

# ARTÍCULO DE REVISIÓN

## Familia y práctica médica

LUZ HELENA ALBA<sup>1</sup>

### Resumen

La familia tiene un papel determinante en el proceso salud-enfermedad. No obstante, esta área del conocimiento no se ha estudiado suficientemente y su consideración en la práctica médica es variable. Se realizó una revisión de la literatura con el propósito de analizar la conceptualización del término *familia*, las interrelaciones entre familia y proceso salud-enfermedad, la clasificación de la tipología familiar y su caracterización en Colombia y el abordaje del contexto familiar en los pacientes que así lo requieran. Diversas circunstancias clínicas ameritan incluir este enfoque, particularmente las enfermedades crónicas que representan una carga creciente en nuestro medio, por lo que se requiere la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades para la obtención y uso de información familiar, lo cual puede realizarse con distintos grados de profundidad. Es recomendable fortalecer los currículos de la carrera de medicina, incluyendo la perspectiva familiar.

**Palabras clave:** familia, salud, enfermedad, cuidado, práctica médica.

### Title

Family and Medical Practice

### Abstract

The family has an important role within the health-disease process. However, this area of knowledge has not been sufficiently studied and its inclusion in medical practice is variable. We conducted a literature review in order to analyze the conceptualization of family, the relationship between family and the health-disease process, the family typology classification and its characterization in Colombia, and the ways for addressing the family context among patients who require it. Some clinical conditions should include the family perspective in health care, particularly chronic diseases which represent an increasing burden in Colombia; thus, enhanced knowledge and skills for getting and using family information is necessary in different levels. Strengthening

---

1 Médica especialista en Medicina Familiar. Profesora asistente del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

the curricula of medical career including the family perspective would be desirable.

**Key words:** Family, health, disease, family centered care, family practice.

## Introducción

La familia ha sido sujeto de estudio de disciplinas como la sociología, la antropología, la psicología, la educación, el trabajo social, entre otras. En el campo de la medicina, a pesar de las innegables relaciones existentes entre el contexto familiar y el dipolo salud-enfermedad, la consideración de este campo como un área relevante de estudio e intervención ha tenido menos desarrollo[1].

Aunque para muchas especialidades médicas el abordaje de la familia es fundamental (pediatría, geriatría, psiquiatría, oncología, etc.), la especialidad de medicina familiar, desde su surgimiento, plantea dentro de los principios básicos la inclusión de la perspectiva de familia en la práctica de cuidado primario, pues este enfoque es una de las piedras angulares en el abordaje integral del paciente. En nuestro contexto, dado que la práctica de cuidado primario la llevan a cabo predominantemente médicos generales, este enfoque familiar debería enseñarse como parte de los currículos de la carrera de medicina[2, 3].

Hallazgos recientes han demostrado que el cuidado médico centrado en la

familia se asocia con el mejoramiento del uso y acceso a los servicios de salud, índices elevados de satisfacción con la atención médica y mejores estándares de cuidado para algunas enfermedades[4]. En particular, la carga creciente de enfermedades crónicas representa un reto, en el cual el uso de recursos del entorno familiar y social se ha identificado como un factor estratégico para su control. En este sentido, variables familiares como su tipología y función, la etapa del ciclo familiar, los patrones de comunicación y los grados de conflicto se han relacionado con desenlaces clínicos, como el grado de control de enfermedades, el cumplimiento de las recomendaciones médicas, el desarrollo de complicaciones y, por ende, con el pronóstico a largo plazo de diversas patologías[5-7].

Es bien sabido que los hábitos fomentados en el entorno familiar, las relaciones que en ella se establecen con el entorno y la capacidad de adaptación a diversas circunstancias afectan la salud de los individuos que la conforman[8]. El propósito de este artículo es revisar conceptos teóricos sobre la conceptualización del término *familia*, las relaciones existentes entre el contexto familiar y el proceso salud-enfermedad, las propuestas de clasificación de la tipología familiar y la importancia de incluir la perspectiva de familia en circunstancias que así lo requieran.

## Métodos

La revisión de la literatura se orientó a publicaciones científicas que: 1) ayudaran a confirmar la relación existente entre el contexto familiar y el proceso salud-enfermedad; 2) definieran el término familia, sus formas de clasificación, y 3) describieran características de la familia colombiana. Se incluyó también literatura en la cual se propusiera la forma de considerar la familia en la práctica médica, los grados de intervención y las circunstancias que ameritan realizar una práctica médica con perspectiva de familia. La búsqueda se realizó en Medline y SciELO, en revistas de medicina familiar y cuidado primario, en textos de estas mismas áreas, así como en referencias cruzadas a partir de las fuentes iniciales. El tipo de artículos considerados comprende artículos de revisión, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. Los textos apoyaron la conceptualización del término familia, su taxonomía y la caracterización de la familia colombiana actual.

## Conceptualización del término familia

Clásicamente, la familia se ha definido como la célula de la sociedad. En este sentido, la familia es la expresión más simple de una comunidad humana. Su concepción ha evolucionado históricamente conforme a los cambios sociales y culturales de los distintos momentos y

épocas, superando organizaciones primarias como la de promiscuidad biológica (familia consanguínea), pasando por la organización matriarcal (en la era prehistórica cuando la mujer cumplía la doble función de creadora y alimentadora) y transformándose en patriarcal, modalidad dominante desde la época de las grandes migraciones[9, 10].

En la actualidad se cuestiona si su definición se restringe al grupo de sujetos emparentados entre sí por nexos de consanguinidad, adopción o matrimonio que viven en un espacio físico común, debido al proceso de transformación que este grupo humano ha tenido en las últimas décadas y que determina distintas formas de organización familiar, incluso entre sujetos sin nexos biológicos (grupos de amigos, conventos, ejército, etc.).

La noción de familia involucra una multiplicidad de formas de organización, funciones y relaciones que varían según el ciclo vital de sus miembros, la ubicación del grupo dentro de los sectores de clase social, la situación económica, el momento histórico y las condiciones de migración[11]. Pese a las variaciones, como institución, su existencia presume la suplencia de necesidades humanas universales de carácter biológico (la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana) y necesidades psicológicas (afecto, cuidado, apoyo o reconocimiento, por

ejemplo). También permite la organización del espacio y la infraestructura doméstica, la socialización, el control normativo, además de ser punto de referencia para la adquisición de la identidad individual y colectiva y para la organización económica básica[12].

Además de las funciones mencionadas, actualmente se plantean nuevas responsabilidades asociadas, por un lado, con el dinamismo social y cultural y, por el otro, con el cambio en las expectativas de los sujetos que la conforman, lo que genera nuevos retos, como mantener un balance entre la transmisión de valores y propender por la aceptación de la independencia, la autonomía y el disfrute de la vida de cada uno de los sujetos que la conforman[12].

Pese a la existencia de múltiples definiciones de familia, tan variadas como las disciplinas y perspectivas teóricas que contribuyen a su comprensión, por lo general, los miembros de una familia comparten un techo o hábitat (hogar o familia de residencia), consumen una serie de recursos y, eventualmente, pueden constituirse en una unidad de producción. De forma complementaria, se sabe que el rasgo más característico de un grupo familiar es el tipo de vínculo que une a sus miembros cuyo eje, en la mayoría de los casos, proviene de una relación

afectiva de pareja con procreación o sin esta[12].

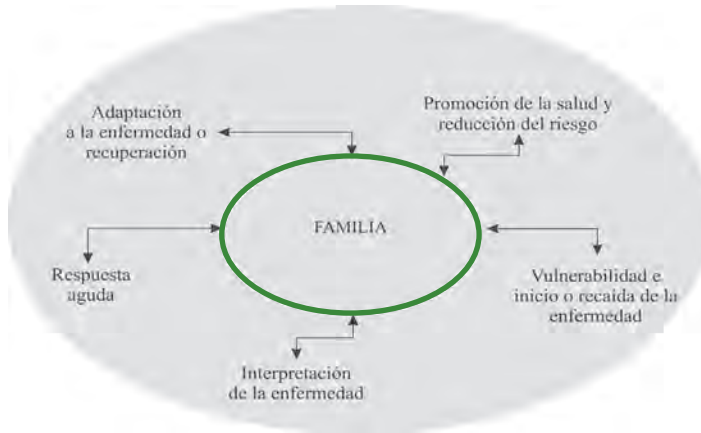
La teoría general de sistemas ha contribuido al análisis y a la comprensión del funcionamiento familiar. Este enfoque plantea a la familia como un sistema donde todos los elementos tienen una interacción dinámica y cada elemento cumple una función con respecto al todo, sin que este sea reducible a sus partes, pues el resultado es mucho más que la simple suma de sus elementos constituyentes. Desde esta perspectiva, Minuchin define la familia como el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad e independencia, el primero de ellos influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares[13].

Tratando de integrar diferentes dimensiones y perspectivas, y desde el enfoque de medicina familiar, Ciuffolini, Didoni y Jure definen la familia como un grupo social primario, formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, o de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven de forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud de sus integrantes y de la familia como un todo[14].

## Influencia de la familia en la salud y la enfermedad

La familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes, conocimientos y conductas que pueden

afectar positiva o negativamente su salud. Las relaciones existentes entre familia y proceso salud-enfermedad son innegables y pueden analizarse teniendo en cuenta diversos momentos o etapas de este proceso[1] (figura 1).



**Figura 1.** Familia y ciclo salud-enfermedad.

Fuente: Doherty y Campbell[1].

En primera instancia, la familia puede considerarse un escenario para la *promoción de la salud y la reducción del riesgo* si en ella se promueven conocimientos y prácticas que ayuden a los individuos a mantener un buen estado de salud (alimentación balanceada, actividad física regular, adecuados patrones de sueño, etc.); por el contrario, en la familia puede incrementarse el riesgo de enfermar si en ella son favorecidos hábitos que aumentan esa probabilidad (consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, sedentarismo, etc.).

Diversos estudios muestran la extensión de factores de riesgo de los padres

a los hijos, como el desarrollo de obesidad en población pediátrica cuando hay sobrepeso en los padres[15] y la influencia de patrones de comportamiento familiar, especialmente de los progenitores, en relación con los hábitos nutricionales, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas[16-18].

Existe también relación entre el estrés familiar (derivado de condiciones externas o internas) y la vulnerabilidad del individuo frente a la aparición de nuevas enfermedades o a recaídas de patologías existentes. Componentes objetivos y subjetivos del estrés se relacionan, verbigracia, con el padeci-

miento de enfermedades infecciosas e inflamatorias. Eventos objetivos que generan estrés –como separación marital, cambio en la situación laboral o llegada de un nuevo miembro a la familia– se relacionan con exacerbaciones de condiciones clínicas, por ejemplo, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades crónicas. El componente subjetivo se refiere al grado de conflicto o disrupción percibida por un sujeto ante circunstancias de la vida diaria que lo hacen más vulnerable al padecimiento de condiciones como el resfriado común. En el caso de patologías crónicas, como el asma, especialmente en la población pediátrica, se ha establecido una correlación clara entre el estado psicológico de la familia y la probabilidad de hospitalización en niños menores[19].

Por otra parte, la familia tiene un rol importante en la forma como el individuo interpreta, afronta y se comporta ante un nuevo diagnóstico de enfermedad. Por ejemplo, en algunas comunidades indígenas, ante el padecimiento de una condición aguda en algún miembro del grupo familiar, frecuentemente se movilizan los recursos de la comunidad, se modifican ciertas prácticas o conductas individuales (cese de la actividad laboral, disminución del grado de actividad física) y se instauran acciones terapéuticas no necesariamente de medicina alopática (uso de plantas medicinales o instauración de rituales de

sanación), lo cual influye en la prontitud del contacto con los servicios de salud, en la adherencia a las recomendaciones médicas e, incluso, en el pronóstico de la enfermedad.

Otra dimensión de la relación de la familia con el proceso salud-enfermedad es la adaptación a la *existencia de enfermedades crónicas*, las cuales afectan profundamente la vida familiar de diversas maneras. La forma en que la familia se adapta a la existencia de una condición de este tipo determina en gran medida el curso de la condición en sí misma. Múltiples estudios han sumado evidencia respecto a la manera como variables del entorno familiar –estructura, función, estrés, grados de conflicto, apoyo familiar, patrones de comunicación, presencia de síntomas en los otros miembros, etc.– se relacionan con desenlaces diversos, como el control de las patologías, el cumplimiento de planes de tratamiento, la capacidad de afrontamiento, la incidencia de complicaciones agudas y crónicas, el impacto psicológico en el individuo y en su familia, además de contribuir con la modificación de aspectos clínicos puntuales, como la reducción del peso corporal, la cesación del hábito de fumar, el logro de cifras de control glucémico o el cumplimiento de metas para el manejo de la hipertensión arterial[4, 5, 20-23]. De la misma forma, en sujetos con eventos coronarios agudos se ha observado que un pobre apoyo conyugal predice la ocurrencia

de nuevos episodios y muerte, en contraposición al pronóstico de sujetos con relaciones de pareja estables[24].

### Caracterización de la familia

La organización familiar es heterogénea y flexible, dada su capacidad de modificarse y reconstituirse, por ser permeable a los cambios generados en las sociedades por diversos factores históricos, demográficos, económicos y culturales. Para el estudio de la estructura familiar y sus modos de conformación es útil tener en cuenta tres categorías. La categoría *espacio*, que ubica ecológicamente a la familia dentro de un área social y ayuda a modelar tipos de conformación de acuerdo con parámetros culturales; la categoría *tiempo*,

que ayuda a ubicarla según las etapas de su existencia, y la categoría *relación*, que permite interpretar en cada momento su forma de funcionamiento[9].

Haciendo alusión a la primera categoría que define la existencia de tipologías familiares, existen varias propuestas de clasificación (tabla 1). Desde los estudios clásicos de Virginia Gutiérrez de Pineda, el uso de la clasificación de acuerdo con la ubicación geográfica es una de las formas más tradicionales de tipificar a la familia en Colombia. A pesar de las transformaciones que desde su descripción han tenido estos complejos culturales, aún en algunas regiones se conservan algunas de las características descritas originalmente.

**Tabla 1. Tipologías familiares**

<p style="text-align: center;"><b>Ubicación geográfica</b></p> <p>Complejo andino o americano Complejo negroide o fluvio minero Complejo antioqueño o de montaña Complejo santandereano</p>	<p style="text-align: center;"><b>Parentesco con el jefe de hogar</b></p> <p>Unipersonal Nuclear Extensa Compuesta</p>
<p style="text-align: center;"><b>Manejo de la autoridad</b></p> <p>Patriarcal Matriarcal</p>	<p style="text-align: center;"><b>Nuevos tipos familiares</b></p> <p>Familia simultánea Familia padastral o madastral Familia monoparental Familia homosexual</p>
<p>Tipo de unión de la pareja</p> <p>Monogámica Formas plurales</p>	

Fuente: Gutiérrez [25], Calvo y Castro [26], Restrepo [27]; ENDS [28]; Nieto [29].

En el *complejo cultural andino o americano* predomina la familia nuclear con estructura patriarcal y tendencia a la cooperación económica. El *complejo cultural antioqueño o de montaña* se caracteriza por el rol de poder centrado en la mujer y una fuerte influencia religiosa. Por el contrario, en el *complejo cultural negroide o fluvio minero* son frecuentes las familias compuestas, donde la crianza y el cuidado de los hijos se consideran responsabilidad de la línea materna. El hombre es una figura móvil dentro del hogar y su movilidad se relaciona con su actividad laboral inestable. Finalmente, el *complejo cultural santandereano* tiene una estructura patriarcal y la organización social está relacionada con la tenencia de la tierra[25].

Culturalmente se reconoce también la existencia de categorías de acuerdo con el manejo de la autoridad en el núcleo familiar. En este caso, la familia puede ser patriarcal, si la autoridad está centrada en el padre, o matriarcal, si lo está en la mujer. Dentro de la familia patriarcal puede incluirse la modalidad de familia tradicional colombiana, que imperó en nuestro país hasta la década de los sesenta, cuyas características incluyen su conformación por matrimonio católico indisoluble, su residencia cercana a la línea paterna (patrilocal), la ausencia de mezclas entre clases y etnias, la monogamia con privilegios de uniones ocasionales por parte del

hombre (poliginia), la fuerte definición de roles según el sexo (hombre proveedor y mujer cuidadora), la procreación no controlada y los valores fuertemente vinculados al compromiso de la pareja frente a la sociedad, a la fe católica, al sistema de parentesco y a la descendencia. Por el contrario, en la familia matriarcal, la autoridad está centrada en la mujer, y esta forma de organización familiar fue descrita por Virginia Gutiérrez de Pineda como predominante en el complejo cultural antioqueño o de montaña[26, 27].

De acuerdo con el tipo de unión entre la pareja, la familia se puede clasificar en monogámica, cuando se establece una relación de fidelidad entre ella, o plural, cuando se presentan asociaciones supletorias, cuya meta básica es la gratificación sexual. El amantazgo hace parte de esta categoría. Es aquella relación en la cual existe una pareja adicional, simultánea a la formalmente constituida mediante el matrimonio católico, forma de organización familiar frecuente en algunas regiones del país. En la poliginia existe un marido común y una constelación de coesposas, es menos común en nuestro medio y también se encuentra en esta categoría[26, 27].

Si para la clasificación se considera eje central el parentesco de cada una de las personas con el jefe de hogar, se plantea la existencia de familias unipersonales, en las que vive solo una



persona, tenga o no servicio doméstico. Los hogares nucleares serían aquellos formados por ambos padres (familia completa) o por uno de ellos (familia incompleta), con sus hijos solteros menores de dieciocho años o mayores de esta edad; pero sin hijos en el hogar. También pertenecería a este grupo la pareja sin hijos. Las familias extensas están constituidas por una pareja o un jefe de hogar solo, siempre con otros parientes diferentes al cónyuge e hijos solteros, y la familia compuesta es aquella en la que, además de la pareja o el jefe de hogar solo, siempre hay no parientes[28].

Esta clasificación resulta práctica en nuestro medio, pues es la utilizada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que se realiza quinquenalmente. Por lo tanto, se dispone de información de la familia colombiana utilizando estas categorías, lo que permite comparar las estructuras familiares encontradas en los diferentes escenarios de práctica clínica y la situación global de la población colombiana.

Adicionalmente, debido a las transformaciones que ha sufrido la familia por los fenómenos de modernización e industrialización, han surgido nuevos tipos familiares, como la familia simultánea, integrada por una pareja en la cual uno de ellos o ambos vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital, y generalmente aportan

hijos al hogar. La familia padrastral o madrastral es el hogar en el que bien sea el hombre o la mujer entran a cumplir funciones parentales con los hijos de la nueva pareja. La familia monoparental o con un solo progenitor es aquella en que solo uno de los padres se hace cargo de los hijos y convive con ellos. Este tipo de organización se presenta en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzados (trabajo, cárcel, secuestro, etc.) de uno de los padres. El madre-solterismo se incluye en esta categoría, si la madre conforma un hogar con su hijo o hijos producto de relaciones sin cohabitación, con convivencia temporal o vínculos volátiles. Las familias entre homosexuales están conformadas por relaciones estables entre una pareja del mismo sexo. Este tipo de familia es cada vez más frecuente en nuestros tiempos y tiene creciente ganancia de legitimidad legal[29].

Desde el punto de vista evolutivo, es decir, teniendo en cuenta la categoría tiempo, otra forma de caracterizar a la familia es según la existencia de un *ciclo vital familiar*. Este se define como la secuencia de estados por los cuales transcurre la vida familiar desde su conformación con el noviazgo de la pareja hasta su disolución con la muerte de alguno de los cónyuges o con el divorcio. Existen algunas propuestas frente a la forma de organizar estos estados (Evelin Duvall, propuesta de la

Organización Mundial de la Salud, modelo centrado en la mujer, etc.)[30, 31]; sin embargo, en nuestro medio, la que

más se utiliza es la edad del hijo mayor como parámetro principal para la división de las etapas[32] (tabla 2).

**Tabla 2. Etapas del ciclo vital familiar**

Familia en formación:	Desde de la conformación de la pareja hasta la llegada del primer hijo
Familia en expansión:	Desde la llegada del primer hijo hasta que éste tiene 5 años y 11 meses
Familia en consolidación:	Desde que el hijo mayor tiene 6 años hasta que tiene 17 años y 11 meses
Familia en plataforma de lanzamiento:	Desde que el primer hijo abandona el hogar hasta cuando lo hace el último
Familia posparental:	Desde la salida del último de los hijos hasta la muerte de uno de los cónyuges
Familia en disolución:	Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo

Fuente: Arias, Montero y Castellanos [32].

La importancia del estudio de la familia teniendo en cuenta este enfoque se centra en la existencia de tareas individuales, expectativas sociales, sucesos y crisis (esperadas o normativas) en cada uno de estos momentos, que pueden ser trabajados previamente con el objetivo de minimizar su impacto y facilitar la adaptación de las personas al cambio. Estos eventos, en general, pueden influir en la salud de las personas y afectar el bienestar familiar.

Para categorizar la familia de acuerdo con las relaciones o con el grado de funcionalidad familiar existe un instrumento corto: el APGAR familiar, que valora la percepción de la persona acerca del apo-

yo social brindado por su familia. Este instrumento, ampliamente utilizado en la práctica clínica como un tamiz de disfunción familiar en diversas condiciones médicas, ha mostrado adecuada validez y fiabilidad[33, 34].

### **La familia colombiana actual**

La familia colombiana ha sufrido fuertes transformaciones derivadas de condiciones demográficas, económicas, sociales y culturales[12]. Dentro de los factores transformadores más importantes se encuentran la introducción de métodos anticonceptivos y el deseo de controlar la natalidad. Ello ha modificado sustancialmente el tamaño de las familias, pues se

ha pasado de tipologías familiares numerosas a grupos reducidos en los que los lazos con la familia extensa disminuyen y se agudiza la sensación de soledad de la familia nuclear[11, 12]. Este fenómeno no es uniforme en todos los estratos socioeconómicos, pues en los estratos bajos persisten formas de organización como la familia extensa y compuesta (familias más numerosas), que se constituyen con el fin de optimizar los ingresos familiares percibidos en conjunto.

El ingreso de la mujer tanto al sistema educativo como al mercado laboral es también uno de los factores más importantes. Este hecho ha suscitado una redefinición de roles, responsabilidades, formas de comunicación y relación que, si bien hacen más igualitarias las oportunidades entre los sexos, genera problemáticas como la inestabilidad matrimonial, la sobrecarga en las responsabilidades femeninas, la delegación de la crianza de los hijos o su ingreso temprano al sistema escolar, fenómenos que en conjunto han sido descritos bajo la expresión *crisis familiar*[12, 35].

Cambios en la conyugalidad, en la nupcialidad y en el divorcio que podrían interpretarse como debilitamiento de la relación de pareja, también representan una mayor libertad de elección, flexibilidad en el tipo de relaciones que se establecen con aumento de uniones consensuales y aparición de nuevas formas de familia. Finalmente, las migraciones y

el desplazamiento, principalmente como consecuencia de la violencia, llevan a la dispersión temporal o definitiva de las unidades familiares y se relacionan con pauperización, desarraigo y marginalidad[36].

Para describir la familia colombiana actual se utiliza la tipología familiar de acuerdo con el parentesco de cada una de las personas con el jefe del hogar pues, como se mencionó, esta es la clasificación de la que se posee información más reciente[28]. En Colombia, el tipo de familia predominante es la nuclear completa (43%); sin embargo, esta ha descendido en las últimas décadas (constituía el 58% de las familias en 1995). Le siguen las familias nucleares incompletas (faltan el padre o la madre), con el 12%; las familias extensas de parejas sin hijos en el hogar pero con otros parientes, con el 3%, y los hogares unipersonales, con el 10%, organización familiar que se ha incrementado (8% en 2005).

El segundo grupo en magnitud es el de familias extensas completas, que constituyen el 14%, con tendencia a la disminución (30% en 1995, 16% en 2005). La proporción de familias compuestas tiende a mantenerse estable, pues la proporción actual es del 4%, la cual es prácticamente igual a la reportada quince años atrás[28, 37, 38]. El departamento donde hay más niños que viven con ambos padres es Amazonas

(70%), seguido de Atlántico y Boyacá (66 y 64%, respectivamente). En Chocó, Quindío, Guaviare y Arauca, menos de la mitad de los niños viven con ambos padres[38].

Los hogares con jefatura femenina han aumentado, particularmente en los estratos más pobres. Este fenómeno se relaciona con la creencia, cada vez más generalizada, de que el cuidado de los niños debe ser asumido primordialmente por las mujeres, lo que suscita una sobrecarga, al combinar el trabajo productivo y el reproductivo. Si bien los hogares con jefatura femenina tienen menor exposición a la violencia y al maltrato, una imagen fuerte y positiva de la mujer, una mejor distribución de recursos, con desaparición de la división sexual tradicional de los roles (donde se incluye una participación equitativa de los géneros en la toma de decisiones), son hogares mucho más vulnerables desde el punto de vista económico. En 1995, una cuarta parte (24%) de los jefes de hogar eran mujeres; en 2000, el 28%. Entre tanto, en 2005 la proporción subió al 30% y la última cifra de 2010 es del 34% [28, 38].

En el último quinquenio aumentaron los hogares de entre una y cuatro personas y disminuyeron los de cinco y más. Tal reducción ocurrió tanto en la zona urbana como en la rural[38]. Respecto a la etapa del ciclo vital familiar, la gran mayoría de las familias bogotanas se encuentran en las etapas de consolidación (33%) y

plataforma de lanzamiento (27%), lo cual se relaciona con el fenómeno de transición demográfica (predominancia de adultos jóvenes cabeza de familia) y con la necesidad de mayor cualificación del capital humano que prolonga la etapa educativa y posterga la independencia y autonomía de los jóvenes[11].

### **La familia en la práctica médica**

En 1986, Blair y Doherty plantearon la existencia de diferentes niveles en los cuales los médicos de cuidado primario pueden abordar a la familia. Un primer nivel, en el cual solo se considera el contexto familiar, en la medida en que se requiera información para comprender mejor la enfermedad del paciente o por aspectos de tipo legal. Un segundo nivel, desde donde se establecen relaciones de colaboración entre el médico y la familia, para facilitar la toma de decisiones que afecten el bienestar tanto del paciente como el de su entorno familiar. En el tercer nivel, el médico sobrepasa su rol informativo y avanza en la comprensión de las respuestas emocionales de las personas ante distintas circunstancias médicas, y así proporciona apoyo emocional tanto para la comprensión de la situación particular como para la búsqueda de recursos de apoyo. Este debería ser el nivel alcanzado por la mayoría de médicos que ejercen su práctica en el cuidado primario. En el cuarto nivel, el profesional realiza una evaluación sistémica del funcionamiento de la familia y planea

intervenciones de la dinámica familiar, tendientes a mejorar los patrones de interacción. Este nivel requiere un alto grado de motivación y supone el haber recibido entrenamiento tanto en los fundamentos de la teoría de sistemas familiares como

en intervenciones familiares específicas. El nivel más profundo plantea la realización de intervenciones intensivas de terapia familiar en grupos francamente disfuncionales y exige un entrenamiento especial en este campo[39] (tabla 3).

**Tabla 3. Niveles de abordaje de la familia en la práctica clínica**

<b>Nivel</b>	<b>Abordaje</b>
1	Mínimo énfasis en la familia
2	Colaboración familia-médico
3	Soporte emocional
4	Abordaje sistémico
5	Terapia de familia

Fuente: Doherty y Campbell [1].

Si bien desde el punto de vista teórico la familia se plantea como foco del cuidado en diversas disciplinas de la salud y, a su vez, existe evidencia respecto a la influencia que este grupo tiene en los individuos, la incorporación de la perspectiva de familia en la práctica clínica ha sido variable, y la investigación que evalúa sus beneficios es escasa[40, 41].

En un estudio realizado para conocer qué tanto del enfoque de familia se encontraba presente en la literatura publicada sobre medicina familiar se encontró que del total de artículos revisados el 9,3% de ellos mostraron una fuerte perspectiva de práctica familiar; el 17,3% presentaba una perspectiva limitada, y el 73,4% no consideraba este enfoque. De lo anterior se deduce que si bien la mayoría de médicos familiares

creen que la aproximación orientada a la familia ofrece beneficios para la salud de los pacientes, familias y comunidades, en la mayoría de la literatura publicada hasta el momento no se refleja[6].

En algunos estudios se ha establecido que destinar parte del tiempo de consulta a la indagación de información relacionada con la familia, permitir que otros miembros de la familia participen del encuentro médico, discutir problemas de un familiar dentro de la consulta, ser el médico personal de varios miembros del grupo familiar y consignar información familiar a través de la realización del familiograma en la historia clínica son indicativos de la incorporación de la orientación familiar a la práctica médica. Un estudio realizado

en Estados Unidos encontró que el 92% de los médicos familiares demostraron alguna evidencia de que su foco era la familia. En el 50% de las consultas de primera vez se consignaron datos relacionados con la familia; en más de un tercio de las historias médicas existió información de antecedentes familiares de cáncer de seno, colon e historia de abuso de alcohol, y en más del 10% el tiempo de consulta se destinó a la discusión de aspectos familiares[40].

Otro estudio realizado en el ámbito del cuidado primario en Ohio identificó dos estilos mediante los cuales la mayoría de los médicos incorporan la perspectiva de familia. En el primero de ellos los médicos utilizan la información familiar como contexto para el cuidado de los pacientes individuales y en el segundo se aborda la familia como la unidad de cuidado (abordaje de problemas familiares). Si bien el grado de satisfacción de los pacientes con los dos estilos médicos fue similar, los médicos pertenecientes al segundo grupo fueron mejor calificados respecto a su conocimiento de las familias, a su capacidad para identificar las necesidades en salud y los valores de sus pacientes, así como a la percepción que los pacientes tuvieron de su estado general de salud.

Estos médicos destinaron mayor tiempo de su consulta a obtener información familiar y tuvieron encuentros

más largos que aquellos pertenecientes al estilo centrado en la historia familiar. Los médicos del estilo centrado en la historia familiar destinaron un porcentaje importante de la consulta a proveer servicios preventivos y, en este sentido, utilizaron la información familiar recopilada. Igualmente, se observó que los médicos recientemente graduados pertenecen con mayor frecuencia al primer grupo y que parece existir un ciclo de vida del médico que hace que aquellos profesionales con más experiencia se sientan más cómodos abordando problemas familiares[42].

La consideración de la opinión del paciente en cuanto a si abordar o no a la familia en la práctica clínica es fundamental y, al respecto, algunos estudios han confirmado que la mayoría de los pacientes cree que los médicos deberían preguntar acerca de la existencia de conflictos familiares y mencionan que resulta terapéutico el hecho de ser escuchados; también manifiestan su interés por recibir consejería y si es preciso ser remitidos a un profesional especializado en el área[43].

Existen circunstancias clínicas particulares en las que el enfoque familiar es necesario (tabla 4), por ejemplo, en el caso de pacientes que padecen enfermedades crónicas, sobre todo en aquellos que no logran un buen control de su enfermedad y han estado hospitalizados por complicaciones. En este

caso, el abordaje familiar estaría encaminado a explorar el grado en el cual la familia se ajusta a la situación particu-

lar, asume el cuidado y contribuye con la modificación de los comportamientos que sean necesarios.

**Tabla 4**  
**Circunstancias que ameritan un enfoque familiar**

- 
- Manejo continuo de enfermedades crónicas
  - Abordaje de enfermedades graves, paciente terminal, muerte y duelo
  - Paciente con síntomas indiferenciados o aquel polisintomático
  - Programas para el cuidado de la salud
  - Crisis familiares
  - Paciente con enfermedad mental
- 

Fuente: Medalie[2] y McWhinney[3].

En personas con enfermedades graves, en estado terminal; en aquellos que viven situaciones de duelo, y en el acompañamiento del paciente moribundo, valorar el impacto emocional en la familia y orientarlos frente a la búsqueda de recursos de apoyo sería el primer escalón de soporte que este tipo de familias debería recibir.

Ante la existencia de cuadros clínicos bizarros, síntomas mal definidos y problemas indiferenciados, el médico debería descartar la existencia de un componente emocional. En todos los sujetos y familias con los cuales se establece una relación continua y en casos de crisis familiares –bien sea derivadas de la existencia de problemas médicos, crisis propias del ciclo de la familia o eventos no esperados que afectan súbitamente el

núcleo básico–, el profesional médico debería constituirse en el primer recurso de apoyo y orientación. Por último, ante el diagnóstico de una enfermedad mental o problema psicológico en algún sujeto o ante la existencia de abuso de sustancias y conflictos en la relación entre los miembros de la familia, la inclusión de la perspectiva de grupo y la valoración sistémica de la problemática se constituye en piedra angular de la intervención médica[2, 3].

Diversos estudios han podido ratificar la importancia de incluir el contexto familiar en el manejo de condiciones médicas[44, 45]. En pacientes con diabetes mellitus, por ejemplo, se ha evaluado el papel de la familia como recurso de apoyo tanto para la vigilancia de la enfermedad y la toma

de decisiones como para la ejecución de acciones adecuadas en el manejo de pacientes diabéticos. Variables como el grado de conflicto familiar, los patrones de comunicación, el grado en el cual los padres se involucran en el cuidado de la diabetes de sus hijos, la satisfacción en la relación de pareja, la estructura de la familia, los sucesos familiares estresantes e, incluso, las habilidades de la familia para manejar situaciones imprevistas y de manera especial la funcionalidad familiar, están asociados con el control de la enfermedad[46]. Interrelaciones similares han sido encontradas en otro tipo de patologías, especialmente condiciones crónicas y en situaciones como el manejo de pacientes críticos, con problemas de salud mental o abuso de sustancias psicoactivas[4, 5, 21-23].

## Conclusiones

Hay evidencia suficiente acerca de la influencia de la familia como núcleo social primario en el estado de salud-enfermedad de los individuos. Diversas características familiares, como los patrones culturales, el tipo de unión, la figura de autoridad, la composición y el ciclo vital familiar determinan factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan no solo el estado de salud de las personas, sino la respuesta a las intervenciones preventivas y terapéuticas que se prescriben desde los servicios de salud[4, 5, 15-19, 21-24].

A pesar de lo descrito, la incorporación de la perspectiva de familia en la práctica médica es relativamente escasa, como ya se anotó. Los datos disponibles sugieren que la formación específica en aspectos familiares (como ocurre con la medicina familiar) podría cambiar este patrón y hacer que la mayoría de encuentros con el paciente consideren las características de la familia para la toma de decisiones clínicas y la orientación del tratamiento[6, 40-45]. Sin embargo, no se encontró información sobre este tema en nuestro medio, donde las particularidades de la formación médica general, de la residencia en medicina familiar y del sistema de salud influyen de manera significativa en los patrones de cuidado y, por ende, en la posibilidad de incorporar la perspectiva de familia en la rutina profesional.

El sistema de salud colombiano tiene un fuerte enfoque hacia el mercado de servicios, que busca la reducción de costos y la eficiencia en el uso de recursos[47]. En este contexto, indagar e intervenir condiciones específicas del entorno familiar en los diferentes niveles planteados puede verse de forma negativa, por la necesidad de invertir mayor tiempo en los encuentros clínicos, por la necesidad de desarrollar programas de entrenamiento para el personal médico, por la necesidad de programas de apoyo y por la ambigüedad en las definiciones para este tipo de intervenciones dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).



Estas dificultades resultan contradictorias con el espíritu de la normatividad que rige nuestro sistema. En ella, el mercado aparentemente se regula por un pago estándar (unidad de pago por capitación) y un plan de salud estándar (POS), que deja los rendimientos financieros supeditados a una mayor capacidad preventiva y a una mayor resolución de los problemas por los que consultan los pacientes[48]; sin embargo, es de anotar que tales resultados solo serán obtenibles mediante planes estructurados a largo plazo, particularmente si se toma en cuenta la carga creciente que representan las enfermedades crónicas para el sistema. Como se anotó, en este tipo de dolencias, así como otras circunstancias clínicas que incluyen el enfermo terminal, los problemas de salud mental y la persistencia de síntomas indiferenciados, la utilización de recursos familiares tanto en el diagnóstico como en el apoyo al tratamiento resulta crucial y tiene efecto directo en la adherencia a la prescripción médica, en los patrones de uso de los servicios y en el control de la enfermedad[2-5].

En concordancia con lo anotado, resulta indispensable pensar modelos de atención que fortalezcan el enfoque preventivo, la valoración integral de los pacientes y la continuidad en el cuidado médico, de manera que haya un mayor y mejor conocimiento de la historia

clínica y del entorno familiar por parte de los servicios de salud, lo cual no se favorece con encuentros cortos y cuidadores cambiantes[2, 3, 49].

Tales modelos son aplicables en el nivel primario de atención, donde hay menor fragmentación que en la atención por especialidades y subespecialidades clínicas, y pueden utilizar instrumentos de la medicina familiar como la entrevista orientada a la familia, el familiograma, el ecomapa y el APGAR familiar[33, 34, 48, 50], los cuales permitirían tener una buena estandarización en el abordaje diagnóstico de la familia. Sin embargo, es indiscutible que lograr dentro de este enfoque una mayor intervención de las condiciones familiares requiere modificar los currículos de pregrado, desarrollar programas de entrenamiento para los médicos generales en servicio y fortalecer la formación de posgrado para el desarrollo de habilidades específicas en el tema[51].

Cada vez más los pacientes demandan una atención médica de calidad, incluyente, que considere la exploración del contexto y que oriente frente al manejo de situaciones en las cuales la familia está involucrada[43]. En consecuencia, una perspectiva de cuidado que incorpore a la familia no solo mejora los estándares de la atención médica, sino también la satisfacción de los pacientes frente a los servicios de salud.

## Bibliografía

1. Doherty WJ, Campbell TL. *Families and health: Families and health an introduction*. Beverly Hills (CA): Sage. 1988.
2. Medalie JH. *Medicina familiar: principios y prácticas*. 1a. ed. México: Limusa. 1987.
3. McWhinney IR. *Medicina de familia*. Barcelona: Doyma. 1995.
4. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka T *et al*. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2011;11(2):136-43.
5. Jacobson AM, Hauser ST, Lavori P, Willett JB, Cole CF, Wolfsdorf JI *et al*. Family environment and glycemic control: a four-year prospective study of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosom Med*. 1994;56(5):401-9.
6. Goldschmidt R, Willard C. The family in the family medicine literature. *Fam Med*. 2003;35(9):661-5.
7. Herrera PM, González I, Soler S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002;18(2):1-15.
8. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. *Orientación familiar en atención primaria: manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud*. 1a. ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica. 1998.
9. Umaña E. *La familia colombiana una estructura en crisis*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia. 1994.
10. De la Cuesta C. Familia y Salud. *Revista Rol de Enfermería*. 1995;(203-204):21-4.
11. Alonso JC. Conceptos, transformaciones y políticas familiares en Latinoamérica. En: Gutiérrez ML. *Las familias en Bogotá: realidades y diversidad*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 2008.
12. Zamudio L, Rubiano N. La situación de la familia. En: Zamudio L, Pubiano N. *Las familias de hoy en Colombia*. Bogotá: Organización de Estados Iberoamericanos. 1994.
13. Minuchin P. families and individual development: provocations of the field of family therapy. *Child Development*. 1985;56(2):289-302.
14. Ciuffolini MB, Didoni M, Jure H. *Cuadernos de medicina familiar: aportes para un enfoque integral*. Córdoba (Arg.): Sima. 2008.
15. Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*. 2004;145(1):20-5.
16. Hodges EA. A primer on early childhood obesity and parental influence. *Pediatr Nurs*. 2003;29(1):13-6.
17. Tyler DO, Horner SD. Family centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavioral change in primary care. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(4):194-203.
18. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health offspring. *Psychol Bull*. 2002;128(2):330-66.
19. Bloomberg GR, Chen E. The relationship of psychological stress and childhood

- asthma. *Immunol Allergic Clin N Am.* 2005;25(1):83-105.
20. Duarte A. Principios de la práctica familiar para médicos de cuidado primario. En: Arias L, Duarte A. *Módulo de actualización médica.* Bogotá: Ascofame. 2004.
  21. Anderson BJ, Vangsness L, Connell A, Butler D, Goebel-Fabbri A, Laffel LM. Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration type 1 diabetes. *Diabet Med.* 2002;19(8):635-42.
  22. Weinger K, O'Donnell KA, Ritholz MD. Adolescent views of diabetes-related parent conflict and support: a focus group analysis. *J Adolesc Health.* 2001;29(5):330-6.
  23. Davidson JE. Family centered care: meeting de needs of patient's families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse.* 2009;29(3):28-34.
  24. Burg MM, Barefoot J, Berkman L, Cateulier DJ, Czajkowsky S, Saab P *et al.* Low perceived social support and post-myocardial infarction prognosis in the enhancing recovery in coronary heart disease clinical trial: the effects of treatment. *Psychosom Med.* 2005;67(6):879-88.
  25. Gutiérrez V. *La familia en la perspectiva del año 2000.* Bogotá: Presencia. 2001.
  26. Calvo G, Castro Y. La familia como fenómeno a través de lo documental y lo investigativo. En: Calvo G, Castro Y. *La familia en Colombia estado del arte 1980-1994.* Bogotá: ARFO; 1995;63-111.
  27. Restrepo C. Características socioculturales de la familia en Colombia. *Revista Javeriana.* 1984;102(506):5-18.
  28. Profamilia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Colombia 2005. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2005.
  29. Nieto N. La familia una mirada integradora desde la complejidad. En: Escuela colombiana de medicina Juan N. Corpas: medicina familiar, fascículo 1: *La familia.* Bogotá: Exlibris. 2002;1-6.
  30. Cusinato M. Enfoque evolutivo de las relaciones familiares. En: Cusinato M. *Psicología de las relaciones familiares.* Barcelona: Herder. 1992;35-82.
  31. Cantale C. VI Curso Universitario de Medicina Familiar: Ciclo Vital Familiar. Centro privado de medicina familiar. s. l.: Universidad del Sur de California. California. 2000.
  32. Arias L, Montero JT, Castellanos J. *El ciclo vital familiar.* Bogotá: Ministerio de Salud. 1995.
  33. Smilkstein G. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract.* 1982;5(2):303-11.
  34. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo J, Lardelli P. *Validity and reliability of the family-Apgar questionnaire on family function.* *Aten Primaria.* 1996;18(6):289-96.
  35. Montoso R, Elzo J. La familia en la sociedad del siglo XXI. *Revista Javeriana.* 2007;143(737):56-62.
  36. Rico A. Familia, género y pobreza urbana en Colombia: supervivencia y futuro. *Papel Político.* 2001;13:115-35.

37. Ordóñez M, Isaza M. *La familia de finales del siglo XX en Colombia*. Bogotá: Pro-bienestar de la Familia Colombiana. 1998.
38. Profamilia, Instituto Colombiano de Bien-estar Familiar (ICBF), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Inter-nacional (USAID), Ministerio de la Pro-tección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Encuesta Na-cional de Demografía y Salud: Colombia 2010. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2010.
39. Doherty WJ, Campbell TL. *Families and health*. Beverly Hills (CA): Sage. 1988.
40. Medalie JH, Zyzanski SJ, Langa D, Stange KC. The family in the family practice: Is it a reality? *J Fam Pract*. 1998;46(5):377-89.
41. Byers JS, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutz NH, Waddell T *et al*. A quasi-experimental trial on individualized, de-velopmentally supportive family centred care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(1):105-15.
42. Medalie JH, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Stange KC. Two physician styles of focusing on the family. *J Fam Pract*. 2000;49(3):209-15.
43. Burge SK, Schneider FD, Ivy L, Catala S. Patients's advice to physicians about inter-vening in family conflict. *Ann Fam Med*. 2005;3(3):248-54.
44. Kazak AE. *Challenges in family health in-tervention research*. *Fam Syst & Health*. 2002;20(1):51-9.
45. Herrera PM. La familia funcional y dis-funcional: un indicador de salud. *Rev Cu-bana Med Gen Integ*. 1997;13(6):591-5.
46. Alba LH, Bastidas C, Vivas JM, Gil F. Prevalencia de control glucémico y facto-res relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio en Bogotá-Colombia. *Gac Méd Méx*. 2009;145(6):469-74.
47. Hernández M. Health reform, equity and the right to health in Colombia. *Cad Saude Publica*. 2002;18(4):991-1001.
48. Ley 1438/2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposi-ciones (*Diario Oficial*, 47.957, de 19-01-2011).
49. Arias L, Alarcón M. *Medicina familiar en la práctica*. Cali (Colombia): Centro Edi-torial de Catorse. 1997.
50. Zamudio A, Hill K. Building closeness, understanding, and tolerance among resi-dents: the family genogram. *Fam Med*. 2004;36(9):625-6.
51. Kelly KC, Yanoshik MK, Campbell J, Flynn SP. Integrating the family into routine patient care. A qualitative study. *J Fam Pract*. 1998;47(6):440-5.

---

*Correspondencia*

Luz Helena Alba  
Calle 73 # 0-16 apto. 401  
Bogotá DC, Colombia  
lalba@javeriana.edu.co

---