el médico familiar ya que éste es el responsable ante las familias que tiene adscritas de la conservación o reparación de la salud de cada uno de sus miembros, aunque en ocasiones éstos deban ser atendidos por los médicos especialistas de los niveles segundo o tercero, por lo que el médico familiar no debe tomar la actitud comodina de sólo "canalizar" a los pacientes para su atención con otro médico, sino que debe mantener la responsabilidad del tratamiento integral de su paciente informándose directamente con el médico consultante y con el servicio de apoyo de la evolución, complicaciones, indicaciones, repercusiones y estado emocional del paciente referido. Nada le impide al médico familiar visitar a su enfermo en la cama de hospital y charlar directamente con el médico especialista acerca del diagnóstico y del tratamiento de sus pacientes. Esto redundará en una mejor coordinación del equipo de salud y una mejor relación del médico familiar con sus familias.

El médico familiar que labora en las instituciones de salud deberá conocer a fondo las doctrinas políticas y filosóficas de la institución y de la seguridad social a fin de aplicarlas en beneficio de los derechohabientes y no escudarse en la normatividad burocrática para rehuir a la responsabilidad que la institución y el Estado le han conferido como guardián de la salud familiar de la sociedad.

En algunas unidades de Medicina Familiar se ha implementado el sistema de citas para una mejor organización de la consulta. Desafortunadamente ésto no ha podido generalizarse debido más que nada a la enorme demanda de los servicios de atención primaria que se tiene actualmente por parte de la población derechohabiente. Así mismo la atención domiciliaria está incluida dentro de las actividades del médico familiar para la atención de los pacientes que por la naturaleza misma del padecimiento o por alguna limitante específica no puedan acudir a la consulta externa de Medicina Familiar. No pocos médicos reniegan de este tipo de atención por el tiempo y la incomodidad que les ocasiona, sin percatarse de las ventajas que para la práctica de la Medicina Familiar esto ofrece. El médico familiar convencido de su función y orgulloso de su acción no sólo acude con gusto y espíritu de servicio a estas consultas a domicilio, sino que esporádicamente visita a sus enfermos sin que éstos lo soliciten. De la misma ma-

nera visita los sitios de trabajo de sus pacientes e implementa programas de previsión social y salud ocupacional en coordinación con la institución y la empresa privada.

Con respecto de la organización de la atención médica al Dr. Agustín Guerrero, médico familiar del IMSS y profesor adjunto de la especialidad en Medicina Familiar, propone un modelo de administración de la atención médica en Medicina Familiar cuyos postulados más importantes son los siguientes:

Planeación de actividades

1.—Se debe tener un conocimiento preciso del área geográfica en donde reside el mayor número de los pacientes adscritos. Generalmente la institución tiene ya zonificada el área de influencia de cada Unidad de Medicina Familiar y de cada médico que labora en dicha Unidad. Será conveniente hacer un mapa de la zona señalando los puntos de interés.

2.—Conocer la historia del lugar o de la zona geográfica, los antecedentes de la atención médica, el clima, las costumbres, las festividades, el nivel socioeconómico y demás datos que intervengan en la salud de la población como serían los servicios públicos de agua, drenaje, recolección de basura, etc.

3.—Conocer el número de derechohabientes o usuarios de la atención médica. En las instituciones varía de 2000 a 2,400, a diferencia de la práctica privada en donde será muy variable y dependerá entre otras cosas del tiempo de establecido, la calidad de la atención, la simpatía del médico, etc., teniendo un 70 u 80% de pacientes fijos y el resto flotantes o esporádicos.

4.—Elaborar una pirámide de población de los pacientes a su cargo agrupándolos por sexo y por grupos de edad según un orden ascendente en múltiplos de cinco: de 0 a 4 años, de 5 a 9, de 10 a 14, etc., a fin de establecer los grupos de riesgo para cada entidad específica:

a).—Menores de un año (vacunas, prevención de morbimortalidad infantil, crecimiento y desarrollo del niño sano, etc.)

b).—Menores de 5 años (vacunas, prevención de accidentes, enfermedades propias de esta edad pediátrica, como las enfermedades exantemáticas eruptivas y los problemas infecciosos y parasitarios).

c).—Menores de 14 años (población no productiva, pubertad, adolescencia, educación sexual, etc.).

- d).—Población económicamente activa (entre los 15 y los 64 años).
- e).—Mujeres en edad reproductiva (entre los 15 y los 49 años).
- f).—Mayores de 65 años (atención geriátrica).
- g).—Otros.

5.—Conocer las diez principales causas de consulta; dentro de la institución se investigará la frecuencia de acuerdo a las hojas de registro que se llenan para tal efecto; en el medio privado se tomarán los datos de los expedientes clínicos o bien consultando los registros del Centro de Salud más cercano.

6.—Se debe adecuar el consultorio y el equipo médico a las necesidades propias de trabajo de acuerdo a cada médico y al tipo de pacientes adscritos a cada consultorio a fin de otorgar una atención médica integral con calidad y calidez.

7.—Se debe llevar un expediente clínico y/o una tarjeta de registro familiar (ver capítulo correspondiente) en donde se anoten y se tengan a la mano los datos médicos de mayor interés, tanto del paciente como de la familia, entre los cuales se pueden mencionar: diagnósticos, tratamientos, exámenes de laboratorio y gabinete, prevenciones, detecciones, acciones específicas de promoción a la salud, entre otras; en los archivos se pueden utilizar marcas de colores y otras señales para separar enfermedades, grupos de riesgo, programas, etc.

Resultados y acciones

Una vez recolectada la información se analizan los resultados y se proponen alternativas de solución para resolver los problemas y necesidades de la población.

Los resultados encontrados pueden estar dirigidos a las enfermedades que ocupan las principales causas de consulta, los grupos de riesgo que necesitan más atención, las familias que ameritan terapia familiar, las necesidades comunitarias de salud, entre otras. Se planea, entonces, el modo de solucionar los problemas y satisfacer las necesidades detectadas a corto, mediano o largo plazo, para lo cual se sugieren las siguientes acciones:

1.—Elaboración de programas. Una vez localizada la necesidad o problema, se plantea un protocolo de trabajo analizando primeramente la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, para después establecer una justificación, plantear objetivos, establecer metas y formular estrategias a través de los métodos y las técnicas apropiadas.

2.—Realizar reuniones con los pacientes que presentan problemas o necesidades afines y efectuar sesiones de orientación a través de pláticas, folletos, videos, audios y demás auxiliares didácticos.

3.—Formación de grupos con enfermedades afines, a fin de promover la ayuda mutua entre quienes padecen diabetes, hipertensión arterial, padecimientos reumáticos, cáncer terminal, neurosis, asma bronquial, entre otros muchos padecimientos crónicos que requieren un tratamiento prolongado con ajustes en el modo de vida de las personas.

4.—Sesiones de orientación y prevención acerca de diversas enfermedades, vacunas, alimentación, higiene, prevención de accidentes en el hogar y en el trabajo, etc.

Así como éstas, se pueden realizar otras acciones grupales, familiares o individuales. Se sugiere, para facilitar la formación de grupo, o reunir a pacientes con la misma enfermedad, citar el mismo día y en un lapso de tiempo razonable a los pacientes con la misma enfermedad o problemas afines y planear la manera más eficaz de atender sus demandas.

BIBLIOGRAFIA

1.—Jaime-Alarid H., Irigoyen-Coria A, **Fundamentos de Medicina Familiar**. México. Ediciones Medicina Familiar Mexicana. 1982.

2.—IMSS **Programa del curso de especialización en Medicina Familiar**. México. Subdirección General Médica, Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, 1988.

3.—Arredondo G.M., Uribe O.M., West S.T. **Notas para un modelo de docencia**. Perfiles Educativos. México. CISE-UNAM. 1979.

4.—IMSS. **Suma Documental**. México. Subdirección General Médica. Jefatura de servicios de Enseñanza e Investigación. 1988.

5.—Hanlon J.J. **Administración Sanitaria**. 3a. Ed. México. La Prensa Médica Mexicana. 1980.

6.—San Martín H. **Atención médica y administración hospitalaria en Administración en Salud Pública**. México. La Prensa Médica Mexicana. 1985.



1. 1990

2. 1991

3. 1992

4. 1993

5. 1994

6. 1995

7. 1996

8. 1997

9. 1998

CAPITULO XXIV

LA MEDICINA FAMILIAR EN LA PRACTICA MEDICA PRIVADA

Jorge Chávez Hernández

En México la Medicina Familiar ha estado ligada desde sus inicios como práctica médica (hace más de 10 años) a las instituciones de salud, principalmente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lo anterior ha favorecido que tanto el gremio médico como los pacientes asocien automáticamente: médico familiar = médico general que labora en institución oficial de salud (IMSS, ISSSTE, S.S., etc.), lo cual no sería malo si estas instituciones oficiales se hubiesen preocupado porque la práctica de la Medicina Familiar se implementara con todas las características, atribuciones y cualidades de una verdadera práctica médica familiar. Esto no fue posible debido a la disparidad tan grande que existe entre la demanda del servicio médico y la cantidad de personal que puede contratar la institución. Otro factor que ha sido determinante para que la Medicina Familiar no haya adquirido todavía el reconocimiento general y el prestigio que merece, es el hecho de que los médicos generales que trabajan en las instituciones de salud pasaron a ser "por decreto" (por disposición oficial) médicos familiares, de la noche a la mañana. Es obvio que el hábito no hace al monje como el cambio de denominación no puede cambiar la mentalidad ni la manera de practicar la medicina de un médico general que por disposición de las autoridades pasa a desempeñar un puesto de médico familiar.

A los médicos egresados de la residencia de Medicina Familiar se les ha dificultado implementar una adecuada práctica debido más que nada a los problemas burocráticos y administrativos de la institución. Afortunadamente cada vez hay más médicos familiares, dentro y fuera de la institución que están trabajando porque los objetivos de la Medicina Familiar se cumplan y se consolide su práctica como una especialidad médica por todos reconocida, aceptada y admirada.

Mi propia experiencia como médico familiar en el IMSS, en el ISSSTE y en la práctica privada me permite hacer algunas consideraciones acerca de la Medicina Fa-

miliar en nuestro medio. Voy a concretarme, por ahora, a la práctica de mi especialidad en la práctica privada.

El médico familiar que ejerce por propia cuenta debe iniciar por buscar un lugar adecuado en donde abrir su consultorio. Lo ideal será ubicarlo en una zona residencial en donde se cubra un grupo homogéneo de familias (una colonia, un barrio, un sector de la ciudad) de preferencia enclavada cerca del domicilio del médico. Menos adecuado será instalarse en una zona comercial común a toda la ciudad (por ejemplo el centro de la ciudad) o en una colonia o población rural alejada del propio domicilio.

El consultorio debe reunir algunos requisitos indispensables, por ejemplo que sea de fácil acceso a los pacientes (un departamento en un tercero o cuarto piso no sería adecuado); que sea además accesible a través de los medios usuales de transporte (autobús urbano, automóvil, metro, etc.) y si es posible con espacio en la calle para un cómodo estacionamiento.

El ambiente físico del consultorio debe ser agradable y confortable: un clima interior adecuado, buena ventilación, con servicio sanitario para el público, con asientos cómodos y algunas revistas de interés para los pacientes; si es posible con música ambiental y servicio de café o refrescos y agua disponible.

El teléfono es indispensable para ofrecer un buen servicio, ya que a través de este medio los pacientes podrán hacer sus citas con antelación y estar en contacto con el médico para aclarar cualquier duda. Algunos pacientes utilizan el teléfono para consultar al médico sobre padecimientos menores y esto molesta sobremedida a muchos médicos; en lo personal lo considero como un servicio adicional de asesoría que se otorga a los pacientes y con gusto respondo a sus llamados aprovechando para preguntar por algunos de los familiares que se encuentran en tratamiento o que requieren de una atención especial (ancianos, incapacitados, convalecientes, etc.) Muchos de mis pacientes se han mostrado gratamente sorprendidos cuando soy yo quien les llama para preguntar acerca de la evolución de un paciente que me preocupa y esto me ha ayudado a fortalecer la confianza con las familias. Por supuesto que todo tiene un límite y habrá ocasiones en que se pedirá al paciente que mejor acuda al consultorio para revisión. Finalmente, a través del teléfono se podrá recordar su cita a los pacientes o bien cancelar la visita debido a algún compromiso inesperado del médico.

Con respecto del personal auxiliar del consultorio (secretaria, recepcionista, enfermera, etc.) debe tenerse mucho cuidado en la selección del mismo, ya que son ellas "la cara del médico" frente al paciente que llega a solicitar el servicio. Una recepcionista competente, atenta, servicial y simpática ayudará en forma notable en la labor de comunicación entre el médico y sus pacientes.

Para la mejor organización de la práctica médica, la comodidad del paciente y la tranquilidad del médico, es conveniente trabajar con un sistema programado de citas; esto ahorra tiempo y molestias al paciente, sobre todo a las personas que trabajan y disponen de poco tiempo para acudir al médico; además evita la aglomeración de pacientes en la sala de espera y facilita la atención. Habrá algunos pacientes que acudan sin cita, ya sea porque presentan un problema agudo o por falta de previsión; no se puede negar la atención a estos pacientes ni es siempre posible programarlos para los días subsecuentes. ¿Qué hacer para respetar las citas y además atender a quienes lleguen de improviso? En lo personal me ha dado buen resultado el citar a mis pacientes cada 30 minutos y no cada 15 o cada 20. Las consultas de primera vez o los problemas complejos sí consumen los 30 minutos, pero las consultas de revisión o los problemas menores podrán ocupar sólo 10 o 15 minutos, dejando tiempo disponible para atender a un paciente no citado. Es muy importante que respetemos el tiempo de los pacientes y los atendamos a la hora en que tienen su cita.

Con respecto a los expedientes clínicos y el sistema de registro que se usan en la práctica privada, puede haber una gran variedad de opciones (ver capítulo correspondiente); la mejor será aquella que se adapte más a nuestras necesidades, a nuestra forma de ser y a nuestra manera de trabajar. Cada médico podrá desarrollar su propio sistema de registro a fin de llevar un buen control de los pacientes y su familia. En lo particular me ha dado buen resultado el "folder familiar", que es una adaptación de la tarjeta de registro familiar, el expediente clínico tradicional y un registro familiar orientado a problemas.

El folder familiar va marcado en la cejilla con los apellidos de la familia (figura 1). En la guarda interior van registrados los datos de la familia: domicilio, teléfono del hogar, teléfono del trabajo, nombres de cada uno de los miembros de la familia nuclear así como de otros familiares que habiten la misma vivienda; sus edades, sexo, ocupación, estado civil, enfermedades crónicas, alergias y un espacio para "observaciones" en donde se podrá anotar algún rasgo característico o interesante de cada miembro de la familia; enseguida se encuentra un espacio en donde se irán anotando los problemas prioritarios de la familia y sus fechas de detección (por ejemplo alcoholismo, farmacodependencia, infidelidad, delincuencia, muerte de algún familiar, etc.) y por último un espacio para anotar otros datos adicionales que el médico juzgue de interés para el manejo apropiado de la familia (figura 2). La parte interior del folder contiene las hojas de evolución de cada miembro de la familia, una para cada persona, (figura 3) en donde se anotarán los datos generales, los antecedentes de importancia, así como las notas clínicas de cada consulta, las cuales contienen: fecha de consulta, signos vitales, talla y peso; un resumen clínico de la entrevista y la exploración física así como los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete. Por último se anota el diagnóstico, el plan de estudio y el tratamiento prescrito.

Este sistema de registro nos permite proporcionar la atención médica en sus diferentes enfoques: individual, familiar (con orientación a la familia y la familia como unidad) y la atención integral. Además nos permite tener actualizados nuestros registros para realizar estudios epidemiológicos o de carácter socio-médico.

Otra manera de llevar el registro de los pacientes y sus familias será a través de un programa en computadora. Cada vez son más los espacios técnicos y profesionales que ha ido ganando la cibernética, por lo que en un tiempo no lejano, la computadora personal sustituirá seguramente a nuestros actuales archivos; mientras tanto cada médico o cada grupo de médicos debe valorar el costo-beneficio en la adquisición de un equipo computacional para el consultorio.

A propósito de grupos médicos, es cada vez más frecuente que los médicos se asocien para trabajar en equipo, ya sea en Centros Médicos de Especialidades o en clínicas pequeñas de Medicina Familiar. La decisión para trabajar en grupo deberá estar basada en un concienzudo análisis de las ventajas y las desventajas de este sistema operativo. El trabajar en grupo abarata los costos de mantenimiento, tanto de los recursos materiales como del edificio y del personal auxiliar; otorga la posibilidad a los pacientes de contar con varios médicos para su atención y así, en caso de que su médico esté ocupado o haya salido de vacaciones, siempre habrá un sustituto que le ofrezca el servicio basado en el registro familiar y en las indicaciones de su propio médico familiar. Si el grupo es homogéneo en cuanto a formación profesional y criterio médico se podrán implementar programas conjuntos de educación para la salud, investigación clínica, rastreo epidemiológico y demás acciones comunitarias en beneficio de los pacientes y sus familias; pero si los miembros del grupo no comparten la misma ideología en cuanto a la práctica médica o la preparación profesional es dispareja, pueden degenerar estas desigualdades en conflictos serios; si a lo anterior le agregamos inestabilidad emocional, ambición monetaria y "celos profesionales" (envidias, celos, egoísmo), el destino del grupo es el fracaso rotundo.

Es importante pues, que se tenga especial cuidado de escoger a los médicos asociados; que se formalice la sociedad legalmente con todas las especificaciones, derechos y obligaciones de cada uno de los socios y que se tenga la firme convicción de trabajar en equipo. La mayoría de las sociedades médicas que se han desintegrado, al menos las que yo he conocido, no ha sido por causas económicas ni por hostigamiento fiscal; mucho menos por falta de pacientes sino por las diferencias personales entre los médicos asociados.

La práctica privada permite al médico familiar desarrollar más ampliamente su capacidad profesional y su libertad de acción al no estar sujeto a patrones rígidos institu-

cionales o a limitaciones administrativas. Permite además que la relación médico-paciente sea más cordial, más espontánea, más "familiar". Permite desarrollar el ingenio, expandir la mente y practicar con más propiedad el "arte de curar".

El médico familiar puede complementar su práctica privada con las acciones que juzgue más convenientes, por ejemplo con la implementación de análisis clínicos. Desde hace varios años manejo en mi consultorio el sistema llamado de "química seca", el cual consiste en un microprocesador electrónico que "lee" el código magnético de tiras reactivas especiales y permite determinar en pocos minutos hemoglobina, glucosa, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, urea, creatinina, transaminasas, bilirrubinas y amilasa. Estos parámetros facilitan el chequeo clínico del paciente en el mismo consultorio y como es un aparato automatizado no se requiere de personal altamente calificado sino que lo puede manipular cualquier persona con un corto adiestramiento. Para el examen general de orina me han sido de utilidad las tiras reactivas que determinan rápidamente el pH, los nitritos, proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, urobilinógeno, bilirrubina, sangre y leucocitos presentes en la orina del paciente. Se puede aún complementar con las determinaciones en placa del tipo sanguíneo, la prueba inmunológica de embarazo y el V.D.R.L.; otras pruebas más elaboradas requerirán de la contratación de un químico farmacobiólogo y de mayor equipo (lo cual puede resultar costoso si se trabaja en grupo) o bien se podrán solicitar estas pruebas a un laboratorio clínico de confianza.

Otro servicio que se puede fácilmente implementar, en beneficio del paciente, es el contar con una pequeña farmacia (o botiquín) en donde se tenga a disposición de los pacientes los medicamentos más comúnmente prescritos por el médico. Hay quien pueda ver esto como un negocio redondo, yo lo veo como un servicio completo y mis pacientes también.

Las acciones de educación para la salud como conferencias, pláticas, proyección de videos o programas educativos, pueden ser fácilmente implementados si se tiene la voluntad de hacerlo. Cuando estuve trabajando en equipo con dos médicos generales, un odontólogo y una química farmacobióloga, nos resultaba muy sencillo el preparar una conferencia por mes, ya que las pláticas a los pacientes eran todos los viernes a las 7:00 de la noche y nos tocaba a cada uno preparar un tema acerca de los padecimientos más comunes, con un enfoque preventivo y educacional. Cuando iniciamos este programa, los pacientes estaban sorprendidos de que en la práctica privada se les dijera "cómo no enfermarse" y además que no se les cobrara ni un centavo, antes bien les obsequiábamos folletos, libros y demás material educativo. Pronto se dieron cuenta de nuestra sincera intención de ayudarlos a conservar su salud y las pláticas semanales cumplieron su objetivo.

La investigación clínica y epidemiológica no le está vedada al médico familiar y con un poco de esfuerzo y organización puede realizarse. El término "investigación" pudiera inspirar en algunos colegas la idea equivocada de que sólo quien cuenta con una infraestructura muy sofisticada o un cúmulo insospechado de conocimientos científicos, matemáticos o estadísticos puede aspirar a realizar estudios de investigación; nada más falso. Basta con querer hacerlo, tener un mínimo de adiestramiento y organizar nuestro trabajo clínico siguiendo una metodología adecuada para que a los datos recolectados les demos una interpretación y una proyección. Para la elaboración de los primeros protocolos será conveniente contar con la asesoría de alguien que maneje los aspectos epidemiológicos y estadísticos y luego ya nos resultará sencillo elaborarlos por nuestra cuenta. Los resultados obtenidos nos servirán de retroalimentación para la práctica diaria y pueden ser de utilidad a nuestros colegas por lo que será conveniente publicarlos o presentarlos en algún Congreso. Cada vez son más frecuentes en nuestro país los congresos y las convenciones de médicos generales y familiares y es ahí donde podemos encontrar un foro para presentar nuestros trabajos.

La organización de la práctica médica y la rigurosa puntualidad de nuestras acciones redundarán en un beneficio colectivo (para los pacientes, el médico y el personal auxiliar), que agregado al estudio continuo y al deseo constante de servir, desembocará irremediablemente en la excelencia académica y profesional a la que debemos aspirar quienes nos dedicamos al ejercicio de la medicina.

Por otro lado, el organizar adecuadamente nuestra práctica médica nos permite disponer del tiempo para realizar otras actividades necesarias para el crecimiento personal (actividades artísticas, culturales, deportivas, educacionales, de servicio comunitario, de proyección social, etc.) y nos permite disfrutar de algo que es primordial para todos y fundamental para el médico familiar: las relaciones adecuadas en nuestro propio núcleo familiar. Es pecado frecuente entre los médicos el descuidar las relaciones de pareja y la convivencia con los hijos en aras de "una entrega total" a los pacientes. Seguramente todos conocemos a más de un médico "dedicado por completo a su profesión" cuya familia es un caos y su relación de pareja un fracaso. Yo recuerdo muy bien las palabras que en su lecho de muerte pronunciara un médico a quien el cáncer cegara la vida en plena etapa productiva: "... si hay algo de lo que ahora me arrepiento es no haber dedicado tiempo suficiente a mi familia. Gustoso cambiaría mi prestigio, mi dinero, mis diplomas, mi puesto de jefe de hospital, mi plaza de maestro universitario y mi abultada cartera de pacientes por unos días de estrecha convivencia con mis hijos y mi adorada esposa..."

FAMILIA _____
 DOMICILIO _____
 TELEFONO (casa) _____ TELEFONO (trabajo) _____

FAMILIA NUCLEAR:	EDAD	SEXO	OCUPACION	EDO.CIVIL	ENF.CRONICAS	ALERGIAS	OBSERVACIONES
P							
M							
H							
H							
H							
H							
H							
H							
H							
OTROS FAMILIARES:							

PROBLEMAS FAMILIARES PRIORITARIOS:	FECHAS:
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

DATOS ADICIONALES:

REGISTRO FAMILIAR

Figura 2

Dr. Jorge Chávez Hernández
MÉDICO FAMILIAR

CED. PROF. 633718

S. G. A. 29482

NOMBRE _____ EDO. CIVIL _____ OCUPACION _____ EDAD _____ SEXO _____

DOMICILIO _____ COLONIA _____ TELEFONO _____

ANTECEDENTES: _____

NOTAS CLINICAS:

DIA	MES	AÑO	TALLA	PESO	TEMP.	TENSION ARTERIAL	F.C.	F.R.	EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE	DIAGNOSTICOS	
RESUMEN CLINICO Y EXPLORACION FISICA											
										PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO	
										_____ FIRMA DEL MEDICO	
RESUMEN CLINICO Y EXPLORACION FISICA											
										PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO	
										_____ FIRMA DEL MEDICO	
RESUMEN CLINICO Y EXPLORACION FISICA											
										PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO	
										_____ FIRMA DEL MEDICO	

**HOJA INDIVIDUAL DEL REGISTRO
FAMILIAR**

Figura 3

10
11

12

13

14

15

16

17

18

19

CAPITULO XXV

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR

Jorge Chávez Hernández

Entendemos por perfil profesional el conjunto de características que un profesionista debe tener para desarrollar eficientemente su trabajo. Estas características pueden determinarse si nos respondemos a las siguientes preguntas: ¹

- a) ¿Qué debe saber?
- b) ¿Qué debe saber hacer?
- c) ¿Qué actitudes debe tener?
- d) ¿Cuál es el campo de acción en el que va a trabajar?
- e) ¿Qué funciones va a desempeñar?

Hemos visto, a lo largo de este libro, que es el médico familiar quien responde a las necesidades de la sociedad actual de contar con un profesionista que se haga cargo del cuidado de su **salud** en forma **integral**, atendiendo tanto a **individuos** como **familias** con un enfoque eminentemente **social**, atendiendo tanto los aspectos **pre-ventivos** como **curativos** de la enfermedad y haciéndose cargo, incluso, de la **rehabilitación** del paciente cuando el daño al organismo, dentro de la **historia natural de la enfermedad**, ha alcanzado tales extremos. Esta atención que demanda la sociedad debe ser **personal**, cálida, humanitaria, teniendo en cuenta las tres áreas que integran la personalidad del individuo: el área puramente **biológica**, el área **psíquica** y el área de **relaciones humanas**.

Para que el médico familiar cumpla con estos requerimientos de su práctica profesional...

¿Qué debe saber?

Debe ser un excelente clínico, por lo tanto deberá conocer el significado de los síntomas, los síndromes clínicos principales, los problemas, condiciones o enfermedada-

des con las que se presenta el paciente así como la historia natural de los padecimientos que afectan más comúnmente a la sociedad a la que sirve, a fin de ir aplicando los niveles de prevención desde antes que el individuo enferme (período prepatogénico) y posteriormente, si la enfermedad se presenta, efectuar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

Además de conocer en forma suficiente y actualizada las materias clínicas de toda la patología general, el médico familiar deberá tener conocimientos bien fundamentados en las técnicas de Educación para la Salud. Deberá saber cómo se efectúa un estudio preliminar en la comunidad que le permita detectar las necesidades de salud susceptibles de ser subsanadas con la implementación de programas educativos y tener los conocimientos suficientes para realizar esta planeación educativa.

Dado que el enfoque primario de su atención es el núcleo familiar, deberá conocer a conciencia la dinámica y la estructura de la familia y sus implicaciones en el proceso salud-enfermedad. Deberá poseer conocimientos en sociología, antropología médica, demografía, psicología, psiquiatría, terapia familiar, salud ocupacional, salud pública y demás ciencias humanísticas y de la conducta que le permitan relacionarse adecuadamente con sus pacientes y sus familias².

Por otro lado, dado que el médico familiar debe coordinar las acciones del equipo de salud y organizar la práctica médica, deberá poseer conocimientos en administración general, administración de la atención médica, niveles de atención, salud pública y medicina comunitaria, entre otras disciplinas; además deberá conocer las características del liderazgo y de la dinámica de grupos y ser un experto en relaciones humanas.

El médico familiar deberá conocer también la metodología del proceso enseñanza-aprendizaje y las técnicas de autoenseñanza; las características del método científico y su aplicación en estudios clínicos de investigación; la metodología estadística y la epidemiología; las técnicas de investigación social básica e investigación clínica y epidemiológica.

Finalmente el médico familiar deberá **conocerse a sí mismo**: sus capacidades y limitaciones, su personalidad propia con los defectos y las virtudes que la conforman, su potencial y sus motivaciones, sus perspectivas, metas y objetivos, ya que como han mencionado muchos grandes filósofos, el conocimiento de la vida comienza por el conocimiento de sí mismo.

¿Qué debe saber hacer?

El médico familiar deberá desarrollar una excelente habilidad para la comunicación humana y la entrevista médica, a fin de establecer con el mayor grado posible de certeza clínica el meollo del problema por el que se consulta, emitir un diagnóstico clínico provisional o definitivo que le permita instituir lo más pronto posible un tratamiento adecuado.

Debe ser capaz de influir positivamente en su paciente y de orientarlo en aspectos de salud y de terapia familiar y de pareja, mostrando habilidad para resolver problemas, tomar decisiones y saber mandar sin autoritarismo, pero con decisión.

Debe ser hábil en manejar grupos humanos: familias, equipos de salud, organizaciones médicas o civiles. Debe tener 'madera' de líder y desarrollar estas cualidades de liderazgo, organización y administración en beneficio de la comunidad.

Asimismo deberá mostrar habilidades didácticas para realizar acciones educativas dirigidas a sus pacientes y sus familias, al equipo de salud y a sí mismo (autoenseñanza). Deberá ser capaz de desarrollar estudios epidemiológicos y realizar investigación clínica entre la población atendida.

El médico familiar estará capacitado también para realizar procedimientos quirúrgicos que no requieren hospitalización ni uso de quirófano (cirugía menor) y ser lo suficientemente sagaz y honesto para canalizar adecuadamente al paciente que requiere atención a otro nivel.

¿Qué actitudes debe tener?

El médico familiar debe estar interesado en la gente³. Debe poseer un genuino sentido de compasión ("padecer con...") que le permita establecer un alto grado de empatía y rapport con su paciente. Debe tener un fuerte sentido de responsabilidad para hacerse cargo del cuidado permanente del individuo y la familia durante la salud, enfermedad y rehabilitación⁴.

Su actitud curiosa e inquisitiva y su constante interés en el amplio campo de la clínica lo motivará a estarse evaluando y autoeducando constantemente en busca de la excelencia académica, clínica y profesional que demanda su ejercicio médico.

El deseo perenne de enfrentar constantes desafíos clínicos e intelectuales le impedirá caer en la modorra de la rutinaria monotonía.

La capacidad para mantener la ecuanimidad en los momentos de tensión le proporcionará la serenidad para resolver problemas con lógica y raciocinio.

La convicción de convertirse en educador constante de sus pacientes y sus familias le motivará a descubrir nuevas vías de comunicación entre éstos y la ciencia médica, sirviendo él mismo de "traductor" y mensajero.

El deseo de entender a la humanidad y sentirse orgulloso de la raza humana le llevará a explorar los caminos del arte, la cultura, la literatura universal y las religiones, a fin de ensanchar su mente y servir mejor a sus semejantes.

El respeto por el ser humano y su profunda veneración por la vida le llevarán irremediablemente a respetar el dolor, a regocijarse con la salud, a combatir la enfermedad y a aceptar dignamente la muerte como la culminación de una etapa gloriosa de nuestra existencia.

¿Cuál es su campo de acción?

El médico familiar mexicano desarrolla su trabajo en una sociedad diferente a la norteamericana, canadiense o europea, por lo que trasplantar patrones de atención médica a nuestro medio sin adaptarlos a la idiosincrasia y a las necesidades de nuestra población, no serviría de nada y estaría condenado al fracaso.

En nuestro país sigue predominando la patología infecciosa y parasitaria como causa principal de morbilidad, sobre todo en la población infantil, aunque como señala González Carbajal en su libro "Diagnóstico de la salud en México", las enfermedades crónico-degenerativas, metabólicas y neoplásicas han avanzado considerablemente en los últimos años⁵ y los padecimientos cardiovasculares se han convertido en la segunda causa más frecuente de mortalidad general, sólo desplazados por los accidentes⁶. De tal manera que el médico familiar que trabaja en México deberá estar preparado para atender y resolver en forma prioritaria estos problemas de salud que se presentan con más frecuencia en los pacientes mexicanos; por otro lado, es deseable que sea el médico familiar quien al investigar epidemiológicamente a la población que atiende, determine las tendencias de morbi-mortalidad en nuestro país.

La familia mexicana tiene sus características peculiares y el médico familiar debe tenerlo en cuenta al desarrollar su labor profesional. Sigue predominando la "familia tradicional" como patrón tipológico característico, aunque en los estratos socioeconómicos alto y medio-alto predomina cada vez más la "familia moderna", con las características que se describen en el capítulo VI de este libro.

El paciente mexicano es reservado y parco al principio, pero cuando se le demuestra un sincero deseo de ayudarlo y se establece una adecuada relación médico-paciente se convierte en un verdadero amigo, confidente y colaborador de su médico familiar, probablemente por relaciones transferenciales muy marcadas.

El médico familiar podrá desempeñar su labor en una institución oficial de salud (IMSS, ISSSTE, S.S., etc.) o bien ejercer en forma privada; las condiciones de forma y organización son diferentes, según se describe en los capítulos correspondientes, pero el fondo, la esencia de la Medicina Familiar, es la misma: una práctica médica de excelencia dirigida a la familia.

¿Qué funciones va a desempeñar?

Primordialmente las siguientes: ²

a).—Funciones de asistencia médica: atención médica integral y continua, tanto al individuo como a su familia, contribuyendo con ello a la salud comunitaria.

b).—Funciones de asistencia quirúrgica: cirugía menor (en consultorio), como responsable directo del procedimiento. Cirugía mayor (en quirófano), como ayudante en la intervención quirúrgica de sus pacientes; esto le permitirá seguir la evolución del paciente que requiere cirugía y estar cerca de él en ese momento crítico, además aportará datos valiosos tanto al cirujano como al anestesiólogo con respecto al manejo de su enfermo.

c).—Funciones de salud pública y medicina preventiva: realiza investigación epidemiológica de su población adscrita e investigación clínica sobre cuyos resultados implementará las acciones médicas de prevención (planeación familiar, orientación nutricional, detección oportuna de cáncer. . . etc.).

d).—Funciones de enseñanza: acciones de educación para la salud dirigidas a sus pacientes, al equipo de salud, al personal en formación y así mismo.

e).—Funciones de planeación y organización: coordina las acciones de salud en beneficio del paciente utilizando todos los recursos, tanto humanos como materiales, a su alcance.

A este perfil profesional, gruesamente delineado, cada médico añadirá su propia personalidad y su muy particular manera de hacer las cosas, lo cual enriquece con una amplia gama de posibilidades el quehacer médico, convirtiéndolo en el **arte de curar**.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Chávez-Hernández J. **Instructivo de Educación para la salud**. Depto. de Medicina Preventiva, Fac. de Med. UASLP. San Luis Potosí. 1986.
- 2.—Estrada J., Carro H., Gordo H. Bonilla F. Perfil profesional del médico familiar en **Fundamentos de Medicina Familiar**. México. Ed. Med. Fam. 1982.
- 3.—Medalie J.H. Conocimientos y habilidades necesarias para la práctica familiar en **Medicina Familiar, principios y prácticas**. México. Ed. Limusa. 1987.
- 4.—Rakel R.E. **Principles of Family Medicine**. W. B. Saunders Company. 1977.
- 5.—González-Carbajal E. **Diagnóstico de salud en México**. México. Ed. Trillas. 1989.
- 6.—**Resumen General de Defunciones**, Estados Unidos Mexicanos, tabulación 8. 1982.

EL SEÑOR LIC. ALFONSO LASTRAS RAMÍREZ, RECTOR DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ, ORDENÓ LA IMPRESIÓN DE ESTE LIBRO A LA EDITORIAL UNIVERSITARIA POTOSINA. LA EDICIÓN ESTUVO AL CUIDADO DEL AUTOR Y DE JOSÉ DE JESÚS RIVERA ESPINOSA, FUE CONCLUIDA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1992 Y CONSTA DE 1000 EJEMPLARES.



*Editorial
Universitaria
Potosina*