

ERNESTO ADÁN SANTIZO LÓPEZ

**“LA MEDICINA FAMILIAR EN LA HISTORIA”**

ASESORA: MSC. OLGA MARÍA COSSICH MÉRIDA



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
Departamento de Postgrado  
Maestría en Docencia Universitaria

GUATEMALA, OCTUBRE, 2003

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
D7  
+ (1387)

## I N D I C E

	Página
Introducción	3
1. La Medicina Familiar antes del Siglo XX	7
2. La Medicina Familiar en el Siglo XX	12
2.1 La Familia.	18
2.2 Definición de Familia	19
2.3 Unidad de Estudio	22
2.4 Elementos teóricos necesarios para estudiar a la familia	24
2.5 Proceso metodológico	29
2.6 Niveles de prevención	30
3. Análisis	36
Conclusiones	38
Glosario de términos	40
Referencias bibliográficas	43
Anexos	45

## INTRODUCCIÓN

Desde tiempos primitivos hasta la época presente, se ha utilizado la Medicina de diversas maneras, como el arte de conocer, curar o prevenir las enfermedades, o una combinación de ellos, con el propósito de recuperar o mantener la salud.<sup>1.A</sup>

La manera de ver las enfermedades o la salud es lo que da origen a los Enfoques de la Medicina, los cuales pueden ser curativos o clínicos (orientados a la enfermedad), individualistas (parcializados o fragmentados), preventivos (evitar la enfermedad), integrales (estudios completos de toda la unidad de análisis, holísticos), etc.<sup>5, 7</sup> **La Medicina Familiar, es uno de los enfoques más recientes de la Medicina, que se le considera como una especialidad preocupada continuamente por el cuidado integral de la salud y enfermedad de la familia como unidad de atención, haciendo uso de disciplinas como la medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología, obstetricia, psiquiatría, epidemiología, etc.**<sup>D, 2, 4, 18,19</sup> Sus características fundamentales se describirán más adelante, según desarrollo histórico de la Medicina.

Según lo anterior, la práctica médica a través de la historia, ha predominado lo clínico a nivel individual o parte de él, fragmentándose un enfoque integral. Las decisiones del médico se han considerado esencialmente correctas. Hoy empieza a ser de conocimiento público que la práctica clínica es unas veces correcta y otras no, que los fundamentos en que se basan las decisiones clínicas son imprecisos y cambiantes, y que dichas decisiones son arbitrarias en la medida en que exhiben un notable grado de variabilidad no explicada. Hay también información muy importante acerca del grado de discrepancia de los médicos entre sí y consigo mismos en cuanto a sus observaciones, percepciones, forma de razonar, conclusiones y prácticas.

<sup>A</sup> Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Undécima Edición, Salvat. Editores, S.A. 1974.

<sup>D</sup> Microsoft Corporation. © Encarta © Biblioteca de Consulta 2002. © 1993-2001.

Existe una incertidumbre de los actos médicos, desde el diagnóstico a la decisión terapéutica, pasando por la evaluación de probabilidades, la asignación de preferencias o establecimiento de pronósticos.

Si bien por las características de dicha práctica no es posible eliminar la incertidumbre, no es menos cierto que se puedan elaborar estrategias para reconocerla y cuantificarla, disminuirla y minimizar sus efectos secundarios. La estrategia fundamental consiste en **producir conocimiento científico** sobre el proceso de la práctica médica, para lo cual se ha propuesto implementar la disciplina denominada **Epidemiología**, que en su primer proceso o fase utiliza lo Clínico que permite identificar los problemas, necesidades o situaciones de salud, pero va más allá, buscando las causas o factores que están involucrados en estos efectos (problemas, necesidades, etc).

Las características específicas de la Epidemiología reside en el **objeto de estudio** y en los métodos utilizados. El objeto de estudio es la ocurrencia de la enfermedad, su **distribución**, su historia natural, su prevención y tratamiento, y el sujeto de estudio, no son los tejidos ni células sino personas, la mayoría de las veces pacientes y grupos de pacientes o personas (familias). El Método epidemiológico incluye técnicas para identificar las características, clasificarlas apropiadamente en grupos, comparar los resultados correspondientes, analizar la significación de cualquier diferencia encontrada y, en fin, interpretar los hallazgos.<sup>20</sup> De lo anterior se deduce lo fundamental que representa la Epidemiología para la Medicina Familiar.

A través de la historia de la Medicina se ha observado, predominantemente, la tendencia del ser humano por curar las enfermedades (Prevención Secundaria) más que evitarlas que se presenten (Prevención Primaria). Probablemente, este enfoque se ha debido a la fragmentación de la **realidad** del proceso causa – efecto del fenómeno Salud – Enfermedad. Si la **realidad** del proceso Salud – Enfermedad se fragmenta, viendo únicamente el **efecto** y no las causas, la tendencia va a ser **curar** la enfermedad. Buscar las causas del efecto

(enfermedad) ha sido uno de los grandes problemas de la Medicina. El origen de la enfermedad se ha buscado en el medio interno del ser humano (en la sangre, linfa, genes, célula, mente, etc.), o en el medio externo (demonios, castigo divino, agua, alimentos, ambiente, etc.), lo cual corresponde a un estudio fragmentado de la realidad. Si el ser humano como individuo se toma como **sujeto de estudio**, durante el proceso de investigación de las causas de la enfermedad, sin tomar en cuenta su hábitat, se le aísla del entorno que le pertenece por naturaleza, la familia y sociedad, respectivamente. Esto dará como resultado un conocimiento y tratamiento parcial de la situación de salud del individuo.<sup>2,7</sup> La Medicina Curativa (Prevención Secundaria) no está al alcance de la mayoría, es muy onerosa y cada vez más subespecializada. Entre más limitado es el Enfoque de la Medicina, menos posibilidad se tiene de tener un enfoque integral e integrado de las situaciones de salud de la población, postergando los beneficios del desarrollo tecnológico de la Industria de la Medicina a la mayoría de la población.

Si el sujeto de estudio fuera más allá del individuo, buscando un elemento que exista como unidad o un sistema integrado e integral, constante y objetivo, que permitiera un estudio más completo, que no fragmentara la realidad, que diera la oportunidad de buscar las causas del proceso Salud – Enfermedad en un alto porcentaje, probablemente se tuviera un mejor impacto sobre la situación de salud de la población. Si la **Familia** fuera ese sujeto de estudio, que se enfocara en forma total, no fragmentada, daría la oportunidad de tener un **Enfoque Familiar Integral**, con un abordaje de Prevención Primaria, principalmente, sin olvidar la Secundaria y Terciaria, estudiando a la familia, en su medio interno como externo (entorno), teniendo más posibilidades de buscar las causas o factores de riesgo de las situaciones de salud más frecuentes, lo cual constituiría la **Medicina Familiar** como una buena estrategia de desarrollo de la Medicina en el abordaje del proceso Salud y Enfermedad.<sup>6,12</sup>

Por tanto, la familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también, en su aspecto negativo, puede ser

generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas, por lo que ofrece un campo fértil para la investigación y atención médica.<sup>19</sup>

Por lo que el propósito de esta monografía, es el de dar a conocer **los enfoques de la Medicina Familiar** a través de la historia, como una reflexión y concientización sobre la importancia que tiene la modificación del paradigma actual de atención médica.<sup>5, 15, 20</sup>

## 1. LA MEDICINA FAMILIAR ANTES DEL SIGLO XX<sup>1,2,3,5,12,15</sup>

A través del tiempo, la MEDICINA (del latín, "mederi" que significa 'curar, cuidar, medicar') se ha considerado como una ciencia y arte de conocer, tratar y prevenir las enfermedades, así como el mantenimiento y promoción de la salud.<sup>1,E</sup>

En los tiempos primitivos, la Medicina actuaba en forma empírica, con un enfoque curativo, dirigido a la persona enferma y atribuida como causa una influencia de malos espíritus o a las incapacidades del individuo.

Las prácticas de la Medicina Antigua se hacían estableciendo un diagnóstico mediante el interrogatorio al paciente, la inspección y la palpación (examen del cuerpo por el tacto), pero con dos tendencias, la mágica religiosa y la empírica racional. Los médicos estudiaban más las enfermedades por sus manifestaciones clínicas para identificarlas y tratarlas, aisladas, sin tener una visión integral del proceso de la Salud y enfermedad. El tratamiento también iba encaminado a tratar efectos y no las causas. Utilizaban plantas, sustancias, punción de la piel con agujas (acupuntura), incubación (psicoterapia), siempre a curar al individuo enfermo, y se olvidaban del fomento de la salud.<sup>5</sup>

En el siglo VI a.C. La Medicina dejó de observar al individuo únicamente en su interior y comenzó a buscar el por qué de la enfermedad en su entorno (agua, tierra, aire y fuego), sin embargo siempre relacionado a un enfoque individual curativo, pero tomando en cuenta parte de su entorno.

---

<sup>E</sup> Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena. Editorial Ramón Sopena, S.A., Provenza, 95 - Barcelona, España. 1988.

En los Siglos I y II d.C. Las contribuciones romanas más originales se realizaron en los campos de la salud pública y de la higiene. La organización del saneamiento de las calles, el suministro de agua y los hospitales públicos de los romanos no fueron superados hasta los tiempos modernos. El enfoque de la Medicina giró hacia el entorno, ya no únicamente en el interior del enfermo. Se tiene mejores conocimientos sobre el proceso de la salud y la enfermedad, aunque el individuo sigue siendo el objeto de estudio.

En el siglo IX d.C. Se consideró que la "Sangre del paciente era la causa de las enfermedades infecciosas". Los arabistas introdujeron varias sustancias terapéuticas químicas, fueron excelentes en los campos de la oftalmología y la higiene pública. El objeto de estudio de la Medicina siguió siendo el medio interno del ser humano, (la sangre), lo cual demuestra que el objeto de estudio de la Medicina seguía siendo el individuo, a pesar de ciertos estudios del medio externo (parásito de la Sarna).<sup>2,5</sup>

A principios del siglo XI d.C., en Europa, la enseñanza fue, al principio, práctica y secular y se centraba en la nutrición y en la higiene personal.

En el siglo XIII d.C., se autorizó y apoyó la disección de cadáveres humanos y se dictaron estrictas medidas para el control de la higiene pública, pero también a la investigación biológica. No aparece la familia como objeto de estudio, sigue siendo el individuo en su medio interno y externo. Por la tendencia biológica de la Medicina se seguía pensando en el tratamiento de las enfermedades más que en la Prevención Primaria.

En los siglos XVI Y XVII, d.C. El primer hospital de América lo creó Nicolás de Ovando en Santo Domingo en 1503, y el primero en México lo estableció Cortés en 1521. Bernardino Álvarez creó en 1567 en México el primer hospital para enfermos mentales. Los mejores hospitales de Latinoamérica estuvieron gestionados por la orden de San Juan de Dios. En todas las universidades del continente se instituyeron

cátedras de medicina: en 1578 en México, en 1634 en Lima y en 1681 en Guatemala. El médico Girolamo Fracastoro, también llamado **el padre de la epidemiología científica**, demostró el carácter específico de las fiebres y descubrió el tifus (1530), se le atribuye la teoría de que las enfermedades infecciosas se transmiten por contagio de gérmenes invisibles capaces de auto reproducirse, y es el precursor de las teorías bacteriológicas modernas. El alquimista suizo Paracelso, fundador de la farmacoterapia, rompió con los tratados clásicos sobre medicina, descubriendo nuevos remedios químicos y defendiendo que las enfermedades se debían a agentes externos al cuerpo.<sup>5</sup>

*Para esta época de la historia de la Medicina que corresponde al Renacimiento, el estudio se ha ampliado del individuo a su entorno, permitiendo acercarse un poco más a la relación causa – efecto del Proceso Salud – Enfermedad. Sin embargo, la Familia no es tomada como sujeto de estudio sino sigue siendo el individuo relacionándolo con su medio externo (entorno).*

La medicina del siglo XVIII d.C. Se llevaron a cabo extensos estudios sobre la malaria y los mecanismos de propagación de las epidemias. Se creyó que la enfermedad era atribuida por un exceso o deficiencia de energía nerviosa. El Sistema Brunoniano (teorías de John Brown) sostenía que la estimulación del organismo debía incrementarse con tratamientos irritantes y grandes dosis de fármacos. En esta misma época, apareció el sistema de la homeopatía, sostenida por Samuel Hahnemann, que insistió en las pequeñas dosis de fármacos en contra del Sistema Brunoniano. Se estableció la patología, la obstetricia como una rama separada de la medicina.

En 1796 se descubrió el principio de la vacunación como medida preventiva frente a la viruela. Su contribución posibilitó el control de esta temida enfermedad y estableció la ciencia de la inmunización.

*En este período de la Medicina se dieron adelantos sobre la Medicina Preventiva dirigida al mismo objeto de estudio sin trascender de él, sin embargo, hubo adelantos científicos como el establecimiento de la Patología, la Obstetricia, la Homeopatía.*

En el siglo XIX d.C. De importancia fundamental fue el desarrollo de la teoría celular del embrión que abrió camino para el estudio microscópico de los tejidos enfermos.

La culminación de esta extraordinaria serie de investigaciones se recoge en el trabajo del patólogo alemán Rudolf Virchow, cuya doctrina sobre la célula como asiento de la enfermedad es considerada la teoría fundamental de la ciencia médica moderna.<sup>2, 5</sup>

Los experimentos sobre el cruce de plantas tuvieron un efecto similar ya que estimularon los estudios sobre la genética humana y la herencia.

Los primeros estudios del químico y microbiólogo francés Louis Pasteur sobre la fermentación acabaron con el concepto de la generación espontánea y aportaron un resurgimiento del interés en la teoría de que la enfermedad es el resultado de un contagio específico. El método de inmunización de Pasteur mediante el cual se inyectaban virus atenuados se empleó con éxito en el tratamiento de la rabia.

Se demostró que las bacterias se transmiten a través del aire permitieron, más tarde, comprender dicha transmisión por medio de las manos y los instrumentos, cuya esterilización introdujo la era de la cirugía aséptica.

Hacia 1850, en casi todos los países se empleaba la anestesia quirúrgica con éter o cloroformo.

En 1898 se demostró el papel del mosquito como transmisor del parásito de la malaria.

En 1900, se demostró que el mosquito era el vector de la fiebre amarilla.<sup>5</sup>

Con lo descrito anteriormente se ha querido demostrar que la Medicina ha tenido un enfoque dirigido a su sujeto de estudio, el individuo, hacia su medio interno con mayor énfasis, no importando la edad y sexo (niños, mujeres y hombres adultos, ancianos, etc.) y a su medio externo (aire, agua, suelo, basura, excretas, vectores, etc.) en menor escala e importancia, predominando los grandes esfuerzos por combatir la enfermedad más que prevenirla, con una tendencia marcada, principalmente en el siglo XIX por la **unicausalidad** del proceso salud enfermedad (Era Bacteriológica), descuidando un enfoque integral e integrado de este fenómeno que se le considera como producto de una compleja **multicausalidad** del interaccionar de los medios interno y externo del objeto de estudio. El Enfoque individualista de la Medicina hasta este siglo, a pesar de los adelantos de la Ciencia Médica en los aspectos biológicos, fisiológicos, histológicos y bacteriológicos, no hizo impacto marcado sobre la salud de la población.

## 2. LA MEDICINA FAMILIAR EN EL SIGLO XX)<sup>2,4,5,6,7,8</sup>

En el siglo XX d.C.<sup>2,4,5,6,7,8</sup> Se han realizado importantes descubrimientos en muchas áreas, en especial en lo que concierne a la base de la **transmisión de defectos hereditarios** y a los **mecanismos físicos y químicos de la función cerebral**, se han vencido muchas enfermedades infecciosas gracias a las vacunas, los antibióticos y la mejora de las condiciones de vida.

El cáncer se ha convertido en una enfermedad frecuente, pero muchas formas de la enfermedad se pueden combatir con eficacia debido al desarrollo de numerosos tratamientos.

Las vacunas se convirtieron en punto clave para la prevención de las infecciones virales; la de la difteria en 1923, y la del tétanos en la década de 1930.

En la década de los años 40, se mostró que algunos caracteres podían pasar desde una bacteria a otra a través de una sustancia denominada ácido desoxirribonucleico, ADN.

En 1953, se propuso una estructura química del ADN que explicaba cómo se transportaba la información genética. Se proporcionó detalles esenciales de esta estructura en la década de 1960, y se sintetizó un gen en 1970.

Durante los últimos años de la década de 1970, los científicos desarrollaron métodos para alterar los genes, y a mediados de la década de 1980 algunas de estas técnicas se comenzaron a utilizar con fines médicos. Ciertos procedimientos, conocidos como ingeniería genética o clonación génica, se han aplicado en la producción de grandes cantidades de sustancias puras como son las hormonas y el interferón.

Se han combatido muchas enfermedades infecciosas durante el siglo XX mediante la mejora del saneamiento, los antibióticos y las vacunas.

A comienzos de la década de 1980, la ingeniería genética produjo el desarrollo de vacunas contra la hepatitis B, la gripe, el herpes simple y la varicela, y se ha probado una vacuna contra la malaria.

La lucha contra las enfermedades infecciosas se ha complicado en la última parte del siglo XX, con el incremento de las resistencias antibióticas de los microorganismos y el descubrimiento de nuevas enfermedades, como la enfermedad del legionario y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En la última parte del siglo XX, los científicos descubrieron un área diferente del sistema inmune, el denominado sistema inmunológico celular, cuyo protagonista es el linfocito. Estos descubrimientos permiten la comprensión de muchas enfermedades debidas a defectos hereditarios de una o más subclases de linfocitos. Los intentos para corregir estas deficiencias se centran en inyectar al paciente células sanguíneas procedentes de la médula de un familiar cercano y sano. Las investigaciones actuales se centran en identificar las hormonas que provocan que los linfocitos del embrión se hagan funcionales.

Se han logrado avances en la prevención de enfermedades cardiovasculares con una mayor preocupación y mejor conocimiento de los riesgos potenciales del tabaquismo, el estrés, la obesidad, la hipertensión y los elevados niveles de colesterol en la sangre. Desde mediados de la década de 1920, el mundo occidental ha experimentado una reducción del número de muertes por enfermedades coronarias. Este declive se ha atribuido a los cambios en la dieta, el control médico de la tensión arterial, el descenso del número de fumadores y el aumento del ejercicio físico.

En 1926, se descubrió que el consumo de hígado era eficaz para tratar la anemia perniciosa, y en 1948, aislaron el factor vitamina B<sub>12</sub>.

La mortalidad debida a los distintos tipos de cáncer ha aumentado en los últimos años. Algunos aspectos de esta enfermedad permanecen, desde el punto de vista científico, sin aclarar, a pesar de que se sabe que las exposiciones ocupacionales y ambientales a productos químicos son algunas de sus causas. En particular el consumo de tabaco causa la mayoría de los cánceres de pulmón y algunos de los de vejiga, boca, garganta y páncreas. Un diagnóstico precoz, en especial en el cáncer de cérvix, ayuda al descenso de la mortalidad. El primer tratamiento aplicado fue la radiación, pero en la década de 1960 se introdujo el tratamiento farmacológico. Este último en la actualidad es curativo en muchos casos de cáncer de mama y de testículo y en algunos cánceres que afectan a la sangre, en especial en niños. Los investigadores comenzaron a estudiar la eficacia de algunas sustancias llamadas citoquinas (interferón) como fármacos anticancerígenos.

En la década de 1990 se inició el Proyecto Genoma Humano, cuya finalidad fue identificar todos los genes presentes en el cuerpo humano, y el reto es de tratar de conocer sus posibles funciones para tener la posibilidad de encontrar una alternativa de muchos problemas de salud que no tienen solución en la actualidad.

Los adelantos de la Medicina en el siglo XIX y XX, crearon la necesidad aún más de especialidades y subespecialidades, que fragmentaron el objeto de estudio (el individuo), complicando la formación del recurso médico y el abordaje de los problemas de salud y aumentando el costo del sistema sanitario. El declive de la práctica de la Medicina era inminente que la Asociación Médica Americana (AMA),<sup>6,8</sup> en 1919, y de nuevo en 1941, propuso el **establecimiento de una Junta** para el Ejercicio General de una Especialidad amplia que tratase lo referente a las necesidades de cuidados de **SALUD DE LAS FAMILIAS** y de los pacientes individuales, sin discriminarlos por su edad o sexo. Además, se hacía ver que el ejercicio de la Medicina General enfoca el cuidado episódico de los problemas agudos individuales y curativos más que preventivos, y se estaba descuidando el mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, los cuidados a largo

plazo de las enfermedades crónicas, la rehabilitación y los consejos para resolver los problemas comunes de la salud, sin embargo, no prosperó.

Al gran auge que adquiere la especialización después de la Segunda Guerra Mundial, y por otra, la formación inadecuada del médico y el descontento de la población que no veía solucionados sus problemas de salud, más la preocupación de los planificadores en salud por el tema económico, los llevó a exigir la creación de un médico especializado en la atención sanitaria personalizada: el médico de familia.

En Canadá, en 1954 se crea el College of General Practice of Canada, que años más tarde fue sustituido por el College of Family Physicians of Canada (CFPC).<sup>4, 6, 8, 12, 14</sup> El principal objetivo que tuvo y tiene el CFPC es el mejoramiento de los estándares de educación y práctica de la Medicina Familiar, en ese país, y la defensa de los valores y actitudes que hicieron surgir la especialidad. Actualmente en las 16 Escuelas de Medicina Canadienses existen Departamentos de Medicina Familiar y la certificación y recertificación de los especialistas se hace en forma estricta y normada.

El desarrollo de la Medicina Familiar en Estados Unidos, se debió a las mismas influencias que se suscitaron a nivel mundial. En 1967 la Medicina Familiar es reconocida como la vigésima especialidad médica americana. Años más tarde se crea la comisión de acreditación, American Board of Family Practice, encargada, en la actualidad, de la certificación y recertificación de los especialistas norteamericanos y cuentan con la Society of Teachers of Family Medicine.

En Gran Bretaña (Europa), el médico general (General Practitioner) nunca desapareció y ha logrado permanecer como elemento clave del Servicio Nacional de Salud de ese país, a pesar de todos los cambios que han ocurrido en el mundo.

En España, se creó la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en 1978 y a partir de 1995 es obligatorio tener dicha especialidad para ejercer en el sistema público de ese país, siguiendo la directiva promulgada en 1986, por la Comunidad

Europea, mediante la cual se obliga a todos los países miembros a dar formación postgraduada de al menos dos años a los médicos para poder trabajar como generalistas en el sistema público.

Dentro de la Comunidad Europea, el término Medicina Familiar sólo lo utiliza España y el resto de los países comunitarios prefieren utilizar la expresión de origen británico **práctica general** para denominar la actividad del médico que atiende a toda la población con independencia de edad, sexo y tipo de enfermedad. En Europa se han organizado dos grupos importantes la European Academy of Teachers of General Practice y el European Center of Research and Development in Primary Health Care para mantener criterios comunes en la formación y práctica de la medicina familiar / general.<sup>14</sup>

En varios países asiáticos de la costa del Pacífico existe también formación en Medicina Familiar. La especialidad comenzó en Corea del Sur, Malasia, Singapur, Hong Kong, Taiwan y Filipinas; en Australia y Nueva Zelanda está firmemente asentada, y Rusia, India y China han comenzado a elaborar programas de docencia.

La especialidad también existe en Sudáfrica, Egipto y Nigeria. Hay una Comisión Árabe para la Medicina Familiar que supervisa la docencia en países como Arabia Saudita, Omán, Kuwait y Jordania.

América Latina también cuenta con programas de residencia de Medicina Familiar en diversos países: Argentina, Bolivia, Uruguay, Paraguay, Venezuela, Colombia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana, Barbados, Puerto Rico y Panamá.

Mención especial debemos hacer de Cuba y México, países donde esta especialidad lleva muchos años de desarrollo y donde los médicos de familia han desempeñado un importante papel en la atención sanitaria desde la década de los setenta.

Latinoamérica cuenta con un organismo, llamado Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) que agrupa las asociaciones nacionales de la especialidad, destinado a apoyar el desarrollo de la Medicina Familiar en la región. Además, en el Caribe existe el Colegio Caribeño de Medicina Familiar que es una organización académica de los países de habla inglesa, fundado en 1989 con el apoyo de Canadá con capítulos en las 14 islas del Caribe anglófonas.<sup>14</sup>

La práctica de la especialidad varía según los países y los sistemas de salud: en Estados Unidos, Canadá y Nepal, los médicos familiares trabajan activamente en los hospitales, mientras que en Gran Bretaña y Latinoamérica la medicina familiar se ejerce fundamentalmente en atención primaria.

El grupo internacional que reúne a todos los especialistas del mundo es la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians, conocida como WONCA.

***Comentario del Enfoque de la Medicina en el siglo XX.*** Es indudable que los adelantos de la Ciencia Médica durante el siglo XX, han aportado grandes conocimientos sobre el proceso Salud y Enfermedad, pues el sujeto de estudio de la Medicina se ha cuestionado y ha dejado de ser únicamente el individuo para pasar a tomar un elemento más integrador como es la Familia. Esta constituye la unidad celular de la sociedad, parte fundamental que permite hacer una serie de relaciones de causa efecto de cualquier situación de salud, favoreciendo a la no fragmentación de la realidad. La Medicina Familiar, ha tomado algunas tendencias diferentes en varios países, como por ejemplo, tener un enfoque general de atención médica, asistiendo a todos los miembros de la familia pero por separado y con tendencia curativa, predominantemente; asistiendo a todos los miembros de la familia por separado con enfoque curativo y preventivo; asistiendo a todos los miembros de la familia en forma integrada, con enfoque preventivo y curativo; asistiendo a todos los miembros de la familia en forma integrada, con enfoque preventivo y curativo y proyección comunitaria a gran escala; asistiendo a todos los

*miembros de la familia en forma integrada, con enfoque preventivo y curativo y algunas acciones comunitarias. El sujeto de estudio se ha extendido a la Comunidad, la cual corresponde a una complejidad mayor que puede frustrar la calidad del servicio.*

*Sin embargo, la Medicina Familiar tiene como propósito fundamental el estudio y abordaje de la salud de la FAMILIA, que ha constituido la unidad fundamental de la Sociedad Humana.*

2.1 FAMILIA. Dentro de todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido, hablando en sentido figurado, ha sido pesada, medida, fragmentada, analizada, idealizada y romantizada por múltiples profesionales y técnicos, y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla por ser un elemento o unidad social que permite aplicar un enfoque integral de la Medicina.

La inclinación de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, principalmente, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. El individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores médicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud de los miembros que la integran.

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. El personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrentan ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo **integrador** en el que se considera a la familia como la unidad biopsicosocial del abordaje de la situación de salud y no el individuo. Esta revisión monográfica tiene el propósito de concentrar los diferentes

enfoques que se han desarrollado sobre el estudio de la familia, y hacerlos converger bajo un punto de vista pragmático.

**2.2 DEFINICIÓN DE FAMILIA.** Familia es el nombre con que se ha designado a un grupo social tan antiguo como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de la época y de la sociedad.

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie no es hasta 1861 cuando Bachoffen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla.<sup>2</sup>

La palabra "familia", de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.<sup>1, 2, 4</sup>

Sin embargo, se puede aceptar que la familia es el grupo de personas que viven en un mismo domicilio, participan en la satisfacción de sus necesidades económicas y establecen entre sí relaciones afectivas más profundas e íntimas que cualquier otro grupo social.

La familia como institución social está formada por personas unidas con base en diferentes clases de parentesco: por **consanguinidad** o lazos de sangre, incluye a los padres, hijos, nietos, etc.; por **afinidad** o unión de hecho; la **derivada del matrimonio**, y son los esposos, cuñados, etc.; y por último, el **civil o de adopción legal** que existe entre el adoptante y el adoptado, ya sea éste un niño o un anciano.

Con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones, cada una de las cuales tiene diferentes niveles de aplicación. Así por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud<sup>14</sup> señala que por familia se entiende:

**"A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".**

Esta definición está orientada fundamentalmente hacia cierto tipo de estudios demográficos y epidemiológicos.

Algunos autores resaltan en su definición la legitimidad y la estabilidad de las relaciones sexuales, dando así importancia a una de las funciones básicas de la familia, que es la de perpetuar la especie y proveer de nuevos miembros a la sociedad. Así por ejemplo, Bottomore<sup>2, 14</sup> señala que: "La familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la procreación y la crianza de los hijos."

Tomando en cuenta lo anterior, se reconocen ahora dos elementos básicos que dan un carácter institucional a la familia. El primero porque establece las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, y el segundo porque determina el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos.

Desde el punto de vista de algunos estudios del comportamiento humano, la vida aparece como una experiencia compartida; en consecuencia, el individuo no puede vivir solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos. Sin embargo, no obstante que la familia

puede considerarse como la mejor opción para vivir en asociación, la experiencia no siempre resulta satisfactoria. Por este motivo Ackerman<sup>2</sup> al referirse a la familia, la define como "la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Minuchin<sup>4</sup> la define como "el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares".

Desde el punto de vista psicoanalítico y psicosocial, la familia es la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad. En efecto, es en ella donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, y psicológica, así como para su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas.

Con lo antes señalado, se deduce que las corrientes que más han contribuido a definir y caracterizar a la familia son socio antropología, el psicoanálisis y la psico sociología. Según estas corrientes, se pueden distinguir dos puntos de vista diferentes. Uno de ellos podría denominarse "macro sociológico" estudia la familia tomando como referencia, a la sociedad de manera global. El otro punto de vista, llamado "micro sociológico", que en términos generales se ha desarrollado en el seno de la antropología social británica, sobre todo tras los trabajos de Malinowsky, se refiere básicamente al análisis de hábitos y costumbres familiares en el seno de un mismo grupo social. Aquí también podrían incluirse algunos estudios efectuados en el nuevo mundo por cronistas españoles del siglo XVI, y que constituyen una aportación temprana y

excepcional, ya propiamente de tipo etnográfico, sobre diversas instituciones sociales que incluyen a la familia.

Lo anterior sirve como marco de referencia para ayudar a la Medicina Familiar a conceptualizar y definir mejor al grupo llamado familia. Para los médicos familiares es de gran ayuda contar con un concepto básico del objeto de estudio, y con este propósito se define a la familia como: "El grupo básico de la sociedad formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, ya sea por unión de hecho o de matrimonio, que interactúan frecuentemente y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar, y por ende, la salud comunitaria"<sup>2F</sup>.

- 2.3 UNIDAD DE ESTUDIO.** Un principio básico de toda ciencia es la definición de su unidad de estudio en una forma amplia y a la vez precisa. Así se debe definir desde el punto de vista de su identificación (delimitación y tipificación), ya que con ello se posibilita la asignación de responsabilidades de estudio. También se deberá definir desde un punto de vista conceptual y semántico, ya que con ello se facilita la comunicación con profesionales de otras áreas.

La discusión en torno a la naturaleza de la unidad de estudio de una ciencia tiene el propósito de definir las clases de eventos o fenómenos que le corresponden estudiar a esa ciencia. Definido la unidad de estudio, ya se está en posibilidades de considerar los métodos pertinentes para abordar su conocimiento.

Otras especialidades médicas se han autodefinido sobre la base de áreas anatómicas, edad, sexo o tipo de padecimientos. La medicina familiar, en

---

<sup>F</sup> Santacruz Varela, Dr. Javier. La Familia Unidad de Análisis. Revista Médica del IMSS Rev. Med. IMSS (Mex) 1983.

cambio, abarca porciones de todas las otras especialidades clínicas y disciplinas relacionadas. Así, integra a su práctica y a su cuerpo conceptual los conocimientos de disciplinas como antropología, sociología y psicología, con lo cual pretende brindar una atención integral y continua a la familia valiéndose para ello, de los recursos de la comunidad y los de la propia familia.

Dado que el médico familiar conoce mejor que nadie las necesidades de salud de las familias a su cargo, deberá coordinar los esfuerzos de los profesionales de la salud en torno a la atención de la familia, siempre que esto sea necesario, ya que este profesional debe resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas y necesidades que afectan frecuentemente la salud de la población.

Sí bien se puede señalar que está claramente definido el sujeto de estudio de la Medicina Familiar, existen aún algunos problemas por resolver: a) Algunos autores y corrientes científicas, sin negar la condición biológica de la familia, afirman que su existencia misma en el seno de la sociedad, la determinan como el sujeto de estudio de las ciencias sociales, y no de la medicina familiar. b) Aún si se admitiera que el sujeto de estudio de la Medicina Familiar es de naturaleza social, surge el problema del proceso metodológico bajo el cual habrá que estudiarse. A este respecto se plantean dos corrientes de pensamiento. La primera de ellas considera a los sujetos de estudio de las ciencias ya sean naturales o sociales, como equivalentes y por lo tanto pueden ser estudiados bajo los mismos métodos: ésta es la corriente positivista. La segunda es la corriente dialéctica, que considera a los sujetos de estudio, naturales y sociales, como de naturaleza diferente y, por lo tanto, los métodos que los estudian deberán poseer diferencias significativas.

Lo anterior plantea la necesidad de determinar en qué condiciones y desde qué perspectiva la familia se torna en un objeto de estudio de la Medicina Familiar. **En todo caso, se puede decir que el estudio de la familia no es exclusivo de la Medicina Familiar, puesto que, como sucede con otros objetos o unidades**

de estudio y análisis, la familia es susceptible de ser estudiada por diferentes corrientes del pensamiento, cada una de ellas con un valor similar pero con un concepto de significancia variada y con explicaciones igualmente diferentes. Según lo anterior, el estudio sistematizado de la familia compete a la Medicina Familiar dentro del campo de la Ciencia Médica.

- 2.4 ELEMENTOS DE ESTUDIO DE LA FAMILIA.** Cada ciencia tiene como punto de partida un cuerpo teórico de conocimientos, el cual permite diferenciarla de otras ciencias. La ciencia es, ante todo un conjunto de actitudes y por tanto, una disposición para afrontar los hechos con el fin de investigar más de lo que alguien ha dicho sobre ellos.

Los siguientes son elementos teóricos que a la vez que permiten al médico familiar cambiar de actitud, le proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensable para el estudio de la familia; éstos son: ciclo de vida familiar, dinámica de la familia, tipología familiar, funciones de la familia, la comunicación, registros de datos de la familia. A continuación se describirá muy brevemente la mayoría de estos elementos.

**El Ciclo de Vida de la Familia.** Permite al médico analizar la *historia natural* de una familia, desde su formación hasta su disolución. Con ello el médico familiar puede estar en posibilidad de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar. El ciclo de vida familiar puede ser descrito en una gran variedad de formas con un número de estadios que varían entre 4 y 24. En este esquema el ciclo de vida de la familia se muestra en ocho estadios, que se inician cuando la pareja contrae matrimonio y se encuentra sola y sin hijos, y terminan cuando la pareja nuevamente queda sola, en etapa de retiro y frecuentemente abandonada por la prole. Evidentemente hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psico sociales en cada una de estas etapas.

**La dinámica familiar.** Es otro elemento teórico indispensable para el médico familiar. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que *la familia es mucho más que la suma de sus partes*, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica.

**Tipología familiar.** Hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes: En relación a su integración, la familia puede clasificarse como integrada (padre, madre e hijos conviven) o desintegrada (padre e hijos o madre e hijos conviven). Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural (campo) y urbana (ciudad). Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional. Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen. Como se ve, no hay una sola clasificación y no se puede decir que una sea mejor que la otra. Una clasificación muy empleada es la que considera a la familia como nuclear o extensa. La familia nuclear agrupa tan sólo a los padres y a los hijos, a los padres sin hijos, o bien a uno de los padres con hijos cuando el otro ha muerto,

se ha retirado o divorciado. En cambio, la familia extendida es la formada por los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo.

**Funciones de la familia.** En lo que se refiere a las funciones familiares, se puede señalar desde un punto de vista psicosocial se clasifican en *externas e internas*. Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. En cambio, la función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.

La familia se considera generalmente como la unidad social básica. Ella debe cumplir funciones económicas, educativas, sociales y psicológicas, que son fundamentales para el desarrollo de los individuos y para su incorporación positiva a la vida social.

a. **Funciones económicas.** Todos los seres humanos deben cubrir necesidades de alimentación, vestido, habitación, asistencia médica, etc. Dentro del núcleo familiar, los adultos son principalmente los responsables de cumplir con esta función, aunque es necesaria la participación y comprensión de todos sus integrantes.

b. **Funciones educativas.** De acuerdo con las posibilidades del grupo familiar, es muy importante proporcionar a sus miembros algún tipo de educación académica y que los adultos apoyen y ayuden a los niños y maestros en las tareas escolares para enriquecer las relaciones entre la familia, la escuela y la sociedad.

c. **Funciones sociales.** El niño recibe en el seno familiar las primeras experiencias sociales de convivencia, de integración y de reconocimiento como

miembro de dicha sociedad. También aprenda normas, conductas y valores culturales vigentes hasta ese momento.

**d. Funciones psicológicas.** Las relaciones familiares deben establecerse bajo estrechos lazos de afecto y mutua comprensión. El cariño y la confianza que el niño sienta dentro de su familia son fundamentales para un desarrollo social apropiado.

**La comunicación.** La exploración de la familia no es una tarea fácil y tampoco se logra con el registro mecánico de una lista larga de preguntas. Se requiere estar preparado y capacitado en **técnicas de entrevista grupal**; de otra forma, lejos de tener fines de estudio metodológico la reunión con la familia se transforma en una lluvia de ideas tanto del médico como de la familia que, a la larga, sólo produce frustraciones. Es necesario que el médico se percate que, tanto en la entrevista con el paciente como con la familia (**relación médico-paciente y médico-familia**), ocurren una serie de expectativas de uno y otro lado que pueden entorpecer o facilitar la propia entrevista. Estos fenómenos han sido denominados en general **transferenciales y contratransferenciales**, y el médico puede prepararse para percibirlos y manipularlos y, con ello, facilitar la entrevista clínica. También es necesario que el médico se percate, que su relación con el paciente se da en un contexto socio-cultural determinado, en el que tanto él como su paciente, pertenecen a subgrupos que cuentan con patrones subculturales y que la entrevista se desarrolla en dos niveles o planos, uno de ellos científico y médico o instrumental, y el otro que es un plano expresivo o emocional.

**Registro de datos de la familia**<sup>16</sup>. En la actualidad la medicina familiar cuenta con instrumentos de registro propios, uno de ellos, posiblemente el más importante para poder materializar varios de los conceptos hasta aquí expresados, es la Ficha Médica Familiar como instrumento de la historia de la

salud familiar, de la cual se han diseñado varios formatos según diferentes tipos de necesidades.

Conviene además mencionar un aspecto importante de la historia de la salud familiar, que es el registro de datos relacionados con la dinámica familiar. En este sentido se han desarrollado diversos formatos, entre los cuales fueron probados en 1979 (ver algunos aspectos de un Familiograma o Genograma en anexo 5).<sup>G</sup>

El Familiograma es parte del proceso más general de evaluación familiar. Elaborar un Familiograma supone tres niveles:

a) **Trazado de la estructura familiar.** La parte medular de un Familiograma es una descripción gráfica de cómo diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado de líneas que representan las relaciones, y las figuras que simbolizan personas (ver anexo 5).

b) **Registro de la información sobre la familia.** Después de haber trazado la estructura familiar, podemos comenzar a agregar información sobre la familia como **información demográfica** (edades, fechas de nacimientos, muertes, situaciones, ocupaciones y nivel ocupacional), **información funcional** (datos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de distintos miembros de la familia), y **sucesos familiares críticos** (migraciones, transiciones importantes, cambios de relaciones, fracasos y éxitos). Estos dan un sentido de continuidad histórica de la familia y del efecto de la historia familiar de cada individuo.

---

<sup>G</sup> Silva y Ortiz, María Teresa Alicia. Familiograma.

<http://www.acatlan.unam.mx/investigación/vasconcelos/catedra/educsolucion/conferencias/index.html>

Septiembre, 2003

c) **Trazado de las relaciones familiares.** Comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia. Dichas caracterizaciones están basadas en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia (ver anexo 5).

Los Familiogramas pueden tomarse bastante complejos y no existe un conjunto de reglas que pueda cubrir todas las posibilidades.<sup>H</sup>

## 2.5 PROCESO METODOLÓGICO

Todas las ciencias tienen su propio método. El método toma el nombre de la ciencia, por lo que en clínica, será el método clínico; en epidemiología, el método epidemiológico; en estadística, será el método estadístico, pero todas estas particulares parten del método general, el científico. El método clínico y el epidemiológico son muy similares, solo cambia el objeto de estudio. En el primero se estudian las particularidades del hombre enfermo, mientras que para el epidemiológico el objeto serán los problemas de salud y enfermedades de las colectividades humanas.

El método clínico no es más que la aplicación particular del método científico, por lo que se hace necesario su manejo para lo cual se necesita una preparación previa; no basta la acumulación de conocimientos, sino la adecuada utilización de estos, así como la vinculación con la práctica. Es necesario precisar toda una serie de elementos, lo que redundará en un conocimiento más acabado, parte inseparable de la ciencia.

**El Método Clínico** es la forma ordenada y lógica de evaluar médicamente al individuo, tomando en cuenta sus características personales, haciendo énfasis en

---

<sup>H</sup> McGoldrick, Monica; y Gerson, Randy: "Genogramas en la Evaluación Familiar". Editorial Gedisa S.A., España. Tercera reimpresión; septiembre, 2000.

su medio interno o propio, teniendo como propósito la identificación de problemas o necesidades de salud que le aquejan (ver anexo 1).

**El Método Epidemiológico** (ver anexo 2) es el que se utiliza para evaluar médicamente en forma integral, ordenada y lógica a la familia, tomando en cuenta las interacciones e interrelaciones entre sí de sus miembros que la conforman y su entorno respectivo, registrando los datos y/o información en la Ficha Médica Familiar (o un Familiograma o Genograma -ver anexo 5).

## 2.6 NIVELES DE PREVENCIÓN<sup>4, 6, 7, 17, 1</sup>

La importancia de la Medicina Familiar radica en la medicina preventiva, pues la familia es una de las estructuras sociales más elementales donde se genera frecuentemente el futuro de una sociedad. Es la unidad celular de toda sociedad, donde se desarrolla una gran variedad de interacciones y relaciones interpersonales muy estrechas y fuertemente sólidas, que amerita su estudio para la toma de decisiones, principalmente, en los problemas y necesidades de salud más frecuentes.

Si se quiere tener mayor impacto en las intervenciones médicas, debe de dársele la importancia debida a la prevención de la enfermedad y conservación de la salud, más que a la asistencia médica cuando ya se ha presentado el problema de salud (medicina curativa).

---

<sup>1</sup> OPS-OMS: "Manual para el control de las enfermedades transmisibles". Decimosexta edición; Washington, D.C. 20037, EE.UU., 1997.

Si tomamos en cuenta la Historia Natural de la Enfermedad, podemos distinguir dos periodos:

1. Prepatogénico
2. Patogénico

El **Período Prepatogénico** es el que antecede al aparecimiento de la enfermedad y es el más importante de la Medicina Preventiva, pues ésta toma en cuenta la multiplicidad de factores causales con el propósito de evitar que se rompa el eslabón más débil o más accesible de la Cadena Epidemiológica y bloquear que se desencadene la enfermedad. Sin embargo, es el más desatendido a través del tiempo, principalmente por las instituciones prestadoras de servicios médicos, lo cual se puede observar en los rubros presupuestarios que son proporcionalmente más bajos que los asistenciales curativos.

**Período Patogénico** es el que corresponde al desarrollo de la enfermedad en el ser humano, desde su inicio, como resultado de la interacción con el estímulo de enfermedad, hasta el fin de la reacción con recuperación, incapacidad, estado crónico o muerte. A éste se unen también las instituciones formadoras de recursos médicos, que le dan más importancia a la medicina curativa al incluir contenidos al manejo de la enfermedad ya instalada (Período Patogénico), haciendo prácticas curativas en hospitales en proporción mayor que prácticas preventivas. Esto viene a influir en el bajo impacto en la situación de salud de las familias y población en general, pues se está actuando sobre efectos y no las causas o factores de riesgo que han originado las enfermedades.

Tomando en cuenta los periodos mencionados anteriormente, se pueden distinguir tres *Niveles de Prevención*<sup>7, 17, J, K</sup>

- a) **PREVENCIÓN PRIMARIA**
- b) **PREVENCIÓN SECUNDARIA**
- c) **PREVENCIÓN TERCIARIA**

**PREVENCIÓN PRIMARIA.** Es el periodo que corresponde al Prepatogénico, donde se presenta todas las posibilidades de interacción de variables, factores o circunstancias que posibilitan mantener la salud o perderla parcial o totalmente. Con las medidas de prevención primaria se persigue promover un estado óptimo de salud, proteger específicamente a la familia y por añadidura a la comunidad en general, de las enfermedades, estableciendo barreras contra elementos dañinos del entorno. Esta prevención se puede agrupar en dos niveles de prevención, los cuales son los más importantes y económicos dentro de la Medicina Preventiva:

**Fomento de la Salud (Primer Nivel de Prevención).** Consiste en aplicar medidas generales para mantener o mejorar la salud en general y el bienestar de la familia y por ende, la comunidad. Estas medidas no deben ser específicas contra ninguna enfermedad. Las medidas que se apliquen deben crear las condiciones más favorables para la conservación de la salud y resistir un proceso mórbido de cualquier origen. Dentro de las medidas que se pueden aplicar están la educación en salud; alimentación y estado nutricional adecuados a la fase de crecimiento y desarrollo de todo miembro de la familia y otros estados fisiológicos; condiciones adecuadas para un óptimo desarrollo de la

---

<sup>J</sup> OPS-OMS: "Manual para el control de las enfermedades transmisibles". Decimosexta edición; Washington, D.C. 20037, EE.UU., 1997.

<sup>K</sup> Aranda Pastor, José, Epidemiología General, Tomo II. Editorial Talleres Gráficos Universitarios, Mérida - Venezuela, 1971-76.

personalidad; educación sexual y consejo premarital; exámenes de salud periódicos a grupos aparentemente sanos; vivienda adecuada, recreación y condiciones agradables en el hogar y en el trabajo; estudios (Ej., Genética) que permitan mejorar los alimentos, etc.

**Protección Específica (Segundo Nivel de Prevención).** Consiste en aplicar medidas que persiguen proteger a los miembros de la familia específicamente contra una o un grupo de enfermedades antes de que sean atacados, poniendo barreras para interceptar las causas o factores de riesgo antes de que actúen. Las medidas que se apliquen deben de proteger específicamente contra determinada enfermedad, factor de riesgo o circunstancia que pone en peligro la salud de la familia. Dentro de las medidas que se pueden aplicar están las inmunizaciones específicas; adecuada higiene personal y familiar; saneamiento ambiental familiar y por ende comunitario; protección contra los peligros del trabajo; protección contra los accidentes; nutrientes esenciales, en cantidad y calidad; protección contra factores cancerígenos; protección contra los alérgenos.

**PREVENCIÓN SECUNDARIA.** Es el período que corresponde al Patogénico, donde la familia ha reaccionado ante el estímulo. Las medidas de prevención están dirigidas a interrumpir el curso del proceso de alteración de la salud. La aplicación de las medidas tienden a diagnosticar y tratar precozmente la enfermedad y evitar que la misma avance y continúe deteriorando la salud de la familia. Esta prevención se puede agrupar en dos niveles de prevención:

**Diagnóstico Precoz y tratamiento inmediato (Tercer Nivel de Prevención).** Consiste en identificar y tratar lo más pronto posible las enfermedades que no fueron evitadas, debido a que no existen medidas para actuar en el nivel anterior o porque no fueron aplicadas las existentes. Las medidas que se aplican en este nivel tienen como objetivos detener y curar el proceso de la enfermedad, prevenir la propagación de enfermedades transmisibles, prevenir las

complicaciones y secuelas y evitar una incapacidad prolongada. Dentro de las medidas que se pueden aplicar están el descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estadios en los miembros de la familia; descubrimiento de casos en familias de la población; estudio de grupos para detectar enfermedad; exámenes periódicos selectivos a ciertas familias; tratamiento inmediato y adecuado de los casos identificados.

**Limitación del daño (Cuarto Nivel de Prevención).** Este nivel se diferencia del anterior, en que el diagnóstico se ha hecho tardíamente debido a la falta de conocimiento sobre la enfermedad o a que el paciente ha recibido asistencia cuando el proceso estaba bastante avanzado. Las medidas que se aplican en este nivel tienen como objetivos evitar un daño mayor y prevenir o demorar las consecuencias de una enfermedad clínicamente avanzada. Dentro de las medidas que se pueden aplicar están tratamiento adecuado para impedir un estadio más avanzado de la enfermedad y para prevenir más complicaciones y secuelas; proveer facilidades para limitar el daño y prevenir la muerte.

**PREVENCIÓN TERCIARIA.** Es el período que corresponde cuando la enfermedad ha evolucionado hasta los últimos estadios del periodo Patogénico y aún es posible aplicar medidas de prevención para evitar la incapacidad total o la muerte. Esta prevención se puede agrupar en un solo nivel de prevención:

**Rehabilitación (Quinto Nivel de Prevención).** Consiste en frenar el proceso e impedir la incapacidad completa una vez que se han presentado lesiones anatómicas y funcionales. La enfermedad evolucionó hasta su estadio final, con incapacidad parcial o total. Las medidas que se aplican en este nivel tienen como objetivos reintegrar al miembro de la familia como factor útil a la sociedad, obtener el máximo uso de sus capacidades residuales y evitar que se convierta en una carga permanente, tanto para sí mismo como para su familia y la sociedad. Dentro de las medidas que se pueden aplicar están la terapia

ocupacional en hospitales; máximas facilidades de empleo para el rehabilitado; facilidades en los hospitales, comunidad e industria, para el reentrenamiento y educación del incapacitado, con el fin de obtener el máximo uso de las capacidades remanentes; educación al público y a la industria para que utilice al rehabilitado; ubicación selectiva del rehabilitado, tratando de aprovechar sus capacidades remanentes al máximo; uso de colonias de protección para el incapacitado total.

### 3. ANÁLISIS

El Enfoque de la Medicina antes del siglo XX, se concretó al estudio de la enfermedad en el individuo, en cuanto a sus manifestaciones clínicas, su diagnóstico y tratamiento, principalmente, y un escaso entendimiento de la Medicina Preventiva. Fue evidente la tendencia de la investigación del medio interno del paciente, buscando una explicación del por qué de la enfermedad, cómo se presentaba, y de dónde provenía.

Lo anterior demuestra que la Medicina se ha concretado a través del tiempo, principalmente, a la recuperación de la salud más que en la prevención de la enfermedad, dedicándose a la persona (enfoque individualista), como se ha podido observar desde la Medicina Primitiva y Antigua hasta nuestros días, con una proliferación creciente de especialidades y subespecialidades según edad, sexo, órganos o sistemas, para su análisis y abordaje, (ejemplo, Pediatría, Ginecología, Oftalmología, Nefrología, Urología, Neurología, etc.), desintegrando o fragmentando cada vez más la **realidad de la salud**. Esto vino a encarecer los servicios de salud, alejándose de las posibilidades económicas de la mayoría de la población.

A partir de la década del sesenta del siglo XX, se pone en marcha un nuevo enfoque de la Medicina, con un objeto de estudio más integrador del conocimiento de la realidad del proceso Salud Enfermedad, como lo es la Familia. Nace por primera vez en la historia de la humanidad la Medicina Familiar, con grandes esperanzas en el futuro, con el propósito de impactar en la salud de las familias y por ende, en la población. Cuatro décadas de lucha por establecer una Medicina Preventiva e integral. El desarrollo y trascendencia de la Medicina Familiar, se ha quedado con el paradigma tradicional en el diagnóstico de la situación de salud del individuo, haciendo énfasis en la prevención secundaria (curación), utilizando métodos y procedimientos dirigidos al individuo (método clínico, ficha médica, carné y archivo para cada paciente), dejando a un lado un entorno biológico, psicológico y social,

muy ligado a la vida de todo individuo, como es la familia. Por lo anterior, se puede determinar que la unidad de estudio, diagnóstico de salud y manejo (tratamiento) de la situación de salud, sigue siendo el individuo sin trascender a la familia como unidad de diagnóstico de salud y manejo, en el campo de la Medicina, principalmente, preventiva. Sin embargo, la Tecnología Médico Industrial y Mercantilista, son corrientes poderosas que podrían conducir hacia otros propósitos no deseados ni convenientes para la mayoría de la población, pues la Medicina y sus avances científicos solo estaría al alcance de unos pocos, lo cual empeoraría la actual situación de salud de la comunidad.

En la mayoría de los países que han implementado la Medicina Familiar, le han agregado otro sujeto de estudio que es la Comunidad, lo que la hace más compleja y frustrante por el escaso desarrollo de la formación del recurso en salud.

En muchos países del mundo, a través de sus Universidades, han establecido la Medicina Familiar como especialidad, y en otros como Maestría, sin embargo, no se ha observado un impacto sobre la salud de las familias debido, probablemente, a la persistencia del abordaje curativo e individual de los problemas de salud en un alto porcentaje, pues existen poderosos intereses industriales y económicos que traen consigo una serie de ventajas para estos sectores que para la población. Las acciones de Medicina Preventiva, que presentan ventajas considerables para la salud y economía de las familias, se fomentan a baja escala y hasta se estipulan asignaciones presupuestarias marcadamente menores comparando las asistenciales curativas. Y por último, el bajo impacto de la Medicina Familiar esté influyendo la ambición desmedida de las perspectivas de ciertos países sobre la misma al proyectarse a otro objeto de estudio más complejo que corresponde a la Medicina Comunitaria. Realmente, la Medicina Familiar, como especialidad, debe concretarse fuertemente al estudio y manejo de la salud de la familia para hacer impacto significativo en la situación de salud de la población. El desarrollo de la Medicina Familiar es un gran paso estratégico hacia el avance de la Medicina Comunitaria en el futuro.

## CONCLUSIONES

El enfoque de la Medicina desde los tiempos primitivos hasta el siglo XIX fue curativo e individualista, constituyendo su sujeto de estudio el paciente, haciendo énfasis en la investigación del medio interno del individuo y descuidando fuertemente su entorno. Las influencias religiosas fueron grandes, las creencias y supersticiones no se hicieron faltar. La imperiosa necesidad de tener conocimiento sobre el origen o procedencia de la enfermedad, se utilizaron recursos a gran escala dirigido a un campo de estudio cada vez más reducido, que limitó las posibilidades del acceso de los servicios de salud a la mayoría de la población. Durante este período (desde la época primitiva hasta el inicio del siglo XX) no se tuvo la tendencia de enfocar a la Familia como sujeto / objeto de estudio, postergando a la Medicina Familiar medio siglo más en la historia.

La Medicina Familiar a pesar de que comenzó a promoverse a partir de 1919 y 1941 el establecimiento de una Junta para el Ejercicio General de una especialidad amplia que se encargara del cuidado de la salud de las familias, y presentando una necesidad evidente, no se logró inmediatamente, sino hasta 1969, creándose la Junta Americana de Medicina Familiar. Hay algunos países que por su optimismo y objetivos ambiciosos han entrado prematuramente al campo de la Medicina Comunitaria, lo que podría limitar el impacto que se esperaría en la salud familiar. Otros, se han quedado con el nombre de Medicina Familiar, y han ejercido una Medicina General, pues atienden a todos los miembros o parte de ellos en forma aislada, sin buscar una relación de causa efecto o riesgo de la situación de salud familiar.

La mayoría de los países interesados en la formación de recursos médicos especializados en Medicina Familiar la impulsaron a partir de las décadas del sesenta y setenta (Venezuela, Cuba, Canadá, EE. UU., México, Chile, Argentina, España, etc.), sin embargo muchos países no lo han logrado, como Guatemala que tiende a crear una Maestría (no una especialidad) en Medicina Familiar para el próximo año

(2004), a través de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a pesar de estar planeándola a partir de 1987.

El impacto de la formación del recurso Médico Familiar no ha sido homogéneo en la mayoría de los países que la impulsan, a excepción de Cuba, que ha logrado, modificar los indicadores de salud fuertemente. Probablemente esto deba a la integración de una decisión política permanente y los servicios de salud, aunado a una buena organización operativa de las familias y, por ende, de la comunidad que participa activamente en la solución de sus propios problemas de salud. Sin embargo, la clave fundamental del éxito está en una buena capacitación del recurso médico, conciente de su rol y plenamente identificado con su profesión y su pueblo.

La mayoría de los países que impulsan la formación de especialistas en Medicina Familiar, no han logrado el impacto esperado sobre la salud de la Familia, debido a que continúan las prácticas curativas e individualizadas, sin un enfoque integral de atención a la salud de la familia, la cual corresponde a su objeto de estudio. Además, se pueden identificar acciones variadas dirigidas a la comunidad que representa un nivel de complejidad mucho mayor que el de la familia, pues el objeto de estudio de la población en general, es la Salud Comunitaria.

La Medicina Preventiva aplicada a baja escala, principalmente la Prevención Primaria (primero y segundo niveles de prevención), podría estar ligado al escaso impacto sobre la salud de la familia de los países que no han logrado modificar sus indicadores de salud.

Utilización del Método Clínico únicamente en el manejo de los problemas de salud, sin la aplicación del Método Epidemiológico que permite la búsqueda del porqué de los daños identificados y el manejo integral de los mismo, utilizando un Genograma con todos principios deseados para lograr lo esperado.

## GLOSARIO DE TERMINOS MÁS USADOS EN EL DOCUMENTO

**Enfoque.** Identificación precisa del objeto de estudio de una ciencia o corriente ideológica, que permite dirigir las acciones concretamente al objetivo.

**Medicina.** Es el arte de conocer, curar o prevenir las enfermedades, o una combinación de ellos, con el propósito de recuperar o mantener la salud.

**Familia.** Grupo básico de la sociedad formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, ya sea por unión de hecho o de matrimonio, que interactúan frecuentemente y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar, y por ende, la salud comunitaria.

**Medicina Familiar.** Es aquella que se preocupa por el cuidado médico integral con especial énfasis en la familia como unidad de atención.

**Objeto de Estudio.** Es el elemento o unidad de estudio de una ciencia que permite diferenciar sus características en forma precisa de otras corrientes.

**Método Clínico.** Es la forma ordenada y lógica de evaluar médicamente al individuo, tomando en cuenta sus características personales, haciendo énfasis en su medio interno o propio, teniendo como propósito la identificación de problemas o necesidades de salud que le aquejan.

**El Método Epidemiológico.** Es el proceso ordenado y lógico de evaluar médicamente en forma integral a la familia, tomando en cuenta las interacciones e interrelaciones entre sí de sus miembros que la conforman y su entorno respectivo, registrando los datos y/o la información en la Ficha Médica Familiar.

**Familiograma.** Es un formato gráfico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones.

**Período Prepatogénico.** Es el que antecede al apareamiento de la enfermedad y toma en cuenta la multiplicidad de factores causales con el propósito de evitar que se rompa el eslabón más débil o más accesible de la Cadena Epidemiológica y bloquear que se desencadene la enfermedad.

**Período Patogénico.** Es el que corresponde al desarrollo de la enfermedad en el ser humano, desde su inicio, como resultado de la interacción con el estímulo de enfermedad, hasta el fin de la reacción con recuperación, incapacidad, estado crónico o muerte.

**Prevención Primaria.** Es el fomento de la salud y protección específica contra las enfermedades durante el período que corresponde al Prepatogénico.

**Prevención Secundaria.** Es el proceso de detección temprana de la enfermedad y tratamiento precoz, o detección tardía pero con tratamiento adecuado para evitar las secuelas y limitar el daño, durante el período patogénico.

**Prevención Terciaria.** Es la rehabilitación del paciente o familia en sus últimos estadios de la patogénesis con presencia de defecto o incapacidad y cuyo propósito es evitar la inutilidad completa en su medio social.

**Fomento de la Salud.** Es el primer nivel de prevención y consiste en aplicar medidas generales para mantener o mejorar la salud en general y el bienestar de la familia y por ende, la comunidad. (Prevención Primaria).

**Protección Específica.** Es el segundo nivel de prevención y consiste en aplicar medidas que persiguen proteger a los miembros de la familia específicamente contra una o un grupo de enfermedades antes de que sean atacados, poniendo barreras para interceptar las causas o factores de riesgo antes de que actúen. (Prevención Primaria).

**Diagnóstico Precoz y tratamiento inmediato.** Es el tercer nivel de prevención y consiste en identificar y tratar lo más pronto posible las enfermedades que no fueron evitadas, debido a que no existen medidas para actuar en el nivel anterior o porque no fueron aplicadas las existentes. (Prevención Secundaria).

**Limitación del daño.** Es el cuarto nivel de prevención. Este nivel se diferencia del anterior, en que el diagnóstico se ha hecho tardíamente debido a la falta de conocimiento sobre la enfermedad o a que el paciente ha recibido asistencia cuando el proceso estaba bastante avanzado. (Prevención Secundaria).

**Rehabilitación.** Es el quinto nivel de prevención. Consiste en frenar el proceso e impedir la incapacidad completa una vez que se han presentado lesiones anatómicas y funcionales. (Prevención Terciaria).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

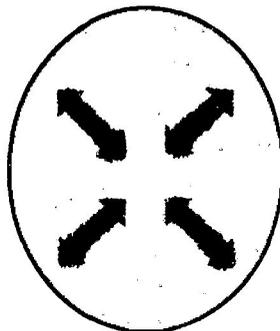
1. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Undécima Edición, Salvat Editores, S.A. 1974.
2. Santacruz Varela, Dr. Javier. La Familia Unidad de Análisis. Revista Médica del IMSS Rev. Med. IMSS (Mex) 1983.
3. Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena. Editorial Ramón Sopena, S.A., Provenza, 95 - Barcelona, España. 1988.
4. La familia, base de la sociedad. Htt://www.redesc.ILCE.edu.mx/rescolar/biblioteca/librotexto/telesec/index.htm - 2003
5. Microsoft Corporation® Encarta ® Biblioteca de Consulta 2002. © 1993-2001.
6. Yuh - Ting yen, Md, MPH, DR. PH, Ernest, Revisión y Evaluación en el Ejercicio de la Medicina de Familia. Publishing División of Prentice - may, inc. ACC Appleton - Century - Crofts, New York 1980.
7. Aranda Pastor, José, Epidemiología General, Tomo II. Editorial Talleres Gráficos Universitarios, Mérida - Venezuela, 1971-76.
8. Bahsas Bahsas, Fadlalla, Instrumentos en el ejercicio de la Medicina de Familia. Primera Edición. Editado por el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico y el Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes. Mérida - Venezuela, 1999.
9. Hernández Hernández, Roberto, Del Método Clínico al Epidemiológico, ([http://www.infomed.sld.cu.revistas/mgi/vol18\\_2\\_02/autor](http://www.infomed.sld.cu.revistas/mgi/vol18_2_02/autor)). Octubre, 2002.
10. Silva y Ortiz, María Teresa Alicia. Familiograma. <http://www.acatlan.unam.mx/investigación/vasconcelos/catedra/educsolucion/conferencias/index.html>. Septiembre, 2003
11. SAMFYC - Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria: [http://www.samfyc.es/portal/modules.php?name=News&new\\_topic=3-82k](http://www.samfyc.es/portal/modules.php?name=News&new_topic=3-82k)- 2003.
12. Medicina Familiar. <http://www.healthig.com/Espanol/0007.html> - 15k - 2003
13. Medicina Familiar. América Salud. <http://www.amaricasalud.com.uy/hwpabout.exe?O,0,,0,102,133>. 2003.

14. **Definición de familia.**  
[Http://www.geocities.com/hiponiqueo/family.html#q2](http://www.geocities.com/hiponiqueo/family.html#q2). 2002
15. **La familia como unidad de estudio de la medicina familiar.**  
<http://www.geocities.com/hiponiqueo/family.html#q3>. Octubre, 2002
16. **McGoldrick, Monica; y Gerson, Randy:** “Genogramas en la Evaluación Familiar”. Editorial Gedisa S.A., España. Tercera reimpresión; septiembre, 2000.
17. **OPS-OMS:** “Manual para el control de las enfermedades transmisibles”. Decimosexta edición; Washington, D.C. 20037, EE.UU., 1997.
18. **Qué es la Medicina Familiar:**  
[http://.terravista.pt/meco/1100/mf\\_teoría.html](http://.terravista.pt/meco/1100/mf_teoría.html). Octubre, 2002.
19. **Medicina Familiar.** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.  
<http://www.semfyec.es/>. Septiembre, 2001.
20. **Epidemiología Clínica:**  
<http://www.uam.es/otroscentros/saludpublica/cusp/principal.htm> 10-2003.

**ANEXOS**

# **MÉTODO CLÍNICO**

**Anexo 1\***



**INDIVIDUO**

\* Fuente: Santizo López, Ernesto Adán.  
Profesor Titular de Medicina Familiar,  
Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 2003.

# MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO

Anexo 2\*

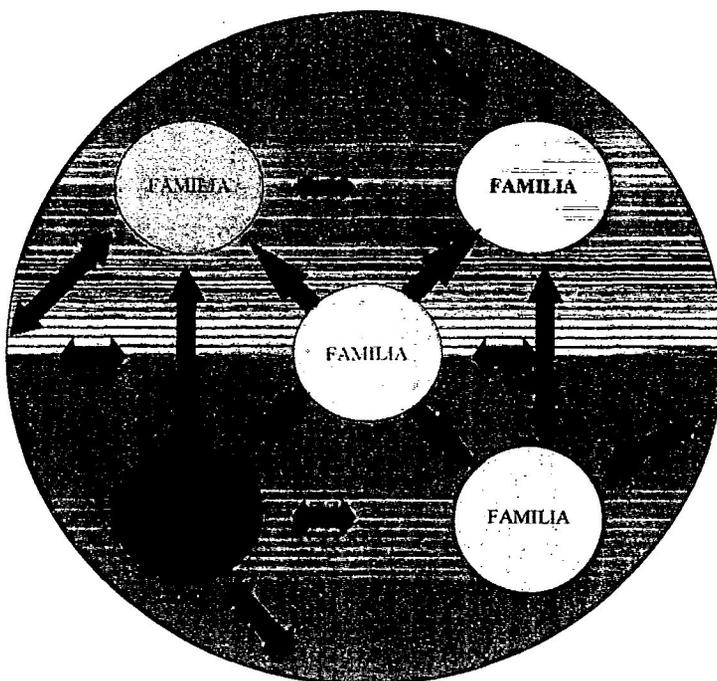


## FAMILIA

\* Fuente: Santizo López, Ernesto Adán.  
Profesor Titular de Medicina Familiar,  
Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 2003.

# MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO

Anexo 3\*



## COMUNIDAD

\* Fuente: Santizo López, Ernesto Adán.  
Profesor Titular de Medicina Familiar,  
Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 2003.

## Comparación entre métodos<sup>7,9</sup>

### Anexo 4

Concepto	Método clínico	Método epidemiológico
Objeto de estudio.	El hombre enfermo.	Los problemas de salud de la comunidad.
Investigación de antecedentes personales.	Historia de la interacción antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes familiares.	Enfermedad-población en el área afectada.
Exámenes inmediatos.	Examen físico general del enfermo, examen por aparatos y sistemas.	Inspección del área en general de algunos servicios en particular.
Hipótesis	Diagnóstico clínico presuntivo.	Hipótesis epidemiológica presuntiva.
Medidas generales	Tratamiento inicial paliativo inmediato, sedación, protección del enfermo, alivio.	Recomendaciones generales, Medidas preventivas, aislamiento, protección de los que no se han enfermado y vacunación si procede.
Investigación de confirmación.	Exámenes clínicos, rayos x, sangre, orina.	Exámenes de agua, de alimentos, muestras del medio
Conclusión	Diagnóstico clínico definitivo.	Diagnóstico epidemiológico definitivo.
Medidas definitivas	Tratamiento medicamentoso, quirúrgico, educación al paciente sobre la enfermedad.	Control de focos, medidas preventivas control y educación de la comunidad sobre la enfermedad.
Alta.	Clínica por mejoría del enfermo.	Epidemiológica por remoción de la causa.
Registro de la acción efectuada	Historia clínica. Epicrisis.	Ficha epidemiológica. Informe.
Compensación económica.	Honorarios cobrados al paciente.	Salario cobrado a la comunidad.

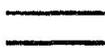
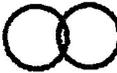
## Anexo 5

### La elaboración del Familiograma o genograma<sup>10</sup>

Las bases de la elaboración del Familiograma o Genograma nos es muy útil para poder percibir la historia familiar de manera gráfica, así como los patrones que hay, como las alianzas, los aislamientos, etc.

La simbología puede variar de un autor a otro, sin embargo, el especialista puede crear la propia respetando su constancia en los estudios que haga. Por ejemplo:

## Familiograma

	hombre		mujer
	parentesco		finado
	matrimonio		dato desconocido
	separación		unión libre
	divorcio		aborto
	familia nuclear		caso
	casados		

# **Familiograma de relaciones**

---

**relaciones positivas**

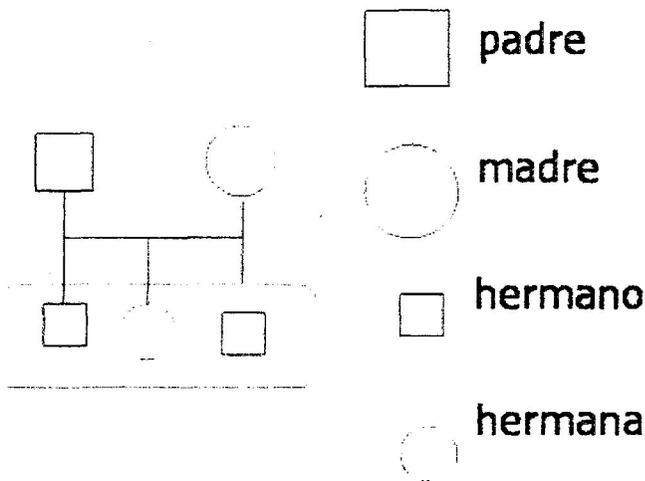
— — — — —  
**relaciones negativas**

---

**límites claros**

-----  
**límites difusos**

# **Sistema Familiar: sentimiento de pertenencia e individualización (identidad)**

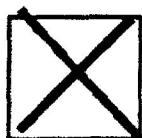


- I. Subsistema individual.**
- II. Subsistema padres (autoridad).**
- III. Subsistema de los pares (hijos).**
- IV. Subsistema parental (padres-hijos).**
- V. Subsistema padres y maestros.**

# Nacimientos truncos



Embarazo muerto



Parto de un feto

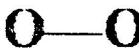


Aborto espontáneo



Aborto provocado

## Simbología complementaria

Gemelos ( ) idénticos 

Niño adoptado | Pareja sin  
casarse

-----

Interrupción del matrimonio:

Divorcio



Separación



Matrimonios múltiples:

\_\_\_\_\_ pareja actual

-----  ----- ex pareja

# Descripción de las relaciones familiares

Fusionados 

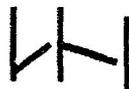
Distantes 

Unidos 



Apartados

Conflictivos 



Fusionados  
conflictivos