

UNIDAD II

CAPITULO 1: FAMILIA

1- INTRODUCCIÓN:

Cuando estudiamos APS en Salud Comunitaria I aprendimos que uno de los elementos de los sistemas de salud basados en APS es la orientación familiar y comunitaria.

Esto supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de **la información familiar y comunitaria** para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.

El **enfoque familiar de la APS** ofrece al equipo de salud una perspectiva práctica que le ayudará a dar respuestas desde una visión integral de las necesidades de las personas.

2- CONCEPTO DE FAMILIA

Según la OMS la familia puede definirse como un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. En nuestra sociedad, es considerada como el primer espacio de sociabilización desde nuestro nacimiento y el espacio donde desarrollaremos



nuestra identidad y características de comportamiento y de comprensión del mundo que nos rodea. Sin embargo, esto no siempre fue así.

Los primeros grupos humanos conformaban grupos en base a las necesidades alimenticias y de seguridad, sin jerarquías y que generalmente se extendían hasta lo que conocemos como familia nuclear. Estas familias nucleares, temporalmente se asociaban a otras con el fin de cazar, recolectar y defenderse de otros grupos, pero los roles no estaban bien definidos.

Conforme avanzamos en la complejidad social de los grupos humanos y comienzan a desarrollar nuevas tecnologías (principalmente la domesticación de animales y plantas, y posteriormente la agricultura), los roles de género y la extensión de las relaciones más allá de la familia nuclear comienzan a complejizarse. Aparecen relaciones económicas, políticas, religiosas, matrimonios acordados y estratégicos que van a sentar las bases de pequeñas sociedades organizadas en torno a un patriarca. Aquí aparece el concepto de familia extensa y los humanos comienzan a ser conscientes de los distintos parentescos que los unen, por más lejanos que sean. Estos parentescos van a regir las relaciones entre distintos grupos sociales, y van a comenzar a encasillar a los distintos integrantes de las familias en distintos roles.

Con la aparición de los primeros grandes imperios, asistimos a una gradual estructuración de los roles dentro de la familia. Los hombres generalmente tenían las posiciones de poder, tomaban decisiones, participaban de la política, del ejército, de la religión. Las mujeres, en cambio, estaban relegadas a la casa o bien, pasada la edad ideal para casarse, eran enviadas a conventos para dedicar su vida a la religión. Además, los matrimonios concertados hacían de la mujer un bien suntuoso, ya que el casamiento con tal o cual hombre de poder le aseguraría un futuro mejor que el que su propia familia podía darle. Este mismo esquema seguirían sus hijos.

Con la llegada de la Iglesia Católica a Occidente se pueden ver algunos cambios. Sin embargo, la estructura del hombre de poder, de negocios, de política y religión, frente a la mujer que maneja la economía de la casa, cuida de los hijos y los educa se mantendrá hasta bien entrado el siglo XVIII. Por supuesto, algunos autores sostienen una mayor flexibilidad en estos roles, ya que podemos encontrar mujeres actuando en política, u hombres ocupándose del hogar.

Con el desarrollo de la Revolución Industrial y las mayores necesidades económicas y alimenticias, las mujeres encuentran otro rol en la sociedad: ahora también pueden -y en muchos casos deben- salir a trabajar para poder mantener la economía familiar a flote. Esto trastocó el ideal de familia defendido por la Iglesia, ya que el cuidado de los niños pasaba a terceros o incluso dejaban su educación para trabajar. La Revolución Industrial fue el primer gran cambio económico a gran escala que afectó esencialmente la

composición y concepto de rol dentro de la familia, porque sacó a la mujer del papel que históricamente se les había dado.

A partir de allí, las formas que toma la familia no serán únicos sino condicionados por los patrones culturales, sociales, políticos y económicos de su entorno. Hasta los años '60 se puede ver esta tensión entre, por ejemplo, la familia tradicional con la mujer ama de casa y las mujeres obreras que trabajaban en fábricas o como docentes. A partir de los sucesos mundiales de la década de los 60' (movimientos hippies, feministas, obreros, etc.) asistimos a una mayor libertad de acción y rol para la mujer, a la vez que se equilibra con el tradicional hombre que lleva el dinero a la casa como única fuente de ingreso. Algunos comentarios de la época sostenían que iba a ser el fin de la familia. Sin embargo, esto dio como resultado un cambio más en la estructura y roles de la familia, pudiendo ser la mujer la fuente de ingresos y el hombre quien se ocupa del hogar y de los hijos. Asimismo, se termina de distanciar el destino de los hijos: en la Edad Media, por ejemplo, el primogénito tenía un destino militar, el segundón un destino religioso y las hijas debían casarse, en lo posible, con un primogénito de otra familia para asegurarse un buen futuro.

El primer paso para iniciar el abordaje de la familia consiste en investigar su estructura: quienes la integra, el tipo de parentesco que los une y las relaciones entre ellos.

Existen múltiples **tipos de familia**, que se clasifican según diversos criterios:

Según su **composición** en función de los **lazos de consanguinidad** de los convivientes:

- ✓ **Familia nuclear:** en donde convive una pareja con o sin hijos.
- ✓ **Familia monoparental:** constituida por madre o padre e hijo/s (uno de los padres ha fallecido o no convive con ellos o no tiene relación)
- ✓ **Familia extensa:** conviven 3 generaciones (padres, hijos y otros parientes).
- ✓ **Familia compuesta:** formada por padres, hijos y no parientes.
- ✓ **Familias unipersonales:** personas que viven solas en el hogar.
- ✓ **Familias no conyugales:** conviven en un hogar personas sin lazo de consanguinidad.
- ✓ **Familia reconstituida:** dos adultos forman una nueva familia, en la cual al menos uno de ellos incorpora un hijo habido de una relación anterior. Proclive a la aparición de dificultades en las relaciones del adulto custodio y el no custodio, hermanos y hermanastros y los componentes de las familias de origen.

Según la **capacidad**:

- ✓ **Familias estables:** las enseñanzas y valores que se quieren dar a los hijos son claras, con visión de futuro. Sus miembros encuentran seguridad, confianza y estabilidad.
- ✓ **Familias rígidas:** dificultad para asumir los cambios que experimentan los hijos.
- ✓ **Familias sobreprotectoras:** no permiten que sus hijos se desarrollen, retardando su madurez.
- ✓ **Familias permisivas:** los padres no son capaces de disciplinar a sus hijos. (pérdida de roles).
- ✓ **Familias inestables:** los padres no tienen metas comunes y no saben que principios quieren inculcar a sus hijos.

Según el **lugar de residencia**:

- ✓ **Familia urbana:** vive en la ciudad.
- ✓ **Familia rural:** vive en el campo o fuera de la ciudad.

El segundo paso para el abordaje familiar es identificar los **roles de la familia** y de los integrantes dentro de ella y cómo esto impacta en la salud- enfermedad de sus integrantes.

La familia como sistema juega un rol significativo en el proceso salud-enfermedad-recuperación. Es un **modelo cultural** pequeño a partir de allí cada familia elabora sus propias variantes a través de mitos, tradiciones y valores.

El modelo de familia clásico es un factor preponderante en la formación de personas, físicas y psíquicamente. **La función de la familia es asegurarse la supervivencia física a través de pautas para desarrollarse dentro de la sociedad.**

Los parámetros universales referidos a la familia son: crecimiento, desarrollo y cuidados de los hijos y la transmisión de pautas y valores.

Las **funciones específicas** son:

- La reproducción de nuevas generaciones.
- La socialización base de los niños.
- La transmisión de valores, ideales, pensamiento y conceptos de la sociedad a la que pertenece.

Quién ejerce la autoridad, que tareas corresponden a cada integrante, a los jóvenes, a los ancianos, como se ayuda al grupo familiar, quién provee las necesidades, que códigos están permitidos ya sea gestuales, orales o el silenciamiento de emociones y de sentimientos, el sentido de la vida y de la muerte, la importancia de las reuniones sociales, se aprenden y se incorporan dentro de una familia.

Toda familia, al igual que todo sistema tiene un **conjunto de reglas interactivas** que muy a menudo son implícitas, pero suelen hacerse visibles cuando comienzan a tornarse disfuncionales. Cada regla instauro un sistema de derechos y obligaciones. Estas reglas proveen un contexto relativamente estable, predecible, indican cuales son las expectativas recíprocas, como anticipar condiciones o situaciones y cómo interpretar las comunicaciones y comportamientos de sus miembros.

Existen conceptos fundamentales que nos ayudan a analizar la **dinámica familiar**:

- a) la cohesión familiar
- b) la adaptabilidad
- c) la comunicación familiar
- d) la resiliencia

Estos 4 puntos son indispensables para atribuir a la familia una influencia mediadora positiva.

Cohesión familiar

Se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de una familia. Existen 3 niveles de cohesión familiar:

- ✓ **Cohesión balanceada:** este tipo de familias tienen una adecuada capacidad para la toma de decisiones, establecer límites generacionales claros, dedicar tiempo a amigos y también a actividades familiares y personales.
- ✓ **Enmarañada:** cuando la vinculación afectiva es excesiva y resulta problemática. Se limita la autonomía y la identidad personal. Mantienen un alto grado de dependencia y de identificación con la familia que limita el desarrollo personal. Tanto los límites generacionales como la toma de decisiones familiares son difusos.
- ✓ **Desligada:** tienen un nivel muy bajo de cohesión percibido como problemático debido a que hay una escasa vinculación afectiva dentro del núcleo familiar. Los miembros son individualistas con una marcada autonomía individual. Los límites generacionales son rígidos, existiendo una marcada separación emocional y física entre sus miembros.

Adaptabilidad familiar

Es la capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, roles y regla de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

Comunicación familiar

Se refiere básicamente a la comunicación positiva, facilitadora como la empatía, escuchas reflexivas, los comentarios de apoyo que permite a los miembros compartir sus necesidades y preferencias cambiantes o bien en el otro extremo la comunicación negativa como son los dobles mensajes, las críticas etc.

Las situaciones no claras respecto de roles y funciones en los distintos miembros, suele producir una desorientación generalizada frente a las tareas al desconocerse el qué y el cómo se espera de cada uno.

El concepto tradicional de familia y los roles que dentro de ella juega cada uno de sus miembros, se ha modificado sustancialmente. Los roles asignados a cada sexo, inmutables por siglos, hoy se adecúan a las necesidades y formas nuevas de familia.

Resiliencia

Es la capacidad que tiene el individuo de soportar las crisis y adversidades y recobrase tanto a nivel individual como familiar.

Se trata de la capacidad que tienen los miembros de la familia a diferentes cambios para soportar desafíos, o aquellas familias dañadas que se muestran como grupos capaces de reafirmar sus posibilidades de reparación. El crecimiento, y la fortaleza personal del grupo familiar, se pueden alcanzar a través del apoyo y colaboración ante la adversidad.

3- CICLO VITAL FAMILIAR:

Para responder a las situaciones nuevas y desconocidas, la familia requiere de la **capacidad de adaptación activa**, el **reconocimiento de las necesidades propias**, **generar las condiciones nuevas y modificar la realidad inmediata**.

Cuando no se cuenta con estos recursos aparecen las crisis familiares que se corresponden frecuentemente con la incapacidad del sistema de integrar el cambio, en general por tener reglas muy rígidas.

En épocas como la actual, se viven rupturas profundas ya sea a nivel individual o familiar, son más los períodos de cambio que de estabilidad. Nada de lo que nos ocurra en la vida parece dejar de tener relación con la familia y/ impacto en la misma.

El conocimiento del **ciclo vital familiar (CVF)** es uno de los principios la medicina familiar para sostener la atención continuada y longitudinal. Esto supone asumir el cuidado responsable del individuo y la familia durante las

distintas etapas vitales contribuyendo a resolver los problemas de salud y proporcionando acciones de promoción y prevención.

La familia, desde su inicio a hasta su disolución pasa por diferentes etapas: la unión de las parejas, el embarazo, la llegada de los hijos, la escolarización, los cambios de los límites en la adolescencia, la partida de los hijos del hogar, la llegada de los nietos, la jubilación, el fallecimiento de un cónyuge...

El paso de una etapa a otra supone cambios, llamados **crisis esperadas o normativas** en donde los integrantes y la familia deberán afrontar nuevas "tareas" adaptándose a la nueva situación a fin de mantener el equilibrio.

Por otro lado, durante el desarrollo existen **crisis no esperadas o paranormativas** como el divorcio, el aborto, el fallecimiento de un familiar inesperadamente, la desocupación, los accidentes... que exigen respuestas adaptativas de la familia para superarlas.

La caracterización del CVF puede clasificarse según las siguientes **etapas** según la OMS:

ETAPA	DESDE...	HASTA...
FORMACIÓN	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
EXTENSIÓN	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo
EXTENSIÓN COMPLETA	Nacimiento del último hijo	Primer hijo que abandona el hogar
CONTRACCIÓN	Primer hijo que abandona el hogar	Último hijo que abandona el hogar
CONTRACCIÓN COMPLETA	Último hijo que abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
DISOLUCIÓN	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente

Cada etapa del CVF presenta problemas comunes, ya sea en el ámbito de la salud, como los referidos a los cambios de conducta y adaptación que deben producirse al pasar de una etapa a la otra.

Etapas de formación

En la misma se pueden distinguir dos momentos:

- **Nido sin usar:** se debe producir la adaptación de los nuevos cónyuges a la convivencia e implica una renegociación de las situaciones personales que cada uno trae de sus familias de origen (patrones culturales, pautas de alimentación, costumbres con relación a los tiempos libres y la sexualidad). Los principales problemas giran en torno a la sexualidad, las dificultades en la puesta de límites con las familias de origen y el no acuerdo en la planificación de un hijo.
- **La familia que espera:** se caracteriza por las situaciones y problemáticas que se desencadenan entorno a la espera de un hijo. Estas situaciones serán de mayor o menor importancia de acuerdo a diferentes factores tales como si el hijo es o no deseado, el tiempo que la pareja haya pasado sola para adaptarse a la convivencia (nido sin usar), relación con las familias de origen, problemas económicos, etc. Las consultas por controles de embarazo durante esta etapa son oportunidades inestimables a la hora de detectar factores de riesgo tanto individuales como familiares. El seguimiento de la gestación debe hacerse desde un enfoque integral, prestando especial atención a las necesidades psicológicas y emocionales de la madre, además de los aspectos biomédicos propios del embarazo.

Algunos factores de importancia son:

- ✓ Si el hijo es buscado o no.
- ✓ Aceptación del embarazo por parte de ambos padres.
- ✓ Fuentes de apoyo social de la gestante (Familia de origen dentro de la misma localidad, amistades).
- ✓ Estado de ánimo de la embarazada (Depresión o melancolía, resurgimiento de problemáticas viejas sin resolver, a veces relacionadas a miembros de la familia, malas experiencias sexuales o algún otro episodio traumático).
- ✓ Temores o preocupaciones de la pareja con respecto al embarazo y el parto.
- ✓ La sexualidad durante la gestación.

Las principales problemáticas de salud son relacionadas al embarazo. Entre ellas las más importantes son:

- ✓ Náuseas, vómitos, dispepsia, constipación, lumbalgias, pesadez.

- ✓ Sangrados anormales durante el embarazo; amenaza de aborto, placenta previa, desprendimiento de placenta, amenaza de parto prematuro.
- ✓ Hipertensión y Diabetes gestacional.

Las situaciones problemáticas durante la “etapa de formación” son la dificultad para tolerar la intimidad, problemas en la esfera sexual, imposibilidad para negociar las diferencias, no acordar sobre tener o no hijos, falta de habilidad para manejar los límites con las familias extensas.

Etapas de extensión

En la etapa de extensión se requiere que los padres se muevan a una generación superior, transformándose y asumiendo la responsabilidad del cuidado de sus hijos.

Algunos autores dividen esta etapa según los hijos sean o no mayores de 11 años, ya que la adolescencia cuenta con problemáticas concretas como la redefinición de los límites y los roles.

El nacimiento de un hijo genera un cambio sustancial en la pareja en la cual podemos encontrar diversas situaciones que dificultan la adaptación a este nuevo papel, como pueden ser una corta duración de la etapa de formación de los padres (antes o durante el primer año de matrimonio o convivencia) como sucede en las parejas que se casan o asumen la convivencia estando la mujer embarazada, y el rol de cónyuge y padre se desarrolla en simultáneo. Otro problema común es la ausencia o mala relación con las familias de origen ya que estas representan una fuente de apoyo social importante.

Las problemáticas en esta etapa variarán de acuerdo con la edad del niño, y las dividiremos de la siguiente manera:

- ✓ Recién nacido
- ✓ Edad preescolar
- ✓ Edad escolar
- ✓ Adolescencia.

Recién Nacido: el desarrollo de este periodo estará íntimamente ligado a la experiencia vivida durante el embarazo, actuando de manera tanto positiva como negativa. La madre centrará su atención en el niño, relegando a un segundo plano sus actividades habituales (laborales, educacionales, sociales, etc.) por otro lado, el padre también deberá reajustar sus funciones e incorporarse a el estrecho vínculo madre-hijo, colaborando en las actividades

domésticas y renunciando a actividades de recreación con las que contaba en etapas anteriores.

Los problemas de salud propios de esta etapa son los relacionados al crecimiento y desarrollo del niño, su alimentación, llanto, infecciones respiratorias, alteraciones en el sueño.

Las situaciones problemáticas: creación de un espacio para los niños en la familia, ser padres al mismo tiempo que esposos.

Edad preescolar y escolar: los problemas relacionados a esta etapa son los derivados de la socialización y el inicio de la escolaridad. La pareja vivirá las primeras experiencias de salida del hijo del hogar cargadas de incertidumbre. Pueden surgir diferencias entre los padres respecto a la educación, la toma de responsabilidad o la imposibilidad de comportarse como padres frente a los hijos.

Los problemas de salud en esta etapa son similares al anterior, agregándose otras enfermedades infecciosas (Varicela, sarampión) y los problemas de conducta en la escuela.

Las situaciones problemáticas son la dificultad en la imposición de los límites, ejercicio inadecuado de la autoridad, falta de paciencia para ayudar a los hijos en su crecimiento.

Adolescencia: La adolescencia comienza en la pubertad, alrededor de los 10 años y termina alrededor de los 19 años. Según Duvall, las etapas de desarrollo que el adolescente deberá atravesar son las siguientes:

- ✓ Adaptarse a los cambios del cuerpo (que, si bien son advertidos por el individuo, muchas veces pasan desapercibidos por los padres, por la naturaleza gradual de estos cambios)
- ✓ Tratar de relacionarse con los demás.
- ✓ Independizarse de sus padres.
- ✓ Alcanzar cierto nivel económico y social.
- ✓ Desarrollar un sentido de identificación satisfactorio.

Es común que los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad los lleven a adoptar comportamientos arriesgados y aumentar los accidentes, conductas sexuales riesgosas, suicidio, etc.

En este periodo de transición entre la niñez y la adultez, el rol de los padres se modifica de manera de seguir cuidando de sus hijos sin transgredir su independencia, al mismo tiempo que intentan darles responsabilidades más complejas.

Los problemas de salud en esta etapa son:

- ✓ Adicciones (tabaco, alcohol, otras drogas).
- ✓ Problemas escolares, fracaso escolar.
- ✓ Embarazo.
- ✓ Accidentes.
- ✓ Trastornos de alimentación (Anorexia, bulimia, obesidad).
- ✓ Suicidio.

Las situaciones problemáticas son la imposibilidad de flexibilizar los límites, fracaso en el ejercicio de la autoridad necesaria.

Etapas de contracción

Estas últimas etapas tienen como común denominador la producción de pérdida, tanto de salida de los hijos del hogar, como de las funciones (jubilación). Los esposos deben aprender a vivir en independencia nuevamente, lo que requiere un nuevo cambio de rol y de funciones. La relación con los hijos adquiere otra dimensión de adulto a adulto, y con el envejecimiento de los progenitores, los hijos jugarán nuevos roles de cuidadores. Esta etapa durará entre 20 y 30 años aproximadamente.

Los problemas de salud en esta etapa son numerosos, destacándose los crónicos degenerativos, como la HTA, la DBT, los problemas circulatorios, osteoarticular, el cáncer, la depresión y los relacionados con la andropausia y menopausia. En esta etapa también encontraremos numerosas problemáticas de orden sicosomático, relacionados a la dificultad de adaptación a esta nueva situación familiar.

Las situaciones problemáticas que se presentan en esta etapa se dan cuando los padres se aferran a los hijos, sentimiento de vacío y depresión, dificultad de asumir el rol de abuelo, imposibilidad para modificar la relación con sus propios padres.

Etapas de nido vacío (contracción completa y disolución)

Paradójicamente, en esta etapa contrastan el entusiasmo e ilusión que caracterizan la fase del matrimonio, con la incertidumbre y la nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo familiar.

La incertidumbre económica aporta serias dificultades a esta etapa, así como la muerte de amigos y familiares son vividas con más angustia, pero el fallecimiento del cónyuge es el ajuste más difícil que deben superar.

Por otro lado, la llegada de los nietos ofrece nuevas posibilidades en la vida sin las responsabilidades de ser padres.

Los problemas de salud en esta etapa son numerosos, y el rol principal del médico es el de interiorizarse en ellos para poder aplicar estrategias preventivas, tratamientos oportunos y mejorar la calidad de vida. Es importante distinguir las diferencias entre el envejecimiento y las patologías derivadas de la edad.

En base a lo primero encontramos cambios en la piel por pérdida de la elasticidad, cambios posturales en relación con las calcificaciones articulares, pérdida de vigor, etc., en las que es importante tomar una actitud comprensiva e intentar explicar que corresponden a los cambios producidos por este proceso.

En cuanto a lo patológico, dentro de lo más frecuente relacionado a esta edad encontramos:

- ✓ Síndromes cerebrales, como aterosclerosis, parkinsonismos, ACV, isquemias transitorias, episodios de desvanecimiento, etc.
- ✓ Caídas
- ✓ Confusión mental
- ✓ Incontinencia urinaria y fecal
- ✓ Enfermedades óseas y Fracturas.

Las situaciones problemáticas en esta etapa: consisten en las incapacidades para trabajar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, los hijos sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres recluyéndolos en asilos, pérdida de los amigos y familiares, viudez.

4. CONCEPTO DE RESILIENCIA FAMILIAR

La perspectiva que se propone desde el estudio del ciclo vital familiar parte de identificar problemas o factores de riesgo que pueden aparecer en las diversas etapas y brindar herramientas que orienten en su prevención o solución.

Los avances en el estudio de la resiliencia, término que ya definiremos, se enmarcan no desde el enfoque puesto en la enfermedad, el problema o el déficit, sino en **las fortalezas o aspectos más saludables de individuos, familias y comunidades.**

Se acuñó la idea de resiliencia en sus orígenes para referirse a la “capacidad de resistir y tener éxito frente a desafíos críticos de la vida” y se estableció que ciertos factores individuales hacían a las personas más o menos resilientes en comparación a otras.

Las primeras investigaciones se realizaron sobre la resiliencia a nivel individual, respondiendo a la pregunta de cómo era posible que personas que afrontaban situaciones traumáticas o potencialmente nocivas pudieran reaccionar de modos tan diferentes ante las mismas, e incluso algunas pudieran salir de ellas fortalecidas mientras otras se empobrecían notablemente.

En los últimos años, y trascendiendo el enfoque individual, se amplió la investigación hacia la denominada “resiliencia familiar”, es decir, a aquellos atributos o características inherentes a las familias que le posibilitarían un mejor afrontamiento de la adversidad.

Se observó que algunas familias, atravesando crisis continuas o estrés crónico, emergen de éstas con más fortalezas y mayores recursos. El consiguiente fortalecimiento y la posibilidad de generar recursos propios permiten que estas familias respondan de manera exitosa a la crisis y los persistentes desafíos, de modo que se recuperen y crezcan a partir de esas experiencias. A éstas se las denomina familias resilientes y su estudio nos brinda herramientas para crear estrategias a través de las cuales se promueva la resiliencia en otras familias.

Se estableció que las familias resilientes:

- ✓ Pueden ejercer una parentalidad efectiva,
- ✓ Se constituyen en un espacio donde cada uno de sus miembros puede sentirse apoyado por los otros,
- ✓ Tienen una importante conexión con otros adultos de la comunidad
- ✓ Y cuentan con relaciones positivas con la familia extensa.

En función de los conocimientos obtenidos en el estudio de las familias resilientes se han propuesto las siguientes estrategias:

- ✓ Estimular y fomentar la expresión del interés y amor dentro del grupo familiar. Esto favorece el conocimiento de las personas y permite identificar diferentes vivencias (alegres, tristes, laborales, estudiantiles, amorosas, de salud, etc.) y con ello se favorece la resiliencia de cada miembro de la familia.

- ✓ Inoculación psicológica de optimismo aprendido: intervenciones psicosociales preventivas que desarrollan resistencia a experiencias fuertes.
- ✓ Búsqueda de espacios y tiempos necesarios de interacción para lograr un espacio de enseñanza de habilidades para la vida. Cuando ambos padres trabajan y los hijos tienen acceso a múltiples posibilidades de distracción (TV, Internet, play station, etc.) hacer esto es especialmente difícil pero igual de necesario.
- ✓ Fomentar la participación activa de cada uno de los integrantes en los quehaceres familiares.
- ✓ Lograr la capacidad de observar las acciones de forma individual y como familia, complementando lo anterior con la realización de autocrítica y aceptación de errores y virtudes.
- ✓ Estimular y modelar la capacidad de escucha y aprendizaje frente a circunstancias que la vida pone ante los miembros de la familia.
- ✓ Demostrar y fomentar la confianza en cada uno de los miembros de la familia, en sus capacidades de enfrentar crisis o problemas y salir adelante.
- ✓ Realizar actividades familiares que requieran del trabajo de todos en la familia durante la cual se pueda expresar atención, apoyo y confianza. Ejemplos: ir de acampada, hacer un experimento, etc.
- ✓ En situaciones de estrés familiar reflexionar acerca de diferentes soluciones, escuchar la opinión de todos, independientemente de la edad y después evaluar los resultados.
- ✓ Fomentar la discusión de temas contingentes en familia, para escuchar y conocerse mejor dentro de la familia, aprender a plantear argumentos, defender ideas, debatir, etc.
- ✓ Utilización de espacios en familia para ensayar habilidades nuevas en un ambiente seguro y de respeto. Por ejemplo: prácticas de presentación en público, conductas sociales, acercamiento a personas del otro sexo, etc.

5- ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:

Al hablar de los acontecimientos vitales estresantes **(AVE)** nos referimos a toda situación de crisis (entendiéndose la crisis una situación de cambio) percibida como negativa y acompañada en general de un cambio vital.

Los acontecimientos estresantes desencadenan una serie de cambios en las personas a fin de adaptarse a la situación. La falta de adaptación o resolución a dicha situación puede desencadenar numerosos síntomas y signos, como por ejemplo dispepsia ulcerosa y no ulcerosa, precordialgia o ángor, insomnio, empeoramiento de las enfermedades preexistentes entre muchos ejemplos que podríamos citar

A nivel familiar, los AVEs pueden desestabilizar la homeostasis del grupo familiar y en caso de no contar con estrategias y recursos adecuados para su adaptación, pueden desencadenar crisis y disfunción familiar.

El impacto de los **AVE** sobre la familia va a depender de los distintos factores como son:

- ✓ El tipo, la intensidad y las características del agente estresante
- ✓ La calidad y la cantidad de los recursos familiares
- ✓ El equilibrio u homeostasis de la familia, las creencias y la percepción frente al estresor.

Cuando una situación de estrés es muy intensa (fallecimientos, divorcio) o inesperado (despido laboral, cambio de trabajo de domicilio) y la familia cuenta con poco apoyo social es posible que desencadene una crisis, en cambio el mismo estrés en presencia de óptimos recursos familiares facilitará su adaptación y evolución del sistema

Clasificación de los acontecimientos vitales estresantes

Existen numerosas clasificaciones de los **AVE**, Heller distingue tres grupos de estresores:

- ✓ **Ambiente físico:** que incluyen, el hacinamiento, ruidos, cambios extremos de temperatura
- ✓ **Estructura social:** relacionados a las condiciones económicas, laborales y sociales.
- ✓ **Situaciones conflictivas:** eventos estresantes que tienen origen interpersonal o en la familia, como presencia de enfermedad grave, discapacidad, fallecimiento, violencia conyugal.

Numerosos estudios han demostrado la clara influencia de los AVE en la salud del individuo y la familia, ya sea facilitando la aparición de nuevos eventos o complicando los preexistentes.

Consecuencias de los AVE sobre las personas

Revisiones bibliográficas afirman una clara relación entre acontecimientos estresantes y aparición eventos coronarios (infartos, ACV), tanto que Saner y col. han propuesto que se tengan en cuenta los eventos estresantes a la hora de hacer prevención primaria y secundaria. Los estudios realizados en pacientes diabéticos e hipertensos son más contundentes.

Eventos estresantes asociados a ansiedad, producen elevación de las cifras tensionales. También se describe una clara relación entre AVE y adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos. Este punto adquiere gran relevancia ya que, la hipertensión es un problema de salud de alta prevalencia en donde a pesar de los avances de la ciencia, no se ha logrado el impacto esperado en morbilidad cardiovascular debido a la inadecuada adhesión a los tratamientos.

Wredning observó un elevado número de eventos negativos y altos niveles de ansiedad en pacientes con diabetes tipo 1, y recurrencia en las hipoglucemias. En los problemas digestivos se encontró una clara relación entre **AVE** y alteraciones motoras del colon, trayendo como consecuencias constipación y síndrome del intestino irritable.

También se encontraron relación entre estos eventos y problemas de asma, cefaleas y algunas epilepsias.

Los accidentes infantiles, los de tránsito y los ocurridos durante el deporte y/o el trabajo guardan estrecha relación con situaciones estresantes severas o acumulativas.

En algunos problemas sicosociales, se ha comprobado relación causal entre los AVE (como el divorcio o el fallecimiento del cónyuge) y la aparición de síntomas depresivos. González de Rivera y Revuelta, han comprobado también que los eventos estresantes intensos y repetitivos pueden desencadenar ansiedad.

Otra situación en la que se encontró una clara relación con agentes estresantes fue en los pacientes que consultan por síntomas vagos y mal definidos, y los hiperutilizadores de los sistemas de salud. De la Revilla comprobó que 59% de los pacientes que sufren AVE, consultan por ese motivo.

Estos ejemplos reafirman una vez más, la necesidad de realizar un abordaje integral de las personas dentro de su contexto sociofamiliar, y no limitarnos a la selección de tratamientos con evidencia demostrable como única estrategia de intervención.

Consecuencias de los AVE sobre la familia

Los AVE cuando son intensos y no existen recursos familiares, o son insuficientes, pueden desencadenar una crisis familiar.

Las crisis familiares generan desequilibrios y el sistema puede alterar su funcionamiento al no mantener las normas de convivencia ni cumplir con las actividades y tareas de los distintos miembros.

Los elementos que definen la crisis familiar son los siguientes: (Revilla y col.)

- ✓ Incapacidad de la familia para cumplir los roles y sus tareas habituales en el trabajo, el negocio y la escuela
- ✓ Incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas
- ✓ Incapacidad para cuidar de otros en la forma habitual y
- ✓ Pensar y preocuparse más por la “supervivencia” personal que de la familia

¿Cuándo investigar los AVE?

Podemos investigar los AVE en todos los pacientes que consultan por diversos motivos, pero debido a la íntima relación que tienen los estresores con algunos problemas en particular, resulta imprescindible en los siguientes casos:

- ✓ Enfermedades crónicas con o sin adherencia al tratamiento
- ✓ Hiperconsultadores de los sistemas de salud
- ✓ Problemas psicosociales (violencia, adicciones)
- ✓ Controles de embarazo, de niño sano, del adulto mayor
- ✓ Transiciones en las etapas del CVF
- ✓ Síntomas o indicadores de disfunción familiar

Instrumentos para evaluar los AVE

Algunos acontecimientos estresantes pueden surgir espontáneamente durante la consulta o ser el motivo por lo que concurren por ejemplo una enfermedad grave o el fallecimiento de una familia. Pero si el evento no es tan próximo o grave es necesario un interrogatorio para investigarlo.

Un método rápido es la sistematización en el interrogatorio de preguntas como:

¿Recuerda si en los últimos meses le ha ocurrido algún evento que pudo afectarle a usted a su familia?

¿Qué tipo de acontecimiento?

Existen algunos instrumentos dirigidos a evaluar los AVE y su impacto en las personas y en la familia. Entre ellos se pueden nombrar:

- ✓ Escala de reajuste social (ERS) de Holmes y Rahe, cuestionario autoadministrado, que nos informa las situaciones estresantes vividas durante el último año, medidas por unidades de cambio vital.
- ✓ Entrevista semiestructurada para la Escala de reajuste social: para evaluar el impacto de los eventos detectados en la ERS sobre la familia y el individuo.
- ✓ Genograma: nos aporta información sobre los AVE.

6- GENOGRAMA:

“El genograma o árbol familiar es una representación gráfica que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar, y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento dado de su evolución y utilizarlas para la resolución de problemas clínicos” (L. De la Revilla).

¿Qué información podemos obtener con el genograma?:

Este instrumento ofrece una valiosa oportunidad para obtener y sistematizar información necesaria para el abordaje familiar: la estructura familiar, etapa del desarrollo evolutivo, crisis familiares normativas, acontecimientos estresantes y apoyo familiar, problemas de salud crónicos, repetición de patrones familiares, aspectos laborales y relaciones entre sus miembros. Además, nos permite conocer otros miembros de la familia en condiciones de vulnerabilidad, que no acceden al sistema de salud.

Es importante recordar que el genograma aporta datos de tipo estático, constituyendo una **“fotografía”** de la familia. A pesar de que se registra información sobre acontecimientos estresantes y las relaciones entre sus miembros, estos datos corresponden a un momento determinado. Por otro lado, hay datos con una importante carga de subjetividad (como son las relaciones intrafamiliares) y que son aportados por un solo miembros de la familia (al que se le realiza el genograma).

Un obstáculo potencial para su uso en atención primaria es el tiempo que requiere su elaboración. Para realizar un genograma completo (con aspectos estructurales y funcionales) se necesita no menos de 30 minutos. Por este motivo, se recomienda, realizar el componente estructural genograma a la mayoría de los pacientes, lo que nos permitirá identificar algunas características de la familia como el número de integrantes, los convivientes, edades, problemas de salud, fallecimientos recientes, aspectos laborales.

En cambio, en situaciones donde se sospeche mayor estrés familiar (falta de adherencia a los tratamientos, pacientes hiperconsultadores, enfermedades crónicas degenerativas, transición en las etapas del desarrollo, crisis no esperadas, problemas sicosociales etc.) se aconseja una consulta programada a tal fin, a fin de investigar además, aspectos “funcionales” (relaciones interpersonales, adaptación a los cambios vitales y acontecimientos estresantes, presencial y calidad de apoyo social etc.).

Es importante informar al paciente sobre el motivo de su realización, al construir el genograma suelen movilizarse sentimientos en el paciente y puede sentirse invadido en su intimidad.

El familigrama puede ser realizado por cualquier miembro del equipo de salud. Los símbolos del genograma han sido estandarizados universalmente. La información que recogemos en el genograma se puede dividir en dos categorías diferentes:

- ✓ **Genograma estructural**: donde se registra la “anatomía” familiar
- ✓ **Genograma funcional**: donde se registra el mapa relacional.

Genograma estructural

Es el componente objetivo del genograma, ya que independiente de quién lo realice, los datos son constatables y reproducibles.

A través de su construcción podemos sistematizar la siguiente información:

Composición de la familia (estructura) (Fig.1)

Se registran los integrantes de los familiares de tres generaciones. A los hombres se lo grafica con un cuadrado y ocupan el lugar de la izquierda, y a las mujeres con un círculo y ocupan el lugar de la derecha. La edad se registra dentro de la figura (círculo o cuadrado) y las fechas de defunción se colocan encima del símbolo correspondiente

A la persona que se realiza el genograma se lo marca con un doble trazo. Las muertes se grafican con una cruz dentro del símbolo correspondiente. El aborto espontáneo se representa con un punto grueso y una pequeña cruz para los abortos provocados. Para los embarazos en curso se emplea un triángulo.

Los hijos se sitúan en la banda inferior por constituir otra generación. Se los ordena de mayor a menor de izquierda a derecha.

Las relaciones matrimoniales se representan con una línea corrida y las uniones estables con línea discontinuada. Las fechas (de unión / disolución) sobre dicha línea. Para graficar el divorcio se tacha la línea de unión con dos trazos verticales, y en la separación no legal con una línea.

Los convivientes se encierran en línea de puntos.

Si han existido diferentes parejas se lo grafica según **Fig. 2.**

Trabajo y educación: Fig.1

Los aspectos laborales o educativos se colocan a la izquierda de cada símbolo.

Problemas de salud: Fig.1

Sólo se registrarán los problemas relevantes de salud (crónicos o degenerativos) y se colocan a la derecha del símbolo. Se ha extendido el uso de un signo específico de alcoholismo, rellenando de color la mitad inferior del símbolo que representa al afectado.

Acontecimientos vitales estresantes

Algunos de ellos se traducen directamente de la lectura del genograma, como puede ser un aborto, un divorcio o una muerte. En algunos casos es importante destacar alguna situación de relevancia, como puede ser un despido, dificultades económicas importantes. Se lo representa por medio de una anotación AV, arriba del elemento que lo refiera con la referencia correspondiente (Ej.: AVE despido)

Red social: los recursos familiares y sociales, tanto afectivos, económicos emocionales, se registran a través de una anotación en un margen del grafico (igual que ocurre con los AVES)

Genograma funcional: mapa relacional.

El genograma funcional constituye el componente subjetivo en el familigrama, por lo que puede ser diferente según se lo realicen a distintos miembros de la misma familia.

Es importante hacer los símbolos de otro color para diferenciarlos claramente de los signos del genograma estructural. Su análisis puede explicar aspectos de la dinámica familiar que puedan estar generando o agravando los problemas del paciente. Facilita la identificación de personas significativas en el hogar a fin de identificar recursos familiares.

Siguiendo la propuesta de McGoldrick y Gerson, utilizamos cuatro trazos diferentes según el tipo de relación: doble línea en la uniones estrechas entre dos personas, línea quebrada para las relaciones conflictivas, línea discontinua en las relaciones distantes, una línea interrumpida por dos trazos perpendiculares cuando están emocionalmente separados, cuando la relación es tan estrecha que casi están fusionados se lo grafica con tres líneas en vez de dos, y en las relaciones estrechas pero a su vez conflictivas se superpone una línea quebrada a la relación estrecha (Fig. 3.)

Para sintetizar....

El familigrama es un instrumento muy útil para la atención y cuidado de la familia, proporcionándonos información sobre:

- ✓ Estructura familiar (convivientes en el hogar)
- ✓ Etapa del ciclo vital en que transcurre la familia
- ✓ Problemas de salud crónicos
- ✓ Datos socioeconómicos (trabajo, educación)
- ✓ Acontecimientos vitales estresantes (aborto, divorcios, fallecimientos, desempleo etc.)
- ✓ Recursos familiares
- ✓ Repetición de patrones familiares biológicos (cáncer, HTA, DBT etc.) y sicosociales (alcoholismo, violencia familiar, modos de relacionarse etc.)

Puede ser realizado por cualquier integrante del equipo de salud.

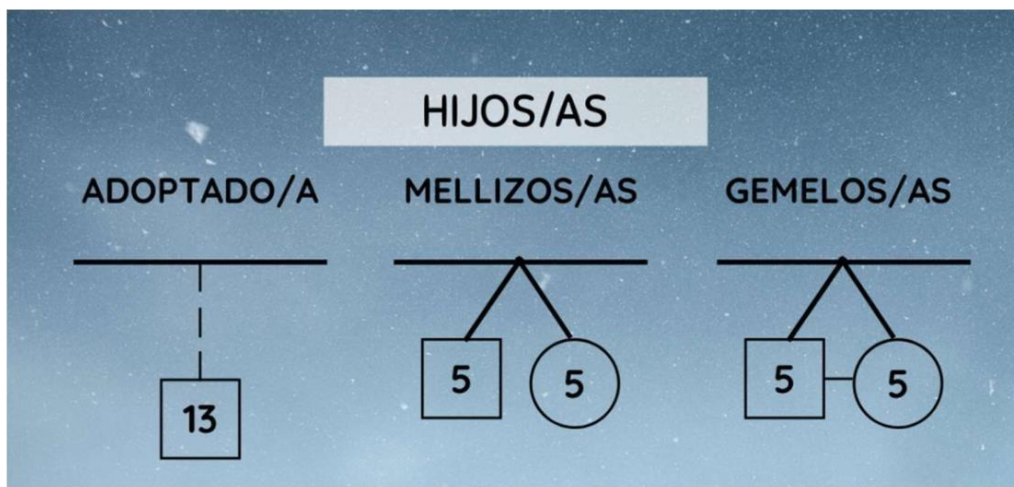
Los componentes estructurales del genograma deberían investigarse en la mayoría de los pacientes.

En situaciones que ameriten mayor investigación familiar, se sugiere realizar el genograma completo (estructural y funcional) en una consulta programada para tal fin.

Siempre se debe informar al paciente sobre el motivo por la cual se realizará el estudio familiar

El tiempo no debería ser un obstáculo para su realización.

Fig. 1



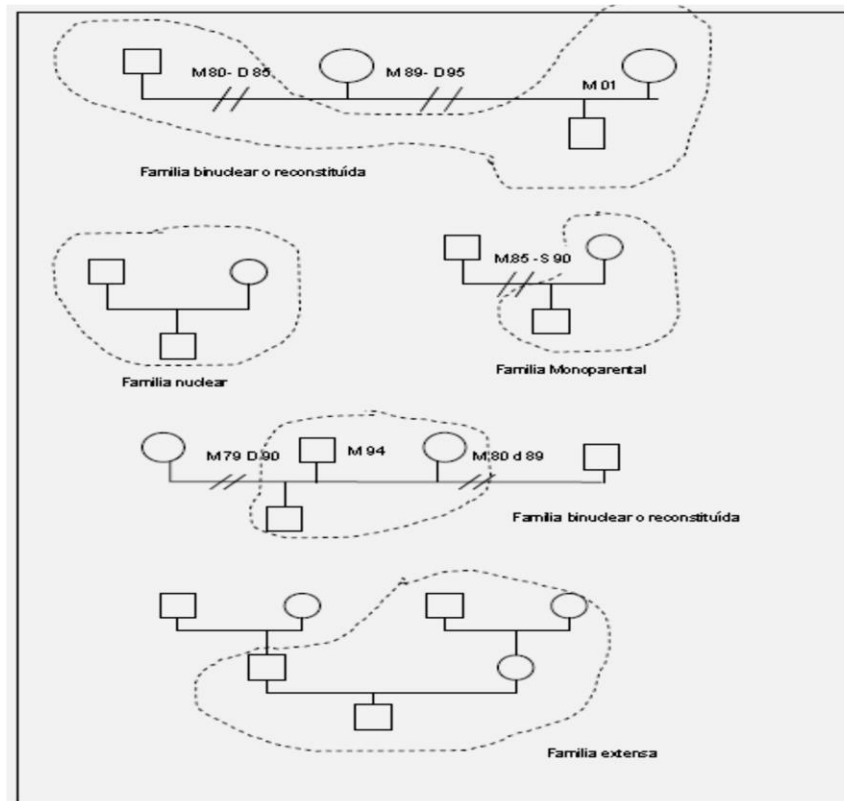


Fig. 2

Fig. 3



7- HISTORIA CLINICA FAMILIAR

Una de las herramientas fundamentales en el desempeño de la medicina familiar es la Historia Clínica Familiar orientada a problemas (HCFP).

La medicina de familia postula un abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva que considera al proceso salud-enfermedad como un proceso histórico y social, en el cual la familia representa el ámbito biopsicosocial más próximo en el que se juegan diferentes aspectos de las condiciones de salud de un individuo y una familia.

Por otro lado, la medicina de familia propone un desplazamiento del foco o unidad de atención del individuo aislado hacia la familia como unidad de cuidado. Conforme a esta perspectiva de abordaje es necesario que el instrumento de registro que utilice el médico de familia debe tener la capacidad de dar cuenta de las múltiples variables que debemos contemplar al considerar un problema de salud.

El propósito de recoger información es que esta sea útil para la toma de decisiones, de esta forma la HCFCP debe hacer posible:

- ✓ Hacerse cargo de la atención de un grupo de convivencia en su conjunto.
- ✓ Evitar el registro reiterado de datos comunes al grupo de convivencia (condiciones socioeconómicas, estructura familiar, sucesos familiares críticos, etc.)
- ✓ Contar con datos básicos previos (como los anteriormente mencionados) que pueden ser de utilidad para valorar un problema de salud de un miembro de la familia que consulta por primera vez.
- ✓ La continuidad de la atención: la historia clínica supone el recuento escrito de los anteriores contactos del paciente con el sistema de salud. Esto lo podemos entender dentro de un mismo episodio de enfermedad (por ejemplo, las consultas de diagnóstico y seguimiento de una bronquitis aguda), así como en el seguimiento de enfermedades crónicas (las modificaciones en la evolución y tratamiento de una paciente hipertensa, por ejemplo). Una característica distintiva de la historia clínica familiar es que hace posible la continuidad también en lo que a intervenciones preventivas se refiere, a tal fin es conveniente la existencia en la historia clínica de algún elemento que sirva de guía recordatoria de las prácticas de prevención y detección precoz de patologías según sexo y edad (por ejemplo, inmunizaciones según edad, toma de PAP, etc.).
- ✓ Un acceso rápido y actualizado de los problemas de salud de un individuo: la historia clínica debe contar con un elemento, por ejemplo, el listado de problemas que posibilite la identificación rápida y resumida de los problemas de salud de un individuo.
- ✓ La integralidad de la atención: el registro de datos debe dar cuenta de los aspectos sociales, económicos, culturales, educativos y familiares que intervienen en el proceso salud-enfermedad de la familia.
- ✓ Sistematizar las tareas de prevención y promoción de la salud: a través del elemento que sirva de registro sistematizado.
- ✓ Ser un instrumento adecuado para la evaluación de la calidad de atención.
- ✓ Ser una fuente de datos válidos para la investigación.
- ✓ Ser instrumento único de registro de todo el equipo de salud: debe servir de registro de la información necesaria y las actividades de todo el equipo.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE HACER POSIBLE:

- ✓ La continuidad de la atención.
- ✓ La integralidad de la atención.
- ✓ La integración de actividades preventivas.
- ✓ La toma de decisiones según problemas.
- ✓ La evaluación de calidad del servicio, la docencia y la investigación.
- ✓ Ser instrumento único del equipo de salud.

Estructura de la historia clínica familiar

Cada equipo de salud debe diseñar su historia clínica familiar de acuerdo con las necesidades de su comunidad y conforme a los objetivos, posibilidades y características del equipo.

Presentamos a continuación un modelo tentativo de historia clínica familiar:

Datos básicos de la familia: contiene información acerca de las características de la vivienda, quienes, y en que trabajan, nivel de escolaridad. Estos datos permiten hacer una estimación del nivel socioeconómico, lo que va a determinar condiciones y estilo de vida que van a influir en forma positiva o negativa en el proceso salud-enfermedad de la familia. Estas pueden requerir intervenciones específicas de prevención, así como determinar las posibilidades y modalidades más convenientes de resolver un problema.

Dentro del conjunto de datos básicos debe figurar también la investigación de factores de riesgo, considerando como tales a aquellas patologías que por tener un componente hereditario (DBT, algunas neoplasias), infectocontagioso (Chagas, TBC), psicosocial (alcoholismo, maltrato) o por ser de alta prevalencia (HTA, coronariopatías), pueden afectar la salud familiar y requerir una intervención preventiva o terapéutica del equipo de salud.

Genograma: es la representación gráfica de la estructura y dinámica familiar, que permite en la historia clínica familiar el acceso rápido y conciso a una serie de datos relevantes en el abordaje familiar de los problemas de salud.

Datos básicos del paciente: esta sección de la historia clínica consta de: el listado de problemas, la hoja de evolución, la grilla de control periódico de salud.

El listado de problemas:

La historia clínica orientada a problemas fue desarrollada a fines de la década del 60 por el Dr. L. Weed.

Hablar de problemas en lugar de diagnóstico es más conveniente en Atención Primaria porque muchas veces las consultas no concluyen con el reconocimiento de una entidad nosológica determinada y, además, en general las conclusiones de nuestras consultas no se limitan al reconocimiento de un padecimiento físico, sino que se extienden a problemas de orden psicológico, familiar o social, que exceden la definición de diagnóstico.

Se considera un *problema* a toda enfermedad, trastorno o anomalía dentro del campo biopsicosocial de la salud del paciente que deba ser objeto de atención por parte de los profesionales de la salud (Zurro, M. 1994).

La construcción del listado de problemas se realiza a partir de los datos básicos y de los datos recabados en la entrevista, examen físico y estudios complementarios en las sucesivas consultas.

Son problemas de salud:

- ✓ Un antecedente importante (Ca. De mama).
- ✓ Un factor de riesgo (tabaquismo).
- ✓ Una intervención quirúrgica (histerectomía).
- ✓ Una enfermedad (úlceras gástricas).
- ✓ Un síndrome (Insuficiencia Cardíaca Congestiva).
- ✓ Un síntoma (Tos).
- ✓ Un signo (hepatomegalia).
- ✓ Un dato de un estudio complementario anormal (hiperglucemia)
- ✓ Un trastorno social (desocupación).
- ✓ Una alteración familiar (crisis normativas, violencia familiar).
- ✓ Un trastorno psicológico (trastorno depresivo)
- ✓ Una situación no patológica (control de embarazo, control de salud).
- ✓ Una alergia o un efecto adverso de una droga.
- ✓ Una incapacidad o minusvalía.

No son problemas de salud:

- ✓ Una sospecha diagnóstica (probable úlcera gástrica).
- ✓ Algo a descartar (descartar litiasis vesicular).
- ✓ Un término vago.

La lista de problemas constituye una forma de presentación resumida y de rápido acceso de la situación del paciente. Como es un registro dinámico los problemas se clasifican como activos o inactivos, se los enumera para facilitar el seguimiento y van acompañados de la fecha de inicio y de resolución. Se puede además clasificarlos como agudos o crónicos según su duración sea menor o mayor a seis meses.

La denominación de cada problema está dada por lo que el agente de salud conoce en ese momento del mismo. Por ejemplo, en una primera consulta se puede registrar como problema TA elevada, luego conforme a la valoración evolutiva se podrá definir HTA como problema.

Habitualmente el listado de problemas se realiza en una hoja ordenada en columnas. En la primera se registra el número de problema, en la segunda la denominación del problema, en la tercera la fecha de inicio o de registro del problema y en la cuarta la fecha de resolución.

Existen diferentes propuestas de diseño de la lista de problemas, cada equipo de salud puede diseñarla según sus necesidades. A continuación, presentamos un ejemplo de listado de problemas:

Nº	problema	inicio	resolución
1	Madre fallecida por Ca. De mama	10/12/99	
2	Infección urinaria baja	10/12/99	20/12/99
3	Ta elevada	03/00	
4	Conflictos flia. en etapa de contracción	04/00	
5	HTA	09/00	

Las notas de evolución:

Una característica distintiva de la historia clínica familiar orientada a problemas es la existencia de una estructura definida para construir las notas de evolución. Estas están constituidas por cuatro apartados que forman la sigla **SOEP**.

S (subjeto): síntomas referidos por el paciente, registrados preferentemente con los términos utilizados por el paciente. Es el espacio reservado para explorar la dolencia.

O (objetivo): se registran los signos del paciente y sus modificaciones y los resultados de los estudios complementarios.

E (evaluación): interpretación y reevaluación de los problemas del paciente.

P (plan): este apartado hace referencia a cuatro aspectos: plan diagnóstico (datos del interrogatorio al paciente y/o familiares y exámenes

complementarios), plan terapéutico (medicamentos, cirugías, psicoterapia), plan educacional (resumen de la información aportada al paciente y su familia para la comprensión y manejo de su problema) y plan de seguimiento (datos del examen físico o de estudios complementarios que serán de utilidad para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta terapéutica).

Ejemplo:

1/08/2016

S: "Hace mucho tiempo que no me hago un control y además desde hace unos días tengo ardor al orinar"

O: 53 años. Refiere disuria, polaquiuria, tenesmo vesical. No refiere fiebre, ni leucorrea, ni antecedentes de infección urinaria previa. Menopausia a los 48 años. Madre fallecida por Ca. de mama. TA: 150/90. PPRB (-) Peso: 55 Kg., Talla: 1,63 cm.

E: Antecedentes familiares de Ca. de mama; Infección Urinaria baja; TA elevada; Control de salud

Pt: TMP/SMX 160/800 cada 12 hs. por tres días, ingesta abundante de líquidos. Solicito glucemia y colesterol total, PAP, mamografía.

Pe: se informa a la paciente sobre la importancia de realizar rastreo de Ca. de mama y rastreo de Ca. de cuello. Se explica importancia de reducir el consumo de sal.

Ps: monitoreo de TA, investigar problemas asociados a estadio del ciclo vital familiar.

Grilla de control periódico de salud:

Consiste en un gráfico de doble entrada en el que se indica en el eje horizontal la edad y en el eje vertical una serie de datos a explorar. Constituye una guía recordatoria de los aspectos a considerar en el examen de salud.

Los datos señalados incluyen:

- ✓ Hábitos: alimentación, adicciones, actividad física, etc.
- ✓ Algunos aspectos del examen físico: talla, peso, TA, etc.
- ✓ Exámenes complementarios: PAP, mamografía, colesteroemia, etc.

Los apartados referidos a las mujeres están integrados por la lista de problemas, la historia clínica perinatal base del **CLAP**, la hoja de evolución y la grilla de control de salud.

Los apartados para niños contienen la lista de problemas, una hoja preconfigurada que contiene antecedentes perinatales y control de salud y la hoja de evolución.

BIBLIOGRAFÍA:

- Cuadernos de medicina familiar; Didoni Marisa - Ciuffolini Beatriz - Jure Humberto.
- El origen de la familia. Levi-Strauss, C Spiro, ME, Gough K. Barcelona
- El ciclo vital de la familia. Estrada L. México.
- Carta de los derechos de la familia. Santa Sede.
- Bioética para todos. Lucas, R. España
- F. Walsh. Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento.
- de Andrade Seidl, Marisol Lurdes; da Cruz Benetti, Silvia Pereira. Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 7, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 43-55. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia.
- Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. L. de la Revilla Ahumada y L. Fleitas Cochoy