

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Dirección regional Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSa). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinerгия@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria

Family: focus and approach in primary care focus



¹Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia

Investigadora independiente, Limón, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-7855-5354>

RECIBIDO

15/04/2020

CORREGIDO

12/05/2020

ACEPTADO

15/06/2020

RESUMEN

El enfoque familiar es la base de la medicina familiar y comunitaria, es la unidad básica, el estudio de la familia puede realizarse partiendo de distintos enfoques, pudiendo seguir criterios biomédica y sociológicos. Se cuenta con técnicas e instrumentos para el estudio de acontecimientos de situaciones estresantes en la familia. La atención con enfoque de salud familiar es flexible, dinámica, interactiva, capaz de prever y brindar respuesta oportuna. La familia se enfoca como un sistema, en donde existe subsistemas que interrelacionan entre sí. Para el estudio de la familia se usan genograma, APGAR familiar y otros cuestionarios como el GHQ-28, el abordaje de cada familia depende de sus características.

PALABRAS CLAVE: familia; salud; salud de la familia ; salud pública ; salud mental; medicina familiar y comunitaria.

ABSTRACT

The family approach is the basis of family and community medicine, it is the basic unit, the study of the family can be carried out based on different approaches, being able to follow biomedical and sociological criteria. There are techniques and instruments for studying events of stressful situations in the family. Family health-focused care is flexible, dynamic, interactive, capable of anticipating and providing a timely response. The family is focused as a system, where there are subsystems that interrelate with each other. For the study of the family, a genogram, a family apgar and other questionnaires such as the GHQ-28 are used, the approach of each family depends on its characteristics.

KEYWORDS: family; health; family health ; public health ; mental health; family practice.

¹Médica general, con diplomado en Auditoría Médica y diplomado en Medicina del trabajo y Salud Ocupacional, graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE).
Cod.MED12105 .
mkma1985@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

La familia es considerada la unidad básica en el enfoque de medicina familiar y comunitaria, como tal, se debe abordar según las necesidades, característica y tipo de familia. Según el modelo tradicional, la familia puede ser nuclear o extendida, sin embargo, después de la revolución industrial se originó una profunda transformación en la composición de la familia, el grupo familiar fue reduciéndose, además frente se fue formándose nuevos conceptos de familia como la cohabitación de una vida similar a la de una pareja formada por grupos de amigos, parejas homosexuales, comunidades religiosas (1-3), Macklin presentó una tipología de formas de vida familiar no tradicional en las que incluyó, junto con las categorías ya conocidas de célibes voluntarios, cohabitación, comunas y relaciones homosexuales estables, las 4 siguientes: a) parejas que no desean tener hijos; b) familias binucleares, propias de sociedades en las que el divorcio es frecuente y donde, tras el desdoblamiento de la familiar nuclear, los esposos separados se reparten la custodia de los hijos; c) familias adoptivas. La familia durante la historia natural pasa por etapas en las que sus miembros experimentan cambios y asumen diferentes roles, a esta dinámica se le llama ciclo vital de la familia, es por ello que la familia es dinámica. La salud familiar va a también depender de la capacidad de cambio que cada familia. Hipócrates 460-370 AC y Galeno en el siglo II ya se habían planteado la influencia de las condiciones de vida y trabajo sobre la salud de la población (4). F. Engels en la Historia del origen y desarrollo de la familia describe las

modificaciones de las relaciones familiares como producto de las diferentes condiciones sociales y económicas de vida vínculo que se manifiesta al identificarse la relación existente entre las características de los sistemas sociales, las condiciones de vida y las relaciones familiares, así como los tipos de familia según períodos de desarrollo histórico (5). Es importante tomar en cuenta que un evento estresante para un miembro de la familia, afecta a toda la familia, ya que el efecto no es unilateral sino que el efecto es circular, el evento de A afecta a B. Basándose en este concepto, radica la importancia del estudio de las familias, es por ello que se realizó esta revisión bibliográfica con el fin de recalcar el papel fundamental de la familia en la salud, además de brindar un enfoque global del abordaje de enfermedades desde la perspectiva sistémica y los instrumentos que todo médico de atención primaria debe usar

METODO

Esta revisión bibliográfica se realizó con base en artículos actualizados, estudios, investigaciones en base al estudio de la familia en el ámbito de la atención primaria, estos artículos son actualizados. Se realizó una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos, como: Pubmed, Science Direct, MedLine y libros de medicina Atención primaria, Medicina familiar y comunitaria, entre otros. Primeramente, se realizó una búsqueda de artículos relacionados con la estudios, investigación y las herramientas de uso en la atención médica. Se revisaron documentos que recopilaran la mayoría de herramientas

en la práctica médica, importancia del estudio de la familia en atención primaria y como un enfoque de la familia como sistema desde un enfoque biopsicosocial. Se excluyeron artículos que no sean de uso para la práctica médica, artículos que no pertenecieran a alguna sociedad o que no contaran con evidencia ni respaldo científico. Se lograron encontrar 50 referencias, se depuró la información hasta obtener lo requerido para cumplir con los objetivos de esta revisión bibliográfica, finalmente se usaron 27 referencias.

DEFINICIONES

- **Familia:** antes definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: "grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado, por lo general a la cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos" (6), esta definición no tomaba en cuenta las diferentes estructuras familiares (familia nuclear, extensa, matrimonio monogámico o poligámico, autoridad patriarcal o autoritaria, parejas homosexuales, monoparentalidad, familia reconstituidas, etc), es por ello que ahora se define como, un grupo social, organizado como un sistema abierto (con interacción con otros sistemas como el barrio, trabajo, escuela, grupos de amigos, etc), constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en un mismo lugar, unidos ya sea por lazos legales, sanguíneos y/o afinidad. La estructura de la familia puede ser diversa y depende del contexto en el que se ubique. (1,2,3).
- **Salud de la familia:** es un criterio biomédico, se refiere al nivel de salud de cada uno de las personas que componen la familia, se define como familia sana cuando todos sus miembros tienen buena salud y familia enferma cuando existe algún miembro de la familia enfermo (1,7).
- **Salud familiar:** es la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar, la cual resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia, se denomina familia normofuncional cuando es capaz de cumplir funciones que le han sido encomendadas y familia disfuncional cuando es incapaz de realizar alguna función (1,3,7).
- **Función familiar:** se define a las tareas y actividades que realizan cada miembro de la familia, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en el sistema familiar, lo cual con ello alcanzan los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que la caracterizan. Para poder lograr el objetivo de manera equilibrada, es necesario (1,2).
- **Homeostasis familiar:** se define como el mantenimiento del equilibrio interno, se entiende como la interacción entre los miembros de la familia, la cual facilita una relación emocional, física y en la cual se promueva el desarrollo de cada miembro, permitiendo el cambio necesario sin que se afecte el

equilibrio del sistema familiar. Para que exista la homeostasis es importante contar con 2 mecanismos, la retroalimentación negativa y el cierre de fronteras familiares (1). La homeostasis familiar contiene mecanismos específicos, no se limitan a la experiencia clínica (observar cómo el progreso de un paciente conduce a una conmoción en otro miembro de la familia); Haley, mediante pruebas, demostró 2 hipótesis clínicas (8):

1. Las familias establecen un sistema de reglas, y mantienen esa consistencia a lo largo del tiempo independientemente de los eventos que puedan tener.
2. Las familias que tienen un miembro enfermo (en la muestra incluye a familias con patrones psiquiátricos, o pacientes con colitis ulcerosa, o hijos con fracaso escolar, y una amplia variedad de otros tipos sintomáticos), son extremadamente rígidas en sus patrones homeostáticos y no "permiten" la desviación de dichos patrones.

La familia es un sistema en constante transformación, equilibrando tendencia homeostática y capacidad de cambio.

TIPOS DE FAMILIA

Clasificación de las familias con base en (9):

- **El parentesco:** el parentesco se define como un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de

afectividad análoga a ésta. La importancia es de identificar las características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad.

- **La presencia física y convivencia:** la presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia, este dato es de gran ayuda ya que podemos identificar el nexo epidemiológico en caso exista riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles.
- **Medios de subsistencia:** de esta manera, se identifican familias que dependen de la pesca, agricultura, industria, comercio, servicios.
- **La integración familiar se clasifica en (10):**
 - Familia Integrada: los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones.
 - Familia semi-integrada: Los cónyuges viven juntos, pero no cumplen satisfactoriamente sus funciones.
 - Familia desintegrada: es por la ausencia de uno de los cónyuges, sea por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas.
- **El número de miembros (7):**
 - Familia nuclear: constituida por dos adultos de sexo diferente que ejercen el papel de padres y un número variable de hijos; por tanto, sólo conviven dos generaciones.

- Familia extensa: es una agrupación numerosa de miembros en la que, junto con los padres e hijos, se unen los abuelos, los tíos, los sobrinos, etc., abarcando siempre a dos o más generaciones.
- Familia monoparental: consecuencia del divorcio, fallecimiento o abandono del hogar o padres solteros, formada por el padre o madre e hijos.

Según Anzures se puede clasificar, según el punto de vista de su desarrollo social, la familia puede clasificarse en (9,10):

- **Familia moderna:** la madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica roles tradicionales.
- **Familia tradicional:** el padre es proveedor económico, excepcionalmente colabora con la madre o uno de los hijos.
- **Familia primitiva o arcaica:** familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que trabajan.

Las formas más comunes de familia no convencional según E.D.Macklin son los voluntariamente solteros, las familias que cohabitan sin casarse, las familias que voluntariamente no tienen hijos, familias adoptivas, familias binucleares (propias de sociedades en las que el divorcio es frecuente y donde, tras el desdoblamiento de la familiar nuclear, los esposos separados se reparten la custodia de los hijos), parejas homosexuales, las comunas, padres solteros (2,7,11).

MODELO EXPLICATIVO DE LA ATENCION FAMILIAR

Los miembros de la familia no se puede abordar individualmente sino de manera sistémica, en este modelo se explica el papel que tiene la familia en los problemas de salud, recordemos que la familia es un sistema dinámico, en permanente movimiento e interacción que puede ser causa de enfermedades pero también convertirse en un recurso útil para prevenirlo (2,3).

Partiendo de la idea de que la familia es un sistema, debemos contar con elementos (que interrelacionan entre sí) los cuales se organizan en subsistemas (conyugal, parental y fraternal). El subsistema conyugal está formado por la pareja, el subsistema parental está conformado por los padres y el subsistema fraternal está formado por los hermanos. Este sistema puede ser permeable, pudiendo así ingresar eventos estresantes a cada subsistema, el origen de como sobrellevar estos estados de estrés va a depender de la red de apoyo social que tenga la familiar. El apoyo social fomenta la salud por sí mismo con independencia al grado de estrés que se experimente, esto lo consigue elevando el sentimiento de bienestar, mediante la integración de redes sociales se evita las experiencias negativas, con ello se crea en las personas un sentimiento de compañía y de soporte, protegiendo así a las personas de los efectos perjudiciales del evento estresante (1).

Dingle y colaboradores en la década de los 60 analizaron familias por un período de tres años para estudiar la incidencia de enfermedades respiratorias y obtuvieron que la incidencia acumulativa

de las más comunes de estas enfermedades varían en dependencia de la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Por otra parte la susceptibilidad al infarto se encontró altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia, definida como situaciones de divorcio, separación, hogares monoparentales (12).

La forma como una familia puede afrontar un evento estresante no solo depende de la red de apoyo social que puedan tener, sino también involucra la salud familiar que tengan, una familia disfuncional no tendrá el mismo pronóstico de sobrellevar y enfrentar los eventos estresante, en comparación a a una familia normafuncional.

En un estudio de 154 familias de un consultorio médico del municipio Playa, Ciudad de La Habana, en 1994, se obtuvo que la disfuncionalidad familiar estuvo asociada con las condiciones materiales limitadas, con la estructura familiar multigeneracional y con problemas de los subsistemas de la familia. Las familias disfuncionales tenían una incidencia más alta de enfermos crónicos con pobre control de su enfermedad, las mujeres de esas familias no planificaban su reproducción. En esos hogares se concentraban los problemas de alcoholismo, conducta antisocial, promiscuidad, conducta suicida y métodos incorrectos de crianza (13). También se evidenció en un estudio analítico de tipo caso clínico que el tipo de familia que más alta probabilidad tiene de presentar un miembro con intento suicida es aquella que se caracteriza por tener más alto grado de disfuncionabilidad familiar, pobre armonía y comunicación y vivencia de

crisis de desmoralización y desorganización (12, 14).

Por lo tanto, según este modelo explicativo, es de vital importancia tomar en cuenta los factores que intervienen (**TABLA1.**)

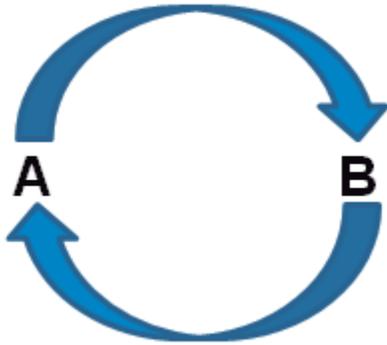
TABLA1. Factores que intervienen en el modelo explicativo de la atención familiar

<ul style="list-style-type: none"> • Factores familiares <ul style="list-style-type: none"> ○ Estructura familiar ○ Ciclo vital familiar ○ Función familiar • Creencias • Relaciones interpersonales • Acontecimientos vitales estresantes <ul style="list-style-type: none"> ○ Familiares ○ Económicos ○ Laborales ○ Legales ○ Personales • Red y apoyo social <ul style="list-style-type: none"> ○ Tamaño y composición de red ○ Dimmensiones del apoyo social • Recursos del propio paciente
<p>Fuente: Zurro, A. y Cano, J. (2014). Atención Primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina familiar. Séptima edición. Editorial Elsevier España.</p>

ENFOQUE DE LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La familia se debe enfocar desde la perspectiva sistémica. La familia se debe entender como un sistema, y como cada sistema tiene un mecanismo regulador, la cual permite las relaciones entre estos. Este mecanismo regulador son las reglas internas de la familia, la cual determina la posición de cada miembro de la familia. Se considera a la familia como un sistema interactivo gobernado por reglas. Las interacciones familiares son circulares (la conducta de A, afecta a B), ver **FIGURA 1**

FIGURA 1: Concepto de circularidad



Fuente: figura creada por la autora Dra.Margarita Malpartida, en base de Zurro, A. y Cano, J. (2014). Atención Primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina familiar. Séptima edición. Editorial Elsevier España.

Los factores que intervienen en el modelo de atención familiar son los acontecimientos vitales estresantes, la situación estructural, funcional y relacional de la familia, la red y el apoyo social (15).

ABORDAJE

Para el trabajo en el abordaje familiar, se utilizan teoría de sistemas como marco teórico de acercamiento al grupo familiar, y en instrumentos para conocer la realidad familiar, tales como el genograma, la evaluación de acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y función familiar (15).

- **Genograma**

Es la representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo, se construye mediante una entrevista individual o familiar. Este instrumento clínico, facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente y proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y

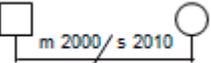
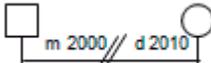
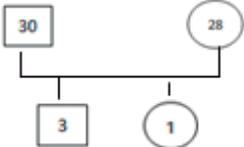
psicosociales (1,16). Mediante el genograma podemos relacionar al paciente con la familia. Este genograma debe representar por lo menos 3 generaciones y esta conformado por líneas y figuras.

El cuadrado representa al hombre, el círculo a la mujer, en caso de matrimonio se representa por dos líneas verticales que parten de la base de los símbolos varón y mujer, unidas por una línea horizontal, sobre la que se coloca las fechas de concubinato, matrimonio, separación y/o divorcio, estas dos últimas se trazan con una línea o dos líneas inclinadas correspondientemente. Cuando la pareja tiene hijos se representa uniéndolos en una línea vertical a la horizontal, las edades de cada miembro estarán indicadas dentro del símbolo correspondiente. Es importante señalar que tipo de relación tiene la familia, esto se representa mediante líneas horizontal (TABLA 2.)

Este genograma se fundamenta en la hipótesis de buscar rápidamente información precisa para conocer cada miembro del grupo familiar, dar a cada uno la posibilidad de posicionarse en su historia, desarrollar las necesidades de pertenencia, diferenciar la línea conyugal de la parenteral, en conclusión nos permite entender como están unidos cada miembro de la familia (18).La interpretación de este genograma va a depender de la calidad de su elaboración.

- **Apoyo social**

La evaluación de apoyo social es importante, Bowling lo define como

TABLA2. Los símbolos de genograma	
	: hombre
	:mujer
	: matrimonio realizado en el año 2000
	: separación en el año 2010
	: divorcio en el año 2010
	: paciente mujer infectada
	: paciente hombre infectado
	: Padre de 30 años, madre de 28 años, hijo de 3 años e hija de 1 años
	: relación familiar unida
	: relación familiar muy unida
	: relación familiar disntante
Fuente : figura realizado por la autora con base a Suarez Cuba Miguel Ángel. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2010 [citado 2020 Jul 02] ; 16(1): 53-57.	

un proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o afectiva de su red social (19). Son la conexión de relaciones sociales que rodea a los individuos y que pueden o no entregar apoyo social, que se puede describir como la ayuda y asistencia intercambiadas mediante las relaciones sociales y transacciones interpersonales (20). Se ha evidenciado que existe una

asociación entre la falta de relaciones sociales y mortalidad por todas las causas, así como entre el apoyo social emocional, relaciones cercanas y el aumento de la sobrevida en personas con enfermedades cardiovasculares severas. Una red de apoyo social funcional, proporciona salud mental positiva, reduce los efectos de los eventos estresores. El apoyo social tiene un lado cuantitativo (cantidad

de apoyo social) y otro lado cualitativo (la percepción de calidad de apoyo que se recibe) (21).

- **Apgar familiar**

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a la población infantil (22). Es ampliamente usado para la evaluación familiar, esto se debe a sus múltiples fortalezas, tales como ser una escala breve y de fácil aplicación. Además, las propiedades psicométricas del APGAR-familiar han sido adecuadas en diversas poblaciones. En este sentido, se confirma que sus cinco ítems cargan a un factor y la fiabilidad, alfa de Cronbach, suele ser entre 0,71 y 0,83. (23,24)

Después de un estudio con 656 pacientes del centro de salud Zaidín-Sur en Granada, los cuales fueron entrevistados en su domicilio (El cuestionario se repitió un promedio de 6 días después a 60 de los pacientes), en este estudio se concluyó con la confirmación de que el cuestionario de la familia Apgar sobre la función familiar es válido y confiable (7).

Este cuestionario evalúa 5 funciones básicas de la familia (22):

- Adaptación: capacidad para resolver situaciones de estrés familiar.
- Participación: se refiere al grado de cooperación de cada miembro de la familia en la toma de decisiones y en el mantenimiento familiar.

- Gradiente de recurso personal: es el desarrollo de la maduración física y emocional que alcanzan los miembros de la familia gracias al apoyo mutuo.
- Afecto: relación afectiva entre los miembros de la familia.
- Recursos : compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades-

La puntuación de cada pregunta va desde 0 a 2 sobre la escala de Likert de 3 posiciones, puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales, puntuaciones entre 4 y 6 corresponde a una familia con disfunción leve, mientras que puntuaciones entre 0 y 3 corresponde a una familia con disfunción grave. (Ver **TABLA 3**).

- **General health questionnaire (GHQ-28)**

Es un instrumento desarrollado para la detección de posibles casos con trastornos mentales de tipo no psicótico en los servicios de asistencia primaria. Este cuestionario autoadministrado consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: para síntomas psicósomáticos (preguntas 1–7), ansiedad (preguntas 8–14), disfunción social en la actividad diaria (preguntas 15–21) y depresión (preguntas 22–28), a las cuales puede responderse con cuatro posibilidades, puntuando con un punto cualquiera de las dos opciones más afectadas. Una puntuación superior a 5/6 (siendo el máximo de 7) en cualquiera de las categorías es indicativa de caso probable (25,26).

TABLA 3. Cuestionario APGAR FAMILIAR			
Preguntas	Casi nunca	A veces	Casi siempre
A. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe su familia cuando tiene un problema?			
B. ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en el hogar?			
C. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
D. ¿Está satisfecho con el tiempo que permanecen juntos?			
E. ¿Siente que su familia le quiere?			
Fuente: Zurro, A. y Cano, J. (2014). Atención Primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina familiar. Séptima edición. Editorial Elsevier España.			

ATENCIÓN FAMILIAR EN LA PRACTICA CLÍNICA

Es una atención longitudinal, esta atención de salud se facilita con el uso de cuestionarios y genograma realizado previamente, ya que con ello el médico familiar se da una idea de la capacidad de adaptación y de resolución de problemas que tiene una familia durante el ciclo vital familiar. En el caso de:

- Familiar con enfermedad crónica**
 Esta enfermedad conlleva a la adaptación de toda la familia a la nueva situación. Este estrés desarrollado por la familia podría desencadenar conflicto y a veces desencadena enfermedad de otros miembros, si el personal salud no está atento a ello (6). Para un adecuado abordaje se deben conocer 3 pilares esenciales: la enfermedad, el individuo y la familia. Esto brinda una perspectiva no solo biomédica, sino psicosocial de las dolencias. Rolland ideó una nueva tipología psicosocial de las enfermedades

crónicas, se agrupa en 4 variables, comienzo, curso, pronóstico y grado de incapacitación. En un comienzo agudo, la familia debe de movilizarse rápido y se evidencia las habilidades que tienen para poder manejar las crisis, en cambio en una enfermedad crónica el curso es progresivo en este caso la familia se encuentra en un cambio continuo de adaptación y de papeles. En cuanto al pronóstico, en este caso la familia no sabe si es positivo o negativo es por ello que se encuentran en un continuo dilema de entablar una relación más estrecha o de alejarse emocionalmente del paciente. Si con todo lo anterior le añadimos que la enfermedad crónica causa inmovilidad o incapacidad, hace que aumente el coste psicosocial (1,9).

- Familiar con enfermedad termina, muerte, duelo**
 El objetivo es canalizar este impacto sobre la familia del fallecido para que pueda tener un efecto reparador, y controlar su repercusión para

prevenir la aparición de sintomatología en un futuro (6). Según Aranda et al. La familia que tiene un miembro con enfermedad terminal se caracteriza por una variedad de sensaciones y cambios emocionales que interactúan entre todos los miembros de la familia. (6,27). En esta situación existe 3 patrones descritos por Coyle et al. a los cuales son: una buena comunicación entre el profesional de la salud, familiares y pacientes, una comunicación intermedia o una comunicación deficiente en donde prevalece el papel protector al paciente. En este último patrón el paciente se angustia porque es alejado de toda la sociedad, muchas veces puede desarrollar agresividad (1,27).

- **Familiar con enfermedad mental**
Pueden plantear estrategias familiares que contribuyan al cambio del comportamiento del paciente y a la vez realizar un apoyo a la familia para que se enfrente a estas situaciones. Sobre todo en el abordaje familiar en consumidores abusivos de alcohol (6).

CONCLUSIONES

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. El enfoque familiar es de gran importancia para el profesional de la salud, con ello se descubre las necesidades del paciente como de su familia. Debemos dejar en claro que cada familia, posee y transmite un patrón propio de creencias, reglas y normas, rituales, experiencias, relaciones entre

sus elementos y con el entorno, que las hace únicas e irrepetibles, por lo que no es posible definir un patrón de normalidad. Basándose en ello, el médico familiar y comunitario debe abordar a cada tipo de familia según sus características y necesidades. Cuando se habla de salud familiar podemos diferenciar en familia normo funcional o disfunciones. Una familia funcional son los que son capaces de afrontar los diversos cambios derivados del propio crecimiento y desarrollo, las diversas circunstancias externas que les puedan generar estrés; más que una situación de equilibrio constante, es su continua capacidad de adaptación lo que mejor caracteriza el correcto funcionamiento familiar. Cabe resaltar que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se ha evidenciado que ejerce función protectora ante las situaciones de estrés que podrían tener durante la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

Existen instrumentos que ayudan al médico de familia a poder evaluar mejor a la familia, entre estos instrumentos se encuentra el genograma, el cual es la herramienta más útil en el estudio de la atención familiar, es de gran importancia ya que grafica la relación del paciente con su familia, a pesar de ello, aun no existe un consenso en la creación del mismo, tanto en lo referente a la información que debe recoger como en el significado de los símbolos que se usan.

El apgar familiar nos ayuda a definir a la familia según su funcionalidad, es de fácil uso, rápido y adaptable a todas las edades.

A pesar de que el estudio de la familia es tan importante, sigue siendo un tema poco estudiado para el personal de

salud, existe pocas investigaciones, estudios y publicaciones sobre el estudio de la familia, la mayoría de estudios se limitan al papel mujer y niño, sin embargo el papel de todo el entorno familiar es vital para poder brindar un abordaje biopsicosocial a la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Zurro, A. y Cano, J. (2014). Atención Primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina familiar. Séptima edición. Editorial Elsevier España.
2. Unidad de seminario "Dr. Ignacio Chavez".Elementos esenciales de la medicina familiar conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en medicina familiar. [Internet]. Ciudad Universitaria Coyoacán, México,D.F. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0BzRT2g1tiPsYNUN2SHikYXdiWEk/view>
3. Nina Horwitz Campos, Ramón Florenzano Urzúa e Isabel Ringeling Polanco. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 98(2), 1985. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16959/v98n2p144.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. San Martín H, Carrasco JL. Yuste J, Breihl J, Pastor V, Granda R. Salud, Sociedad y Enfermedad. Estudios de Epidemiología Social. Madrid: Ed Ciencia-3. 1986;20-23.
5. Engels F. El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. La Habana Ed. Política, 1963:10-27.
6. M.C. Fuertes, M.U. Maya. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. ANALES Sis San Navarra [Internet] 2001, Vol. 24, Suplemento 2. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5901/4756>
7. Marcos Ortega B. Estructura y función familiar. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2007 01;14:37-45. [https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(07\)74018-5](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(07)74018-5)
8. Jackson, Don D. La homeostasis familiar y el médico CIC. Cuadernos de Información y Comunicación. [Internet] vol. 14, 2009, pp. 15-20 Universidad Complutense de Madrid Madrid, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/935/93512977002.pdf>
9. Archivo en Medicina Familiar. [Internet] Conceptos básicos para el estudio de las familias. Vol. 7 Supl. 1 2005 pp 15-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
10. Martín Eduardo Montaña Portillo, Arnulfo Irigoyen Coria. Reflexiones sobre el anciano y la cultura del envejecimiento. [Internet] 2017. Vol.19 (2) 27- 30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2017/amf172a.pdf>
11. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar [Validity and reliability of the family Apgar family function test]. Aten Primaria. 1996;18(6):289-296.
12. Isabel Louro Bernal. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2003; 29(1):48-51. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>

13. Tesis para la obtención al grado de especialista en Medicina General Integral]. Ciudad de La Habana, Facultad Finlay - Albarrán, 1990
14. González G J. Factores de riesgo familiar en el intento suicida. Municipio Playa. 1995 [Tesis para la obtención al grado de Master en Psicología de la Salud]. Facultad de Salud Pública, 1996
15. Bailón Muñoz E, de la Revilla Ahumada L. La atención familiar, la asignatura pendiente. *Atención Primaria*. 2011 02;43(2):55-57. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.006>
16. L. de la Revilla, L. Fleitas, MA. Prados, A. de los Ríos, B. Marcos, E. Bailón. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. ELSEVIER. [Internet] 1998, Vol.21. Núm.4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-genograma-evaluacion-del-ciclo-15050>
17. Suarez Cuba Miguel Ángel. EL GENOGRAMA: HERRAMIENTA PARA EL ESTUDIO Y ABORDAJE DE LA FAMILIA. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2010 [citado 2020 Jul 02] ; 16(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100010&lng=es.
18. María Isabel González. El cuidado de los vínculos. Mediación familiar y comunitaria. Editorial Universidad del Rosario. Colombia . pág. 150
19. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. 1991 01;32(6):705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
20. Glanz, K et al. 2008. Health Behaviour and Health Education. Chapter 9: Social Networks and Social Support. Pags. 189-210. Jossey-Bass.
21. Martín Plaza G. Promoción de Salud y Apoyo Social. Residente Medicina Familiar UC y voluntario de [Acercando Salud](#). [Internet]Chile. Editora: Dra. Solange Rivera M. Docente Medicina Familiar UC. Disponible en:<http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/342.html>
22. Dr. Miguel A. Suarez Cuba*, Dra. Matilde Alcalá Espinoza. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz* [Internet] 2014. Vol.20 Núm.1 La Paz . Disponible en:http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
23. Suárez MA, Alcalá M. APGAR-familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Méd La Paz* 2014; 20 (1): 53-7
24. Castilla Cabello H, Caycho Rodríguez T, Ventrura León JL, Palomino-Barboza M, de la Cruz Valles M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad* 2016; 6 (2): 140-53.
25. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rodríguez-Muñoz MDLF, Icaf G. El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*. 2014 07;25(2):105-110. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.005>
26. Pedro Pérez Moreno; Oscar M. Lozano rojas; Antonio J. Rojas Tejada. Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. Universidad de Huelva. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Huelva.2009. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15040/Propiedades%20psicom%C3%A9tricas.pdf?sequence=2>
27. De La Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmobilizados y terminales. Granada: Fundesfam; 2001