

La Familia como un Sistema: Relación Familia y Salud

Dra. Gloria Bozzo S.
Médico Familiar

INTRODUCCIÓN

Desde sus comienzos la Medicina Familiar ha promovido la idea de que un médico de familia completo debe comprender y relacionarse con pacientes individuales, la familia de éstos y el contexto social. La comprensión de la influencia de la familia sobre los individuos, la influencia de los individuos sobre otros miembros y/o sobre toda la familia, y cómo las familias responden al estrés y tensiones precipitados por los cambios de los ciclos normales de vida y/o por sucesos relacionados con la salud es el componente fundamental de esta especialidad. Por lo tanto, las palabras *de Familia o Familiar* que acompañan a la palabra *Medicina* para dar nombre a la especialidad no son un mero adorno, sino que describen claramente el cuerpo de conocimientos acumulados relacionados con la salud, enfermedad y cuidados de la salud del individuo en el contexto de la familia¹.

Para introducirnos en el tema es necesario primero conocer algunos conceptos y definiciones. Para ello, comenzaremos por intentar definir **Salud**, luego aclarar el concepto de **Familia**, seguir con algo de la teoría de sistemas, para finalmente terminar relacionando ambos conceptos.

SALUD

Según la Convención de Alma Ata que realizó la OMS en 1978, la **Salud** no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que el *completo bienestar físico, psíquico y social de las personas*. Desde esta perspectiva es que se intentará hacer un análisis del significado del proceso salud-enfermedad.

Es importante conocer que estudios realizados en la población general han revelado que sólo una pequeña parte de los problemas sanitarios sufridos por las personas son atendidos por médicos. Kerr White y cols, en un estudio de población general mayor de 16 años seguidos durante un mes, obtuvo los siguientes resultados: por cada 1.000 personas, 750 sufrieron algún tipo de dolencia, 250 consultaron a un médico de familia, 9 fueron internados en un hospital, 5 necesitaron los servicios de un especialista y 1 fue derivado a un hospital universitario² (Figura 1).

Otros estudios poblacionales retrospectivos, Wadsworth y cols (1971); Dunnell y Cartwright (1972), encontraron que el 90% de los adultos acusaron algún síntoma durante las dos semanas previas, y sólo una de 4 ó 5 de estas personas habían consultado a un médico durante el mismo período.

Estos datos pues, hacen preguntarnos ¿Por qué algunas personas deciden consultar por sus molestias y otras no? Para contestar, es necesario conocer dos conceptos: **papel de enfermo** y **conducta de enfermedad**.

El concepto de **papel de enfermo** fue introducido por Henry Sigerist³ y Talcott Parsons⁴. Según este último, cuando una persona ha consultado a un médico y ha sido definida como enferma, ocupa un papel especial en la sociedad. El entrar a la categoría de enfermo obtiene una serie de obligaciones y privilegios. Por ejemplo: es liberado de obligaciones

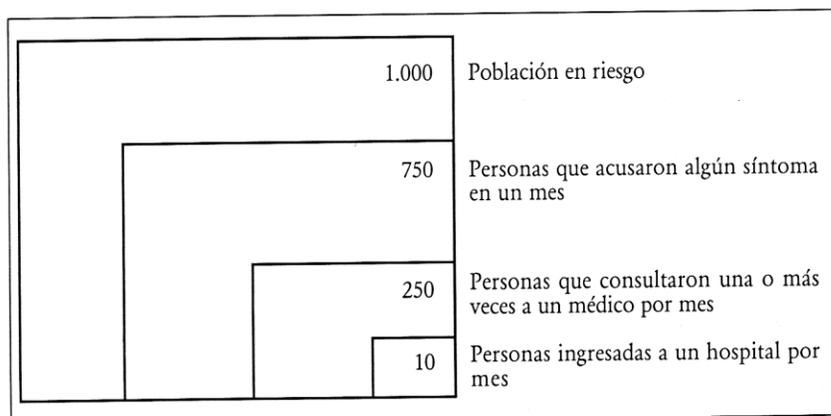


Figura 1.

sociales normales y no se le debe considerar responsable de su incapacidad. Por otra parte, se espera del enfermo que busque ayuda profesional y haga todo lo posible por recuperarse. El que una persona decida o no adoptar el papel de enfermo cuando enferma, depende de muchos factores individuales y de grupo, que son independientes de la gravedad de la enfermedad.

El concepto de **conducta de enfermedad** es definida por Mechanic⁵ como la "forma en que unos determinados síntomas pueden ser percibidos, evaluados y afrontados (o no afrontados) por los distintos tipos de personas". La conducta de enfermedad adoptada por un individuo, determina que desempeñe o no el papel de enfermo y que consulte o no al médico.

La importancia de distinguir entre enfermedad y conducta de enfermedad se ilustra en el síndrome del colon irritable. Si el síndrome se define sólo por las características del paciente que acude a la consulta, se encuentra una relación significativa entre síntomas abdominales y rasgos "neuróticos" del paciente. Esto ha llevado a postular que ciertos rasgos de personalidad son los que producen el síndrome. Sin embargo, los estudios del síndrome de colon irritable en la población general demuestran que las personas con el síndrome que no acuden al médico, no son diferentes desde el punto de vista psicológico de los sujetos normales sin síndrome de colon irritable (Drossman y cols, 1987).

Por lo tanto, volvemos a la pregunta inicial: ¿Por qué algunas personas deciden consultar por sus molestias y otras no? La respuesta, probablemente, esté en que el objetivo del tratamiento quizás no radique en eliminar los síntomas de la persona que consulta, sino en ayudar a que aprenda a vivir con ellos, como lo han hecho otras muchas personas de la población.

FAMILIA

Cuando uno intenta definir familia se encuentra con un gran problema que es que no existe una definición única para este concepto. Depende de la cultura desde la cual hagamos la definición, de la época, etc. En general, **Familia** es el nombre que se ha utilizado para designar una organización social tan antigua como la propia humanidad y que ha experimentado transformaciones a lo largo de la historia que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época sin desaparecer.

Sin embargo, no es hasta el siglo XIX (1861) cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia.

Algunas de las definiciones de familia más usadas son:

1. Conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio (ONU).
2. Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas; número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa; conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a su linaje (Diccionario de la Lengua Española).
3. Grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar (WONCA).

La familia como un sistema

En la práctica diaria, los profesionales de la salud, nos vemos enfrentados a "enfermedades" que no evolucionan "como debieran", personas que consultan por dolencias que nos parecen insignificantes, quejas que no son "de

nuestra competencia", en fin, un sinnúmero de situaciones que no sabemos abordar y que nos agobian. ¿Por qué? Buena pregunta. Quizás, porque la forma de enfrentar el problema no ha sido el adecuado. Entonces surge otra forma, complementaria, de mirar los problemas en salud y es el del enfoque sistémico.

La teoría general de sistemas fue enunciada originalmente por Ludwig von Bertalanffy en el Seminario de Filosofía Charles Morris en la Universidad de Chicago en 1937. Pero como sucede, a veces, con las ideas nuevas ésta se desarrolló simultáneamente en diferentes campos. En psiquiatría lo representó Goldstein; Cannon en filosofía; en el campo de la ingeniería de comunicaciones, computadores y servo-mecanismos que condujeron a la cibernética; en las ciencias conductuales y sociales a través del trabajo de Talcott Parson en su libro "El Sistema Social", donde por primera vez se aplica la teoría de sistemas a la sociedad.

La Teoría general de sistemas plantea que "en contraste con las fuerzas físicas como la gravedad o la electricidad, los fenómenos de la vida sólo se encuentran en entidades individuales llamadas organismos. Todo organismo es un sistema, esto es, un orden dinámico de partes y procesos (componentes) que están en mutua interacción". Dicho de una forma más simple, un sistema es todo organismo con un número de componentes en interacción mutua⁶. Von Bertalanffy⁷ describió algunas características de los sistemas que son las siguientes:

1. *Todo sistema es una complejidad organizada (se refiere a la interacción dinámica de muchas variables que ocurren en sistemas vivientes).*

En el caso de la familia esto puede ser entendido al darnos cuenta que cada miembro de la familia es necesariamente

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

te interdependiente del otro, ejerciendo una continua y recíproca influencia entre ellos.

2. *Un sistema es más que la suma de sus partes* (principio de no sumatividad).

Cada uno de los miembros de la familia está enraizado en el sistema familiar y es mejor comprendido dentro del contexto de ese sistema.

3. *Es abierto o cerrado* (los sistemas abiertos son los que intercambian energía, materia e información con su ambiente).

Las familias son abiertas cuando se contactan con el exterior y son cerradas si tienen un mínimo de contacto con éste.

4. *Los sistemas tienen sus límites* (el límite es la región que separa un sistema de otro y tiene la función de filtrar o seleccionar "inputs" y "outputs").

La familia tiene límites que las separan de otras familias, pero también, dentro de cada familia, cada miembro tiene límites que lo separa de los otros.

5. *Recibe retroalimentación* (proceso por el cual el sistema regula sus respuestas a los estímulos del exterior).

En el caso de la familia, la retroalimentación ocurre cuando la información o estímulos recibidos, desde fuera o del interior de ella, la obligan a readecuar su funcionamiento.

6. *Tiende a mantener un estado estable u homeostasis* (se refiere a la tendencia de cualquier sistema a mantener la constancia, estabilidad o las condiciones del sistema con respecto a límites definidos de algunas de sus variables, en relación con el ambiente).

La familia en situaciones de crisis (separación del matrimonio, por ejemplo) o

en cada uno de los ciclos vitales por los que pasa, realiza ajustes a través de una reorganización en diferentes niveles del sistema familiar: estructura, roles, relaciones.

7. *Un sistema crece y se adapta a través de un proceso de diferenciación* (esto se puede ver en el proceso de maduración biológica del individuo).

8. *Posee el principio de equifinalidad* (la implicancia de este principio es que si un sistema tiene metas con propósitos, puede alcanzar estas metas desde diferentes puntos de partida y por diferentes caminos).

Entonces, podemos pensar en la familia como un sistema, un sistema social. Sin embargo, lo que distingue a la familia de otros sistemas sociales son sus funciones únicas, la calidad de la lealtad familiar y el clima de sentimientos que existe en ella.

Como sistema social, la familia es una complejidad compuesta de subsistemas en mutua interacción (las unidades pueden entenderse como siendo tanto los individuos como los subsistemas de la familia). Como un conjunto de personas en interacción, el sistema familiar es más que sólo la suma de sus partes individuales. Tan integral es esta relación entre las partes del sistema y el sistema total, que un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento (una enfermedad, por ejemplo), la totalidad del sistema familiar se ve afectado. A la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de esta disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia, lo que se conoce en la literatura especializada en familia como "búsqueda del chivo expiatorio".

Para que una familia sea funcional, su foco no debe estar solamente en su propio sistema interno. El sistema familiar existe dentro de un suprasistema,

el espacio vital o ambiente, que a su vez puede ser subdividido en ambiente próximo de la familia más extensa, la vecindad y la comunidad, y un ambiente más remoto de la región, la nación y el mundo.

Quedaremos hasta aquí, en cuanto a teoría de sistemas y su aplicación a la familia, ya que no es el objeto de este artículo tratar en profundidad la teoría de sistemas.

Relación Familia y Salud

Finalmente, nos queda por aclarar la relación que existe entre salud y familia. Entonces nos surge la primera pregunta ¿Por qué pensar en la familia de las personas que atendemos?

Muchas veces, el interés que demostramos por la familia del paciente obedece más a normas de buena crianza, afecto o humanidad, que a un real interés por afinar un diagnóstico o elegir un tratamiento. Quizás hace excepción a esto el origen genético o hereditario de una enfermedad, donde los antecedentes familiares son primordiales.

Cuando consulta una persona, es fácil olvidar que lo que vemos corresponde sólo a una pequeña fracción de lo que esa persona es realmente, sobre todo si tomamos en cuenta el escaso tiempo que destinamos por paciente. Si sólo vemos al paciente, como sujeto aislado de su contexto, veremos muchas similitudes entre su enfermedad y la de otras personas con el mismo diagnóstico, pero no podremos explicar por qué la evolución en uno y otro caso son diferentes, a pesar de "ser la misma enfermedad". Si utilizamos el mismo ejemplo del colon irritable, del inicio de la exposición, podemos decir que son más similares dos colones con Síndrome de Colon Irritable, que dos personas con "ataque de colon" y éstas más similares entre sí que dos personas, miembros de familias diferentes, que presentan Sí-

drome de Colon Irritable. Con ello se quiere decir que, es fundamental aplicar la mirada sistémica al problema antes de realizar conjeturas y sobre ellas determinar una conducta. Por lo tanto, el por qué debemos preocuparnos por la familia de nuestros pacientes no será sólo una muestra de buena educación, sino que una herramienta de trabajo. La mirada sobre la familia y el entorno del paciente nos ayudará a entender y enfrentar aquellos casos que se nos “escapan de la norma”.

La segunda pregunta que surge es ¿Por qué ha sido tan difícil para los médicos y otros profesionales de salud integrar a las familias de nuestros pacientes? Probablemente, parte de la respuesta está en el modelo de aprendizaje que se ha utilizado en las universidades para formar profesionales de salud. El paradigma de la medicina moderna, hasta hace no mucho, era lo que conocemos por modelo reduccionista o lineal, caracterizado por:

1. El paciente sufre enfermedades.
2. La enfermedad puede considerarse independiente de la persona y el contexto.
3. Se pueden considerar separadas las enfermedades físicas de las mentales.
4. Cada enfermedad tiene un agente causal específico.
5. La tarea del médico es descubrir la enfermedad y prescribir un medicamento específico.
6. Se cuenta con el método clínico conocido como diagnóstico diferencial.

Lo que al final se traduce en un sistema de atención de personas aisladas, la familia se concibe como objeto fragmentado (actores), existe una relación jerárquica entre experto (profesional de salud) y usuario (paciente), se resuelven problemas de acuerdo a estándares preestablecidos, uniformiza y es rígido. Los alumnos de las carreras de la salud y, sobretudo los alumnos de medicina, aprenden a relacionarse con sus pacien-

tes a través del modelo que sus docentes les muestran, y ¿qué es lo que ven? Ven médicos que más bien “evaden” a los familiares; visitan a sus pacientes en ausencia de los parientes; si tienen que dar información, intentan delegar la responsabilidad, con mayor razón si son malas noticias; rehuyen de los familiares cuando solicitan información de su pariente enfermo. En la atención primaria, el panorama no es más alentador, ven profesionales sobrepasados por el volumen de pacientes, espacios pequeños que no permiten atender con más de un acompañante por paciente, tiempo escaso de atención. En resumen, aprenden a plantear diagnósticos, decidir tratamientos, controlar pacientes, pero **no aprenden a trabajar con familias**. Al final del proceso, lo que se obtiene es profesionales altamente capacitados para resolver enfermedades, pero no expertos en salud.

Entonces surge la tercera y última pregunta, ¿cómo podemos integrar los aportes de la familia a nuestra labor como profesionales de salud? Lo primero que debemos hacer es reconocer que el individuo es parte de un sistema, el sistema familiar, y que, por lo tanto, no podemos verlo como un ser aislado. Luego, debemos reconocer la compleja red de relaciones que cada individuo teje a lo largo de su vida, para finalmente entender que cuando una persona decide consultar por una “enfermedad” no sólo debemos hacer lo que se nos enseñó en la universidad, vale decir diagnosticar y prescribir tratamiento, sino que acoger a esa persona en toda su dimensión, intentando comprender desde la conducta de enfermedad, de esa persona en particular, hasta el rol que está jugando la enfermedad en ese sistema familiar. Es necesario recordar que la familia, al igual que cualquier sistema, tiene la capacidad de “autoorganizarse”⁸ y esta capacidad, a los profesionales de salud, nos puede traer grandes dolores de cabeza si apuntamos sólo a los fenómenos bioquímicos, fisiopatológicos o

semiología del órgano dañado del paciente que estamos atendiendo. Por otro lado, esta misma capacidad de autoorganización de la familia puede procurarnos grandes satisfacciones en el manejo de los pacientes si aprendemos a utilizarla como una herramienta más en nuestro quehacer profesional.

Esta forma de trabajar con la familia determina, necesariamente, un cambio en la forma de mirar los problemas. Generalmente, estamos acostumbrados a buscar el defecto (Ej: falla en la secreción de insulina), lo que está fallando (Ej: el páncreas), para luego generar una hipótesis (Ej: DM en un paciente obeso) que dé con el culpable (Ej: el paciente) y de allí determinar indicaciones (Ej: dieta y medicamentos), consejos (Ej: cambio de estilo de vida) que mejoren la situación. Sin embargo, no obtenemos buenos resultados ¿Por qué?, porque nos hemos olvidado de lo principal, el paciente y su sistema familiar. Puede que el diagnóstico sea el correcto, pero ni el paciente ni la familia lo acepta, porque nadie en la familia ha tenido “eso”, o bien, la “vecina dijo que ...”, o simplemente no quiere hacerse cargo del problema. Es allí, que la mirada sistémica sobre la familia nos puede ayudar, en vez de buscar culpables busquemos aliados, en vez de dar consejos desde nuestra realidad, intentemos que sea el propio paciente y su familia los que busquen soluciones. Vale decir, aprovechemos las potencialidades de la familia en el manejo del caso⁹.

Integrar verdaderamente a la familia al proceso salud-enfermedad implica un esfuerzo extra por parte de los profesionales (aportar los conocimientos propios de la disciplina que se ha elegido más el real interés por el paciente y su entorno). Ahora los profesionales no se sentirán defraudados ante los “fracasos”, sino que se preguntarán qué es lo que está sucediendo en este sistema para que las cosas no funcionen “como esperamos”, estarán más atentos a los

procesos dentro de la familia y cómo éstos afectan el actuar de sus miembros. En definitiva, tendremos profesionales expertos en personas, familia y salud.

REFERENCIAS

- 1.- TAYLOR R B. Conceptos centrales en Medicina Familiar. En Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. SemFYC y CIMF.
- 2.- WHITE K L, WILLIAMS T F, GREENBERG B G. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 265: 885-92.
- 3.- SINGER H E. Civilization and Disease. Chicago, University of Chicago Press, 1970.
- 4.- PARSONS T. Illness and the Role of the Physician (originalmente de 1948), en Clyde Kluckhohn y Henry Murray, comps., Personality in Nature, Society and Culture, ed. rev., Nueva York, Knopf, 1953.
- 5.- MACHANIC D. The concept of illness behavior. Journal of Chronical Diseases 1962; 15: 189-94.
- 6.- HALL A D. Ingeniería de Sistemas. México CECSA, 1964.
- 7.- BERTALANFFY L VON. Untersuchungen über die Gesetzmäßigkeit des Wachstums. I. Allgemeine Grundlagen der Theorie; mathematische und physiologische Gesetzmäßigkeiten des Wachstums bei Wassertieren. Arch. Entwicklungsmech 1934; 131: 613-52.
- 8.- DYM B. La cibernética de la enfermedad física. Rev Sistemas Familiares ASIBA 1990; 6 (1): 51-65.
- 9.- FUHRMANN I. Familia y Salud. Rev Chil Med Fam 1999; 1: 26-30.