

INTRODUCCIÓN AL **TRABAJO CON FAMILIAS**

El trabajo con familias se basa en el enfoque biopsicosocial.

Respecto al enfoque biopsicosocial Borrel y Carrió dice: es “una filosofía del cuidado clínico y una guía clínica práctica. Desde el punto de vista filosófico, es una manera de entender como el sufrimiento y la enfermedad son afectados por diversos niveles de organización, desde el social al molecular”.

“Desde el nivel práctico es una forma de comprender la experiencia subjetiva de la persona consultante como contribuyente esencial para lograr un diagnóstico acertado, resultados en la salud y en el cuidado humano”.

En el primer capítulo se explicita que el Modelo biopsicosocial induce a reconocer cómo las diferentes dimensiones del ser humano y las interacciones que con ellas se producen (en este caso, la familia) explican la situación de salud de un individuo.

El análisis exclusivamente biológico de la salud – enfermedad deja de lado la realidad compleja del ser humano.

Esto es especialmente claro cuando se presenta una enfermedad en un integrante de la familia, por ejemplo, una Diabetes Mellitus. Si bien es cierto que el diagnóstico se fundamenta en exámenes de tipo biológico, desconocer la relación que la Diabetes tiene con estresores psicosociales, con hábitos de vida familiar, con interacciones que perpetúan una determinada conducta, etc, es dar una mirada reduccionista a un problema de salud de múltiples interacciones. Si además, en su manejo se deja de lado la consideración de cómo este

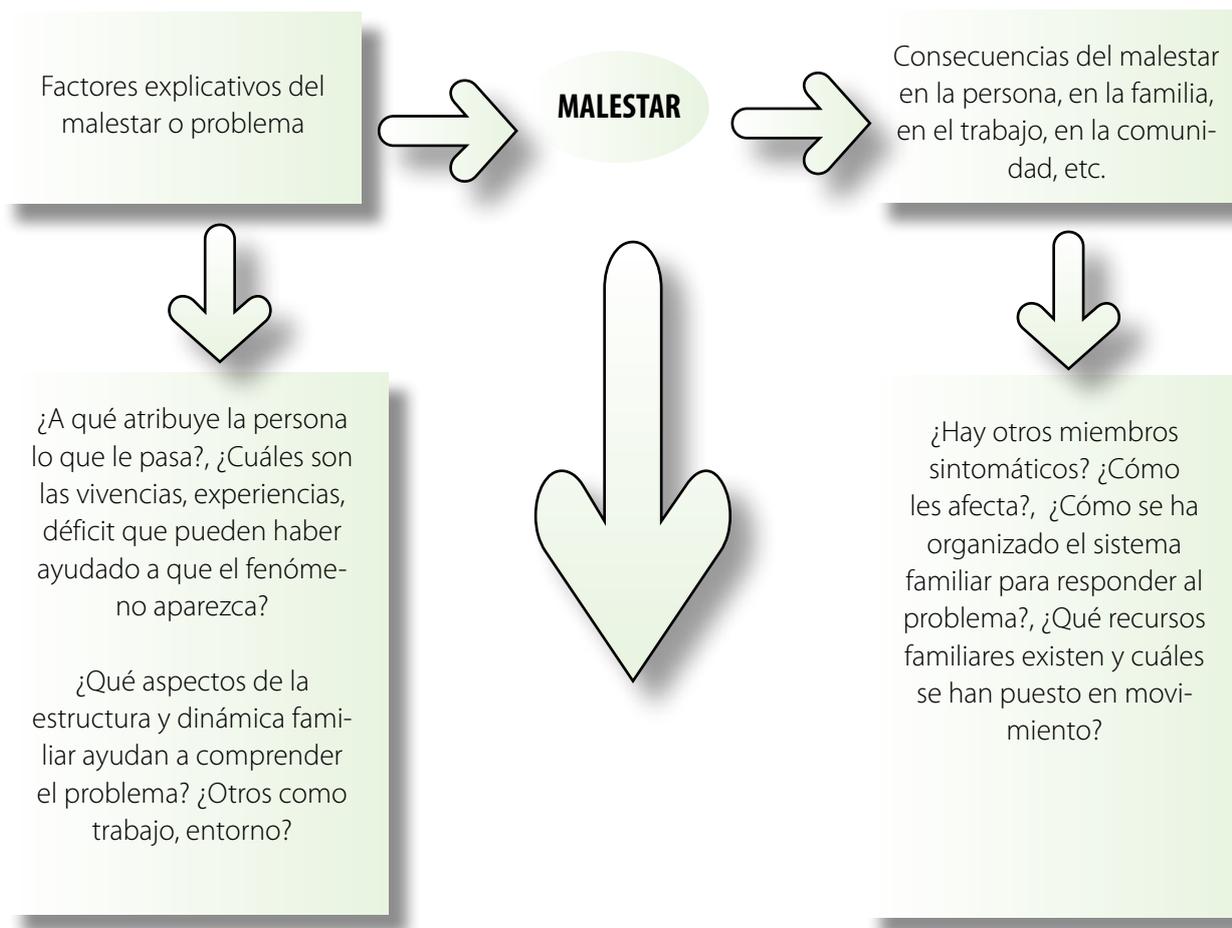
diagnóstico afecta a quienes lo sufren y a la dinámica familiar y la relevancia que esta última tiene en una mejor compensación de la enfermedad, se pierde la oportunidad de mejorar los resultados.

El enfoque biopsicosocial y familiar ha sido operacionalizado por M. Stewart, Ian Mc Whinney y otros, en el método clínico centrado en la persona, a través de los siguientes elementos ineludibles:

1. Explorar la situación (“síntomas y signos” del problema) y el padecimiento o malestar (la experiencia personal de la situación)
2. Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones y con una historia personal también única.
3. Convenir con la persona la explicación y el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
4. Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.
5. Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva.
6. Usar de manera realista el tiempo y los recursos

La exploración del padecimiento o malestar implica preguntar respecto al padecimiento mismo, a los significados de él y sus consecuencias, desde la perspectiva de quien lo sufre.

Esquema: Ejemplo de exploración desde la perspectiva biopsicosocial :



¿Qué significa ese diagnóstico para ella? ¿Cómo está viviendo la persona lo que le pasa?, ¿Cuáles son los sentimientos, emociones, temores, etc., que están presente?, ¿Cuánto siente la persona tener el control de lo que le pasa?

¿ Al preguntar antecedentes familiares estoy haciendo enfoque familiar?

No necesariamente. Pueden ser un conjunto de preguntas que inicien el enfoque familiar, pero también

pueden quedarse como antecedentes que solamente aportan información al entrevistador sin aumentar la comprensión del proceso, quedando como contexto, sin incorporarse como elementos de apoyo para la comprensión y para la intervención.

Lo anterior se traduce en el mantenimiento de las formas tradicionales de enfrentar los problemas por los cuales consultan las personas, sin que ellas perciban diferencias en la forma de intervenir, perpetuando el ciclo “más de lo mismo”, sin lograr un cambio efectivo de conducta personal y familiar. Asimismo, los integrantes del equipo pueden sentirse decepcionados del enfoque, porque sus resultados no se aprecian. En este sentido es necesario aprender a hacer estas intervenciones desde el marco teórico y de contenidos que se explicita a continuación.

¿Qué es un sistema de atención centrado en la familia?

- 1 Es un sistema que incluye a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de un individuo. Implica aplicar el enfoque biopsicosocial con relación a la dimensión familia, considerando la influencia que la familia tiene sobre la salud de sus miembros y cómo la enfermedad afecta al sistema familiar.
- 2 Es un sistema que introduce a la familia como unidad de cuidados. Implica trabajar con la familia como sistema, aprender a evaluarla desde la perspectiva de su estructura, sus riesgos, los eventos estresantes, sus recursos, su organización, etc. y también implica generar intervenciones sistémicas.

Los equipos técnicos que trabajan con familias necesitan reflexionar sobre la relación que existe entre Familia y Salud.

De acuerdo a lo que plantean Daniel y Campbell en su Libro Orientación Familiar en Atención primaria:

- La familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, tales como hábitos y estilos de vida.
- Las tensiones que sufre la familia en las etapas de

transición del ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas.

- Los síntomas somáticos pueden cumplir una función adaptativa en el seno de la familia y ser mantenidos por los patrones de conducta familiares.
- Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad

Otros elementos de esta relación son los aspectos genéticos involucrados en una mayor o menor probabilidad de presentar problemas de salud, el contagio de enfermedades infecciosas por la cercanía física, etc.

Por lo tanto la familia podría enfermar a sus integrantes o sanarlos. En la familia se adquieren hábitos nocivos y/o saludables. En la familia se puede encontrar el apoyo necesario para sacar adelante a una persona o se puede perpetuar su sufrimiento. Si una persona enferma, no enferma sola: afecta al sistema en su conjunto.

El enfoque familiar estará presente en todo análisis que requiera ahondar en la comprensión de un problema y estará internalizado en el actuar cotidiano de cada integrante del equipo de salud.

Un afrontamiento más avanzado, de acuerdo a los niveles de intervención de Doherty y Bird (Anexo 3) lo constituye la familia como unidad de atención y cuidados.

Para el logro de lo anterior, los profesionales deben aprender a evaluar a la familia como sistema, utilizar instrumentos acordes, plantear diagnósticos familiares e intervenir de acuerdo con estos diagnósticos.

¿Cuáles son los objetivos del enfoque familiar y del trabajo con la familia como sistema?

Un primer objetivo es comprender mejor, ampliar la mirada desde el problema hacia sus múltiples dimen-



siones. El comprender mejor aumenta la empatía, consolida el compromiso, mueve a la acción, hace más realista cada intervención.

Consecuencia del anterior, un segundo objetivo es influir de manera más efectiva en las conductas y factores que producen los daños. Cuando las intervenciones preventivas se hacen en un marco de respeto, de afectividad, basadas en las etapas de motivación al cambio, aumentan las probabilidades de adhesión activa a las conductas esperadas y mejoría de los resultados.

Un tercer objetivo es poder intervenir más integralmente frente a un problema de salud detectado. El diagnóstico es seguido de una entrevista que busca entender cómo la enfermedad afecta a la persona que la vive, desde lo emocional, lo laboral, lo familiar y social.

Un cuarto objetivo es incorporar en los equipos la mirada de ciclo vital, entendiendo que lo que ocurre en una etapa va a influir en las etapas siguientes positiva o negativamente. De esta manera lo que se realiza en determinada etapa tiene un sentido anticipatorio, no sólo en lo psicológico sino también en lo biológico.

En la misma línea de ciclo vital, un quinto objetivo es anticiparse a las crisis ligadas al desarrollo, es decir a aquellas dependientes de la etapa en la cual se encuentra un individuo o su familia.

Ejemplo

La señora Berta, de 50 años, casada, 2 hijos adolescentes, tiene los diagnósticos de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, desde hace aproximadamente 5 años. Desde el momento de los diagnósticos, ha pasado por épocas de compensación y otras de descompensación no atribuibles a enfermedades concomitantes. Ha sido visitada en su casa por la enfermera y la asistente social, no identificando factores que ayuden al equipo a comprender que está ocurriendo y las intervenciones educativas ensayadas no han dado resultados.

⇨ **Desde la perspectiva tradicional el equipo analiza la situación de la siguiente forma:**

- **¿Cuál es el problema?:**

Paciente portadora de enfermedades crónicas con inestabilidad en su compensación.

- **¿Por qué ocurre esto?**

El análisis causa efecto planteado por el equipo puede considerar una o más de las alternativas siguientes: (ejemplos).

- Poco compromiso con su autocuidado
- No respeta las indicaciones dietéticas con frecuente salidas del régimen.
- Se olvida de tomar los medicamentos o no los toma de forma correcta.
- Puede existir otra patología concomitante

⇨ **Desde la perspectiva sistémica el equipo se plantea objetivos a desarrollar en conjunto con el sistema consultante:**

- **Mejorar la comprensión del problema:**

- ¿Qué significa para usted tener esta enfermedad? (desde las emociones)
- ¿Hay más personas en su familia que sufren este problema?
- ¿Cómo se manifiesta el apoyo de su familia?,
- ¿Hay problemas en su familia y cómo le afectan? (en el sentido de descompensación de sus patologías)
- ¿Qué importancia atribuye su familia a las enfermedades que usted padece?

- **Influir de manera mas efectiva:**

- ¿A qué atribuye usted su descompensación?
- ¿Cómo podría contribuir usted para mejorar su salud?

- ¿Cómo cree usted que podemos ayudarla?
 - ¿Ha descubierto otras formas para ayudarse?
 - ¿En qué casos le ha ido mejor?
 - ¿Cómo le puede ayudar su familia?
- **Intervenir más integralmente:**
 - ¿Cómo le ha afectado el tener estas enfermedades?
 - ¿En qué le puede ayudar su familia?
 - ¿Cuánto conoce usted y su familia del problema de salud que usted tiene?
 - ¿Cómo afecta esta enfermedad su desempeño? (en sus labores habituales)
 - ¿Ha pensado integrarse a algún grupo o club que funcione cerca de su domicilio?
 - ¿Qué piensa su pareja de la enfermedad que le aqueja? ¿Cómo le afecta?
- **Incorporar la mirada de ciclo vital:**
 - ¿Cómo se ve usted en 10 años más?
 - ¿Cree usted que estas enfermedades le afectarán en su vida futura?
 - ¿Podrán afectar a otros miembros de su familia?
 - ¿Qué piensan sus hijos de su enfermedad?
 - ¿Sus hijos han hecho alguna modificación en sus hábitos de vida?
- **Anticiparse a las crisis:**
 - (Climaterio, jubilación, salida de los hijos de la casa, embarazos de los hijos)
 - Fomentar la asociatividad
 - Mejorar la comunicación intrafamiliar

Todo lo anterior, trabajado con la persona, se complementa con entrevista a otros miembros de la familia, aplicando instrumentos, evaluando los recursos pro-

pios y familiares, los mecanismos de afrontamiento utilizados, etc., con un trabajo continuo.

“Desde el punto de vista teórico-metodológico, la perspectiva sistémica capacita al profesional para efectuar una gestión que genere acciones de cambio, en la cual las conexiones y relaciones que se establecen en la interacción son vitales para superar el estancamiento y ensanchar las posibilidades de la unidad de análisis llámese: individuos, grupos, organizaciones o comunidades; mostrando alternativas nuevas y distintas de acción, con la construcción de significados e historias distintas para leer la realidad, de tal manera que la unidad de análisis co cree, a partir del aporte del profesional, otra realidad posible ³”.

¿Cuál es el concepto de familia⁴ con el cual van a trabajar los equipos?:

Desde un punto de vista práctico, la definición más aceptada por los equipos es “conjunto de personas que viven bajo un mismo techo”. Desde un punto de vista social, la familia es considerada como la “unidad básica de la sociedad y el núcleo donde se desarrollan los individuos, se cuida y socializa a sus miembros”.

Desde la perspectiva integral, familia es el conjunto de personas que son reconocidas como tal por quien la describe. Es decir, cada persona define su familia. En este sentido, entonces, podría ser que el número de miembros excediera a los que “viven bajo un mismo techo” o “cocinan juntos”.

Pero en definitiva el concepto de familia está dado por la realidad sociológica y prima la propia definición que la familia hace.

El equipo está abierto a esta definición.

¿Qué se entiende por salud familiar?:

La OPS hace referencia a la salud de la familia como un

3 Aportes al tema familia de Ángela María Quintero Velásquez. Medellín. Colombia

4 Concepto de Familia Congreso Nacional de Chile



“campo de prioridad programática integrado por la salud de la adolescencia y la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna”.

“La visión de salud familiar conlleva un reconocimiento social de los problemas de salud, y en este contexto, se reconoce la indivisibilidad de la madre, el padre y el niño en el proceso de las intervenciones de salud, por lo que la intervención en un miembro de esta unidad familiar conlleva a situarse en su contexto de vida social, para comprender mejor los efectos biológicos”

Horwitz, Campos y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis.

La salud familiar puede considerarse entonces, como el ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar. Incluye el estado de salud físico y mental individual, y el nivel de interacción entre los miembros de la familia.

Para influir en la familia ¿es preciso que esté toda o parte de la familia presente?

Como todo sistema cumple con el principio de equifinalidad, esto quiere decir que no importando dónde intervengamos, se producirán efectos a nivel del sistema familiar. Lo que define la intervención como familiar es el foco y no la cantidad de personas presentes.

Por eso el carácter de familiar de la consejería no está dado por la presencia de más de un integrante de la familia sino por el objeto de la misma. La acción pretende desde uno o más miembros poner el foco en el cambio del sistema familiar.

¿Cuándo trabajar con la familia como sistema?:

No hay un criterio único. Está más indicado cuando las aproximaciones individuales no han dado los resultados esperados, cuando el problema de salud ha generado un cierto impacto en la salud de la familia o cuando el involucramiento familiar es imprescindible para el manejo de un problema de salud determinado.

Preguntas tales como las siguientes, pueden orientar la decisión:

- ¿El problema de salud puede tener su origen en patrones familiares de interacción o comportamiento? ¿La información que aporte la familia mejorará la comprensión del caso?
- ¿El problema de salud impactará en la dinámica familiar o en una reorganización de sus roles?
- ¿La evolución del problema se verá beneficiado con un compromiso familiar?
- ¿Las decisiones frente al problema de salud deberían ser tomadas de manera compartida entre dos o más miembros de la familia?
- ¿Hay otros miembros sintomáticos o en riesgo?
- ¿El problema se está viviendo con sufrimiento de otros miembros?

En general se acepta lo siguiente:

Ámbito	Afrontamiento
Casos agudos predominio biológico	Manejo habitual
Caso agudos o crónicos resistentes al manejo habitual	Indagar en aspectos psicológicos, familiares o sociales desde la perspectiva de quien lo sufre
Casos crónicos y/o de predominio psicosocial	Trabajar con la familia como sistema
Preventivos	Individual o familiar

¿Cuáles son algunos de los elementos que ayudan a esta tarea?

- 1 Comprender las teorías que sustentan el trabajo con familias, tales como:
 - Teoría general de sistemas, aplicada a los sistemas familiares.
 - Enfoque interaccional de la comunicación
 - Teoría del ciclo vital
 - Teoría de las crisis
 - Teoría de los factores de riesgos y factores protectores
- 2 Introducir registros de información familiar: la recopilación sistemática de información relevante de la familia ayudará al equipo a la adecuada toma de decisiones con la familia. Será necesario disponer de registros donde poner esa información. Usualmente los equipos han mejorado el registro en la ficha clínica individual, han diseñado cartolas familiares, carpetas o fichas familiares.
- 3 Utilizar instrumentos para evaluar estructura, dinámica, redes, etc, como por ejemplo: genograma, ecomapa, PRACTICE, APGAR familiar, Círculo familiar, etc.: Estos instrumentos ayudan al individuo a cambiar el foco desde sí mismo hacia su familia, permitiendo una mejor comprensión de su situación de salud y de la necesidad de trabajar con la familia, en algunos temas.

¿Qué otros elementos deben ser desarrollados para responder a los objetivos planteados?:

- Incorporar la práctica del análisis en equipos multiprofesionales. Lograr la transdisciplinariedad.
- Desarrollar la creatividad para generar respuestas innovadoras
- Ser capaces de inducir el uso prioritario de los recursos familiares y comunitarios.

- Mediante las intervenciones familiares desarrollar en familias e individuos las capacidades para enfrentar de manera adecuada futuros problemas.

¿Cuáles son los instrumentos de abordaje familiar, más útiles en los cuidados primarios?(Anexo 5):

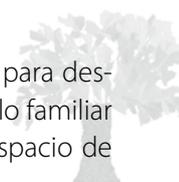
Para tener un acercamiento a la familia como sistema se han diseñado una serie de instrumentos, que aportan, de acuerdo a la pertinencia de su uso, información sobre la estructura, dinámica y procesos familiares, así como de los eventos estresantes y recursos familiares.

El más utilizado es el **genograma** (familiograma, árbol familiar), que es útil como apoyo diagnóstico y terapéutico. Al hacerlo de manera participativa con un miembro sintomático, permite cambiar desde el foco individual del problema hacia el foco familiar. Se recomienda plasmar 3 o más generaciones e incluir datos de escolaridad, trabajo, enfermedades crónicas o factores de riesgo, causas de fallecimiento y si es posible, algunos otros datos claves para quien mire la figura. Al ser complementado con líneas de interacción familiar enriquece la comprensión de aspectos interesantes de la dinámica familiar; estas líneas podrían ir en esquema aparte para facilitar su análisis.

Un segundo instrumento es el **eco mapa**, que muestra la relación de cada miembro con redes primarias y secundarias. Permite situar a la familia en el sistema social, pudiendo observar si existe una interacción con otros subsistemas o si hay tendencia al aislamiento social.

Por su parte el **apgar familiar** hace una aproximación a los procesos familiares, como adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afectividad, capacidad de resolución.

El **círculo familiar** también es aprovechado para desviar el foco de atención desde lo individual a lo familiar y tiene la utilidad adicional de generar un espacio de



conversación sobre las relaciones al interior de la familia desde la perspectiva de quien lo dibuja. De esta manera, a través de preguntas abiertas el profesional puede desencadenar la reflexión sobre cómo mejorar o re-mirar relaciones que el paciente considera lejanas o potenciar aquellas cercanas.

El **mapa familiar** utiliza un bosquejo del hogar para conocer de forma intuitiva los confines territoriales del individuo dentro de la familia, el espacio donde la persona se encuentra consigo misma y los confines emocionales que marcan las diferencias entre los miembros del grupo familiar y regulan sus relaciones; cómo utilizan la vivienda; quién ocupa cada habitación; dónde habla la familia; dónde se discute; dónde se ocultan en momentos de conflicto; etc.

Todos los instrumentos ayudan a la persona a situar su problema en el sistema familiar, a buscar en ella una mejor comprensión de lo que le pasa y a movilizar sus propios recursos en la búsqueda de soluciones. Lo mismo ocurre con el profesional o equipo tratante.

El uso de uno o más de estos instrumentos forma parte de lo que llamamos "Estudio de familia", que alude a la búsqueda de un mayor conocimiento de la familia para comprender mejor su situación de salud o la de uno o algunos de sus miembros.

Es importante no dejar de nombrar la clasificación de las familias según las etapas del **Ciclo Vital** en que se encuentra, que aporta a situarlas de acuerdo a sus tareas, expectativas, conflictos potenciales y probables crisis. Consecuentemente el equipo adquiere la posibilidad de anticiparse a eventos estresantes y apoyar a la familia en su proceso de crecimiento y desarrollo.

¿Cuáles son los valores, actitudes, habilidades y destrezas que caracterizan a los integrantes del equipo de salud?:

- Respeto, honestidad
- Aceptación de los propios límites

- Capacidad de comprometerse
- Actitud empática
- Incorporar la práctica reflexiva para mejorar los propios procesos comunicacionales y técnicos.
- Saber hacer entrevistas relacionales
- Utilizar correctamente las etapas del cambio
- Manejar las etapas del duelo
- Manejar la incertidumbre propia del enfoque biopsicosocial
- Utilizar correctamente los instrumentos para evaluar familias
- Nunca dañar

¿El modelo centrado en la familia genera conflictos éticos? ¿de qué manera la bioética orienta la toma de decisiones en los equipos de salud?

Los dilemas éticos en general han estado focalizados en el ámbito hospitalario en temas tales como la eutanasia, el aborto, el encarnizamiento terapéutico, etc.; sin embargo el contacto cotidiano con los pacientes y en especial la Atención Primaria nos pone día a día frente a dilemas éticos.

La ética es el estudio de lo que está bien y lo que está mal en la conducta humana.

La bioética se preocupa de la aplicación de sus principios en los actos que nos relacionan con los pacientes y las decisiones que les afectan.

Autonomía: es la capacidad del ser humano de autogobernarse, de tomar decisiones libremente, de acuerdo a la propia valoración que hace de las situaciones sobre las que decide. Se aplica por lo tanto al respeto de las decisiones de cada individuo, tomadas con base a información útil, sea aportada por los técnicos en salud u obtenida por otros medios. Esto no quita al equipo de salud su responsabilidad en su rol educador.

Beneficencia: es la búsqueda del bien hacia el otro, no es un decidir sobre lo que el otro necesita, es buscar en

conciencia y en un marco de respeto por el otro, aquel bien que el otro requiere, teniendo en cuenta sus opiniones, deseos, necesidades. Se aplica por lo tanto a las conductas que los técnicos en salud toman sobre las personas, familias o comunidad.

No maleficencia: es no dañar, es no efectuar acciones que puedan provocar daño psíquico, físico o social. Incorpora también el evitar actitudes y acciones potencialmente dañinas. Siempre en la elección del bien debe considerarse si ese bien aumenta la probabilidad de daño. Es el primer principio aplicado a los técnicos en salud en sus decisiones sobre las personas.

La verdad: es no mentir, decir la verdad al otro en el momento y de manera oportuna, es no engañar. Incorpora la noción de respeto por el otro en el sentido de no quitarle, por desinformación, la oportunidad de tomar sus decisiones.

La privacidad y la confidencialidad de la información: es mantener protegida la intimidad del otro, no divulgar la información que maneja, es permitir hablar de sus cosas en un ambiente de intimidad, es respetar su pudor.

El consentimiento informado: es el acto libre, voluntario, informado de aceptar ser parte de, recibir, participar, etc. de tratamientos, intervenciones, investigaciones, etc., sin presiones de ningún tipo, incluyendo aquellas decisiones determinadas por la ignorancia o por la insuficiente información.

La fidelidad: Mantener el compromiso. Ser leal a ellos. No sólo en aquellos compromisos explícitos sino también en los implícitos.

La ética en general nos ordena, nos muestra un camino a seguir en nuestra relación con los otros.

En la relación con alguien en déficit (la persona) surgen múltiples situaciones en las cuales es posible pasar a llevar estos principios, si no se tiene claro su valor rector:

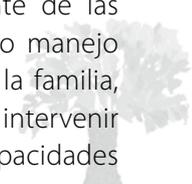
En la atención de salud:

- Tomar decisiones sobre las personas sin escuchar ni pedir su opinión.
- Pasar a llevar sus creencias, sentimientos, deseos.
- No respetar su privacidad.
- Sentirnos superiores a ellos.
- Actuar no teniendo la beneficencia como principio rector.
- Efectuar acciones que dañan.
- No valorarlo como un ser autónomo.
- Mal trato explícito e implícito
- Aprovecharnos de su situación de déficit para lograr beneficios personales.
- No informar sobre su enfermedad para permitirles comprender mejor lo que les pasa.
- Abandonar el rol educador bajo un falso concepto de respeto a la autonomía.
- Ocultar parte de la verdad e impedir una toma de decisiones adecuada

En la investigación:

- Investigar sobre las personas sin informar claramente sobre los riesgos.
- No solicitar su consentimiento. (Principio de la autonomía)
- No sacarlos de la investigación cuando se ha demostrado que el riesgo es alto. (Principio de la no maleficencia)
- No respetar la vida por sobre todo.
- Negar intervenciones cuando estas existen, dejando grupos control sin tratamientos.

En el desarrollo de la atención centrada en la familia se pueden generar por lo menos 2 situaciones:

- Mayor conciencia del equipo respecto a los principios fundamentales de la bioética
 - Mayor probabilidad de trasgresión a aquellos principios cuando no se es consciente de las repercusiones del cambio. Por ejemplo manejo inadecuado de información íntima de la familia, enjuiciamiento de conductas, sobre intervenir a las familias, descalificación de las capacidades
- 

de la familia, intervenir en problemas que no son considerados como tales, sin tomar en cuenta la opinión de la familia, etc.

La existencia de un Comité de bioética al interior del Centro de Salud facilita la toma de decisiones en temas complejos. Por ejemplo:

- ¿Cómo actuar frente a aquellos casos en que hay conflictos éticos?
- Si una familia no es consciente de un problema, ¿es ético evidenciarlo?
- ¿Cómo se puede clasificar a las familias según vulnerabilidad o riesgo, para efectuar un trabajo que respete la justicia social (distribución y priorización en el uso de los recursos) y la efectividad de las intervenciones?
- ¿Es ético “abandonar” a una familia por “estar muy dañada”?
- ¿Cómo priorizar los problemas detectados respetando la autonomía y la justicia social?
- ¿Cómo proteger al colectivo frente a una conducta autónoma no responsable?
- ¿Cuál es el límite entre la negociación y la manipulación?
- ¿Cómo respetar la autonomía en la adopción de conductas de riesgo sin abandonar el rol educador?

¿Cómo comenzar? ¿Con las familias de más riesgo o con las de menor riesgo?

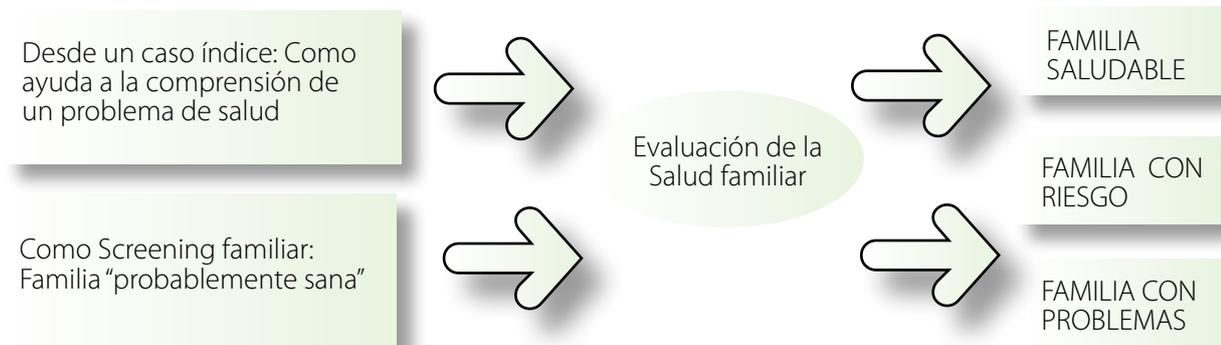
Es inevitable comprometerse con las familias que presentan más problemas, siempre buscando ayudar; sin embargo muchas veces las familias de más riesgo consumen las mayores energías y esfuerzos de los equipos.

El equilibrio siempre es la norma.

Cuando la experiencia de los equipos para el trabajo con sistemas familiares es muy incipiente, comenzar a “ensayar” las habilidades con familias de bajo riesgo o más susceptibles a las intervenciones, permite a los equipos ganar confianza, lograr resultados, poder evaluar la intervención y descubrir los múltiples beneficios de un enfoque centrado en la familia. Un caso típico de esto es trabajar con las parejas que esperan un hijo y actuar anticipatoriamente a las crisis, de manera de establecer los ambientes propicios para el adecuado desarrollo del niño (a) que va a nacer.

Pero como eludir los casos más severos, que están priorizados en la mayoría de las orientaciones programáticas, no es ético, los equipos deben aprender a establecer objetivos factibles de alcanzar, privilegiar la acción sobre los miembros más susceptibles al cambio, acudir a las redes sociales y generar estrategias multisectoriales, que aumenten la probabilidad de obtener los resultados esperados.

¿Cuáles son las formas de aproximación a la salud familiar?



Una segunda forma de aproximación al diagnóstico de salud de la familia es mediante la aplicación de algún instrumento de tamizaje a familias sin problemas evidenciados.

Dicha evaluación utiliza con mayor frecuencia el modelo de factores de riesgo y factores protectores, combinado con el de ciclo evolutivo de las familias y sus crisis y dada su complejidad tiene presente la incertidumbre propia de los diagnósticos del ámbito psicosocial.

¿Hasta dónde evaluar y hasta dónde intervenir?

El tener presente la autonomía y la libertad de las personas ayuda a los equipos a situarse frente a las necesidades desde una perspectiva respetuosa, en equilibrio con la responsabilidad social de proteger a quienes están en riesgo y fortalecer sus recursos.

La duda surge cuando lo que el equipo percibe como problema no está en consonancia con lo que la persona o la familia percibe. Intentar trabajar un problema del cual no se es consciente pone una dificultad adicional al equipo y las resistencias pueden ser lo suficientemente altas como para generar frustración en los responsables de la intervención.

Sin embargo lo anterior no elimina la responsabilidad de acoger, de educar, de motivar, de orientar y de cuidar, poniendo al servicio de las familias la disposición a actuar cuando las condiciones lo permitan. Es necesario recordar que escuchar, educar, estar atentos, etc., son formas de intervención que ponen la prudencia como virtud ante aquello que parece más complejo.

¿Cómo convocar a la familia?

Lo ideal es convocar a una “reunión”, de manera de no generar temores en las personas.

Es necesario explicar de manera clara los objetivos de

la convocatoria, y la familia en conjunto con el o la profesional tratante, define el problema, diseña el plan de intervención y seguimiento. De esta manera se genera mayor adhesión y compromiso con el afrontamiento del problema en cuestión.

Un elemento relevante es evitar cualquier señal de alianza emocional con algún integrante de la familia, ya que esto produce resistencias, temores e incertidumbre en los demás integrantes.

¿Se puede hablar de alta familiar?

El concepto de alta surge desde lo biomédico, sin embargo en el trabajo con familia en Atención Primaria, la meta es promocionar la salud, fortalecer o restablecer sus capacidades y en general contribuir a mantener la salud de la familia durante todo su ciclo vital, por lo tanto el concepto tradicional no es aplicable.

La intervención familiar puede ayudar a resolver un problema específico y cuando esto ocurre concluye la intervención, pero en muchas ocasiones el problema persiste y la familia aprende a integrarlo a su vida cotidiana.

¿El trabajo con familias hace perder la especificidad de cada profesión?

Por el contrario. Es la especificidad de cada disciplina lo que enriquece la mirada del equipo y son las habilidades particulares de cada uno lo que ayudará a intervenir de manera más efectiva. Existirán áreas de traslape en las acciones, que lejos de hacer perder la identidad profesional, se constituyen en espacios de mutuo crecimiento.

¿Qué no hacer con las familias?

- Ignorarlas
- Usar los recursos externos sin haber primero apelado a los recursos propios de la familia.



- Menospreciar el valor del vínculo.
- Establecer alianzas en desmedro de algunos integrantes de la familia.
- Juzgar, evaluar en función de los propios valores. Estigmatizarlas.
- Imponer decisiones.
- No darse el tiempo de escuchar y acoger.
- Abandonarlas, perdiendo de vista el seguimiento de los problemas.

¿Cómo pueden los equipos incorporar el enfoque de género en un modelo centrado en la familia y comunidad?⁵:

Incidir en la igualdad de derechos requiere considerar a las mujeres y hombres en sus iguales capacidades. Por lo tanto:

- No fortalecer estereotipos de feminidad y de masculinidad vigente, ya que para unos promueve la autosuficiencia y percibe la petición de ayuda como signo de debilidad.
- Favorecer en los hombres la expresión de emociones y afectos, de igual manera que en las mujeres.
- Rescatar los roles de responsabilidad de todos los seres que están en el entorno.

Tener cuidado cuando se diseñan acciones comunitarias para mejorar la salud, ya que en general se basan en una mayor participación de las mujeres, y se ignora que las mujeres no necesariamente tienen más tiempo libre.

El diseño, la forma de provisión de Salud familiar requiere reconocer la desigual distribución del poder en la toma de decisiones que existe entre mujeres y hombres.

Se debe considerar que la sobrecarga de trabajo de las mujeres, por sus múltiples roles tiene un impacto en la

salud y en la necesidad de servicios, el trabajo doméstico de las mujeres en el cuidado de niños, enfermos y adultos /as mayores, es poco valorado social y económicamente. Por tanto se puede identificar a las mujeres como receptoras activas y propositivas para el sistema de salud, e incorporar a los hombres en oportunidades de ser informados y de familiarizarse con los servicios de salud.

Se requiere modificar, en la planificación y provisión actual de los servicios públicos de salud, de forma que corrijan o compensen las menores oportunidades de acceso, pertinencia y calidad de estos servicios que puedan tener las mujeres y los hombres, para mejorar la equidad a corto plazo.

Los servicios, para ser valorados por las y los usuarias/os deben, buscar activamente atender las necesidades particulares de hombres y mujeres en sus distintos roles sin dejar de contribuir al cambio de esos roles en busca de una mayor equidad.

¿Cómo pueden los equipos incorporar el enfoque de salud intercultural en un modelo centrado en la familia y comunidad?⁶

El enfoque de salud intercultural surge de la necesidad de considerar la diferencia cultural como un factor determinante de la salud. Así como las dimensiones biológica, social y psicológica son abordadas desde la Salud Familiar, el enfoque intercultural propone la consideración de la dimensión cultural y plantea la necesidad de su abordaje. Las diferencias culturales son obviamente más notorias en el caso de los usuarios indígenas, y para ello el Ministerio de Salud dispone de un Programa de Salud y Pueblos Indígenas, y diversos instrumentos normativos que establecen la necesidad de adaptar culturalmente la oferta de servicios de salud para las poblaciones indígenas.

Este Programa responde a la situación social especialmente desfavorable de los pueblos indígenas en Chile, que en el área de la salud se traduce en un perfil de

5 Aporte Fanny Berlagoscky, SSMN

6 Aporte Unidad Pueblos Originarios Ministerio de Salud

morbi-mortalidad deteriorado respecto del resto de la población. En esta situación incide la pobreza a que actualmente se encuentran sometidos los indígenas, pero también la incapacidad tradicional de los equipos de salud para generar una comunicación efectiva con los usuarios indígenas, producto de una visión etnocéntrica que no es sensible a las diferencias culturales.

Los indígenas ven y piensan el mundo desde otros códigos, y todavía poseen sistemas propios de interpretación y de intervención sobre el ciclo de la salud y la enfermedad. El Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio intenta también valorar y promover el uso de los recursos culturales propios como factores protectores y aun como estrategias terapéuticas válidas y efectivas.

A nivel de Atención Primaria de Salud, y en el marco del modelo de salud familiar, es preciso tomar en cuenta que la primera etapa para la incorporación del enfoque de salud intercultural, debería consistir en un contacto con el Servicio de Salud respectivo a fin de sostener una entrevista con la persona encargada del Programa, y a partir de esta acordar un plan de trabajo conjunto que, esquemáticamente, podría contener los siguientes pasos, asesorados de cerca por los expertos del tema del propio Sistema de Salud:

- Conocer las representaciones sociales que el grupo de una etnia diferente a la nuestra tiene de los conceptos de salud y enfermedad y cómo piensan ellos que se resuelven. Conocer los patrones culturales por los cuales se rigen esas familias.
- Capacitación del equipo en cultura y salud indígena.
- Investigación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud dependientes de la cultura (creencias, interpretaciones, modos de conducta, etc) presentes en la población indígena atendida por el CESFAM.
- Identificación de autoridades tradicionales y médicos indígenas en el territorio del CESFAM.
- Proceso de acercamiento horizontal e invitación a trabajar en conjunto con la red de salud, apoyando los circuitos ya existentes de itinerarios terapéuticos interculturales.

Los itinerarios terapéuticos interculturales son una realidad comprobada y presente en varios territorios del país, y consisten en el movimiento espontáneo de las personas en búsqueda de salud, de solución para sus problemas de salud, a través de diferentes sistemas médicos, en relaciones de alternancia o de simultaneidad.

Por último es necesario tomar en cuenta que los patrones de vida familiar están igualmente sujetos a códigos culturales, y que tanto la estructura como el funcionamiento de las familias indígenas posee notables diferencias con las familias no indígenas, básicamente a partir del hecho de la importancia atribuida a las relaciones de parentesco, a menudo íntimamente ligadas a la vida religiosa y ritual, así como la vigencia de las familias extendidas y de los clanes familiares, concebidas como grandes redes de familias extensas al interior de las cuales todavía existen, además de instancias rituales comunes, lazos de solidaridad y reciprocidad con un gran potencial sanitario, si se las aborda desde los modernos puntos de vista de la promoción de la salud y de la movilización social.

Bibliografía:

(1) *La familia: una aproximación desde la salud*, Silvia Martínez Calvo. *Rev. Cubana Med. Gen Integr* 2001;17(3):257-62

(2) *Pautas familiares de riesgo y su influencia sobre el desarrollo infantil* M^a J. Rodrigo López.

(3) *La familia como recurso en atención primaria: atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar: I. Yurss . Médico de Familia. Unidad de Programación y Docencia. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud/ Osasunbidea.*

(4) *Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes.* Isabel Louro.

(5) Horwitz N, Florenzano R, Ringeling P., I. *Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol. OPS* 1985; 98 (2): 144 - 53.

(6) *Orientación familiar en AP. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud:* Susan Mc. Daniel; Thomas L. Cambell; David B. Seaburn