

Familia y Salud

Dra. Ingeburg Fuhrmann

Centro de Terapia Sistémica

R E S U M E N

Se plantea la necesidad de incluir a la familia en las acciones de salud para que éstas se adecuen más a las necesidades de las familias y las familias colaboren mejor en la prevención de enfermedades y en la recuperación de la salud.

La recolección y el análisis de información sobre relaciones y el grupo familiar requieren de conocimientos y habilidades diferentes que la atención individual de salud. La aproximación sistémica, que ya ha hecho aportes importantes a la psicoterapia familiar, puede proveer las herramientas conceptuales para trasladar el foco desde el individuo a la relación y desde ésta al sistema familiar. El constructivismo puede constituir una interesante base para la práctica del médico familiar, que desea incluir verdaderamente a la familia en sus acciones de prevención de enfermedades o de recuperación de la salud.

PENSAR EN LA FAMILIA DEL PACIENTE

La creación de la especialidad de medicina familiar y el interés creciente por conocer mejor y tomar más en consideración a las familias, marca un hito trascendente en el cambio de la medicina tecnificada a una medicina humanizada. El interés por la familia no es nuevo: ha estado presente quizás desde el inicio de la medicina. Hay registros del siglo pasado - en que un médico de cabecera belga¹ publica su descubrimiento de una concentración de enfermedades en una misma familia y la asociación de este fenómeno que pudo establecer, gracias a su acucioso registro, con episodios importantes en la vida de esas familias como, por ejemplo, una muerte, un cambio de estilo de vida o el matrimonio de un hijo.

Hubo largos años en que el avance de la medicina, con la necesaria especialización de los profesionales, desvió la atención de la familia y limitó el acceso a la información global tan natural para el antiguo médico de familia. A pesar de esa tendencia de «reducir» la atención al individuo y al funcionamiento de su orga-

nismo, se mantuvo, un genuino interés por la historia familiar de los pacientes que se transmitía de docentes a alumnos y que muchas veces correspondía más a una demostración de afecto, humanidad o buena crianza del profesional, que a una necesidad real de disponer de esta información para afinar su diagnóstico o elegir un tratamiento².

Cuando consulta una persona, al interactuar con ella es fácil olvidar que lo que vemos corresponde a una fracción mínima de lo que esa persona es, en su vida real. Allí no está aislada, sino que es parte de una compleja red cuyas interconexiones desconocemos cuando está sola ante nosotros. Mientras sólo vemos un paciente aislado pueden haber muchas similitudes entre su enfermedad y otras con el mismo diagnóstico. Son más similares dos hígados con hepatitis, que dos personas enfermas de hepatitis y éstas son más similares entre sí, que dos personas, miembros de familias diferentes, que han enfermado de hepatitis.

Tomando en consideración el tiempo habitualmente escaso del profesional de la salud, y especialmente del médico, es importante que el esfuerzo destinado a investigar y trabajar con la familia sea de real utilidad para el acto médico. Se esperaría que ayude a comprender mejor por qué ocurre una enfermedad, por qué se expresa de una particular manera o por qué evoluciona de este modo y no de otro; permitiendo motivar a las personas para que consulten más oportunamente y aumenten su adherencia a indicaciones y tratamientos. Se espera que de este modo aumente la efectividad de la acción del profesional y éste a su vez podría desear que la tarea de ayudar al paciente se comparta con el paciente mismo y su familia, aliviando su responsabilidad.

El proceso de integrar la familia a acciones de salud no ha resultado fácil. Por una parte no tenemos el hábito de trabajar con familias, por otra ha sido tradición mantener el acto médico en la intimidad de una relación diádica de médico-paciente. Esta fundamental relación se cultiva desde los inicios de la carrera y las habilidades se adquieren imperceptiblemente, imitando el rol médico tradicional y observando a los docentes en su labor. Indudablemente todos, profesionales y pacientes, valoran a un médico capaz de combinar sólidos conocimientos teórico - prácticos con la capa-

¹Citado por Edith Goldbeter en su conferencia. Ver bibliografía.

² Exceptuando quizás casos en que pensaba en una etiopatogenia.

cidad de establecer una relación cálida de confianza con el paciente. ¿Qué ha aprendido el alumno de medicina sobre el trabajo con familias? Ha visto cómo sus docentes evitan esta interacción y cuando necesitan entregar información, intentan delegar esa tarea. El estudiante participa en visitas médicas que se realizan en ausencia de parientes, trabaja en consultorios donde no hay espacio físico, ni tiempo para recibir un acompañante, recuerda desagradables escenas en que familiares «asaltan» a un profesional para exigir, criticar o hacer preguntas incontestables. Al final de su estudio el joven médico sabe diagnosticar, diseñar tratamientos, formular indicaciones, pero no trabajar con familias. No sabe cómo ejercer su autoridad en un grupo, cómo protegerse de demandas irracionales o de presiones que lo limitan. No sabe de la utilidad que puede tener la información que se puede construir en conjunto ni de la satisfacción de colaborar con la familia. Quizás lo perturben experiencias de intentos fracasados de promover cambios en la familia de un paciente para mejorar su evolución. Cree que en el mundo de las relaciones familiares, más vale ser cauto y quedarse en el terreno médico conocido, en vez de incursionar a regiones donde sus conocimientos adquiridos carecen de utilidad. Y entonces es comprensible que ante la falta de herramientas adecuadas el profesional se mantenga a prudente distancia y derive el paciente a un especialista en salud mental cuando sospeche un problema familiar.

RELACION ENTRE FAMILIA Y SALUD

Cuando observamos un sistema familiar podemos describir en él una estructura que está dada por las distancias entre sus miembros, sus conexiones hacia el exterior y la configuración de sus «subsistemas» (*conyugal, parental, fraterno y parentofiliales*). También es posible describir cómo se comunican y cuán dispuestos están a cambiar su modo de interacción. Estas características observables dan una idea sobre el estado del sistema familiar al momento de la observación, en la clara conciencia que todas estas características están en movimiento y varían constantemente a lo largo del tiempo. En este devenir fluctúan las distancias, la forma de interactuar y la configuración de los subsistemas en mayor o menor grado, manteniéndose en un rango de equilibrio determinado por las necesidades de los miembros familiares. Las fluctuaciones se producen por cambios evolutivos de las personas que integran la familia (un hijo que llega a la adolescencia, un padre que jubila, un niño que nace) o por perturbaciones que provienen de la conexión entre los miembros de la familia y el exterior.

Un suceso del entorno puede producir una gran fluctuación en el funcionamiento del sistema familiar y desviarlo de la zona de equilibrio, en que se mueve normalmente esa familia en ese preci-

so momento de su evolución. Según el rango de tolerancia³ y las características generales del sistema y de sus miembros, estos sucesos pueden ser percibidos o no, y pueden determinar cambios que son poco previsibles: la modificación del funcionamiento del sistema puede ser complementaria al suceso externo, puede oponerse a él, modificarlo o intensificarlo según dicte este delicado mecanismo regulador del sistema que calibra las respuestas individuales y grupales.

Qué sucede cuando alguien enferma. Los lazos de afecto y protección entre los miembros de una familia permiten una rápida alerta cuando uno de ellos está en dificultades, cuando hay un problema en una relación o cuando la globalidad está en peligro. La presencia de un problema desencadena mecanismos interaccionales ya probados con anterioridad en otras situaciones difíciles para proteger a la persona en riesgo. Habitualmente el sistema familiar evita así que el problema prosiga.

Los mecanismos de adaptación ante una enfermedad, habitualmente modifican visiblemente la estructura de los sistemas familiares. Un miembro de la familia más cercano a todos, puede quedar más distante cuando los demás se acercan al enfermo; otro normalmente lejano del resto se acerca para colaborar. Cambian también las secuencias conductuales, en que, por ejemplo, otro miembro de la familia reemplaza al paciente o realiza tareas para ayudarlo a sanar. En este cambio puede ser que algunos necesiten aprender habilidades nuevas, otros echar mano a cualidades ocultas de las que habitualmente no requieren y otros necesitarán abandonar comportamientos de su rutina. Puede ser que quien investía la autoridad, la cede al más experto en asuntos de salud. Los patrones de comunicación suelen variar, pueden disminuir los desacuerdos explícitos o postergarse peticiones no relacionadas con la enfermedad. Si la enfermedad se prolonga, incluso es posible que se modifique la trayectoria evolutiva de todo el sistema familiar, acelerándola cuando, por ejemplo, un hijo menor, hasta ese momento muy dependiente del padre, desarrolla una inesperada seguridad y autonomía, haciéndose cargo de sus hermanos o enlenteciéndolo al postergarse, por ejemplo, la salida de un hijo adulto de casa cuando una enfermedad requiere de su presencia en la familia de origen.

Una exigencia transitoria de adaptación en una familia capaz de cambiar para enfrentar su problema, puede redundar en una mayor riqueza de opciones de acción, tanto individuales como grupales. Las personas y la familia estarán en mejores condiciones para colaborar en la recuperación de la salud del paciente y aumentarán su confianza en los propios recursos para enfrentar otros problemas en el futuro. El sistema familiar no sólo aprende a resolver el problema específico, sino también; aprende a resolver proble-

³ Este rango está dado por la configuración misma del sistema, por las necesidades de cercanía o distancia de sus miembros y por la experiencia de la familia o de sus miembros con cambios anteriores.

mas en general y además, aprende que tiene la capacidad para resolver problemas. Puede ser que una enfermedad sea más grave, tenga una connotación peligrosa para la familia o que ocurra en un momento de mayor vulnerabilidad. Entonces un problema de salud en vez de desafío activador, constituye un peso difícil de sobrellevar y se acompaña de malestar en uno o más miembros de la familia, incomodidad que aumenta a medida que se mantiene la situación. Es posible que esa dificultad a su vez active nuevos mecanismos protectores del sistema, reduciendo el agobio y descubriendo otros ajustes menos desgastantes. Cuando la situación desagradable no se revierte puede generar enfermedades adicionales en la familia, situación que puede haber sido el caso en la descripción del cúmulo de enfermedades que publicó el antiguo médico belga.

En familias con distancias afectivas grandes entre sus miembros puede ser que un problema o una enfermedad sean percibidos tardíamente. Puede ser que esta particular familia tolere una situación patológica o problemática más allá de lo conveniente para el individuo o de lo que un profesional de la salud podría considerar conveniente, por el peligro de un diagnóstico tardío o por su falta de colaboración.

En otras oportunidades, un sistema puede responder con extremada celeridad a una mínima manifestación de enfermedad, sea por el significado especialmente temible atribuido al problema o por encontrarse el sistema en un momento especial, en que requiere de un problema como argumento para promover o frenar cambios. Si, por ejemplo, una mujer hace intentos de salir de casa para trabajar y esta perspectiva atemoriza al marido, una enfermedad - aunque sea de importancia menor - será una buena razón para que la mujer postergue su «osado proyecto». Esto tranquilizará a todos: al marido que ya no necesita temer que su mujer se distancie de él, a la mujer que ya no necesita discutir, ni ceder, los demás hijos que mantienen a mamá en casa, al paciente que recibe atenciones especiales y a todos porque se acaban las peleas. A la inversa puede ser, que un problema promueva un cambio: cuando una enfermedad, por ejemplo, requiere de atención especializada en la capital, puede ser un motivo convincente para viajar con frecuencia a la ciudad donde vive la familia de origen o para un cambio de residencia que había sido postergado. Una enfermedad, independientemente de su gravedad, puede quedar incluida en la red relacional de un sistema familiar cuando tranquiliza o beneficia a todos. Se plantea esta posibilidad cuando una patología se mantiene más allá de lo razonable, cuando se exagera la sintomatología o cuando la familia muestra pocos deseos de colaborar para la mejoría.

Las consecuencias de una enfermedad en una familia nunca

son previsibles, lo que es especialmente válido para una familia en crisis, donde cualquier perturbación adicional puede tener consecuencias inesperadas. Así, por ejemplo, puede suceder que la crisis se interrumpa cuando todos se centran en la solución de este nuevo problema; puede suceder que la crisis se intensifique y se produzca una ruptura en uno o más subsistemas; puede suceder también que la crisis siga su curso, sin afectarse por la situación intercurrente.

Es posible esperar una diversidad de respuestas del sistema familiar ante el riesgo de una enfermedad o la presencia de ella. El ojo entrenado de un profesional será capaz de distinguir entre las diferentes formas de responder y podrá orientar mejor su propio modo de intervención, para satisfacer mejor las diferentes necesidades de sus pacientes y de sus respectivas familias.

INFORMACION ACERCA DE LA FAMILIA

Recoger información en la «anamnesis familiar» de un paciente, es sólo una de muchas posibilidades para saber más de una familia. Es posible obtener datos hablando con todos los miembros familiares por separado, en una entrevista familiar, en una encuesta o en visitas domiciliarias. ¿Quién proporciona los datos más objetivos? Interrogar a una sola persona sesga la información, puesto que cada cual observa desde una particular perspectiva, determinada por sus conocimientos, su experiencia anterior y los significados que atribuye a lo que observa. Esto es particularmente el caso de la enfermedad donde los significados suelen diferir mucho. Una opinión de un acompañante puede modificar el análisis de un caso, poner en otro contexto lo que sabía del paciente y sugerir otros caminos de atención. Escuchar simultáneamente a toda la familia puede aumentar aún más el campo visual.

Citar a diferentes miembros familiares por separado es útil, pero priva al profesional de la posibilidad de comparar de inmediato diferentes versiones, de preguntar y de integrar todas las historias en una nueva unidad que tiene valor para él y también para los demás miembros de la familia. El médico, desafortunadamente no tiene mucha experiencia para liderar una reunión ampliada con todos los que desean ayudar al paciente. La técnica de una entrevista individual es diferente que una sesión grupal donde cobran importancia otras habilidades como, por ejemplo, (1) mantener una distancia afectiva similar con todos los participantes, tener presente a los ausentes y no privilegiar al paciente o al más involucrado en su cuidado; (2) formular preguntas que enfoquen al individuo, sus diferencias con otros, la relación entre los participantes y el sistema total; (3) atender a sus propias conductas y palabras, observando además la retroalimentación a ellas; (4) ejercer su autoridad con fuerza y naturalidad; (5) intervenir en un

desacuerdo abierto; (6) actuar ante un desacuerdo encubierto; (7) cuidar al sistema en crisis; (8) dar utilidad a discusiones estériles; (9) evitar las agresiones. Con estas y otras destrezas el profesional de la salud puede liderar con tranquilidad una entrevista familiar en que se integran diferentes opiniones sobre la enfermedad, cómo tratarla o cómo enfrentar juntos el problema. Puede preguntar, por ejemplo: ¿Qué sucedía en su familia cuando le apareció su molestia por primera vez? ¿Actualmente hay relación entre su dolor de espalda y el comportamiento de sus hijos, de su esposa o en general de su familia? ¿Qué opinan los demás sobre lo que a usted sucede? ¿Qué han intentado para mejorarlo? ¿Quiénes ayudan, de qué manera? ¿Se ha enfermado usted otras veces? ¿Quién más ha estado enfermo en la familia? ¿Cómo han respondido los demás cuando ha habido una enfermedad? ¿Cómo ha repercutido su enfermedad en los demás y cómo repercutió la enfermedad de esa otra persona en el funcionamiento de la familia?

En la entrevista individual y en la sesión grupal el profesional puede confeccionar un mapa que representa diferentes aspectos de la organización de una familia particular:

- estructura de la familia
- su proceso evolutivo
- requerimientos adaptativos superados
- mecanismos de adaptación del sistema
- fortalezas, potencialidades y recursos
- fracasos, temores y debilidades

Hemos visto que para un trabajo efectivo y menos desgastador con la familia, el profesional necesita estas nuevas herramientas que no necesitaba en el ejercicio de la medicina tradicional. El médico que trabaja con la familia observa la interacción de las personas entre sí y con él, ordena y estructura esta observación relacional. Lidera una interacción grupal elaborando preguntas que van alternando el foco del individuo a la relación y a la familia como una totalidad. Relaciona el lugar que ocupa su paciente en el continuo salud - enfermedad con características de su familia y puede adecuar sus intervenciones según su observación.

INTEGRAR APORTES DE LA FAMILIA A LA LABOR MEDICA

En diversos campos del saber que se ocupan del ser humano se enfatiza cada vez más en la maravillosa capacidad que tienen los sistemas complejos (*entre ellos, por supuesto, los sistemas humanos*) de regularse autónomamente y de modificar su estructura según sus condiciones internas y las variaciones del entorno. Intervenciones lineales de un profesional centrado en la enfermedad, desconocen la complejidad del individuo y aún más la complejidad de sus sis-

temas de pertenencia. No tomar en cuenta esta complejidad en que la enfermedad está conectada con relaciones invisibles para el profesional, implica una elevada probabilidad de fallar - especialmente cuando la prevención o la mejoría dependen de la participación activa del paciente o de la familia. Esta cualidad «autoorganizativa⁴» del sistema familiar no sólo puede causar dolores de cabeza a un profesional sólo atento al detalle bioquímico, fisiopatológico o semiológico del órgano dañado del paciente. Esta cualidad «autoorganizativa», también abre la posibilidad de confiar más en la capacidad de las familias para encontrar su mejor modo para colaborar en la mejoría y le entrega herramientas para activar estas potencialidades familiares.

Esta forma de trabajar con la familia cambia nuestro hábito de buscar el defecto, lo que no funciona bien. Enfocar defectos implica generar hipótesis que explican «el por qué del defecto» y «quién tiene la culpa». Enseguida vienen consejos e indicaciones para contrarrestar. Si busco potencialidades veo una madre preocupada, dispuesta a dar tiempo que está faltando a su trabajo. Si busco defectos hallaré una madre poco cariñosa que no acaricia a su hijo que llora y me expongo a la tentación de ponerle el rótulo de fría y asociar causalmente esta frialdad con el problema del niño. Surge solo el correspondiente consejo: «Sea más cariñoso con el chico». Los resultados de una intervención como esta, probablemente serán bastante pobres. Habitualmente no es fácil convencer al paciente o a la familia de nuestra hipótesis - particularmente si no le hace sentido o si acrecenta un desacuerdo, sumándose, por ejemplo, a la opinión coincidente del marido. Aquí viene en ayuda la experiencia del terapeuta familiar sistémico - constructivista que ha recorrido un camino similar: Una familia que se siente valorada, estimulada y acompañada por el profesional, tiene mayor disposición a cambiar, mayor motivación para colaborar y más seguridad en sí misma, que una familia criticada a la que se le recomienda contrarrestar su defecto. Un profesional de la salud que desea activar las fortalezas de la familia, necesita saber cómo descubrir las potencialidades de una familia, cómo infundir confianza, cómo mostrar que él confía. Y entonces se puede comenzar a trabajar en equipo con el paciente y su familia y elaborar juntos acciones verdaderamente útiles para todos los involucrados.

Integrar verdaderamente a la familia al proceso preventivo o curativo implica una entrega especial del profesional: él aporta su conocimiento específico, además de su interés por el paciente y su entorno. Este profesional no verá desinterés o falta de compromiso, cuando una persona colabora poco, deja de cumplir las indicaciones o se queja sin razón. Este profesional se preguntará sobre qué estará sucediendo en este sistema para que la persona actúe así. Estará atento a situaciones difíciles en la familia, necesidades per-

⁴ y también «autocurativa».

sonales, crisis que se escapan de la mirada o si este sistema familiar necesita del problema para mantenerse... El profesional que ha ampliado su foco del paciente a su familia estará atento a los riesgos de enfermar que corren otros miembros del sistema.

Este profesional reducirá la probabilidad de la iatrogenia porque analizará sus indicaciones médicas, también en términos de su efecto sobre el funcionamiento del sistema familiar. El profesional que aprende a trabajar verdaderamente con la familia dedicará tiempo a explicar las acciones médicas indis-

pensables y a priorizar junto a la familia su aplicación. Ayudará a definir quién se hará cargo de las diferentes responsabilidades relacionadas con el acto médico y estará atento a la necesidad de proteger a la pareja para que el resultado final sea el mejor posible. Este tipo de decisiones sólo pueden surgir de una reflexión conjunta de familia y profesional. El profesional cambia su sitio de experto por una posición diferente: más humana, flexible y potente en la tarea de cuidar y recuperar la salud.

Bibliografía

- 1) Armengol V., Fuhrmann I. Enfermedad - organización familiar: una interacción compleja. Rev. De Familias y Terapias Año 1: N°2 53 - 61 1993
- 2) Armengol V., Fuhrmann I. Niño, familia y enfermedad. En Pediatría Meneghello. Meneghello J., Fanta E., Paris E., Puga T. Quinta Edición Tomo « Editorial Panamericana Pág.2399-2402 1997
- 3) Berríos X., Fuhrmann I. Quiroga S. Características de familias de pacientes reumáticos y corea de Sidenham. Rev. Chil. Ped. Vol 64:N° 1. 1993
- 4) Dym B. La cibernética de la enfermedad física. Rev. Sistemas Familiares ASIBA Año 6 N°1: 51- 65 1990
- 5) Fuhrmann I., Armengol V. Estructura y diagrama familiar. Sistemas familiares ASIBA Año 8. N° 1 39 - 53 1992
- 6) Fuhrmann I., Chadwick M. Fortalecer la familia. Manual para trabajar con grupos de padres. Editorial Andrés Bello 1995
- 7) Goldbeter E. El lenguaje de la enfermedad. II Jornada Internacional del Centro de Estudios y Terapia Sistémica. 1992
- 8) Kornblit A. Somática familiar. Gedisa 1983
- 9) Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge Harvard University Press. 1974