

Escuela Nacional de Salud Pública



**Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud
del grupo familiar en la atención primaria.**

Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias de la Salud

Autora

Isabel Louro Bernal MSc.

Tutoras

Patricia Arés Muzio DSc.

Silvia Martínez Calvo DSc.

Ciudad de La Habana, 2004

Índice

	<i>Pág.</i>
Introducción.	2
Capítulo 1. Marco contextual, teórico y metodológico del modelo de salud del grupo familiar.	9
1.1. Marco contextual del modelo.	9
1.1.1. La situación actual de la familia cubana.	9
1.1.2. La atención familiar en el sistema de salud en Cuba.	15
1.1.3. La familia en la formación de los profesionales de la Atención Primaria de Salud.	20
1.2. Fundamentos teóricos de la concepción de salud del grupo familiar.	26
1.2.1. El condicionamiento socio – psicológico de la salud.	26
1.2.2. La función reguladora de la familia en la salud.	30
1.2.3. La Psicología de la familia	34
1.3. Enfoques y métodos de evaluación familiar.	40
Capítulo 2. Métodos empleados en el diseño del modelo de salud del grupo familiar.	47
2.1 Proceso de elaboración de la concepción teórica de salud familiar	47
2.2 Métodos utilizados en el diseño de los instrumentos de evaluación familiar.	50
Capítulo 3. El modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria: Generalidades y Concepción teórica.	57
3.1. Generalidades del modelo de evaluación de salud del grupo familiar.	57
3.2. La concepción teórica de salud del grupo familiar.	60
3.2.1 La perspectiva de la población en la construcción de la concepción teórica de salud familiar.	64
3.2.2. Las dimensiones configurativas de la concepción teórica del modelo de salud del grupo familiar.	66
3.2.3 Resultados de la consulta a los usuarios potenciales del modelo.	84
3.2.4 La relación entre las dimensiones configurativas de la salud familiar.	85
3.3 La ética en la evaluación de salud del grupo familiar.	90
Capítulo 4. El modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria: Instrumentos. Comprobaciones empíricas y Aplicaciones.	91
4.1. Prueba de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (FF-SIL).	92
4.2. Inventario de Características Familiares de Riesgo.	96
4.3. Matriz de Salud Familiar.	98
4.4. Recursos complementarios del modelo de salud del grupo familiar: Encuesta familiar y Familiograma.	111
4.5 Procedimientos generales de la aplicación del modelo.	111
4.6 Limitaciones del Modelo.	113
Conclusiones y Recomendaciones.	114
Referencias Bibliográficas, Tablas y Anexos	

A la memoria de mi padre, quien no pudo ver terminada esta obra

Introducción:

La familia es una institución de la estructura social condicionada por leyes económicas, sociales, biológicas y psicológicas que se definen de modo particular en el sistema de relaciones en el contexto del hogar.

El grupo familiar cumple funciones importantes relacionadas con la reproducción, el crecimiento y el desarrollo del ser humano. Ocupa un lugar fundamental en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud, interviene en su protección, en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social y muy en especial ante los procesos de salud, enfermedad y muerte. Sin embargo, la familia como unidad básica de la sociedad no ha estado bien posicionada en el campo de la salud, su necesidad de atención, en tanto grupo de funcionamiento crucial en el desarrollo del individuo, no ha sido bien visualizada y su carácter de agente mediador no se ha tenido en cuenta suficientemente en las estrategias de promoción de la salud, prevención de los riesgos y en la recuperación de la enfermedad y sus secuelas.

En la reunión del subcomité de planificación de la Organización Panamericana de la Salud para el año 2003 se planteó: “a pesar de la posición fundamental que ocupa la familia en la sociedad, no suele estudiarse desde el punto de vista de la salud pública, la interrelación compleja entre la familia y la salud está mal documentada y la información disponible revela muy pocos datos del entorno familiar”.¹

Desde 1978, la Organización Mundial de la Salud reunió un comité de expertos para argumentar el rol que ocupa la familia en la salud y proponer indicadores de análisis del estado de salud de la familia en el mundo.²

En la década de los años 90 se inició un movimiento por rescatar la familia como unidad de atención en el ámbito de salud. Varios eventos cumbres hicieron llamamientos al mundo para estimular la elaboración de políticas, leyes y programas sociales y de salud que promuevan la igualdad, disminuyan la exclusión y favorezcan a la familia.

En 1993 se formuló en Cartagena de Indias la propuesta regional para la elaboración de líneas de acción en favor de las familias de América Latina y el Caribe y en ella se estimuló la inclusión del enfoque de familia en los distintos planes y programas de salud, poblacionales y sectoriales.³

En 1994 la Organización de Naciones Unidas (ONU) estableció el 15 de mayo, día internacional de la familia, como iniciativa orientada a estimular la capacidad institucional de las naciones para abordar los serios problemas relacionados con este importante grupo social.⁴

En la V Conferencia Mundial de Promoción de Salud en el año 2000, se produjo la llamada Declaración de México, que instó a los países a la reorientación de los servicios de salud haciendo hincapié en la familia y al establecimiento de políticas públicas que la fortalezcan.

El Consejo Ejecutivo de las Naciones Unidas, en ocasión del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia, recomendó a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, que los estados

miembros evalúen sus políticas nacionales para que garanticen la disponibilidad de infraestructuras legales, sociales y físicas de apoyo a las familias, a que adopten medidas para garantizar que las políticas, los planes y los programas de salud tengan en cuenta los derechos y las necesidades globales de salud y desarrollo de la familia, con miras a proporcionar un entorno favorable para todos sus miembros; estimulando a que se preste especial atención a las familias con más riesgo, a que usen y mantengan sistemas que proporcionen información para apoyar la planificación, la vigilancia y la evaluación de intervenciones sanitarias centradas en la familia y basadas en datos científicos.⁵

Aún cuando diferentes eventos cumbres y organizaciones de nivel internacional se hayan pronunciado por la salud de la familia en los últimos años, todavía existen políticas sociales que generan la pobreza crónica, la exclusión social y persiste en el mundo la guerra, el terrorismo y las variadas formas de violencia que constituyen vivencias destructivas para las familias.

Las propuestas de acción sanitarias para lograr el desarrollo integral de las familias constituyen un reto a escala mundial y requiere profundas transformaciones económico – sociales y políticas.

Un gran paso de avance tiene la sociedad cubana que desde su plataforma ideológica concibió la mejora de la salud del pueblo, al promulgar políticas y legislaciones que protegen la familia y contar con un sistema de atención de salud gratuito, accesible y organizado en torno a las familias de la comunidad.

El máximo líder de la Revolución Cubana, Fidel Castro, en varias ocasiones se ha pronunciado por la necesidad de atención a la familia en el nivel primario. En la cumbre de Ministros de Salud de 1998 planteó que los médicos de familia necesitarán conocimientos de Psicología y Psiquiatría para atender las familias ya que éstas les han brindado confianza y les piden consejos. De igual forma, en la inauguración de la escuela de Trabajadores Sociales de Holguín en el año 2001 dijo: “hace falta visitar las familias, apoyarlas y ayudarlas; el país debe conocer la situación de la familia.”^{6 7}

La atención primaria de salud en Cuba conforma un campo de confluencia de diferentes profesiones, donde se destaca la medicina, la enfermería, la psicología de la salud y el trabajo social, disciplinas que en la práctica convergen en la familia, en su medio cotidiano de existencia, bajo la acción de los factores condicionantes de salud y enfermedad que en ella se producen. Sin embargo todavía es insuficiente la atención de salud con enfoque familiar, se concibe la familia como la vía para la organización de las acciones con los individuos y no como grupo sujeto de su atención de salud.

La propia naturaleza del grupo familiar, la convivencia y las relaciones familiares estrechamente vinculadas con la salud, hacen de la familia un blanco permanente para las intervenciones, aspecto que se magnifica ante la adversidad, las crisis económicas y otras situaciones de carácter general o particular que agregan vulnerabilidad a la salud de la familia.

La familia cubana goza de los beneficios que emanan del carácter socialista del Estado y de la materialización concreta de los principios de equidad y justicia social del proyecto revolucionario,

pero aún se identifican en ella necesidades de atención dado los profundos cambios económicos y sociales que han repercutido en su estabilidad, sus relaciones y patrones de vida.

El enfoque social de la salud y del comportamiento humano aporta concepciones teóricas que fundamentan la evaluación de la familia para los fines de atención de salud, desde la perspectiva psicosocial.

El nivel primario de salud es el más apropiado para la atención familiar. Se conoce que las personas con problemas psicosociales tienden más a usar servicios médicos primarios que los especializados y sin embargo no son atendidas integralmente; se aboga por ampliar la perspectiva estrecha de las cuestiones biomédicas en la Atención Primaria.⁸

La práctica asistencial, docente e investigativa permitió identificar un conjunto de limitaciones en la atención integral a la familia en el nivel primario: un pensamiento profesional todavía muy centrado en el individuo enfermo y en el método clínico individual, pobre consideración de la familia en los programas de salud, muy pocas acciones con el grupo familiar en el trabajo de los consultorios médicos, escasas referencias a este grupo social en los informes de análisis de la situación de salud y en las investigaciones. De igual forma se constató insuficiencias en la bibliografía apropiada para el estudio del tema, fragmentación y dispersión de la existente, poca producción de autores cubanos y déficit de métodos de evaluación familiar aplicables al contexto de la Atención Primaria de Salud, siendo este problema práctico el que motivó la pregunta de investigación.

¿Cuáles son los elementos que deben conformar un modelo de evaluación de salud del grupo familiar para que resulte pertinente y aplicable en la atención primaria?

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud, pero se torna compleja e inoperante dada la amplia gama de aspectos que afectan la salud familiar y el vacío conceptual y metodológico existente.

Entre las cinco orientaciones estratégicas y programáticas que promovió la Organización Panamericana de la Salud para todos los países en 1999, aparece el fomento de nuevas propuestas conceptuales y metodológicas para la evaluación de la salud de la familia.⁹

Por otra parte, en un pronóstico de las líneas mundiales de desarrollo de la Psicología de la Salud, se planteó la tendencia ascendente hacia la profundización en los aspectos teóricos, metodológicos y conceptuales de la especialidad en complementación con las ciencias médicas. De igual forma se advierte sobre la necesaria creación, validación e introducción de nuevas técnicas de diagnóstico aplicables a los nuevos problemas que se presentan en forma creciente en el mundo.¹⁰

Se requieren esfuerzos investigativos que produzcan nuevos conocimientos y métodos que favorezcan la intervención en salud de la familia.

El desarrollo de métodos de evaluación familiar apropiados al contexto cubano, constituye una necesidad para la práctica asistencial, docente, investigativa y administrativa, por su contribución al conocimiento de la situación de salud de la familia en la comunidad.

En este propósito se inserta el presente trabajo, al proponer enfoques, conceptos y métodos de carácter psicosocial que indaguen la situación de salud familiar y orienten acertadamente las intervenciones correspondientes.

Objetivo General:

Proponer un modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria.

Objetivos específicos:

1. Establecer la concepción teórica de salud del grupo familiar que fundamenta el modelo.
2. Diseñar instrumentos para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria.

Se utilizaron los métodos generales del conocimiento teórico para alcanzar los objetivos trazados. Se trabajó la propuesta de modelo en tanto representación abstracta de la realidad social y de fenómenos de la vida material por medio de sistemas lógicos ¹¹ y bajo el precepto de modelo eficiente, en el sentido que sea lo suficientemente simple para que sea manejable, pero no tanto como para se difuminen sus perfiles específicos fundamentales. ¹²

La propuesta del modelo de evaluación se logró con los resultados de varias investigaciones que progresivamente fueron permitiendo su desarrollo; primeramente se constató la necesidad e importancia del mismo y posteriormente se procedió a su elaboración teórica, estructuración metodológica y a sus comprobaciones empíricas.

Los momentos investigativos fueron los siguientes:

- Caracterización de la atención familiar en el nivel primario de salud.
- Caracterización de los principales problemas socio psicológicos que presenta la familia cubana en la actualidad.
- Determinación de las fuentes teóricas que sustentan la propuesta del modelo.
- Diseño de instrumentos para la evaluación de salud del grupo familiar.
- Comprobación de la pertinencia y la aplicabilidad del modelo con expertos, usuarios y familias.
- Aplicación del modelo en investigaciones de salud con familias cubanas.

El modelo propuesto lo integran dos componentes: el teórico que lo conforma la concepción de salud del grupo familiar, su fundamentación y definiciones y el metodológico – instrumental dedicado a las técnicas de evaluación y a los procedimientos correspondientes.

Se elaboró la concepción de salud del grupo familiar y las vías para su análisis, sobre la base de la revisión bibliográfica, el rescate de los valores de teorías existentes, la sistematización de conocimientos, las investigaciones con la familia, la consulta con profesionales expertos del tema y la experiencia personal, asistencial e investigativa de la autora, como psicóloga dedicada a la atención y la investigación familiar por más de 25 años en el Sistema Nacional de Salud.

Se diseñaron técnicas de evaluación apropiadas a la misión y al contexto laboral y social del equipo básico de salud de la atención primaria y en concordancia con la concepción teórica de salud del grupo familiar establecida, las cuales fueron sometidas a procedimientos de validación.

Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos de investigación en forma combinada. Se realizaron grupos focales, encuestas a integrantes del equipo básico de salud, médicos y enfermeras de la familia y se aplicaron los instrumentos del modelo a familias de diferentes territorios del país. El ámbito en el cual se generó la información para las comprobaciones empíricas fue la atención primaria de salud.

El enfoque general de la investigación se sustenta en la concepción materialista dialéctica del mundo, en la valoración del condicionamiento histórico - social, económico y psicológico y en su forma compleja de interactuar en la vida familiar en la cual se define la salud a escala microsocial.

El trabajo clasifica como investigación de desarrollo y constituye el producto más abarcador de la autora como resultado de un proyecto ramal perteneciente a la línea de innovación y evaluación de tecnología del Ministerio de Salud Pública.

Se identifican como aportes del modelo el hecho de proporcionar una visión integradora de los procesos sociales y psicológicos que condicionan la salud del grupo familiar y favorecer la comprensión de la relación familia – salud, al tiempo que consolida la expresión práctica del paradigma bio - psico - social en el cual se sustenta la práctica sanitaria cubana. Contribuye a la aplicación del enfoque familiar en las acciones asistenciales, investigativas, docentes y administrativas, así como en el análisis de la situación de salud del consultorio.

Otros aportes se relacionan con la elaboración de los instrumentos de evaluación validados en Cuba: la prueba FF – SIL que provee un diagnóstico de las relaciones intrafamiliares y el inventario de características familiares de riesgo que identifica la criticidad familiar, dada la presencia de tales características en las familias y la matriz de salud familiar que es un procedimiento mediante el cual se obtiene una valoración única integral de la situación de salud del grupo familiar, permite por ende la estratificación de las familias en la comunidad y en consecuencia orienta a los profesionales de la salud en las intervenciones correspondientes.

El trabajo se estructura en 4 capítulos, el primero describe el marco contextual teórico y metodológico en el cual se fundamenta el modelo, el segundo presenta los métodos de investigación utilizados en la elaboración y comprobaciones empíricas de la propuesta, el tercero presenta generalidades del modelo y su concepción teórica y el cuarto se dedica al diseño de los instrumentos de evaluación con sus respectivas comprobaciones empíricas en diferentes investigaciones. Finalmente se exponen las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo 1. Marco contextual, teórico y metodológico del modelo de salud del grupo familiar.

1.1. Marco contextual del modelo.

1.1.1. La situación actual de la familia cubana.

El desarrollo social ha traído aparejado nuevas concepciones de estructura y relaciones familiares al tiempo que se han producido drásticos cambios sociopolíticos y económicos a nivel mundial que

han generado afectaciones bastante universales en la estabilidad, dinámica y funcionamiento de la familia. Problemas como el desempleo, la pobreza, la guerra, el crimen, las variadas formas de violencia, las adicciones, la xenofobia, el abandono familiar y el azote de ciertas enfermedades conforman el dramático panorama de la familia en la actualidad.¹³

Recientes estudios de la familia cubana han documentado las transformaciones demográficas ocurridas desde la pasada década de los noventa que afectan la composición y dinámica familiar: la disminución de los niveles de fecundidad y del número de hijos, la reducción del tamaño promedio de la familia, su envejecimiento, el aumento de las uniones consensuales, de las separaciones, el incremento de la tasa de divorcio y la maternidad precoz. Un 17.3% del total de familias nucleares cubanas, son monoparentales y de ellas el 84% la componen madres solas con hijos solteros, la mayoría de ellas divorciadas o separadas. También aumentaron los hogares unipersonales de los cuales un tercio son personas mayores de 60 años.¹⁴

Se afirma que los niveles de fecundidad, mortalidad infantil y esperanza de vida, sitúan a Cuba junto al grupo de países más desarrollados, sin embargo presenta aún algunos indicadores que expresan desarticulaciones, como son la nupcialidad temprana, la fecundidad precoz, y la utilización más allá de lo deseable del aborto inducido.¹⁵

La familia cubana actual se caracteriza por la variada y compleja tipología de composición familiar dada por la mayoritaria convivencia multigeneracional, el incremento de los hogares reconstituidos, con hijos de uniones anteriores, la mujer sola como jefa de familia, abuelos con nietos o bisnietos por conveniencias legales y se incrementan los hogares con parejas homosexuales.

La Revolución cubana produjo un conjunto de transformaciones en la esfera social y económica encaminadas a la disminución de las desigualdades por clase, raza y género como la creación de fuentes de empleo, el acceso gratuito a la educación, la salud, las oportunidades de la mujer en la participación de la vida laboral, la creación de círculos infantiles, entre otras de gran impacto en el bienestar y desarrollo de la familia.

Fenómenos tales como: la independencia económica de la mujer, el derecho a su realización personal fuera de las tareas hogareñas y las elevadas exigencias sociales provocaron cierta democratización de los roles domésticos y mayor participación del hombre y los hijos en las tareas antes destinadas exclusivamente a la mujer dejando atrás ciertos prejuicios enraizados históricamente en la cultura sexista de género.

Actualmente se produce una transición donde coexisten modelos familiares tradicionales y otros que preconizan rupturas generacionales.

Se han producido cambios en los cánones tradicionales de formación, estabilidad y relaciones de pareja, se han disminuido las barreras de edad, raza, clase, nacionalidad, afiliación religiosa e ideológica, en la formación de parejas y en la decisión de divorcio y maternidad / paternidad, procesos que han provocado contradicciones intra e intergeneracionales que se manifiestan en la planificación familiar, en la educación de los hijos y en la convivencia hogareña.

Aún cuando la familia cubana goza de protección por parte del Estado y tiene garantizado un conjunto de servicios básicos, todavía presenta diversos problemas que afectan la salud.

En la década de los 90 el país sufrió una fuerte contracción económica producto de las limitaciones de intercambio comercial por la desintegración del campo socialista europeo y el recrudecimiento del bloqueo impuesto por los Estados Unidos, que tuvo y sigue teniendo repercusiones importantes en la vida familiar, en un inicio súbitas, eminentemente económicas y progresivamente se han cronificado impactando la esfera social.

Diferentes procesos económicos y sociales han exigido de la familia un sobreesfuerzo para satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes, carencia de los servicios domésticos y de mantenimiento de los hogares, dificultades para adquirir vivienda independiente, aspectos que han influido en la vida material, en la dinámica de la población y en la composición de los hogares.

Actualmente estamos demandados por una cotidianidad en crisis, se ha producido una desestructuración de la vida cotidiana, entendiéndose en sentido psicológico como una doble ruptura entre la experiencia y la forma de representarla y entre las necesidades y las formas habituales de satisfacerlas en el conjunto de actividades conocidas.¹⁶

En el terreno de los valores, un fenómeno que afecta grandemente la familia es la desvalorización del trabajo como fuente de ingresos monetarios para la satisfacción de necesidades, trayendo la contradicción entre los principios éticos y morales que propugna la ideología de la sociedad y las variadas estrategias alternativas utilizadas para obtener los recursos necesarios para la vida familiar, en ocasiones, al margen del trabajo.

Hacia el interior de los hogares se encuentran nuevos comportamientos familiares relacionados con negocios de familia, doble jornada (estatal y particular) compra y venta ilícita de productos para la alimentación.

Como resultado de la crisis, la adquisición de los medios de alimentación básicos adquiere una importancia capital y queda relegada a un segundo plano la formación de valores, las funciones educativas, culturales, afectivas y espirituales en general.^{17 18 19}

La emigración legal e ilegal ha sido uno de los aspectos más traumáticos de la vida de familia durante la etapa revolucionaria, se ha reflejado a nivel psicológico, como una estrategia de solución a la crisis ya que las personas viajan hacia otro país temporal o definitivamente para trabajar y ayudar a la familia,^{20 21} pero provocó la separación de familiares, el duelo psicológico dada la incertidumbre del reencuentro, el sentimiento de abandono en los que se quedan, la crisis de identidad en los que se van, así como agudos conflictos ideológicos entre integrantes de la familia.

La contracción económica, el recrudecimiento de las condiciones materiales de vida y trabajo, el mosaico de tipología familiar compleja, las estrategias de sobrevivencia familiar, el conflicto migratorio, los cambios en los patrones relacionales familiares, la formación de valores ético – morales en condiciones de crisis y la multiplicidad de roles que trae aparejada las elevadas exigencias sociales, caracterizan la problemática de la familia cubana.

Por otra parte, el gobierno ha desarrollado un conjunto de estrategias que han logrado un efecto preventivo en la aparición de la pobreza crítica y otros males sociales típicos de la mayoría de los países del mundo.

A pesar de las dificultades se consideran logros el esfuerzo por mantener las condiciones básicas de vida de las familias e incrementar algunos servicios (ej: los servicios de agua y saneamiento, la existencia de las consultas del médico(a) y la enfermera(o) de la familia como centros de educación para la salud familiar y especialmente de los y las adolescentes, la utilización de los medios de difusión masiva para llegar a las familias y comunidades con temas de orientación para la vida, los programas e instituciones que contribuyen a impulsar las acciones dirigidas a la familia y en especial el Plan de Prevención y Atención Social de la Federación de Mujeres Cubanas y la labor de las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia con cursos y entrenamientos de formación de habilidades para la comunicación interpersonal.²²

Las propias características de organización de nuestro sistema socio político han devenido en fortalezas para la familia ya que se ha producido cierta colectivización de la vida familiar, el modo de vida comunitario constituye un antídoto importante para la desconexión social y ha devenido en espacio de socialización, colaboración y cooperación entre personas y de hecho se ha convertido en una estrategia de vida para atenuar los efectos de la crisis.²³

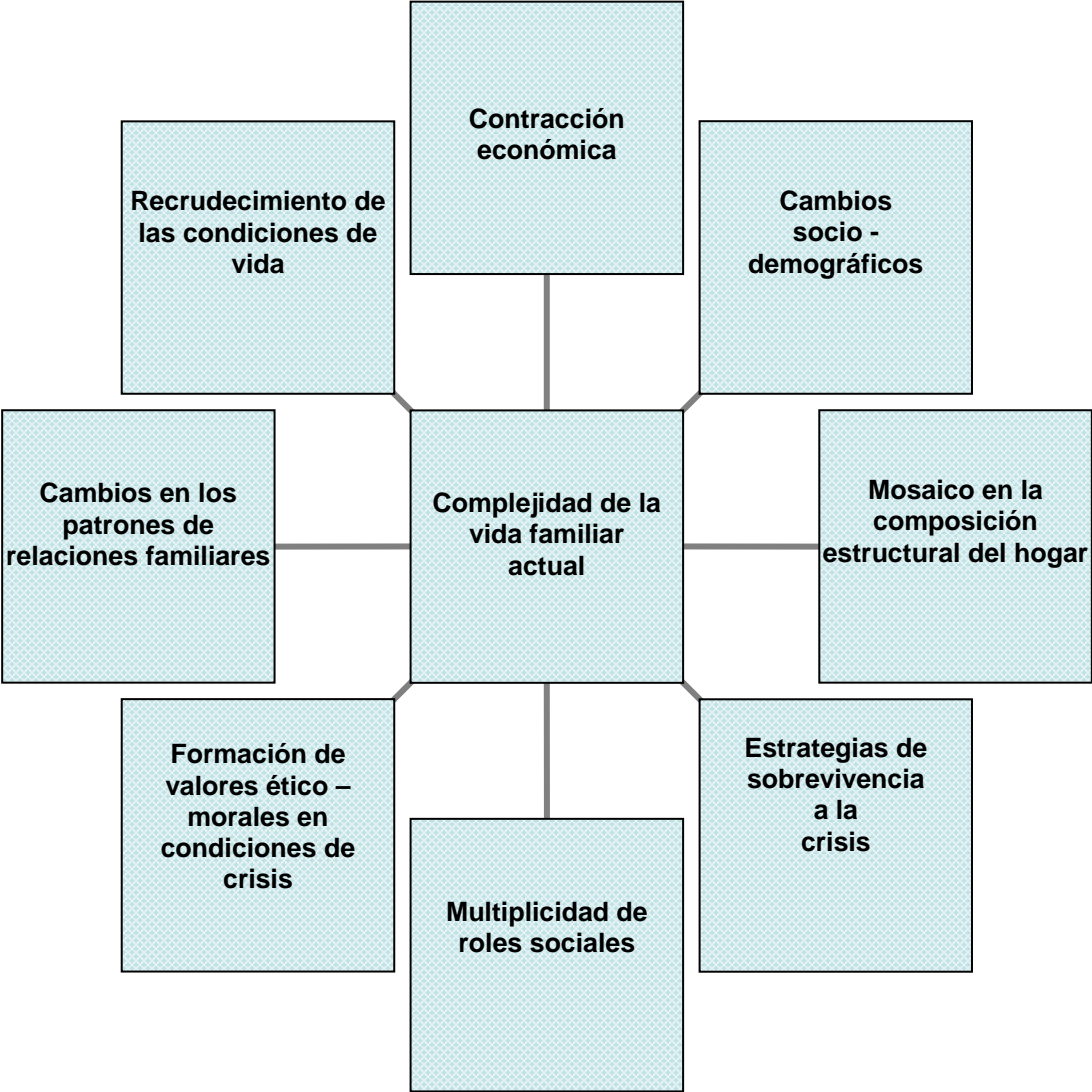
Ingentes esfuerzos del Estado y el gobierno se han desplegado en la recuperación de la economía cubana para impedir que la crisis tome valores extremos, no obstante, la atención a los problemas que sufre la familia en su microespacio social se impone, toda vez que las huellas en la conciencia y en los valores no se borran fácilmente tras la recuperación económica.

Se plantea que las políticas públicas en favor de la integridad y desarrollo de la familia, como grupo importante de la sociedad, han estado carentes de sistematicidad y aún no se ha optimizado una acción social y una eficaz intervención en la familia, en lo referido a los aspectos educativos y asistenciales.²⁴

En resumen, si bien la familia cubana ha estado al nivel declarativo e intencional en los programas sociales hay que aceptar que no ha estado en la mira de una política global, ha faltado el enfoque de familia, y es casi una constante, que el significado de la familia sea más bien sinónimo de individuo, se ha tratado al niño, a la mujer, al discapacitado, al anciano, pero no a la familia como grupo sujeto de acción colectiva.

Un resumen de los fenómenos que justifican la complejidad de la vida familiar actual se presenta en el cuadro 1.

CUADRO No. 1. COMPLEJIDAD DE LA VIDA FAMILIAR ACTUAL.



1.1.2. La atención familiar en el sistema de salud en Cuba.

La Constitución de la República de Cuba declara los derechos y deberes de la familia cubana: el acceso gratuito a los servicios de salud tanto curativos como preventivos, la protección de la maternidad, la paternidad y el matrimonio, así como las mutuas responsabilidades entre padres e hijos. De igual forma enuncia el derecho al trabajo, a la igualdad, a la educación, a la seguridad social por razón de edad, invalidez o enfermedad, protección a la familia por muerte o enfermedad profesional de alguno de sus miembros.²⁵ No obstante, existe un código independiente que define a la familia como el centro de las relaciones de la vida en común que satisface intereses afectivos y sociales de las personas que contiene las normas jurídicas que atañen específicamente a la familia.²⁶ Ambos documentos legales de profundo carácter humanista, establecen derechos intrínsecamente relacionados con la salud familiar y obligaciones que se encuentran en la base de las funciones básicas de la familia para el mantenimiento y cuidado de la salud de sus integrantes.

La legislación vigente que promulga el derecho de atención integral a la familia por parte del Estado, se materializa en la prestación de servicios de seguridad social, educación y salud, accesibles, enteramente gratuitos y de alto nivel científico – técnico. Le corresponde al sector salud y a sus profesionales, la atención a la salud de la familia con enfoque integral y preventivo, a la altura de la esencia social y humana de la salud pública cubana.

Se entiende enfoque familiar en salud a la valoración de la institución familia en el sector, que se expresa en los contenidos y estrategias de las políticas, planes y programas trazados, en la organización de los servicios y en las diferentes manifestaciones de la práctica asistencial, docente e investigativa de los profesionales.²⁷

El Sistema Nacional de Salud se sustenta fundamentalmente en la estrategia de la Atención Primaria y en el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia, el cual la concibe como unidad básica para el desarrollo de las acciones de salud.

La declaración de Alma Ata definió la atención primaria de salud como el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada, basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.²⁸

Un conjunto de condiciones permitiría brindar atención familiar de calidad: la existencia de un plan de cobertura nacional de atención integral a la salud de la familia de base social, equipos multidisciplinarios de alto nivel que lo desarrollan, programas de formación de recursos humanos que contemplan la familia y la actual organización política y administrativa de la comunidad en los territorios, que favorece la participación intersectorial y deviene en apoyo a la familia, sin embargo no se constata un impacto al nivel de lo esperado.

El Programa de Atención Integral a la Familia, que orientó el trabajo del equipo básico de salud por más de 15 años, enuncia en su objetivo general la mejora del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas a la familia y el ambiente, a través de una íntima vinculación

con las masas. Entre ellas aparece la orientación en situaciones familiares y laborales generadoras de estrés psicosocial capaces de influir en la salud mental, la identificación e influencia sobre problemas sociales que afectan a la familia y a la comunidad y el logro de cambios positivos en la integración social de la familia,²⁹ lo cual exige una preparación especializada en el tema.

La historia de salud familiar contempla la descripción del tipo de familia, el funcionamiento familiar, su evolución en el tiempo y el plan de acción a desarrollar en un año.³⁰ Este instrumento de trabajo del equipo básico de salud del consultorio, de gran valor para la planificación de intervenciones, requiere información un tanto difícil de tipificar y evolucionar en el tiempo y hasta el presente carece de métodos y técnicas para su realización.

En revisión de 47 programas nacionales de salud vigentes para la atención primaria, se contabilizó el número de funciones y acciones que se definen para el equipo básico del consultorio médico y se obtuvo que de un total de 687 acciones solamente 21 se relacionaban con la familia para un 3%, elemento que expresa la escasa inserción de este grupo social en el diseño programático de salud.

Tradicionalmente se consideraba la familia como “telón de fondo” en el estudio psicológico de las personas y no como aquel sistema proveedor de necesidades inherentes a la vida y generador de influencias educativas. Aún cuando tal fenómeno no parece significar la subvaloración por la comunidad científica del protagonismo de la familia en el desarrollo del ser humano, si implica una cierta minimización de su rol en la génesis, evolución y recuperación de problemas de salud.³¹

En una investigación nacional sobre la gestión de salud en los consultorios médicos del país concluida en el año 2003, se realizaron observaciones de sesiones de consulta y terreno durante 12 días a 392 equipos básicos de trabajo en forma independiente por personal entrenado para tal efecto, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica y de enfermería, la organización del trabajo, el contenido de la comunicación con los pacientes y la utilización del fondo de tiempo. En los resultados se detectó que solo 613 de las 36 365 atenciones observadas, se dirigían a la familia, para un 1,6% de ellas.³²

Doherty y Baird propusieron 5 niveles de desarrollo en la asistencia médica para evaluar el grado en el cual se adopta el enfoque familiar en médicos de familia que abarcan desde el desconocimiento del papel de la familia, darle consejos médicos, utilizar instrumentos para abordar familias, hasta la real capacitación para dar respuesta a problemas familiares, establecer hipótesis sistémicas y realizar intervenciones.³³ Siguiendo este enfoque el equipo básico de la Atención Primaria de Salud puede alcanzar hasta el quinto nivel de desarrollo, sin embargo en la práctica apenas alcanza el primero.

El plan de actividades de Psicología de la Salud vigente para el nivel primario orienta la detección temprana y el tratamiento oportuno de problemas psicosociales en las familias, la atención a familias en situaciones de crisis o dificultades de su funcionamiento y la investigación.³⁴ Sin embargo en una encuesta aplicada a 50 psicólogos del nivel primario de atención en Ciudad de La Habana en 1997 se comprobó que solamente el 59% realizaba atención terapéutica con la familia.

Otro profesional de reconocido valor es el personal de enfermería, quién tiene a su cargo, junto al médico, la atención integral a las familias de la comunidad y contribuyen a la identificación y solución de problemas familiares. Las actividades de enfermería en el nivel primario también incluyen acciones de evaluación e intervención familiar.

En la investigación nacional de referencia sobre la gestión de salud a nivel del consultorio médico, fueron evaluados 600 informes de Análisis de la Situación de Salud, (ASIS) pertenecientes a una muestra probabilística de consultorios médicos del país. Se constató que las variables familiares obtuvieron calificaciones promedio por debajo de 40 sobre 100 puntos en Ciudad de La Habana y de 50 en el resto del país; los riesgos y problemas familiares no se tratan en el 98% de los informes revisados.³⁶

La elaboración del análisis de la situación de salud en los consultorios médicos constituye el elemento base para la planificación estratégica,³⁷ y resulta contraproducente que no se aborde la familia en estos documentos que supuestamente orientan las acciones del médico y la enfermera de la familia.

La concepción poco integral de los programas normativos de salud para la Atención Primaria y el bajo porcentaje de acciones concernientes a la familia contempladas en ellos, puede explicar su nula presencia en los ASIS.

La atención a la familia y la consideración de los factores de riesgo que la amenazan, aún es limitada. Se concibe la familia más bien como el espacio donde se organiza el sistema asistencial, se localiza al individuo y se atiende a los pacientes, pero aún no se logra que el enfoque familiar esté en el centro del análisis de la situación de salud individual y colectiva.

Los perfiles de trabajo de los profesionales de la salud de nivel primario incluyen en sus objetivos la realización de funciones de atención a la familia en el ámbito comunitario y el desarrollo de investigaciones clínico - sociales, pero los programas que norman funciones y acciones, no la contemplan y el desempeño de los profesionales que los desarrollan es aún muy limitado.

La existencia del programa de atención integral a la familia es una fortaleza para el sistema nacional de salud; no obstante, es aún cuestionable su integralidad al no encontrarse evidencias de la asistencia al grupo familiar.

1.1.3. La familia en la formación de los profesionales de la Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria de Salud en Cuba se sustenta en la labor médico – social con la familia y requiere del concurso de profesionales capaces de influir en los problemas psicosociales de la vida familiar y sus nexos con la salud.

La Familia es uno de los ejes organizativos del plan de estudio de la especialidad de Medicina General Integral, se le dedica una de las tres áreas de conocimiento y ocupa 8 módulos de los 54 que contiene el programa. El perfil profesional expresa que éste médico tiene responsabilidades

directas en la atención integral a la familia y está en condiciones de detectar cualquier riesgo biológico, psicológico y social familiar.³⁸

El programa ofrece la oportunidad de obtener conocimientos sobre la familia durante la residencia médica, pero factores de diversa naturaleza han afectado la formación de habilidades para la atención a este complejo grupo humano.

El programa de la licenciatura en Enfermería también se traza entre sus objetivos, la formación para la atención integral para satisfacer las necesidades y problemas del individuo y la familia, dedica un espacio a la familia en la asignatura de atención primaria.³⁹

El psicólogo del Grupo Básico de Trabajo participa en la formación del especialista en Medicina General Integral, se reconoce como el más indicado para impartir la docencia del tema de familia en la residencia, sin embargo no se activan los mecanismos legales y organizativos que propicien su desarrollo como profesor, todo lo cual redundaría en afectaciones de la calidad de la docencia en el programa de la mencionada residencia.

La especialidad en Psicología de la Salud también dedica un área de su programa a la atención psicológica al nivel de la familia.⁴⁰ Incorpora contenidos relacionados con la evaluación y la intervención familiar con vistas al perfeccionamiento de las destrezas profesionales en este campo.

En 1998 se evaluó la atención integral a la familia en un área de salud del municipio Marianao, Ciudad de La Habana y resultó que la calidad científico técnica de la atención no alcanzó los estándares establecidos debido básicamente a deficientes conocimientos sobre familia e intervención familiar en los médicos y a la falta de información de la familia en la historia de salud familiar. Solo un tercio de las familias encuestadas refirieron que el médico se interesaba por el cumplimiento de las funciones familiares, los problemas de las relaciones y la capacidad de adaptación familiar.⁴¹

Resultado similar obtuvo Díaz Véliz en evaluación del impacto del currículo de la carrera de medicina, en cuanto a la atención integral a la familia en la Facultad de Ciencias Médicas de Villa Clara, al concluir que aunque el programa es pertinente con el perfil de la atención médica integral a la familia, el egresado percibe dificultades en la realización de las dinámicas familiares, en las propuestas de tareas para solucionar problemas detectados, en la aplicación de técnicas breves persuasivas y de apoyo. Los profesores coincidieron en que no había logro en el desempeño de tales habilidades y expresaron insatisfacción en la labor de atención a las familias en los egresados. Las propias familias sujetos de atención manifestaron baja frecuencia de visita a los hogares y se presentó un bajo porcentaje de acciones de orientación familiar.⁴²

En Estados Unidos se reportan experiencias favorables en el desarrollo de competencias de diagnóstico relacional familiar para profesionales de la salud, con el objetivo que se manejen mejor los problemas familiares complejos, que se evalúen los recursos familiares frente al estrés y que se desempeñen bien en la promoción de la salud familiar.⁴³

En 1999 se realizó un estudio cualitativo con 16 grupos focales integrados por psicólogos, médicos y enfermeras del nivel primario con el objetivo de identificar las limitaciones para la atención a la familia y obtuvimos, entre los resultados, la insuficiencia en los conocimientos y habilidades para

realizar evaluaciones e intervenciones familiares debido a la carencia de métodos aplicables en el trabajo del consultorio, a la desactualización y dispersión de la bibliografía de estudio, a la no exigencia del enfoque familiar en los exámenes, en los controles a los consultorios, a la falta de entrenamiento en técnicas de familia y en general el trabajo con familias se percibió muy complejo.

44

Un estudio acerca de la aplicación del paradigma psicosocial en la Medina General Integral, en la Facultad Miguel Enrique del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, comparó 48 tesis examinadas en 1992 y 46 examinadas en el 2001 obteniéndose que la familia, como sujeto de investigación, solamente apareció en una tesis en 1996 y en 4 en el 2001,⁴⁵ fenómeno que puede interpretarse como un reflejo de las limitaciones identificadas para la atención a la salud familiar.

En resumen, los planes de estudio están diseñados para el aprendizaje de conocimientos de familia pero las estrategias docentes y administrativas no propicia el desarrollo de habilidades prácticas en este sentido, lo que se expresa en la pobre atención a la familia en las consultas médicas y de psicología, la baja representación en los análisis de la situación de salud de todo el país y en las investigaciones realizadas como tesis de especialidad de medicina general integral.

Se aprecia una doble contradicción en la atención familiar en la APS. Por una parte existen variados problemas en la familia cubana que inciden en su salud y es casi nula su atención como grupo. Por otra parte existen potencialidades en la formación de recursos humanos en el nivel primario de salud para la atención a la familia, pero los profesionales no se perciben capacitados para brindar dicha atención con calidad.

La familia es el ámbito más íntimo y uno de los más efectivos de protección de la salud y recuperación de la enfermedad y las intervenciones promocionales, preventivas y de recuperación de la salud, requieren una organización de los servicios que pueda responder al enfoque familiar.

Las intervenciones familiares se definen como el conjunto de acciones mediante las cuales las familias desarrollen sus propios recursos psicológicos, se propicie la autoayuda, generando la capacidad de hallar soluciones adaptativas, de manera independiente, ante situaciones conflictivas o de crisis que se presentan en la vida cotidiana.⁴⁶

El profesional de la salud constituye el recurso de apoyo social más importante con el que cuenta la familia en su entorno inmediato y actúa como puerta de entrada a las más positivas influencias emanadas de la sociedad socialista.

1.2. Fundamentos teóricos de la concepción de salud del grupo familiar.

1.2.1 El condicionamiento socio – psicológico de la salud.

La influencia de las condiciones de vida y trabajo en la salud de la población fue identificada desde la antigüedad por Hipócrates 460 - 370 AC y Galeno en el siglo II. ⁴⁷ Posteriormente Frank, Guerin, Virchow, Grotjam y Engels, en diferentes momentos del desarrollo histórico, plantearon la relación entre las condiciones materiales de vida y la salud de la población ^{48 49} Investigadores sociales de reconocido prestigio mundial como Levi - Strauss, Malinowsky, Comte y Durkheim mostraron evidencias de la influencia socio – cultural en diferentes problemas de salud. ⁵⁰

El pensamiento epidemiológico crítico privilegió la visión de los determinantes sociales de los problemas de salud y enfermedad en colectividades y grupos.

Aportes como los de Lafrombaise, Blum, Dever, Lalonde, con los elementos del campo de salud y los modelos epidemiológicos de salud y bienestar permitieron ampliar los horizontes de las políticas sanitarias y la planificación de intervenciones más allá de los problemas físicos, biológicos y ambientales hacia un reconocimiento del papel de los fenómenos de origen social y psicológico, del comportamiento y de los grupos de la sociedad. ⁵¹

Representantes del movimiento de la Medicina Social y la Epidemiología Crítica basándose en la filosofía materialista dialéctica y en la concepción integral biosocial del hombre resaltaron la influencia de los determinantes sociales en la salud de la población. Breilh planteó la necesidad de la comprensión dialéctica de la unidad del movimiento biológico - social en la salud y la concatenación entre los procesos de orden general (sociedad y reproducción del modo de producción dominante) con los de la dimensión de lo particular (clases y grupos constitutivos con sus formas de reproducción social) y con la esfera de lo singular. Argumenta que la comprensión de la vida familiar e individual integra el conocimiento de las contradicciones de reproducción social de las clases, que es el fundamento para la investigación de los determinantes de salud. ⁵² Castellanos enfatiza que el nivel particular corresponde a las intermediaciones a través de las cuales los diferentes grupos de una sociedad garantizan su reproducción, ⁵³ nivel al que pertenece la familia.

El modelo ecológico para el análisis de los problemas de salud pública plantea cinco niveles de determinación del comportamiento: intra personales, interpersonales, institucionales comunitarios y de políticas públicas y considera la interacción e integración entre ellos. ⁵⁴ Entre los factores interpersonales enuncia los procesos de relación en los grupos primarios como la familia.

Pérez Lovelle, psicólogo cubano, planteó que el análisis de la determinación de la salud según niveles permite una mayor delimitación del papel de la psiquis, colocando a la familia en el nivel intermedio que refleja la influencia de la sociedad y concretiza la acción de las condiciones de vida sobre el individuo. ⁵⁵

El análisis de la determinación de la salud por niveles de expresión permite la verdadera concepción integral y sistémica de la salud y la enfermedad como producto social; la sociedad, el tipo de formación socioeconómica se erige como el determinante mas general, luego el nivel particular con la acción de los grupos, en los cuales se inserta el grupo de mayor importancia en la

vida del hombre que es la familia y el nivel de lo singular con la participación del componente meramente individual, la personalidad como instancia reguladora del comportamiento humano.⁵⁶

La Psicología desde el siglo XIX describió el papel de los procesos sociales en la psiquis y de esta a su vez en las enfermedades, primeramente en las enfermedades mentales, posteriormente en las llamadas psicósomáticas y en la actualidad en el proceso salud - enfermedad como un todo.

La psiquis actúa como instancia reguladora del comportamiento, constituye un eslabón del mecanismo interno de producción de las enfermedades. Estados emocionales, rasgos personales y la influencia psicológica de los grupos de pertenencia y referencia, en los que la familia ocupa un lugar relevante, intervienen en el mecanismo de producción, desajuste y mantenimiento de la enfermedad y en los comportamientos habituales insanos.

La Escuela histórico - cultural desarrollada por L. S. Vygotsky sobre la base del materialismo dialéctico e histórico, ofrece una concepción teórica general que explica el complejo mundo de lo psíquico en el contexto de lo biológico, lo sociocultural y lo histórico del hombre y aporta el reconocimiento de la influencia decisiva de las mediaciones sociales mediante los contextos y grupos con los cuales se relaciona el individuo en toda su vida.⁵⁷ Para el marxismo, la génesis del hombre tiene su fuente y origen en la interacción entre el individuo, su grupo social y su medio natural.

Vygotsky planteó en el concepto de mediación social, el papel de los “otros” como portadores de los contenidos de la cultura, en cuya interrelación se promueve el desarrollo, concepto que recrea Arias y propone el papel de familia como potenciadora del desarrollo infantil al crear el ambiente emocional – afectivo positivo y generar la estimulación cognitiva.^{58 59 60}

Es en la familia donde se transmite la herencia cultural y el lugar donde cada generación deja plasmada su historia, su experiencia, sus valores, sus costumbres y principios, aspectos relacionados con el proceso educativo básico de la producción de la salud.

Para Domínguez, lo social es atravesado por diferentes ejes que constituyen momentos de mediatización, el eje de la propia sociedad y la cultura, el eje de lo grupal, y lo histórico individual, representando cada uno formas de reflejo de las leyes y relaciones sociales siendo el individuo el portador de la síntesis de lo social y lo grupal.⁶¹

La familia es uno de los agentes sociales mediadores del aprendizaje individual y grupal. En estudio sobre familia y valores se plantea que debido precisamente a la alta presencia que tiene la familia en la formación de los sistemas subjetivos de valores en las primeras etapas de formación de la personalidad, se constituye en uno de los mediadores fundamentales de todas las influencias valorativas, al actuar como intermediaria en relación con los factores de naturaleza valorativa que trasladan su influjo hasta cada uno de sus miembros, desde la vida, la comunidad, las leyes, los medios masivos de comunicación, el discurso político, los preceptos morales y las tradiciones de generaciones precedentes.⁶²

La construcción de la subjetividad aparece asociada a las particularidades del recorrido vital de cada persona, en los diferentes ámbitos de inserción social en los que de manera inmediata transcurre su vida, como el familiar, el grupal, el comunitario, el institucional y el social,

concretizándose en cada uno de ellos de forma particular la relación sociedad – individuo.⁶³

Esos ámbitos de inserción social lo constituyen los grupos. El individuo no se relaciona con la sociedad en un proceso abstracto y difuso sino perteneciendo e integrando diferentes tipos de micro y macro agrupaciones. Los grupos son procesos más amplios que la mera reunión de individuos, son espacios de génesis y transformación, generan sus propias leyes de organización y determinan el funcionamiento grupal,⁶⁴ tal como ocurre en la familia que es el primer grupo al cual pertenece el individuo y el de mayor relevancia en la sociedad.

El grupo es el lugar por donde se filtra lo ideológico, ya que es un producto y un espacio permeable a las representaciones de cada individuo, (modelos e ideales) y a las determinaciones del contexto social en el que se encuentra insertado.⁶⁵

El estudio de los grupos, desde la concepción materialista dialéctica, no debe ocurrir al margen de los procesos sociales y económicos que determinan su actividad vital en la sociedad

En resumen, la salud es un producto del desarrollo socio económico y cultural de la sociedad, se condiciona a diferentes niveles de la estructura social y se concretiza en el ambiente natural y familiar, bajo condiciones específicas de los servicios de salud y mediante el componente individual de carácter psico - biológico.

Se define también como una condición y consecuencia de la acción social, que a su vez tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad⁶⁶ como es el caso de la familia como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad.

La concepción acerca del condicionamiento socio – psicológico de la salud, constituye un principio básico para su análisis integral, se profundiza al concebir los determinantes intermedios provenientes del grupo familiar, de su estructura y funcionamiento y de la materialización de las condiciones económicas y sociales en el hogar.

1.2.2. La función reguladora de la familia en la salud.

La familia ejerce función mediadora de los procesos sociales en los individuos, función que posee dado su carácter de grupo especial y su funcionamiento peculiar.

La familia es el elemento de la estructura social responsable de la reproducción y desarrollo del ser humano. En ella se produce la transmisión de la experiencia histórico - social de la humanidad matizada por las vivencias particulares de cada familia y del contexto inmediato de su existencia. Cumple funciones de gran importancia para el desarrollo biológico, psicológico y social, en especial en la formación de la personalidad, en la educación de los valores éticos morales y espirituales de las nuevas generaciones.

La función de expresar amor, brindar afecto y protección es primordial en la vida familiar, así como la educación, la socialización y la formación moral. El afecto constituye el vehículo en el cual se ejercen las funciones familiares y uno de los canales comunicativos más importantes en las relaciones de esta naturaleza.

La vida espiritual, las relaciones hacia el interior de la familia se encuentran en la base del desarrollo grupal de la misma, en el crecimiento y desarrollo de sus miembros, así como en su estado de salud y bienestar.

En todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas, el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos.

El hogar constituye el espacio vital donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su interrelación constante con la sociedad a través de todas las etapas de la vida.

La satisfacción de las necesidades afectivas que ocurre a escala familiar permite el desarrollo de la confianza básica, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos para la vida, además que constituye la base de apoyo y la estabilidad psicológica.

En el seno de la familia se forman los motivos, patrones y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo.

Las rutinas familiares y el rol de brindar atención influyen en las posteriores conductas de salud de los hijos, dado el valor de las interacciones placenteras familiares en los aprendizajes de salud.⁶⁷

En Chile se realizó un estudio con 165 niños de sexto grado de colegios rurales para evaluar influencia de la familia en las conductas de autocuidado y se obtuvo que los niños de familias nucleares incompletas o con algún grado de disfunción tuvieron menos conductas de autocuidado que los niños de familias completas, extendidas y normofuncionales.⁶⁸

Las relaciones familiares también intervienen en la generación y evolución de síntomas de enfermedad. Dingle y colaboradores analizaron familias por un período de tres años para estudiar la incidencia de enfermedades respiratorias y obtuvieron que estas enfermedades variaban en dependencia de la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Por otra parte la susceptibilidad al infarto estuvo altamente relacionada con la fragmentación y desorganización de la familia.⁶⁹

En un estudio prospectivo de 8 años de duración con 173 niñas y sus familias en Estados Unidos se obtuvo que las relaciones familiares poco armoniosas en la infancia temprana provocan la maduración reproductiva temprana en las niñas y la presencia y cuidado del padre en el hogar resultó el factor más importante en menarquía en tiempo de las hijas.⁷⁰

En un estudio de tipo caso – control en 200 mujeres entre 45 y 59 años del Municipio Manatí, provincia Las Tunas en el año 2003, con el objetivo de caracterizar el climaterio patológico, se halló asociación causal con el funcionamiento familiar. Las mujeres que vivían en el seno de las familias severamente disfuncionales presentaron 3,8 veces más probabilidad de desarrollar un

climaterio patológico. La sobrecarga y la mala distribución de roles en el hogar fueron los factores de riesgo familiar más importantes en el desarrollo de un climaterio crítico.⁷¹

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.⁷²

Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. Se asocia fundamentalmente con el alcoholismo y otras adicciones, la conducta antisocial, el suicidio y predice la ocurrencia de desordenes mentales.^{73 74 75}

En estudio descriptivo para la caracterización biopsicosocial de las 154 familias de un consultorio médico del Municipio Playa, Ciudad de la Habana en 1991, se obtuvo que las familias disfuncionales tenían una incidencia más alta de enfermos crónicos con pobre control de su enfermedad, las mujeres de esas familias no planificaban su reproducción, en ellas se concentraban los problemas de alcoholismo, la conducta antisocial, la promiscuidad, el suicidio y métodos incorrectos de crianza. La disfuncionalidad familiar estuvo asociada con las condiciones materiales limitadas, con la estructura familiar multigeneracional y con riñas matrimoniales e intergeneracionales.⁷⁶

Los conflictos familiares emergen como un vehículo del efecto del alcoholismo en los padres,⁷⁷ y se ha encontrado correlación directa entre disfunción familiar y alcoholismo en un estudio con 2085 estudiantes de un colegio de enseñanza media en Perú.⁷⁸

En estudio de casos y controles para pesquizaje de depresión con 2300 adolescentes, se obtuvo que los deprimidos tuvieron una percepción muy negativa del clima familiar y presentaron mayor cantidad de desordenes de conducta que el grupo control, los grupos se diferenciaron por la presencia de un clima familiar inadecuado y por pocos contactos afectivos.⁷⁹

En un estudio prospectivo en Australia con 115 familias evaluadas en diferentes momentos en un año después de la muerte del padre se obtuvo que las familias disfóricas mostraron mayor severidad de morbilidad psicosocial e intensa aflicción, las familias con buen funcionamiento resolvieron su aflicción de forma más adaptativa y tuvieron mejores estrategias de afrontamiento.⁸⁰

Un estudio realizado en España para caracterizar población adulta con discapacidad intelectual mediante una evaluación médica y psicosocial arrojó la presencia de conflictos familiares.⁸¹

En familias disfuncionales norteamericanas con niños y niñas entre 8 y 11 años de edad fue identificado el papel de las estrategias de afrontamiento protectoras a los conflictos parentales en la aparición de problemas de salud, las estrategias de evitación eleva la vulnerabilidad a los problemas de salud ante la presencia de conflictos parentales.⁸² Las relaciones madre – hijo, el apoyo materno y la vivencia de acontecimientos de vida estresantes fueron constatados como mediadores en los trastornos de conducta de 224 jóvenes afro americanos.⁸³ También la disfuncionalidad familiar coadyuva junto a los bajos ingresos en la aparición de crisis de asma en el adolescente.⁸⁴

La aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia propicia la inclusión del equipo médico y del sistema hospitalario en el sistema familiar. La familia colabora en el período de la rehabilitación y en la adaptación a las secuelas que dejó la enfermedad de alguno de sus miembros, la ayuda instrumental y emocional que necesita el enfermo, la adecuación del hogar, de la economía, la redistribución de roles y la colaboración en la reinserción a la sociedad, las cubre la familia.

Una reciente revisión sobre la relación entre las funciones familiares, y la rehabilitación del discapacitado ya sea por accidente cerebral o deficiencia mental, reveló que el tipo de familia influye en la rápida recuperación.^{85 86}

En estudio psicosocial, clínico y genético de personas con discapacidades realizado a nivel nacional en Cuba, se plantea que la familia constituye un gran apoyo psicológico para quienes presentan alguna discapacidad, pues es en el seno familiar donde satisfacen sus necesidades básicas, desarrollan sentimientos, aspiraciones, intereses que favorecen su inserción social. Los discapacitados sin amparo filial estaban limitados en su desarrollo integral, las personas con síndromes demenciales son cuidadas básicamente por un familiar cercano en el 88,1% de los casos, encontrándose elevada carga y estrés familiar.⁸⁷

El individuo necesita y anhela el apoyo familiar y la ausencia de éste, le genera frustración y soledad. No siempre la familia es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés, a menudo la vivencia de problemas familiares precipita reacciones o respuestas de estrés entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su aparición.

Las relaciones familiares disfuncionales interfieren en el cumplimiento de medidas terapéuticas y preventivas indicadas y provocan sobreutilización de los servicios de salud.

1.2.3. La Psicología de la familia.

La Psicología de la familia se inscribe en la dinámica psicológica de los grupos pequeños, en este caso de un grupo especial que se diferencia cualitativamente de los otros, en su estructura, perdurabilidad, funcionamiento y finalidad.

La comprensión de la psicología de la vida familiar descansa fundamentalmente en la dimensión relacional, en el carácter de las relaciones que se establecen entre sus integrantes, en el funcionamiento sistémico del grupo, en la comprensión de las regularidades de las etapas de la vida familiar, en la acción del estrés en la familia con sus consiguientes componentes de valoraciones significativas, afrontamientos y recursos externos e internos.

La teoría general de los sistemas desarrollada por Bogdanov, Bertalanffy y Capra en diferentes momentos históricos, ofreció un marco conceptual para la comprensión del funcionamiento de los todos los organismos vivos incluida la familia.

La aplicación del enfoque sistémico y el enfoque dialéctico de la relación sociedad – grupo – individuo constituye un principio metodológico esencial para la investigación de los organismos de organización compleja,⁸⁸ como es la familia

La concepción de sistema como una cosmovisión de mundo reconoce la trama de las relaciones

como esencia de todas las cosas vivas, que se concreta en la noción de interdependencia e interrelación.⁸⁹

Un sistema establece nexos y relaciones en interacción dinámica entre sus elementos. Cada uno cumple una función respecto al todo, pero este no es reducible a sus partes y su función es más que la simple suma de ellos.⁹⁰

La familia tiene un funcionamiento sistémico, integra otros sistemas sociales y constituye a la vez un subsistema caracterizado por su apertura a las influencias sociales en tanto se encuentra en interacción recíproca y permanente con los otros grupos e instituciones. Los miembros de la familia constituyen a su vez sistemas individualizados con objetivos y motivaciones propios que difieren de los objetivos del grupo. Precisamente una de las funciones del grupo es lograr la individualidad de los miembros para que sean seres independientes, estables, maduros y funcionales en la sociedad.

La finalidad del sistema la interpretamos como la función de la familia de transitar por el ciclo vital, enfrentar las crisis y facilitar el espacio de formación, crecimiento y desarrollo de sus integrantes, función que se define en determinado contexto social.

La conducta de un miembro de la familia está en interrelación con la de los demás, el problema de uno afecta a los otros y estos a su vez lo mantienen.

Los miembros del grupo familiar están en constante interacción entre sí y a la vez cada uno con los otros grupos e instituciones de la sociedad a las que pertenecen y de las cuales toman su influencia. Cada miembro de la familia intercambia información proveniente de los otros sistemas a la familia y viceversa.

El sistema familiar posibilita la adaptabilidad al medio de modo activo, transformador, posee capacidad de flexibilizarse dentro de determinados límites, asimilar el cambio, ajustar sus funciones y reorganizarse frente a las influencias de la vida social que le demandan cambio.

La familia es un sistema altamente complejo, dinámico, probabilístico y cuasi - estable, en ella rige la autorregulación, la retroalimentación y la incertidumbre en la predicción del comportamiento.⁹¹

Los principios del funcionamiento sistémico contribuyen a comprender su complejidad y capacidad de transmisión de patrones de comportamiento. Un principio básico de los sistemas complejos es que toda alteración en un sector se propaga de diversas maneras a través del conjunto de relaciones que definen la estructura del sistema.⁹²

El comportamiento grupal familiar es dinámico en si mismo en tanto supone movimiento constante regido por motivos individuales y del grupo. La relación mutua entre los miembros de la familia modela una dinámica particular interactiva y circular, sus miembros sufren necesariamente cambios que desestabilizan al grupo, algunos provenientes del propio desarrollo evolutivo y otros provenientes del medio social. El carácter de sistema que tiene la familia no debe analizarse al margen de la dialéctica de su desarrollo, de la historia generacional y del contexto social.

Por otra parte la teoría del desarrollo evolutivo de la familia ofrece la comprensión de las diferentes etapas por las que atraviesan la mayoría de las familias, las tareas que cada etapa demanda de la

familia y los conflictos que ocurren más frecuentemente. Importantes autores han descrito las regularidades de las etapas por las que atraviesa una familia, denominadas ciclo vital familiar Jay Haley, 1973, E. M. Duvall 1977, Carter and Mc Goldrick 1988, Pittmann 1990 y han propuesto diferentes taxonomías que comparten semejante plataforma conceptual, basada en la teoría del ciclo vital y el estrés familiar.

El ciclo vital describe los cambios en la estructura y los procesos interaccionales de la unidad familiar según acontecen sucesos en la vida. Es un ciclo que toda familia atraviesa desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte, es un proceso permanente de contradicciones entre constantes exigencias que demandan los acontecimientos de la vida, el modo de afrontarlos y la organización familiar.

Los acontecimientos de la vida son hechos que traducen particular significado para cada familia y en ese sentido originan procesos de cambio en la vida del individuo y del grupo familiar, caracterizados por modificaciones en la estructura y el funcionamiento familiar, implica ajustes en los roles y genera nuevos mecanismos de afrontamiento para incorporar la nueva situación.

Vale destacar que el impacto de estos acontecimientos tendrá una repercusión familiar variable en función de la atribución del significado que tengan en cada familia y que suele convertirse en crisis familiar.

La teoría del estrés familiar formulada en 1949 por Hill y desarrollada por Mc Cubbin, Patterson y Wilson hace referencia a 4 factores: el agente estresor, las percepciones, los efectos de la acción del estrés en la familia y los recursos familiares para enfrentarlos, entre los que se encuentra la acción para reducir la intensidad de las situaciones demandantes.⁹³ El estrés en la familia puede analizarse en cuanto a su acción en la vida del grupo familiar, tanto en la manera en que el estrés de los integrantes afecta la familia como a la acción estresante de la vida familiar en sí misma.

De esta teoría se derivan los conceptos de crisis, vulnerabilidad a las crisis y el poder de recuperación, ambas en relación con la cohesión familiar, la flexibilidad, el apoyo social, los valores compartidos, el estilo de afrontamiento, la acumulación de tensiones y estresores como atributos claves para resistir las tensiones.

Se describen diferentes tipos de crisis familiares, aquellas relacionadas con el tránsito por el ciclo vital, también llamadas normativas o transitorias y las paranormativas o no transitorias relacionadas con la vivencia de procesos derivados de situaciones accidentales.^{94 95}

Se entiende por vulnerabilidad a aquellas características propias de un sujeto o grupo de sujetos, que hacen que ellos mismos tengan una probabilidad mayor de padecer un daño.⁹⁶ La vulnerabilidad familiar se refiere al conjunto de condiciones y características de la familia que incrementan la posibilidad de afectación de la salud.

La vulnerabilidad dependerá de la interacción entre el tipo de relaciones entre los miembros, el estilo de afrontamiento a los problemas; las fuentes de apoyo, las creencias, acumulación de tensiones y recursos de las familias para resistir las tensiones.

Otro concepto interesante se describe al considerar la resonancia del estrés individual en la familia,

ya que en ella se produce la llamada “cadena de estrés interpersonal”⁹⁷ dado su funcionamiento sistémico.

Como indicadores de adaptabilidad se presenta el grado de satisfacción de un miembro de la familia con la vida familiar y la presencia o ausencia de problemas de salud y comportamiento.⁹⁸

La vivencia en la familia de acontecimientos potencialmente estresantes la coloca en situación de vulnerabilidad a padecer alteraciones de su ritmo habitual de funcionamiento grupal interno y del social.

En forma inversa, la familia posee determinadas características o condiciones que constituyen su fortaleza y que ejercen función protectora de su salud y la de sus integrantes. Se describen como recursos familiares protectores, el afecto, el apoyo emocional y la existencia de un orden familiar de límites claros y razonables.

Para Martínez Gómez los factores protectores son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Clasifica estos en factores externos, donde cita la familia extensa, apoyo de un adulto significativo, la integración social y laboral y como internos, la autoestima, la confianza en sí mismo y la facilidad de comunicación.⁹⁹ A estas características de la familia que la hacen fuerte y le permiten afrontar la adversidad de forma constructiva, se le denomina resiliencia familiar.

El término resiliencia proviene de la física y se refiere a la capacidad de los metales de resistir un impacto y recuperar su estructura. Traducido de la expresión en inglés corresponde a entereza, fortaleza, resistencia para salir airosos de las pruebas que nos golpean.

En Psicología de Familia fue acuñado por Fromma Walsh en 1998 como la capacidad de un ser humano de salir herido pero fortalecido de una experiencia aniquiladora, enfoque que promulga la colaboración de la adversidad en el crecimiento del individuo y la familia.¹⁰⁰

La identificación de los aspectos socio psicológicos que pueden afectar la situación de salud de la familia, poniéndola en situación de vulnerabilidad, es una necesidad para el mejor desarrollo de las intervenciones.

La familia como grupo tiene fuerza interna propia que la hace capaz de asimilar las transformaciones del medio social que le son a su vez fuente de su desarrollo. Es un grupo teóricamente apto para gestar el desarrollo del individuo sano.

1.3. Enfoques y métodos de evaluación familiar.

Diferentes ciencias han estudiado la familia a través del desarrollo social. La sociología, la etnografía, la historia, la demografía, el derecho, la antropología, la medicina y la psicología han aportado conocimientos respecto a la vida familiar, su desarrollo histórico, sus características socio – culturales, psicológicas y genéticas, así como sus funciones en la sociedad.

En forma general se distingue un enfoque macrosocial orientado a la familia como institución social, en cual se enmarcan las investigaciones sociológicas y demográficas y otro enfoque microsociales orientado al estudio psicológico del grupo familiar en su convivencia cotidiana del hogar y sus relaciones internas.

Las investigaciones socio - demográficas describen el rol de la familia y sus condiciones de vida en la dinámica de la población y en la estructura social.

En nuestro país se destacan las investigaciones del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana (CEDEM), las del Grupo de Familia del Instituto de Investigaciones Psicológicas y Sociales del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente y el censo de población y vivienda.

El enfoque microsociales ha estado representado fundamentalmente por las investigaciones en el campo de la Psicología Clínica y la Psiquiatría, en particular con el desarrollo de la terapia familiar, movimiento que contribuyó al conocimiento de los procesos psicológicos relacionales que producen disfunciones familiares y se asocian con trastornos psicopatológicos.

Terapeutas de familia como John Bell, Nathan Ackerman, Murray Bowen, Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, Carl Whitaker, Don Jackson, Ivan Boszormenyi – Nagy, Salvador Minuchin y Virginia Satir, precursores de esta modalidad terapéutica, expresaron la importancia del conflicto interpersonal en la génesis de diferentes patologías y generaron modelos de evaluación en correspondencia con los diferentes enfoques teóricos.¹⁰¹

Los métodos de evaluación familiar proliferan en la década de los años cincuenta con el auge de las diferentes escuelas de terapia familiar, entre las que se destacan la escuela estructural, estratégica, intergeneracional y psicodinámica.

La evaluación familiar en el ámbito clínico constituye un proceso inherente a la intervención, sus técnicas se aplican de forma dinámica en las diferentes sesiones de entrevista con la familia reunida y sus enfoques y métodos estarán en dependencia de la orientación teórica del terapeuta.

En Cuba en el campo de la Psiquiatría, Martínez Gómez, Gutiérrez Baró y Clavijo Portieles han acumulado experiencias en el tratamiento de afecciones psiquiátricas con enfoque familiar.

Producto de la investigación con la familia se pudo comprender el comportamiento humano desde una perspectiva relacional, enfatizándose el papel de las interacciones familiares sobre la psicología individual.

El grupo de familia de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana desde hace más de 15 años estudia la familia, desde una perspectiva psicosocial, han descrito su influencia en el desarrollo psicológico de niños y jóvenes y sus cambios de cara a las transformaciones sociales.

Arés, propone el enfoque psicosocial en el estudio de la familia, al concebirla como una categoría histórica y psicológica influida por las condiciones socio económicas de su existencia, por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto y las internas. Plantea la necesidad de superar el enfoque psicopatológico de los conflictos y problemáticas de la familia y considera imprescindible el análisis de variables sociopsicológicas que expresen la incidencia de lo social (cultura), ideas, principios, normas y valores sociales en lo individual y las repercusiones psicológicas. Hace referencia a la complejidad del enfoque psicosocial en el estudio de la familia dado el amplio espectro de factores de influencia, la dificultad para desentrañar la interrelación entre lo general, lo particular y lo único a nivel macro y micro social y describe bajo esta concepción, el conjunto de particularidades psicológicas relacionadas con el estudio de la familia y sus miembros, el funcionamiento de la familia, teniendo en cuenta la especificidad de los diferentes grupos sociales, las capas y clases, la comunicación intergrupala, la estructura de las relaciones interpersonales en la familia y el medio social.¹⁰²

La concepción de la filosofía marxista en los estudios de familia plantea que las bases metodológicas del análisis científico de los procesos sociales, incluidos los problemas de la familia, y las relaciones familiares, trascienden la superficialidad del determinismo económico y la unilateralidad del psicologismo.¹⁰³ Esta concepción aporta la visión del estudio de la familia como un fenómeno social complejo y multifacético, que posee la unidad de lo objetivo y lo subjetivo y critica la influencia de la psicología burguesa en el estudio de la familia.

Para los fines de la atención de salud, se requiere una investigación de carácter psicosocial que recoja las formas en las que se materializa en la familia la influencia de las condiciones económicas, sociales y las características concretas de expresión de los procesos psicológicos resultantes de la interacción de los miembros en la convivencia y de sus formas de desarrollo, debe permitir la caracterización del funcionamiento social de la familia y el pleno desarrollo biopsicosocial de sus miembros, así como de las necesidades de atención de salud para en consecuencia orientar las intervenciones apropiadas.

La investigación familiar debe fundamentarse en la unidad de lo objetivo y lo subjetivo, de lo externo y lo interno, de lo material y lo espiritual, de lo individual y lo grupal en la familia.

El carácter de grupo especial que tiene la familia hace de la evaluación diagnóstica y de la intervención un proceso complejo, dada las características de la vida familiar, la multiplicidad de fenómenos sinérgicos, la mutua interacción entre ellos, su variabilidad y la dinámica entre el nivel individual, grupal y social. La familia crea una interfase entre los procesos de evaluación individual y los grupales, y tiene sus características específicas de generación de información así como del análisis de la misma.

Entre los métodos más comúnmente utilizados para la evaluación de la familia aparecen aquellos diseñados para el diagnóstico del funcionamiento familiar.

La evaluación de la funcionalidad familiar ha sido objeto de diversos enfoques según los énfasis que se han hecho para su observación: Tipología familiar de Cantor y Lehr (1975) que distingue familias patológicas y no patológicas, niveles de funcionamiento de Beavers (1977) que discrimina

estilo de familia y adaptabilidad; modelo McMaster (1978) que diferencia dimensiones como solución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo y control conductual.¹⁰⁴

El Modelo de Esferas Básicas descrito por Westley y Epstein plantea como criterios de evaluación de funcionamiento familiar, el cumplimiento eficaz de las tareas relacionadas con la satisfacción de necesidades materiales, las relacionadas con el tránsito por el ciclo vital y las arriesgadas como la capacidad que posee la familia para dar solución a las crisis,¹⁰⁵ pero no evalúa la dimensión interactiva que está en la base de las 3 esferas básicas y tampoco generó los recursos instrumentales para ellas.

El Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares creado por Olson, Russell y Sprenkle en la Universidad de Minnesota, 1979 incluye tres categorías para la evaluación del funcionamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación.¹⁰⁶ Las Escalas de Adaptabilidad y Cohesión Familiar del Modelo Circumplejo, conocidas como FACES II y III (Olson, Portner, Lavee, 1985) para la familia real e ideal provee criterios diagnósticos de funcionamiento familiar y su uso se reporta frecuentemente en las publicaciones.^{107 108 109}

Mc. Cubbin, Larsen y Olson en 1981, desarrollan el Modelo de Ajuste y Adaptabilidad Familiar, basado en el marco conceptual de estrés familiar. La escala de evaluación personal de funcionamiento familiar en situaciones de crisis y el afrontamiento familiar (F- COPES) contempla nueve dimensiones, tensiones de tipo intrafamiliares, de pareja, de embarazo y crianza, económicas y de negocios, laborales, de enfermedad y cuidado de la familia, cambios o transiciones hacia dentro o fuera de la familia y dificultades de ley o costumbres sociales.¹¹⁰

Smilkstein en la Universidad de Washington en 1978 creó una prueba para evaluar funcionamiento de la familia, denominada APGAR familiar. El acrónimo hace referencia a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, gradiente de desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.¹¹¹

El APGAR familiar se validó en Chile, determinándose su sensibilidad, especificidad y capacidad discriminatoria para adolescentes, también en España obtuvo buenos indicadores de confiabilidad y se reporta en investigaciones de alcoholismo, violencia doméstica en embarazadas, así como en familias monoparentales, aunque su uso fue cuestionado por baja concurrencia con el diagnóstico médico.^{112 113 114}

El Inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA, 1989, 1992, 1996) se basa en las dimensiones de funcionamiento familiar: cohesión, límites y comportamientos intrafamiliares, se ha usado en el medio clínico para la evaluación de la relación diádica y en la familia en su conjunto, en países como Estados Unidos, México, Francia, Taiwán y en la descripción de familias afro americanas e hispanas.¹¹⁵

Otro método de evaluación del funcionamiento familiar es la Escala de Evaluación Familiar de North Carolina, (NCFAS V 2.0) basada en los conceptos de capacidades, fortalezas, riesgos y problemas familiares. Consta de las subescalas ambiente, habilidades parentales, interacciones familiares, seguridad familiar, bienestar infantil, métodos de crianza, cuidado infantil y capacidad resolutive.¹¹⁶

En México se conoce la escala de evaluación de funcionamiento familiar de Joaquina Palomar, que consta de diez factores entre los cuales se describe la comunicación, la cohesión, las relaciones de pareja, la falta de apoyo, los roles y el trabajo doméstico, las reglas, la organización y la autoridad, el tiempo que comparte la familia, la violencia y el apoyo.¹¹⁷

El Centro Nacional C. Henry Kempe para la prevención y el tratamiento al abuso infantil de la Universidad de Colorado, Estados Unidos, reporta el Inventario Kempe de estrés familiar creado en 1976 para la evaluación del riesgo de maltrato infantil en los padres. Se aplica en el marco de una entrevista de corte psicosocial y consta de 10 items que incluyen niveles de estrés, historia psiquiátrica y abuso de sustancia de los padres, así como funcionamiento emocional. Se reporta su uso también en la Universidad de John Hopkins para cuantificar el riesgo familiar de maltrato infantil, pero se reconoce la necesidad de más evidencia de validación.^{118 119}

El Genograma Familiar es uno de los métodos más utilizados en la práctica clínica, se fundamenta en la historia de la descendencia consanguínea de la familia y en particular la que comparte el hogar.¹²⁰ Propone la identificación de la estructura familiar mediante el uso de símbolos que representan en un gráfico los vínculos consanguíneos y relacionales entre familiares a través de las generaciones. Los datos del gráfico sugieren la interpretación acerca de la vida familiar actual en una dimensión histórica.¹²¹

Otros métodos publicados son: la Escala de Interacción Familiar de IOWA, Melby 1990, la Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar, Durst, Trivette y Deal, 1990, para identificar las fortalezas en afrontar problemas, el Inventario Familiar de Evaluación Multidimensional, de Jacob y Windle, 1999.¹²²

Recientemente, en Estados Unidos, un grupo de expertos elaboró criterios diagnósticos de la disfunción familiar para su inclusión en la revisión de la versión IV del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desordenes Mentales.¹²³ Se plantean los criterios destrezas en resolver problemas, organización y clima emocional y se recogen en una escala de evaluación global de funcionamiento relacional denominada GARF que provee un diagnóstico de funcionamiento familiar visto en un continuo que fluctúa entre un funcionamiento competente a otro disfuncional en dependencia de la frecuencia de presentación de esos criterios en la familia, constituyéndose el GARF en una herramienta válida en población norteamericana para tal propósito.^{124 125}

En Cuba, Arés desarrolla un modelo de evaluación psicológica de la familia basado en el estudio de casos a profundidad, que plantea las siguientes dimensiones: nivel de organización familiar, nivel de desarrollo de los procesos interactivos y nivel de flexibilidad y adaptabilidad activa a los cambios. Para la autora el modelo evalúa el grado de desarrollo de la familia, su funcionalidad y sus potencialidades de riesgo o vulnerabilidad.¹²⁶

También, Benítez y Herrera, elaboraron una metodología para evaluar el impacto que tienen los diferentes eventos de vida en la salud familiar. Se compone de un inventario de eventos vitales y repercusión familiar, un instrumento de recursos adaptativos familiares y otro de apoyo social. Los instrumentos tuvieron buenos indicadores de validez.¹²⁷

En salud pública, se aprecia una tendencia a la combinación de métodos epidemiológicos, demográficos y socio psicológicos en los estudios de familia. La epidemiología social y la psicología de la salud dieron espacio a la investigación del comportamiento tanto individual como grupal y a un mayor uso de los métodos sociales y psicológicos que permiten ahondar en la vida familiar.

La evaluación familiar se caracteriza por el contenido eminentemente psicológico, se ha basado en la medición del funcionamiento familiar, en la descripción de la composición familiar, en las regularidades del ciclo vital, a menudo al margen de las condiciones sociales y materiales de su existencia.

Los métodos y técnicas de evaluación familiar hallados en la revisión bibliográfica no están enteramente disponibles, son mayoritariamente de origen norteamericano, no validados en nuestro medio, mas bien aplicables a la práctica de la terapia familiar que es mayoritariamente privada y muy costosa.

Capítulo 2. Métodos empleados en el diseño del modelo de salud del grupo familiar.

El presente trabajo constituye una investigación de desarrollo en tanto se produce una concepción teórica de la salud familiar y nuevos métodos para su evaluación, lo que resuelve un problema de la práctica social.

La propuesta de evaluación de salud del grupo familiar es una construcción teórica y metodológica que se estructuró en una lógica integradora bajo el concepto de modelo.

Un modelo es un aparato conceptual de valor instrumental, en tanto resulta útil para especificar e interpretar la diversa información que puede obtenerse dentro de cualquier ámbito de indagación en el cual se quieran analizar fenómenos. A partir de un modelo se reducen las informaciones inconexas que se tenían previamente sobre el objeto de estudio y funciona como mediador entre el investigador y la teoría misma, al tiempo que permite orientar su camino hacia el análisis de la realidad, ¹²⁸ permite estructurar las abstracciones de pensamiento, en este caso nos permitió acercarnos a la compleja realidad de la familia que incide en su salud.

Se realizó una amplia revisión de la literatura publicada en revistas periódicas y libros, así como en tesis de doctorado, especialidad y maestría. El foco de búsqueda se centró en los temas de salud de la familia y en los métodos de evaluación familiar existentes.

2.1. Proceso de elaboración de la concepción teórica de salud familiar.

2.1.1. Consulta con expertos.

Se realizaron varias consultas con expertos en diferentes momentos del proceso de elaboración del modelo.

Se generó la primera aproximación a la concepción teórica de salud familiar y las dimensiones implicadas en ella, con 11 expertos en el tema de familia: cinco fueron psicólogos especialistas o master en Psicología de la Salud, cuatro médicos especialistas en Medicina General Integral y dos licenciadas en Enfermería, todos miembros del Grupo Asesor Metodológico para los estudios de Familia del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

Se trabajó con el enfoque de la investigación cualitativa y la técnica de grupo focal ya que permite generar ideas, discutir tópicos y obtener respuestas a profundidad en el marco de grupos pequeños. ¹²⁹

Se realizaron 28 sesiones de 2 horas de duración cada una. El número promedio de participantes por sesión fue 8. La autora preparó los insumos para la discusión y registró el trabajo grupal en forma escrita.

2.1. 2. Consulta con actores sociales de una comunidad.

Se realizó una investigación de tipo cualitativa en el consejo popular Jaimanitas – Santa Fé, Municipio Playa de la Ciudad de La Habana, con el objetivo de obtener información sobre los problemas que afectan la salud de la familia desde la perspectiva de la población.

Se realizaron grupos focales con padres y madres de los niños de la escuela primaria que asistieron a la cita de trabajo grupal, maestros de la misma escuela, integrantes de los grupos

básicos de trabajo del área de salud y los miembros del consejo de la administración del territorio. El total de personas participantes en los grupos focales fueron 104.

La pregunta que condujo el debate grupal fue: ¿Cuáles aspectos de la vida de la familia influyen sobre la salud y el bienestar familiar? Las sesiones fueron conducidas por la autora, una psicóloga relatora y una técnica en psicometría observadora del proceso. Fueron utilizadas pancartas y plumones para el desarrollo del trabajo grupal. Los problemas fueron resumidos y jerarquizados en los propios grupos. La información general se sintetizó haciendo agrupaciones mediante el análisis de los contenidos.

Se trabajó en locales de la escuela y el policlínico del área y se veló por el cumplimiento de las normas éticas de la investigación.

2.1.3. Consulta con usuarios potenciales del modelo.

Las categorías que componen el modelo de evaluación fueron consultadas con 181 profesionales de la salud, considerados usuarios potenciales del mismo, al ser representantes de grupos básicos de salud de todo el país.

El criterio de selección de los usuarios fue estuvieran desempeñando funciones asistenciales, docentes o investigativas en la APS. Los participantes fueron convocados a un Taller Nacional en Cienfuegos organizado para tal propósito por la Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios del MINSAP. Participaron además integrantes del Grupo Nacional de Medicina General Integral, directivos de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar de las provincias, profesores principales de MGI de las Facultades de Ciencias Médicas del país.

Los criterios de los usuarios se recogieron en una planilla diseñada a tal efecto aplicada en forma individual y se les preguntó si consideraban pertinente la medición de cada dimensión y categoría para el estudio de la salud de la familia y en pregunta abierta se daba la posibilidad de argumentar sus discrepancias, sugerir otras categorías que debían integrar el modelo y plasmar observaciones. (Anexo 1)

Se consideró pertinencia si la categoría poseía una definición lógica de correspondencia a la dimensión y al concepto de salud de la familia.

Se calculó el porcentaje de coincidencia de opinión en cada dimensión y categoría y se procesó en forma cualitativa las respuestas a la pregunta abierta. Se tomó como buena la categoría cuando obtenía más del 85% de respuestas positivas coincidentes.

2.1.4. Triangulación metodológica.

Se utilizó la triangulación metodológica para elaborar el modelo de salud del grupo familiar con las diferentes perspectivas provenientes de los aportes teóricos obtenidos en la revisión bibliográfica, las consultas con expertos, usuarios, actores sociales de la comunidad y las investigaciones con familias. Se toma como referencias importantes resultados de investigaciones que contribuyeron a la elaboración del modelo. Tal es el caso de la investigación de salud familiar realizada en el Municipio Yaguajay, la de suicidio y la de violencia intrafamiliar, ambas en el Municipio Playa y la de familias con enfermos crónicos en Regla.

La triangulación metodológica la concebimos en tanto procedimiento que consiste en sistematizar los aspectos coincidentes que emergen de diferentes fuentes de datos, investigadores o métodos.

130

2.2. Métodos utilizados en el diseño de los instrumentos de evaluación de salud del grupo familiar.

2.2.1. Diseño de la prueba de relaciones intrafamiliares. (FF – SIL)

La ausencia de un instrumento cubano para la medición de procesos relacionales familiares y la complejidad de evaluación de tal fenómeno, motivó el diseño de una prueba que aportó

información sobre confiabilidad y validez en una investigación anterior de la autora realizada en el año 1994.

Fueron identificados los procesos relacionales que fundamentaron la elaboración de las afirmaciones que contiene el instrumento, las cuales fueron consultadas con los expertos.

Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por los 626 146 núcleos familiares que se encontraban residiendo en Ciudad de La Habana en el período comprendido entre el 1ro de diciembre de 1999 y el 8 de enero del 2000. Se decidió estudiar 160 familias. Para la determinación del tamaño muestral se utilizó fórmula de cálculo recomendada por Silva Ayçaguer para la construcción de instrumentos. La muestra definitiva se escogió a partir del empleo del Muestreo por Conglomerados Bietápico.¹³¹ Se tomaron los 15 municipios de la Ciudad de La Habana como conglomerados y de ellos seleccionamos Playa y Centro Habana, de los que se escogieron 80 familias respectivamente.

Para determinar las familias con los que se trabajó se solicitó de las oficinas de registro de consumidores (9 en Playa y 5 en Centro Habana) los libros donde se encuentran reflejados los núcleos familiares. Luego, se seleccionaron las familias mediante Muestreo Simple Aleatorio. Fueron exceptuados los núcleos unipersonales.

2.2.1.1. Estabilidad temporal.

Se realizaron dos aplicaciones de la prueba en un intervalo de 15 días, puesto que se considera un tiempo prudencial para garantizar que no actúe la memoria sobre lo respondido la vez anterior y tampoco tanto tiempo como para que se modifique la dinámica familiar por la vivencia de nuevos acontecimientos. En el re – test se atendió a que el instrumento fuera llenado por la misma persona de la vez anterior.

Se utilizó el coeficiente de correlación r_{tt} que aparece descrito por Lienert¹³² y se consideró estable en el tiempo si el coeficiente obtenido fue superior a 0,8.

2.2.1.2. Consistencia interna.

El análisis de la consistencia interna se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach. Se consideró que la prueba es confiable si el Alfa de Cronbach fue superior a 0,8.¹³²

2.2.1.3. Validez de contenido.

Se realizó una nueva consulta con expertos, en este caso respondieron la encuesta sobre la prueba 15 expertos teniendo en cuenta que cumplieran al menos uno de los siguientes requisitos: reconocida experiencia en atención psicológica, social, educativa e investigativa con la familia.

Se les pidió que señalaran a qué categoría correspondía cada uno de los ítems del instrumento y que evaluaran en una escala ordinal de mucho, poco y nada el cumplimiento en la prueba de las propiedades básicas expuestas por Moriyama.¹³³ (Anexo 2, 3, 4)

2.2.1.4. Validez de Construcción.

Se obtuvo mediante el Análisis de Componentes Principales (que es una técnica de reducción de la dimensionalidad que permite la transformación de variables originales en factores o componentes) para verificar si los ítems seleccionados se correlacionan de forma importante con las categorías teóricamente definidas. Así, los factores deben corresponderse en buena medida con las categorías del instrumento sujeto a validación.

El método permite además, “reconocer, en virtud del orden del factor retenido”, la importancia de cada factor, decreciendo la misma del primero al último factor seleccionado.

2.2.1.5. Validez de criterio.

Ante la ausencia en Cuba de una prueba considerada “regla de oro”, se tomó como criterio externo, la valoración emitida por los médicos de la familia, si éstos cumplían la condición de tener permanencia estable en el consultorio por más de tres años. Los médicos fueron capacitados en el concepto a evaluar con el fin de homogeneizar la información y reducir la variabilidad interobservador. Se determinó la concordancia entre los criterios diagnósticos emitidos por los médicos de la familia y los resultados de la prueba mediante el cálculo del coeficiente Kappa.¹³⁴ Además, se realizó la interpretación descriptiva del coeficiente, empleando para ello una escala arbitraria que considera una concordancia escasa o nula, si clasifica entre 0 y 0.24; ligera entre 0.25 y 0.49; moderada entre 0.50 y 0.74; e intensa a partir de 0.75.

2.2.1.6. Comparación de los resultados de la prueba FF – SIL con supuestos teóricos.

Se presentan resultados de investigaciones donde se aprecia una lógica de correspondencia entre los resultados de la prueba FF – SIL con determinados supuestos teóricos. Los valores de la prueba FF- SIL deben corresponder a diagnóstico de funcional en niños con un buen desarrollo psicológico y por otra parte deben corresponderse con diagnóstico de disfunción intrafamiliar en familias donde se halla diagnosticado violencia, en ambos casos por un especialista.

Para la aplicación de la prueba se tuvo en cuenta el consentimiento informado y se seleccionó como informante de la familia aquel familiar adulto, que tuviera convivencia sistemática en el hogar, sin limitaciones mentales y con disponibilidad de cooperar con la tarea.

La aplicación se realizó en forma autoadministrada y en presencia del investigador.

2.2.2. Diseño del Inventario de características familiares de riesgo.

La estructura del inventario de características familiares de riesgo justificó la necesidad de realizar procedimientos encaminados a obtener información acerca de la validez de contenido y criterio del mismo.

2.2.2.1. Validez de Contenido.

El inventario fue sometido a criterio de 25 profesionales de la salud: 9 psicólogos, 9 médicos y 7 enfermeras todos con grado académico. Se seleccionaron como expertos integrantes del Grupo Asesor Metodológico de la Familia, antes mencionado y miembros del colectivo de autores del nuevo programa de atención integral a la familia del MINSAP.

Los expertos valoraron la pertinencia y el valor de las características familiares de riesgo en él recogidas y las clasificaron según nivel creciente de gravedad de afectación de la salud familiar, en una escala entre 1 y 3. También informaron acerca de la factibilidad de su aplicación por el equipo básico de salud del consultorio médico en la Atención Primaria. (Anexo 5)

2.2.2.2. Validez de Criterio.

En ausencia de una regla de oro, se obtuvieron criterios externos de validación del inventario al contrastar los resultados del mismo con la valoración de médicos de la familia tomados como expertos de la situación de salud de las familias que atienden.

Nos basamos en la alternativa que ofrece Silva Ayçaguer, para la validación de criterio, al plantear que se puede realizar una construcción *ad hoc* del patrón de referencia con expertos.¹³⁵

La selección de los municipios se basó en la metodología de estratificación de la población según condiciones de vida, elaborada por Astraín Rodríguez en el país en 1999¹³⁶ con el propósito de tener en cuenta familias con situación socio – económica diferentes. (Anexo 6)

Cada municipio seleccionó el médico que participaría en la investigación atendiendo a que cumpliera los requisitos de tener más de 3 años de trabajo estable en una misma comunidad con buenos resultados.

Fungieron como expertos 15 médicos de familia, 6 de Ciudad de La Habana y 9 del resto del país, de diferentes estratos.

Cada médico seleccionó 20 familias atendiendo a su conocimiento de las mismas y presencia de diferente situación de salud, así como factibilidad y disposición de participar en la investigación. Se excluyeron los núcleos unipersonales.

Se elaboró un instructivo para la capacitación de los médicos, psicólogos y enfermeras participantes y una hoja de vaciamiento de los datos. (Anexo 7 y 8)

Para realizar la comparación de los resultados del inventario con el criterio médico, se les solicitó a los mismos que clasificaran las familias seleccionadas en un escala entre 0 y 3 según orden ascendente de cantidad y magnitud de características de riesgo presentes en las mismas y que lo reflejaran en la hoja de vaciamiento.

Se determinó la concordancia entre los criterios emitidos por los médicos de la familia y el instrumento mediante el cálculo del coeficiente Kappa. Se realizó la interpretación descriptiva del coeficiente, tal como se explicó en el epígrafe de la prueba FF – SIL.

2.2.3. Matriz de Salud Familiar.

2.2.3.1. Comprobación con expertos.

Se evaluó la pertinencia y aplicabilidad de la matriz con los 25 expertos antes descritos. Tal evaluación se realizó mediante la entrega de un documento que contenía el modelo de salud del grupo familiar y un cuestionario. (Anexo 5)

Se dio un tiempo prudencial para el estudio del modelo y posteriormente se entregó el cuestionario para ser llenado en la misma sesión de trabajo.

2.2.3.2. Comparación de los resultados de la matriz con criterio médico.

Se comparó los resultados de la matriz de salud familiar con el criterio diagnóstico emitido por el médico de familia, en calidad de experto de la situación de salud de las familias que atiende.

Para la selección de las familias se utilizó el mismo procedimiento que aparece descrito en el epígrafe 2.2.2.2. Se le pidió al médico que clasificara las familias según situación integral de salud familiar asignando códigos entre 0 y 3 según orden ascendente de gravedad de la situación.

Se construyó un instructivo para que los evaluadores conocieran los criterios generales de clasificación, que guiara la evaluación lo más uniformemente posible y que disminuyera un tanto la variabilidad interobservador. (Anexo 7 y 8)

Se calculó el coeficiente Kappa de concordancia entre ambos valores, el código del cuadrante de la matriz en el cual se ubicó la familia y el código asignado por el médico según su criterio diagnóstico de salud integral del grupo familiar.

Se realizó la interpretación descriptiva del coeficiente y se consideró aceptable si su valor clasificó al menos como concordancia moderada.

Se describió la distribución de familias según cuadrantes de la matriz de salud familiar.

2.2.3.4. Comparación de los resultados de la matriz de salud familiar con supuestos teóricos. Aplicaciones del modelo de evaluación de salud del grupo familiar en investigaciones.

Se realizó una investigación descriptiva con el objetivo de caracterizar la situación de salud familiar en familias de 51 jóvenes comisores de delito en la Provincia Las Tunas, en el año 2003. ¹³⁷

Se asumió que las familias de los jóvenes comisores de delito no son potenciadoras del desarrollo psicosocial y presentan graves afectaciones de salud familiar, por tanto las puntuaciones en la matriz deben corresponderse con los cuadrantes que representan afectación de salud familiar, como es de esperar en estos tipos de trastornos disociales.

Se realizó un estudio descriptivo para la caracterización de la salud familiar y el desarrollo biopsicosocial de 56 niños en edad escolar residentes en zonas de riesgo socioambiental del Área Los Olivos, provincia Sancti Spiritus. ¹³⁸

Fue utilizado el modelo de salud familiar y se aplicó una encuesta para la identificación de problemas en el desarrollo infantil.

Se presupone que en las familias con afectaciones de salud familiar, se agrupan los escolares con problemas en el desarrollo biopsicosocial.

Se confeccionaron bases de datos en el programa excel y los mismos fueron procesados utilizando los paquetes estadísticos SPSS versión 10.0.

En todos los casos, se respetaron los principios éticos de la atención psicológica y de la investigación.

Capítulo 3. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Generalidades y Concepción teórica.

3.1. Generalidades del modelo de evaluación de salud del grupo familiar.

Se concibió el modelo como una construcción del conocimiento que integra un componente teórico y uno metodológico – instrumental.

El componente teórico establece una concepción de salud del grupo familiar que permitió la elaboración de los instrumentos para su evaluación y a su vez en sí misma constituye una base orientadora para las diferentes aplicaciones del enfoque familiar en salud.

El componente metodológico provee las vías para que la concepción teórica sea aplicable en la práctica e incluye los instrumentos y procedimientos validados para su uso en la atención primaria. Estos instrumentos son la prueba FF – SIL, el inventario de características familiares de riesgo y la matriz de salud familiar, así como los procedimientos correspondientes para su aplicación, calificación e interpretación.

La aplicación de los instrumentos permite tener un criterio integrador de la situación de salud del grupo familiar, lo que resulta útil para el análisis de la situación de salud del consultorio y para incluir el enfoque familiar en la investigación en salud.

El profesional de la salud puede apropiarse del conocimiento que aporta del componente teórico del modelo en su práctica habitual de trabajo, incorporar las técnicas para el momento en que realiza la visita familiar en el hogar, cuando actualiza la historia de salud familiar y programa su plan de acción.

Los componentes teóricos, metodológicos y prácticos del modelo se articulan en una lógica deductiva e inductiva que por una parte permitió su diseño a la autora y por otra parte permite al usuario transitar del dato a su interpretación teórica y viceversa, en una relación de mutua interdependencia y coherencia interna.

La adecuada apropiación del modelo de evaluación por parte del equipo básico de salud impactará positivamente en la calidad de la atención médica y psicológica, se podrá dispensarizar la familia según la magnitud y naturaleza de los problemas que afectan su salud o la hacen vulnerable. Se podrá identificar las debilidades y fortalezas que influyen en la salud de la familia como un todo y en los individuos que la integran y se podrá planificar mejor las intervenciones.

Tomando como referente la distinción entre las estrategias de alto riesgo y las estrategias poblacionales para la prevención en medicina y salud pública tal como distingue Rose,¹³⁹ y considerando que la familia es un grupo mediador de la salud en los individuos y las poblaciones, se plantea que el modelo orienta las intervenciones tanto en la visión de la estrategia de alto riesgo tomando la familia como “grupo caso” y también en las estrategias poblacionales ya que provee información útil para orientar políticas, programas y medidas concretas que, expresadas en el espacio social – comunitario, van a impactar en la calidad de la vida familiar, proceso que produce el entramado complejo de salud a escala microsocia.

El modelo es una construcción que representa de forma simplificada una realidad o fenómeno con la finalidad de determinar algunas dimensiones, lo que permite configurar una visión aproximada que orienta estrategias de trabajo o de investigación para el logro y verificación de las relaciones del progresivo desarrollo de la teoría y la práctica.¹⁴⁰

En la medida que el descubrimiento del objeto real se intensifica a través de la praxis, el modelo pierde significación como intermediario entre el proceso de pensamiento y la realidad, al producirse la internalización del mismo en el proceso de aprendizaje.¹⁴¹

Resultaría muy gratificante si los profesionales de la salud se apropiaran de la concepción de salud del grupo familiar y de los aspectos que la condicionan al punto que se inserte en el algoritmo del método clínico, epidemiológico y social que conduce la atención de salud.

Los modelos en las ciencias psicológicas han sido criticados en la medida que tratan de reducir la compleja y singular realidad, a un esquema prefabricado que la encasilla y actúa como una horma inflexible y estática para el científico o profesional interesado en un diagnóstico.¹⁴²

Los modelos no son para trabajar cual dogmas, son sobretodo guías para pensar, organizar la información y constituyen valiosos orientadores para abordar un objeto de conocimiento.

3 .2. La concepción teórica de salud del grupo familiar.

Para los intereses de la Atención Primaria de Salud, la familia es la unidad residencial de convivencia permanente, grupo sujeto de atención médica, psicológica y social.

Para el modelo de salud del grupo familiar, la familia, se define en su concepción microsocia, como grupo de personas que comparten indistintamente vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco o afecto.

Existen diferentes acepciones del término salud de la familia: una política pública, un movimiento de desarrollo de los servicios de salud, un buen funcionamiento familiar o un campo que agrupa: la planificación familiar, la salud de la niñez, la adolescencia, la mujer y del envejecimiento, dividiendo al grupo familiar.

En 1978 la Organización Mundial de la Salud reunió un comité de expertos para definir la salud familiar y proponer indicadores de análisis del estado de la salud de la familia y de grupos de familia en el mundo, en función del tiempo y el lugar, así como familias más expuestas a las afecciones. Como resultado de esta reunión se conceptualizó la salud del conjunto de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la misma, como unidad biosocia en el contexto de una cultura y sociedad dada y se aclaró que es un concepto que trasciende el estado físico y mental de sus miembros por cuanto proporciona un ambiente social sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno.¹⁴³

Desde esa fecha el concepto colocó la noción de la dimensión grupal, que depende de las relaciones interfamiliares y de las condiciones que favorezcan el funcionamiento efectivo. Se infiere también que no es una condición que se llega por adición del estado de salud o enfermedad de cada uno de los integrantes de la familia, como equívocamente suele entenderse.

Horwitz en 1985 publicó un artículo donde planteaba que la salud familiar no es la suma de la salud de sus integrantes sino el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos de la familia.

144

Esta autora basándose en la definición de los expertos de la OMS, destacó la importancia del enfoque sistémico en el análisis de la salud de la familia.

Para Clavijo una familia es saludable cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes, con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y con el ambiente.¹⁴⁵

Según este enfoque la salud de la familia es una categoría sumativa que no supera la tradicional división entre lo físico y lo mental del nivel individual.

En Cuba, se han elaborado diferentes conceptos inspirados en la definición renovadora de la OMS y en las reflexiones de Horwitz, aunque quedó sin definir el funcionamiento efectivo y sus condicionantes.

En 1996 en la investigación de diagnóstico comunitario de la salud familiar en un territorio de Ciudad de la Habana, se definió la salud de la familia, en términos de su funcionamiento efectivo, como la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida.¹⁴⁶

González Benítez considera que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos modo de vida de la comunidad, de la sociedad.¹⁴⁷

El grupo asesor metodológico para los estudios de familia del Ministerio de Salud Pública, en la consulta de expertos realizada para la construcción del modelo, definió la salud familiar como el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes.¹⁴⁸

La integración del conocimiento de complejidad y concatenación de fenómenos sociales que se definen en la familia, la concepción materialista dialéctica, la contribución del pensamiento epidemiológico y la psicología relacional del grupo familiar, permitió la visión de los aspectos condicionantes de la salud asumiendo la concepción holística e integradora de lo biológico, lo social, lo ambiental y lo psicológico en lo grupal significativo de la salud de la familia y permitió generar un modelo multidimensional destinado a proveer información para un diagnóstico de la salud del grupo familiar que contribuya a la planificación de intervenciones.

La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocial en el contexto del hogar.

Se expresa en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social.

La familia potenciadora del desarrollo crea un clima en el hogar de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes. Enfrenta problemas y toma decisiones sin adoptar mecanismos destructivos, asumiendo cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse en forma transformadora a las exigencias de los procesos críticos de vida y es capaz de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesite.

La familia potenciadora del desarrollo tiene la fuerza necesaria para satisfacer las necesidades biopsicosociales de sus miembros, enfrentar las regularidades del tránsito por el ciclo vital y producir motivaciones y comportamientos favorecedores de la salud.

En la salud de la familia se sintetiza el legado genético, psicológico socio – histórico y cultural del ámbito de su existencia y el modo en el que se asume la situación de salud y enfermedad de sus integrantes.

No se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, no es una condición que se alcanza por adición de condiciones individuales y no equivale a la ausencia de enfermedad ni de problemas de salud en sus miembros.

Como una condición dinámica, la salud de la familia está sujeta a variaciones debido a las influencias de cambio de los factores que la conforman producidos por las vivencias y conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de vida familiar, por las etapas del ciclo de vida individual de sus integrantes con sus característicos eventos de salud, por la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad y por la propia característica de las relaciones interpersonales familiares.

Como campo de conocimiento, en la salud de la familia confluyen diferentes disciplinas sociales y psicológicas que fundamentan la esencia, funcionamiento y desarrollo de este grupo social especial, de su decisiva influencia en la formación de nuevas generaciones y en su repercusión sobre el estado de salud y enfermedad de sus integrantes.

A juicio de la autora es irrelevante la delimitación conceptual entre la salud familiar y salud de la familia, cuando en ambos casos se está calificando a la salud del conjunto y no de sus integrantes; se utiliza indistintamente una u otra forma, en dependencia de las conveniencias gramaticales.

3.2.1. Consulta con actores sociales.

Los criterios de los actores sociales respecto a los elementos condicionantes de la salud familiar resultaron de gran importancia ya que se reconoce el valor y la representatividad que los diferentes saberes sobre el tema deben aportar en una propuesta de esta naturaleza.

Para los actores sociales en su conjunto, los problemas que afectan la salud familiar según orden jerárquico establecido en las propias sesiones de grupo fueron: ¹⁴⁹

- factores socioeconómicos.
- problemas de la vivienda.
- carencias materiales para la satisfacción de necesidades básicas de la familia.
- migraciones externas por la separación casi definitiva de la familia y las migraciones internas que dan lugar al desarraigo familiar y cultural, a la separación de los matrimonios y a la existencia de adultos solos en la ciudad, en calidad de albergados.
- el alcoholismo como un problema de salud creciente en la población incluyendo jóvenes y mujeres.
- el divorcio, la separación de pareja y la desatención a los hijos.
- los conflictos y divergencias intrafamiliares.
- cambio en la educación de los valores de la familia hacia una vida más material, menos espiritual que ha traído fenómenos como el "jineterismo."
- las pocas opciones recreativas para la familia en los territorios unida a la carencia de transportación.
- la falta de una política local para mejorar las condiciones de vida de las familias.

La experiencia de trabajar en grupo con los diferentes actores por separado aportó diferentes visiones del fenómeno estudiado, digamos la riqueza de información de los maestros y profesionales de la salud en cuanto al conocimiento de las familias, la crudeza del análisis de los padres y madres en cuanto a los problemas que afectan la vida familiar y la estrecha vinculación con la situación económica, específicamente la vivienda, el abastecimiento y los servicios, y por otra parte la mirada de los funcionarios administrativos más dirigidos a la culpabilización de la familia por el déficit educativo, las indisciplinas sociales y un poco menos concientes de la influencia de las políticas locales y la importancia de los servicios comunitarios, recreativos y de apoyo en general a la familia, en su situación de salud.

La calidad de las dinámicas grupales y la riqueza del intercambio hicieron de cada sesión de trabajo un espacio de reflexión colectiva y un espacio de intervención en salud familiar, más allá de los objetivos de la tarea de investigación, aspecto que avala los resultados obtenidos y elevó las expectativas de la autora con la tarea.

Los resultados de esta investigación confirmaron la necesidad del enfoque social y la inclusión de los aspectos de orden económico, material y socio - cultural que hacen vulnerable la salud de la familia y que por su naturaleza requieren formas específicas de intervención.

3.2.2. Las dimensiones configurativas de la concepción teórica del modelo de salud del grupo familiar.

El trabajo inicial con los 11 expertos en el tema de la familia permitió la homogenización de criterios, la construcción de las definiciones y la confirmación de la pertinencia de las categorías, que dieron lugar a las dimensiones. * (Anexo 9)

De igual forma la revisión bibliográfica, los resultados de investigaciones y la consulta con la población antes descrita, permitieron la conformación de los elementos constitutivos de la salud familiar.

Fueron identificados órdenes de diferente naturaleza que son constitutivos de la salud de la familia los cuales se han estructurado para fines didácticos en seis dimensiones configurativas de la concepción teórica del modelo y son las siguientes: contexto socio - económico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social.¹⁵⁰

De ningún modo las dimensiones de la realidad coincidentes en la salud familiar responden a una concepción atomista, fragmentada ni simplista de tan complejo fenómeno, muy por el contrario nuestra tesis apunta hacia un campo de integración en la familia de lo biológico, lo social y lo psicológico en lo grupal significativo.

Dimensión 1. Contexto socio – económico y cultural de vida familiar.

Se concibe en esta dimensión aquellos aspectos que caracterizan a la familia, pertenecientes al mundo económico – social y cultural en el cual se desarrolla la vida cotidiana y se produce la salud.

El modo de producción imperante en cada sociedad condiciona la ubicación de la familia en la estructura de clase, según la posición que ocupa con relación a los medios de producción.

Las ciencias sociales recomiendan el estudio de la sociedad, a través de conceptos tales como estructura socio clasista y diferenciación / desigualdad en la perspectiva de análisis de la complejidad. Se entiende por estructura socio clasista al entramado de posiciones, grupos y relaciones entre ellos, que se configuran a partir de la división social del trabajo y las relaciones de propiedad, entramado que expresa el grado de estratificación y desigualdad, así como la integración o exclusión que caracteriza a dicha sociedad.¹⁵¹

La familia es influida por las leyes sociales, económicas y los patrones culturales de cada región, país y clase social. Esta influencia se ejerce fundamentalmente a través de la inserción de sus

* El trabajo de ese grupo de expertos tuvo como producto una guía de evaluación de salud familiar que se plasmó en el libro Manual de Intervención en Salud Familiar, editado por Ecimed en el año 2002 y publicado en la biblioteca virtual de Infomed.

integrantes en la organización social del trabajo, a través de la historia familiar, de relaciones de propiedad que han existido en ella y del proceso de apropiación de la cultura que ocurre en el hogar en las relaciones familiares y en las influencias intergeneracionales.

La inserción socioclasista de la familia, expresada en la vinculación laboral y el nivel de instrucción de los jefes de familia, son aspectos importantes a evaluar en la investigación familiar. Coinciden diferentes investigadores de la familia en la necesidad de indagar características sociales de los jefes de familia, de los padres o de importantes figuras de autoridad, quienes tienen gran responsabilidad en la toma de las decisiones de la familia.

Resultados de investigaciones recientes en países como Estados Unidos y Canadá han evidenciado la asociación del bajo ingreso familiar y las malas condiciones de vida del hogar con el crecimiento y desarrollo psicológico infantil, así como en problemas tales como: la desintegración y la violencia familiar, desordenes emocionales en padres, madres e hijos, incremento de los conflictos matrimoniales, problemas de conducta en los niños y abuso de sustancias.^{152 153 154 155}

La investigación longitudinal con una cohorte de 4 400 niños cubanos nacidos en 1973 y evaluados a los 7, 11, y 17 años de edad demostró la influencia conjunta de las condiciones de vida, vistas como tipo de vivienda, hacinamiento, efectos electrodomésticos y agua potable en el hogar, así como el nivel educacional y laboral de los padres en el desarrollo intelectual, el rendimiento escolar y el peso y la talla de los hijos.¹⁵⁶

Un aspecto de gran importancia en la salud familiar son las mutuas influencias del campo laboral y la vida de la familia, la llamada interfase familia – trabajo, trabajo – familia, como campos que focalizan los intereses de investigación en el sentido de la dirección en la cual un campo genera los conflictos y repercuten sobre el otro.^{157 158} Un conjunto de investigaciones han refrendado la acción de los conflictos familiares en el trabajo y de los conflictos laborales en la familia y de ambos en la satisfacción laboral, en la aparición del estrés emocional, alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, dependencia y abuso de sustancias y variadas quejas de salud.^{159 160 161} De igual forma aparecen variables moduladoras como la edad, el género, el nivel de involucración en el trabajo, el apoyo social, la flexibilidad de horario, el manejo de los jefes.^{162 163}

Los valores ético – morales y las creencias religiosas son elementos de gran repercusión en la vida familiar y su influencia en la salud.

La religión es uno de los componentes de la sociedad que al tiempo que refleja la realidad externa de un modo peculiar, tiende a explicarla y darle un sentido a las relaciones de los hombres entre sí y con la naturaleza; es una forma de la conciencia social, una parte de la vida espiritual de los sujetos creyentes y un fenómeno social que incide en diferentes campos de actividad de los hombres y grupos.¹⁶⁴

Las creencias religiosas y/o espirituales se originan y reproducen por lo general en el seno del hogar y tienen, al tratarse de la fe, gran fuerza movilizativa del comportamiento humano. Se conoce de la influencia negativa de ciertas religiones como Testigos de Jehová y de otras sectas sincréticas en la adherencia a las indicaciones médicas y en prácticas no saludables.

En el plano objetivo, el análisis de la familia incluye las condiciones materiales de vida, entendidas como conjunto de bienes, recursos y el entorno inmediato de su desarrollo.

La vida material de la familia va a reflejar en su microespacio social, las condiciones socioeconómicas del contexto de su desarrollo, aunque se encuentra sujeta a fluctuaciones, constituyen la base sobre la que se dan los procesos evolutivos y de funcionamiento y condicionan la salud del conjunto.

Donate y Nabut aportan una metodología para la evaluación del contexto familiar y plantean: “el sustrato material para el funcionamiento de las relaciones familiares lo conforman: las condiciones materiales de la vivienda, de hacinamiento y promiscuidad, el equipamiento doméstico, el ingreso per cápita y el nivel educacional promedio de los miembros de la familia.”¹⁶⁵

Castellanos y colaboradores latinoamericanos trabajaron en un modelo teórico metodológico para el análisis de la situación de salud a partir de las condiciones de vida de grupos específicos de población, tomando como marco de referencia que esta categoría es mediadora entre la inserción social y la situación de salud. Partiendo de la categoría reproducción social, propone el estudio de las condiciones de vida como conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población, en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha desarrollado.¹⁶⁶

La salud del hombre está en estrecha relación con las condiciones higiénicas del medio en que vive; el suministro de agua potable, la evacuación de residuales y viviendas de calidad son elementos que determinan la existencia de un ambiente saludable para la vida.

El habitat de la familia, el entorno físico en el cual se satisfacen las necesidades básicas, las condiciones de acceso a las influencias educativas y culturales son importantes para valorar la situación social que favorece la salud y la educación de la familia.

Teniendo en cuenta la importancia del contexto social, económico y cultural de la vida familiar como sustrato esencial de la salud y tomando como referencia las consideraciones de Espino, Castellanos y Donate, los resultados de las investigaciones de la familia cubana del colectivo de autores del Grupo Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales de la Academia de Ciencias de Cuba y la opinión de los expertos consultados, se propone bajo esta dimensión incluir en la evaluación psicosocial de la familia las categorías relacionadas con la inserción social de la familia, expresiones del mundo cultural que vive la familia como la religiosidad, los valores ético morales y las condiciones materiales del entorno de vida familiar.

Dimensión 2. Composición del Hogar.

Esta dimensión se refiere a las características estructurales del núcleo familiar, a la conjugación de las variables: número de convivientes, relaciones de parentesco entre ellos con relación a un jefe de familia, edad y sexo.

A los efectos de la atención de salud en la comunidad se precisa esclarecer la diferencia entre el concepto familia y hogar como una alternativa práctica para la delimitación de la unidad de estudio

y acción.

El hogar es la unidad residencial que reúne al grupo familiar de convivencia habitual. Este grupo incluye aquellas personas que no tengan vínculos consanguíneos ni de parentesco pero compartan vínculos de convivencia y la vida de relaciones como miembros de la familia y a la vez excluye aquellos familiares que no participan de la convivencia y las relaciones cotidianas. Constituye el hábitat del hombre, el lugar donde satisface necesidades materiales y espirituales, significa el espacio vital de la familia, lugar donde se producen los procesos a través de los cuales se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su intercambio constante con la sociedad a través de todas las etapas de la vida.

El concepto de hogar o núcleo censal emitido por la oficina nacional del Censo de Población y Viviendas en 1981 hace referencia a la persona o grupo de personas con o sin vínculo de parentesco que tienen un presupuesto común, cocinan para el conjunto y conviven de forma habitual, ocupando una vivienda o parte de ella. En 1995 por motivo de la Encuesta Nacional de Migraciones Internas se definió el hogar como la persona o grupo de personas con o sin vínculo de parentesco que conviven de forma habitual en la vivienda, es decir duermen y guardan sus pertenencias personales en ella, tienen un presupuesto común, o sea comparten los gastos de la vivienda y la alimentación; y cocinan o elaboran sus alimentos para el grupo. Para Benítez el elemento básico que define el hogar es la coresidencia de individuos, la organización cotidiana como unidad de convivencia y a la familia la define además el parentesco y la red de relaciones mucho más extensas y sutiles que las limitadas a un hogar, considera importante la descripción de algunos elementos tales como número, crecimiento, tamaño, características demográficas del jefe del hogar, la relación de parentesco que tienen con éste y los tipos de hogares existentes y argumenta que una parte considerable de los conocimientos sobre la familia y su evolución, derivan hoy, del estudio de la composición de los hogares.¹⁶⁷

Estas definiciones ayudan a poner límites al concepto familia como unidad de atención de salud y objeto de análisis de la situación de salud de un territorio, aunque el hecho de que cocinen para el conjunto y dependen de un presupuesto común introduce un requisito que puede distorsionar el concepto y considerar mas hogares que unidades residenciales.

En Cuba a tenor de los problemas de vivienda y hacinamiento, una de las estrategias de sobrevivencia que han adoptado algunas familias, ha sido la separación de los alimentos entre algunos integrantes, así como los procedimientos para su elaboración, lo que refleja síntomas de desestructuración, aún cuando no signifique división del hogar.

Para el equipo de salud puede tener valor circunstancial según la situación de que se analice, los parientes que no conviven en le hogar, póngase el caso de una enfermedad genética o determinada problemática psicológica. Por otra parte es objeto de atención dentro del hogar aquellas personas que conviven en él aunque no tengan relación de parentesco, pero cumplen roles familiares y comparten el ambiente físico, psicológico y social.

La delimitación del concepto con el cual operar debe considerar la familia como grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto pero el hogar como

la unidad residencial donde vive la familia de forma habitual.

De la Revilla plantea que se debe iniciar el estudio de la familia conociendo sus características demográficas y propone una nueva clasificación que incluya formas de vida familiar alternativa, como la presencia de otras personas no parientes, las familias de divorciados, las monoparentales, los equivalente familiares como parejas homosexuales, empleados de servicios y reconoce la acción dinámica entre estructura, función y salud familiar.¹⁶⁸

Atendiendo a la composición del hogar, la familia se clasifica según la característica de parentesco de los convivientes en el mismo. El análisis de esta información debe partir del famiograma, representación gráfica de la familia constituida por un formato de símbolos que permite reflejar además de la composición, otros datos de interés para el análisis de su situación de salud.

La composición del hogar puede configurarse potencialmente de riesgo por el entramado de procesos que conlleva, tal es el caso del hogar multigeneracional, monoparental, abuelos con nietos sin los padres en el hogar, convivencia de ex parejas, entre otras.

Se reporta en la literatura la vulnerabilidad de los niños que viven en hogares monoparentales y la sobre exigencia para el padre al cuidado del hijo, aunque depende en buena medida del tipo de relación familiar.¹⁶⁹

La caracterización de la composición del hogar permite ubicar la familia en un espectro de configuraciones estructurales, en principio se dan al margen de las relaciones pero muy relacionadas con ellas, ya que por una parte existen estructuras potencialmente de riesgo y por otra se conoce el valor del hogar como espacio de recuperación, apoyo, reflexión, paz y espiritualidad.

Una reflexión poética de Ramiro Guerra, caracteriza la función del hogar y dice: “la familia cubana se desenvuelve en un ambiente limitado y circunscrito al hogar que le sirve de asilo y escudo, como la concha al molusco; en ese ambiente se sustrae con facilidad de las influencias extrañas las cuales no logran, a veces, traspasar el recinto que circunda a la familia y para producirnos cambios y provocar transformaciones rápidas.”¹⁷⁰

Dimensión 3. Procesos críticos de vida familiar.

En todas las familias se viven procesos críticos que son inherentes a la vida y al paso por las etapas del ciclo vital, por lo general se presentan en forma simultánea, incrementan las demandas de los recursos familiares y complejizan la vida familiar.

Denominamos procesos críticos a la vivencia en la familia de acontecimientos de la vida de diferente naturaleza que potencialmente afectan la salud en un determinado período de tiempo, se consideran procesos porque suponen valoraciones en la familia que han tenido repercusiones en las relaciones familiares, en los sentimientos y han motivado cambios en su funcionamiento interno. Producen elevadas exigencias a la familia ya que entrañan contradicciones en la organización y funcionamiento, así como requieren modificaciones funcionales para enfrentarlos.

Estos procesos pueden tener un carácter temporal o cronificarse perturbando las funciones familiares sino existe un buen afrontamiento familiar.

Los supuestos teóricos que argumentan este enfoque se inspiran en el modelo transaccional del estrés, considerándolo un proceso en el cual el individuo y su entorno se encuentran en relación dinámica y recíproca, en la importancia de las valoraciones de significado del acontecimiento y no de la acción lineal y directa del acontecimiento en generar una respuesta de estrés.

Bajo esa concepción transaccional, J. Grau plantea el concepto valoración en sustitución de la evaluación de acontecimientos planteado por Lazarus y lo define como un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provoca en el individuo, bajo este proceso la persona evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar.¹⁷¹

Sin embargo, con independencia de la intensidad del impacto, la familia siempre se expone a una situación de prueba o crisis, la salud del grupo familiar está condicionada en buena medida por el tipo de afrontamiento a los procesos críticos y estos a su vez por la magnitud y trascendencia que generan los acontecimientos de la vida y las respuestas de estrés de sus integrantes.

Se entiende por crisis de la familia al proceso de agudización de las contradicciones internas familiares que ponen de manifiesto la necesidad de un ajuste de las relaciones en función de las demandas provenientes del propio medio interno familiar y de su relación con el medio externo. Cada acontecimiento de vida pone en crisis la organización, estructura, y funcionamiento de la familia.

Los procesos críticos provocados por la vivencia de acontecimientos normativos marcan el paso de una etapa a otra del ciclo vital y provocan cambios en la dinámica familiar, este es el caso de la formación de un matrimonio, el nacimiento de un hijo, la entrada de un hijo a la escuela, la adolescencia, la salida del hijo del hogar y la muerte de un integrante de la pareja.^{172 173 14 175 176}

En el proceso de desarrollo de una familia cualquiera, se constatan períodos de estabilidad y otros de agudas contradicciones, algunas propias del desarrollo de los miembros en su ciclo vital individual, que repercute en el sistema familiar y otras contradicciones que reflejan ciertas desviaciones del proceso normal de desarrollo y asimilación social.

Otros procesos críticos de carácter accidental están relacionados con pérdidas inesperadas como puede ser la muerte antes del período comprendido en la esperanza de vida, la enfermedad o hechos que afectan la moral de la familia, entre otros.

Cualquier familia puede enfrentar a la vez diferentes procesos críticos, los que se derivan del tránsito por las etapas del ciclo, los que se relacionan con la amplia gama de influencias provenientes de la vida social, los problemas situacionales, los cambios de condición económica y status social y por los problemas de crecimiento, desarrollo y condición de salud de sus integrantes.

Cuando en el hogar conviven más de dos generaciones, la familia vive los conflictos y asume las tareas de varias etapas del ciclo vital, como suele ocurrir con mucha frecuencia en Cuba, por la frecuente convivencia multigeneracional.

A estas tareas se le superponen los acontecimientos llamados paranormativos, entre los cuales tienen gran influencia los accidentes, las pérdidas materiales importantes, el divorcio, los

problemas legales o morales, el encarcelamiento, la enfermedad y la muerte de algún miembro de la familia, entre otros de gran envergadura. Aunque para cada familia estos procesos tienen significados diferentes, en sentido general conforman un entramado de riesgo psicosocial que genera exigencias adicionales.

Arés describe algunos acontecimientos accidentales como más peligrosos para el normal ajuste de la familia, es el caso de situaciones de grandes pérdidas, la muerte de un ser querido, desastres naturales, accidentes dramáticos, guerras, privación familiar y las denomina situaciones límites, ya que ponen a prueba los recursos adaptativos de las familias.¹⁷⁷

Las enfermedades o los problemas de salud en algún integrante de la familia son procesos también de gran significado en la familia y en la vida personal.

En tanto se concibe la enfermedad como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual.¹⁷⁸ No solo produce estrés en la persona que la padece sino también tiene efectos estresantes en mayor o menor cuantía, en los familiares del enfermo. Es también una crisis que puede durar períodos largos y conducir a cambios permanentes en pacientes y sus familiares.¹⁷⁹ En este sentido los procesos críticos que devienen de la situación de salud y enfermedad de los integrantes de la familia adquieren un significado especial para la misma y afectan de modo particular sus integrantes. Se reporta como una de las crisis más agudas de las familias, las provocadas por el alcoholismo,¹⁸⁰ la discapacidad, la dependencia a sustancias, trastornos psiquiátricos, enfermedades como el cáncer, el VIH - SIDA y las enfermedades crónicas en general que su descompensación o deterioro comportan peligro inminente para la vida.

Un estudio psicosocial con familias de 25 adolescentes en espera de trasplante de corazón - pulmón en Noruega en 1999 arrojó un elevado nivel de estrés en los padres y necesidades de apoyo social no concientes en ellos.¹⁸¹

Los problemas genéticos también le producen a la familia grave afectación a nivel grupal, dado el nivel de estrés que generan los diagnósticos presuntivos, la incertidumbre de futuro que compromete a la familia en su conjunto, la responsabilidad de procrear hijos con carga genética, de no poder formar pareja libremente, de padecer y transmitir invalidez, entre otros problemas. La mayoría de las enfermedades de transmisión genética se consideran de alta significación para la salud, aún cuando no sean visibles o no provoquen discapacidad durante un período de la vida, tal es el caso de las ataxias, las anemias falciformes, la fibrosis quística, la retinosis pigmentaria etc.

Otros procesos críticos que generan estrés en la familia son derivados de la carencia de servicios de atención médica y social, aspecto que constituye el flagelo de muchas familias en el mundo ya que viven con el temor de no tener los recursos necesarios para enfrentar un tratamiento, para el uso de servicios preventivos o de seguridad y asistencia social.

Si bien es cierto que estos procesos tienen naturaleza y magnitud variable de acuerdo al significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, ¹⁸² siempre producen nuevos retos y ponen a la familia en situación de crisis.

Las crisis familiares son períodos caracterizados por contradicciones que demandan cambios, exigen más esfuerzo de la familia y la ponen en situación de vulnerabilidad. El vocablo crisis no solo implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer, superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva.

La familia que no puede resolver sus crisis y se queda atascada, fija mecanismos patológicos de interacción intra y extrafamiliares y por lo general va produciendo uno o más miembros en estado de desajuste o enfermedad.

Dimensión 4. Relaciones Intrafamiliares.

La familia es un grupo natural de personas que desarrolla ciertas pautas o maneras de relacionarse entre sí. Estas formas de relación determinan el marco que rige el comportamiento, define las conductas y facilita la relación de sus miembros.

Este conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares también llamado funcionamiento familiar está en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros, constituye el clima propicio para el equilibrio psíquico, la expresión amorosa, la confianza, la seguridad, estabilidad futura y deviene en un referente de conductas morales y relaciones a imitar por parte de los hijos, quienes con el tiempo las van asumiendo como principios relacionales. Por medio de las relaciones intrafamiliares se van a transmitir los valores éticos y culturales de las generaciones anteriores, se promueve la solidaridad y el apoyo entre sus miembros al tiempo que actúan como un factor natural de prevención del riesgo y seguridad frente a las adversidades.

Estudiosos de la psicología de la familia y terapeutas familiares han acuñado el término funcionamiento familiar para denominar el carácter y la calidad de las relaciones intrafamiliares.

Expertos de la OMS en 1978 utilizaron el concepto funcionamiento efectivo de la familia para expresar su influencia determinante en la salud familiar, sin expresar el significado del concepto.

143 144

El funcionamiento de la familia se refiere a la forma de relacionarse el grupo internamente, al conjunto de relaciones interpersonales ínter subjetivas que se dan en el interior de cada familia que le dan identidad propia. Constituye un comportamiento grupal habitual y relativamente estable de la familia produciendo una atmósfera o clima psicológico que caracteriza el hogar.

La dinámica psicológica relacional le imprime al hogar un clima agradable, de seguridad y satisfacción o un clima desagradable, de tensión, angustia y temor.

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. ¹⁸³

En la literatura revisada no se encuentra homogeneidad de criterios en cuanto a la definición de funcionamiento familiar, pero si cierta coincidencia en cuanto a los procesos relacionales que producen el funcionamiento familiar como son la afectividad, la comunicación, la armonía, la cohesión, los roles, la adaptabilidad y la permeabilidad.^{184 185}

La experiencia en el trabajo clínico - comunitario con la familia y en la investigación familiar nos ha conducido al reconocimiento de marcadas diferencias entre familias funcionales y disfuncionales.

Moya, psiquiatra argentino expresa: - "No ha sido posible encontrar consenso acerca de los conceptos que puedan determinar la normalidad de una familia, pero sí es posible, dentro de determinados parámetros y pautas, determinar que una familia se ajuste o no a estos parámetros. Plantea que esos parámetros son influidos por contextos sociales, económicos, culturales y comunitarios de cada una de las familias, y que cada uno de estos ámbitos deben tenerse en cuenta en la evaluación, ya que representan el suprasistema en el cual están, de hecho incluidos.

¹⁸⁴

Walsh y Chagoya consideran que las familias funcionales encaran las crisis como grupo, buscando solución adecuada a los conflictos, cada miembro acepta un papel para hacerles frente, identifican los problemas expresando conformidades e inconformidades y se respeta la autonomía a la vez que los espacios y los roles están bien definidos.¹⁸⁵

La familia funcional cumple con la misión social sin afectar el proceso interno de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual según los requerimientos de cada etapa.

Estas familias son capaces de abandonar las conductas que les han resultado ineficaces y formularse creativamente nuevas estrategias, tienen un desempeño alto en la resolución de problemas con eficacia.

Las familias disfuncionales son incapaces de enfrentar las crisis, expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, entorpecen el desarrollo individual y existe confusión de roles. Repiten las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del problema. Las soluciones que adoptan pasan a ser el verdadero problema. Se observa en ellas conflictos de roles, alteración de la organización jerárquica, no disponen de capacidad para negociar sus discrepancias y se muestran intolerantes ante las opiniones de los otros. De igual forma se culpabilizan por sus fracasos y se reprimen la expresión de las emociones entre los miembros de la familia.^{186 187}

Dimensión 5. Afrontamiento familiar.

El afrontamiento es uno de los componentes del modelo transaccional del estrés definido como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona".¹⁸⁸

Este concepto de gran importancia en la Psicología de la Salud, se centra en un complejo de respuestas individuales y pareciera como si no tuviera una traducción a la vida familiar.

El carácter de grupo de génesis de influencias educativas que tiene la familia, y el enfoque de sistema con el cual comprendemos la vida familiar, conduce a la siguiente reflexión: el afrontamiento ante los procesos críticos de los integrantes de la familia produce una resonancia en el grupo, un efecto multiplicador que se disemina pero se expresa en forma cualitativamente diferente que la respuesta individual, su manifestación no es homogénea pero tiende a configurar un estilo relativamente estable de afrontar como grupo, los procesos críticos de la vida familiar.

El afrontamiento a los procesos críticos constituye diferentes formas de interactuar con la realidad socio familiar y el sentido en el cual se apropia de su riqueza transformadora. Los modos de afrontar los procesos críticos se manifiestan en el cuidado de su salud, contribuyen a la solución de sus problemas, los agravan o generan nuevos.

Llamamos recursos de afrontamiento a la capacidad que tiene la familia de movilizarse, tomar decisiones que actúen sobre los problemas. Intervienen en estos recursos, las experiencias previas en el afrontamiento a otras crisis, el funcionamiento de la familia y la situación económica.

Nuestras observaciones revelan ciertos comportamientos implicados en salud que acuñan un afrontamiento familiar predominante, ya sea en un sentido constructivo o destructivo, este último en el caso de familias que recurren a comportamientos de negación y rechazo, así como rehúsan orientaciones profesionales, algunas que descuidan las medidas higiénicas sanitarias del hogar y su entorno, el cuidado de integrantes enfermos o inválidos, otras en las que no se hace una adecuada reestructuración de la situación problemática y se evade la solución de problemas.

El afrontamiento familiar se manifiesta en la forma general y regular en la que la familia se comporta y elabora emocionalmente las situaciones amenazantes. Se describen estilos de afrontamiento típicos de las familias con alcohólicos como son la obsesión de control y el desprendimiento emocional.¹⁸⁹

El afrontamiento familiar puede ser constructivo cuando se asumen actitudes de cambio y comportamientos favorables a la salud, tales como ajuste de roles, flexibilización de las normas establecidas y solicitud de apoyo comunitario o profesional. También se expresa en el modo que la familia cumple las tareas relativas al tránsito por las etapas del ciclo vital y tiene un buen ajuste a las exigencias de desarrollo evolutivo. El estilo de afrontamiento constructivo puede acompañarse de una carga emocional que eleva las tensiones, pero no compromete la solución de problemas y de un sentido práctico de encauzar las acciones, más orientado a la búsqueda de apoyo social.

La familia con un buen afrontamiento busca ayuda en otros parientes, amistades, maestros y en otros profesionales cuando considera que su situación problémica desborda sus propios recursos, sin embargo hay familias que desarrollan mecanismos de barreras frente a la ayuda profesional, se niegan a seguir orientaciones especializadas, desestiman la ayuda externa y evaden enfrentar cambios.

En el caso del afrontamiento de salud, existen familias que aplazan o no cumplen las indicaciones familiares para mejorar el estado de salud de alguno de los integrantes, niegan el diagnóstico y hasta rehúsan enfrentar las acciones propias de determinado tratamiento. Tal comportamiento potencializa su acción destructiva cuando se trata de menores, ancianos o discapacitados que

dependen totalmente de las decisiones que sus familiares tomen por ellos, pongamos ejemplos de personas que se quedan sin el tratamiento de un problema ortopédico, sin la rehabilitación ante una secuela, sin la atención a un problema del desarrollo psicológico, o a un déficit cognitivo etc, en todos los casos por abandono o falta de constancia en la familia. También se considera un afrontamiento familiar destructivo a la salud cuando la familia opta por prácticas no científicas en sustitución de la atención médica.

El afrontamiento familiar constructivo permite que un miembro de la familia que tenga determinadas restricciones alimentarias y del ambiente, como es el caso de los diabéticos, hipertensos, cardiopatas, asmáticos, puedan cumplirla mejor.

Dimensión 6. Apoyo Social.

El apoyo social constituye el conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y especialmente ante determinadas situaciones que exceden sus recursos y potencialidades. Se distingue entre el tipo de apoyo instrumental, material o tangible y el psicológico que incluye las relaciones de confianza, de aceptación y comprensión, ambos muy necesarios para afrontar las exigencias de la vida.

El apoyo social también se ha definido como el proceso de percepción y recepción por el cual los recursos en la estructura social (instituciones, organizaciones, comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer necesidades instrumentales y expresivas de las personas y grupos en situaciones cotidianas y de crisis.¹⁹⁰

Es una categoría útil para evaluar las interacciones sociales en situaciones de exclusión, marginalidad y precarización social, así como para la planificación de servicios sociales y el cambio social.

Se define en un sentido amplio como “ayuda en el afrontamiento de los problemas”, es decir como provisión cognitiva o apoyo instrumental por medio de la familia, parientes amigos o colegas, así como ayuda para la satisfacción de necesidades de socialización y actividades con otras personas.

¹⁹¹

Se reporta la necesaria distinción entre el aspecto estructural del apoyo de familiares, amigos e instituciones disponibles y aptas para ofrecer apoyo y el aspecto funcional relativo a la calidad de las relaciones.¹⁹²

El apoyo social en la familia puede ser analizado en dos sentidos, en tanto la familia se constituye en red de apoyo para sus integrantes y en el sentido del apoyo que recibe la familia de otros sistemas y su acción efectiva.

Los recursos de apoyo de los que dispone la familia constituyen parte del contexto social de su desenvolvimiento cotidiano, como aquel escenario material y humano que potencializa los recursos del hogar.

Se conciben como recursos de apoyo social, las políticas y programas sociales y de salud que apoyan la familia, la existencia de instituciones proveedoras de los servicios públicos, los de

atención médica y social, las organizaciones comunitarias, políticas, religiosas, los grupos de autoayuda, la familia extensa, los compañeros de trabajo y los amigos.

La familia constituye la fuente de apoyo más importante que posee el individuo a través de toda su vida y por tanto se reconoce que esta instancia ejerce función amortiguadora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.

El apoyo social juega un importante papel, tanto en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, como en la mejoría, restablecimiento y optimización de la salud, una vez que ya el individuo enfermó.

Es conocida la hipótesis amortiguadora enunciada por Cohen y Wills sobre el apoyo social en tanto protege a las personas de las consecuencias negativas, de los estresores (incluyendo entre ellos a la propia enfermedad), amortiguando sus efectos.¹⁹²

En una investigación de tipo caso y control se validó un modelo de vulnerabilidad psicológica a la depresión en una muestra cubana y resultó que el apoyo social constituyó un factor de protección.¹⁹³ Varias investigaciones reportan el beneficio de la acción de las redes de apoyo en la reducción de la tasa de mortalidad en la mujer en Estados Unidos, en la recuperación exitosa de serias enfermedades, en el incremento de prácticas preventivas.¹⁹⁴

La ayuda familiar es el más efectivo puntal de contención que tiene el individuo para tolerar las exigencias provenientes del propio proceso de su desarrollo, de la vida social en la cual participa y de los problemas de salud a los que está expuesto.

El apoyo tanto de índole económica, instrumental o espiritual contribuye a paliar el impacto de ciertos cambios de alto significado para la vida familiar.

Los parientes son la primera red solidaria que debe amortiguar las consecuencias del impacto del estrés. Ellos actúan proponiendo o facilitando los mecanismos de afrontamiento a utilizar, o se asumen como guías o mediadores en la búsqueda de soluciones. Por lo general, los parientes son los depositarios de las confidencias y permiten la catarsis de las experiencias negativas, soportan y estimulan la autoestima, proponen nuevos valores en situaciones de crisis y proveen de ayuda y servicios concretos en cuidados, protección, alimentación, vivienda, dinero, etc.

En estudio sobre la repercusión familiar de la infertilidad en 57 familias del municipio Habana del Este, durante el año 1998, se obtuvo que a mayor capacidad de adaptación y mayor apoyo social recibido, menor repercusión tuvo este evento en la familia.¹⁹⁵

El apoyo que brinda la familia es decisivo en el afrontamiento a la enfermedad, cuando cuida el enfermo, contribuye a modificar estilos de vida, cambios en la dieta alimentaria, en los hábitos, en la adherencia a tratamientos, cuando acompaña y ayuda a enfrentar métodos cruentos y a resistir el dolor.

La familia es la principal red de apoyo frente a los problemas de enfermedad y muerte, la ayuda que ofrece la familia es vivenciada como el principal recurso protector y el más eficaz que tiene el enfermo para enfrentar su enfermedad y el tratamiento.

El recurso familiar como apoyo material y emocional ante el proceso de la enfermedad, la

hospitalización, la urgencia, la inminencia de muerte y la rehabilitación es insustituible e incomparable con cualquier otro recurso.

La dimensión apoyo social en el modelo concibe la organización de servicios de salud y asistencia social que condiciona la salud de la familia toda vez que la existencia, organización y funcionamiento de estos servicios, así como las intervenciones en salud deben influir en la calidad de la vida y el bienestar familiar, en la mejoría del ambiente comunitario, en la disminución de la morbi – mortalidad de enfermedades y problemas de salud, en la rehabilitación de los discapacitados y en la mejor manera de enfrentar el dolor y la muerte.

3.2.3. Resultados de la consulta a los usuarios potenciales del modelo.

El análisis cuantitativo de la coincidencia de opinión de los 181 usuarios potenciales consultados corroboró el acierto de inclusión de los aspectos que intervienen en la salud de la familia, al obtener porcentajes por encima de 90, todas las categorías consultadas.

Alcanzaron máximos porcentajes el estado físico de la vivienda, los servicios básicos dentro del hogar y la densidad habitacional así como más baja coincidencia en inserción socio clasista y equipamiento doméstico, aspecto atribuible a la mayor dificultad de obtención de esta información en la práctica cotidiana del equipo básico de salud. (Tabla 1)

Las categorías pertenecientes a la Composición del Hogar alcanzaron el máximo de coincidencia y las pertenecientes a Procesos Críticos, Afrontamiento Familiar y Relaciones Intrafamiliares tuvieron valores entre 90 y 92 % lo que significa los aspectos que se perciben de mayor complejidad para ser identificados en las familias, por estas personas. (Tabla 2 y 3)

Fueron planteadas como sugerencias al modelo, la inclusión del apoyo social como dimensión independiente, los valores de la familia como parte de la dimensión del contexto social y cultural, por ser un aspecto relacionado estrechamente con la salud, los problemas genéticos y de enfermedad de los integrantes de la familia, el ambiente físico que rodea la familia en la comunidad y establecer gradientes de afectación de salud familiar para discriminar los tipos de familias en la comunidad con vistas a la dispensarización familiar.

Aún cuando la salud de la familia no debe verse por adición de la condición de salud – enfermedad de sus integrantes, se reconoce su gran repercusión en el bienestar de la misma. La forma en la que se recoge este fenómeno en el modelo es mediante la dimensión procesos críticos de salud ya que demandan esfuerzos adicionales y cambios en la familia.

3.2.4. La relación entre las dimensiones configurativas de la salud familiar.

En sentido general, la relación entre las dimensiones configurativas de la salud familiar se concibe en una dinámica de interacción sistémica, multidireccional y compleja. Dicha relación se representa gráficamente en el Cuadro 2.

Se distinguen dos niveles en la naturaleza de las dimensiones configurativas de la salud familiar. Las dimensiones contexto socio económico – cultural, composición del hogar y apoyo social constituyen el nivel estructural que representa el sustrato primario en el cual se produce la salud del grupo familiar. Sobre este sustrato se gesta el conjunto de procesos críticos que le son

inherentes a la vida familiar, el afrontamiento familiar como respuesta a tales procesos y el conjunto de las relaciones intrafamiliares que producen el funcionamiento familiar, procesos mediante los cuales se modulan las influencias de los cambios de la vida socio familiar.

Puede analizarse la interrelación entre los niveles en el sentido de cómo la familia forma y hereda un sustrato básico económico social, cultural y educacional que le es imprescindible para su desarrollo, se expone sistemáticamente a nuevas exigencias, retos y demandas que comportan los procesos críticos de vida y de cómo crea un sistema de relaciones internas, asume los cambios de su estructura y funcionamiento y afronta de forma habitual tales exigencias.

De igual forma en un orden jerárquico se considera a la dimensión contexto socio económico y cultural más decisiva entre las del nivel estructural y la dimensión relaciones intrafamiliares entre las de nivel de procesos.

Algunos resultados de investigaciones han contribuido a identificar tal relevancia.

En evaluación de la situación de salud de la familia como parte del Proyecto Yaguajay, en la provincia Sancti Spiritus, se encuestaron 1024 familias, siendo las mismas representativas del universo de núcleos del municipio. Se detectó que existían malas condiciones de vida en tanto un 63.6 % de los jefes de núcleos no refirieron satisfacer sus necesidades básicas con sus ingresos, un 70% de las viviendas fueron clasificadas entre malas y regulares, la mayoría de las familias no tenían efectos electrodomésticos básicos, sin embargo el 85 % de ellas no tuvieron afectaciones en las relaciones intrafamiliares y hubo asociación significativa entre esta dimensión y la percepción de salud familiar que tuvieron los encuestados.¹⁹⁶

En 1997 realizamos una investigación de tipo caso – control con el objetivo de identificar riesgo familiar en la conducta suicida tomando familias en las cuales algún miembro hubiera intentado contra su vida en el año 1996 en el municipio Playa. El grupo de los casos quedó conformado por 41 personas que habían intentado suicidarse y el grupo de los controles se conformó por 41 individuos pareados por sexo y edad que nunca presentaron tentativa de suicidio y que residían en la misma manzana del comisor. Como resultado de esta investigación se obtuvo que los problemas en las relaciones intrafamiliares a expensas de la armonía y la comunicación, los procesos críticos divorcio y alcoholismo constituyeron riesgo de suicidio, no así las características de composición del hogar. Las personas que viven en familias disfuncionales presentan un riesgo 7 veces superior que los otros y los que conviven en familias severamente disfuncionales tienen un riesgo unas 8 veces más alto. El riesgo al intento suicida se incrementa en tanto es mayor la disfuncionalidad de la familia. El tipo de familia que más alta probabilidad tiene de presentar un miembro con intento suicida es aquella que se caracteriza por tener más alto grado de disfunción relacional familiar, a expensas de la pobre armonía y comunicación, así como la vivencia de crisis de desmoralización y desorganización.¹⁹⁷

En el área de un consultorio médico del municipio Regla, en 1997 se realizó un estudio de la situación de salud familiar en familias con enfermos crónicos y aparentemente sanos y se obtuvo que más de la mitad de los enfermos crónicos vivían en familias con problemas en las relaciones intrafamiliares, aspecto que obstaculiza el control de la enfermedad. Con relación a la composición

estructural, se obtuvo que los enfermos crónicos vivían en familias extensas, de convivencia bigeneracional, aspecto que fue identificado como fortaleza para su atención.¹⁹⁸

En 1999 se realizó un estudio de la violencia intrafamiliar en el municipio Playa. Se escoge a la mujer como informante de la violencia en su familia ya que se reporta en la bibliografía que es uno de los grupos mas expuestos a este problema de salud y por estar más relacionada a la cotidianidad de la vida familiar, dado el condicionamiento de género. Para la selección de la muestra se aplicó el muestreo por conglomerado bietápico. Se tomaron 5 consultorios del médico de la familia y 50 mujeres dentro de cada uno de ellos. La selección de los consultorios se realizó con probabilidad proporcional al tamaño y la de las mujeres se realizó por muestreo sistemático con intervalo fraccional. Un total de 243 mujeres completaron los instrumentos de evaluación familiar. Se identificaron manifestaciones de violencia intrafamiliar en un 64.1% de las familias y en ellas se encontró graves problemas de relaciones intrafamiliares, convivencia con un familiar alcohólico, divorcio y salida del país de algún integrante, mas no presentaron problemas en las condiciones de vida.¹⁹⁹

Las investigaciones con el uso del modelo nos permitieron encontrar la relevancia en la salud de la familia, de las relaciones intrafamiliares, al asociarse significativamente las buenas relaciones con criterios de percepción de salud familiar y en su expresión negativa con diversos problemas de salud, en particular como el intento de suicidio, la violencia intrafamiliar, la conducta antisocial, el descontrol de la enfermedad crónica y con alteraciones del desarrollo biopsicosocial en la infancia.

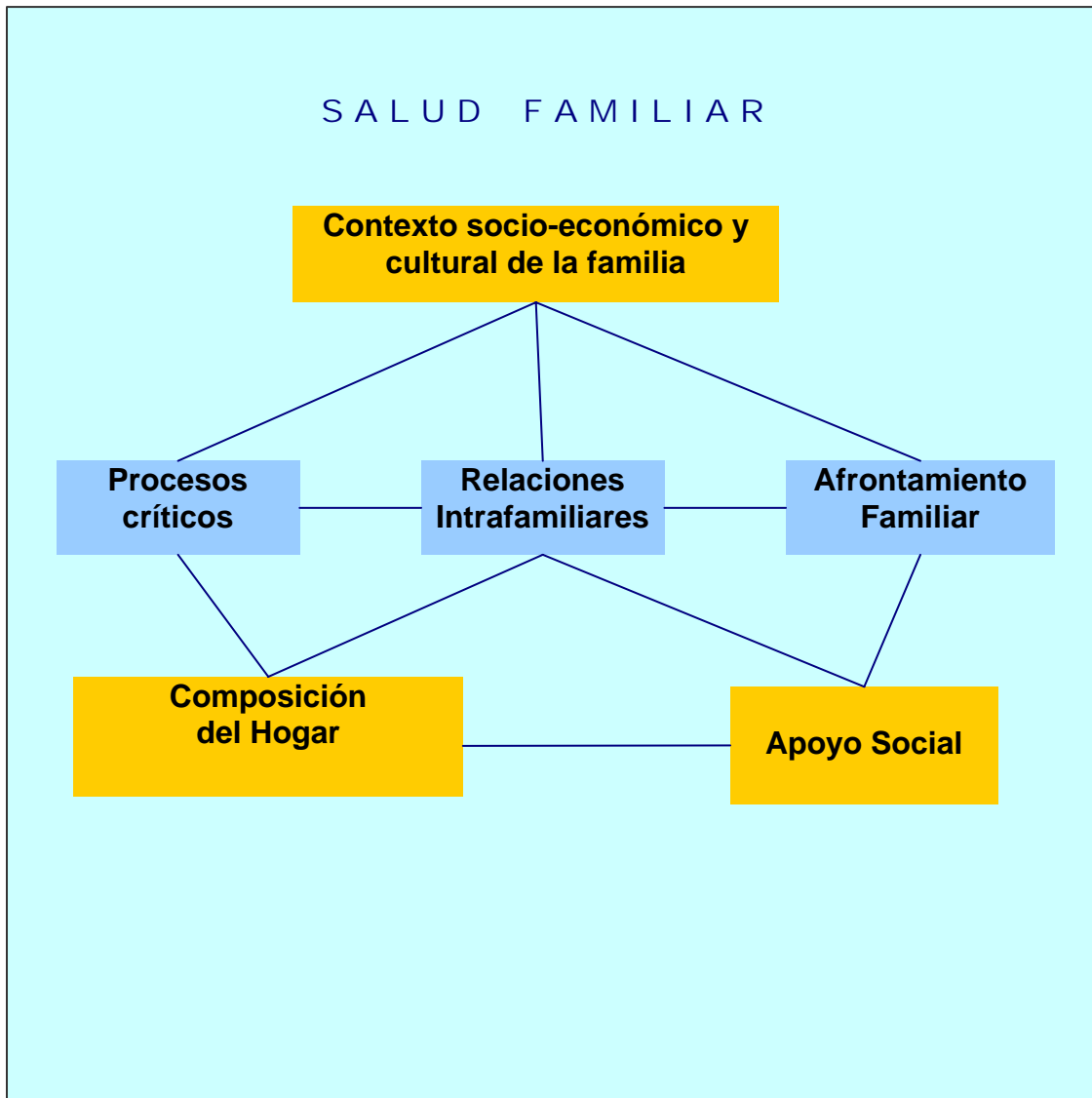
A criterio de la autora las relaciones intrafamiliares actúan como prisma que refracta o modula la vivencia de procesos críticos, la precariedad material, la convivencia compleja, el afrontamiento familiar y la búsqueda de apoyo social. Ante las malas condiciones de vida y las características estructurales de riesgo, si las relaciones intrafamiliares son buenas, no parece agudizarse la situación de salud de los integrantes de la familia.

En sentido general, el funcionamiento intrafamiliar se distribuye en concordancia con lo que se observa empíricamente en la población, o sea no están en mayoría las familias con diferentes niveles de disfuncionalidad y siempre la calidad de las relaciones intrafamiliares distingue diferentes grupos en función de determinada característica, ya sea presentar alguna condición de salud o constituir un grupo de riesgo.

Los procesos relacionales incluidos en el funcionamiento intrafamiliar que se destacan en los grupos estudiados son la comunicación y la armonía.

Los procesos críticos que se viven en la familia por alcoholismo, divorcio y salida del país son los que más frecuentemente se asocian con varios de los problemas de salud estudiados.

CUADRO No. 2
INTERRELACION DE LAS DIMENSIONES CONFIGURATIVAS
DE SALUD FAMILIAR



3. 3. La ética en la evaluación de salud del grupo familiar.

El trabajo con la familia como sujeto y objeto de su evaluación requiere especial atención a los principios éticos, más aún en esta modalidad de carácter psicosocial que conlleva cierta introducción en la intimidad de la vida del hogar y las relaciones familiares.

Se requiere de la observación de los principios éticos, relacionados con el consentimiento de la familia en la participación de la evaluación, el conocimiento sobre el uso y los límites de la información obtenida y en la forma en que se asume el procedimiento evaluativo, por el profesional de la salud.

El rol que posee el equipo de salud de la atención primaria favorece su entrada en el hogar cubano, la familia conoce las funciones de este equipo de trabajo que están legalizadas desde lo social, y por tanto acepta y colabora espontáneamente en brindar la información de la vida familiar ya que se le reconoce cierta potestad para hacer intervenciones en favor de la salud de la familia. Sin embargo eso no excluye la solicitud del consentimiento que debe dar la familia para responder a las técnicas de evaluación.

La información que se obtiene como producto de la evaluación tendrá un carácter confidencial, será solo para el uso del equipo de salud en su trabajo de atención a la salud familiar y en todos los casos será con fines benéficos.

Esta información no debe ser consumo de la familia como categoría diagnóstica que maneje la familia, pero si debe orientar el proceso de intervención en el cual la familia debe ser conciente y participe de su protagonismo en la situación de salud del grupo familiar. Debe cuidarse de la emisión de juicios críticos, expresiones o gestos de asombro que provoquen molestia, vergüenza o sentimientos de humillación en la familia.

La invitación al cambio en la familia debe llegar hasta donde las valoraciones y principios de la misma lo permitan, el respeto a los valores y creencias familiares es un principio ético imprescindible en la evaluación familiar. Un elemento importante consiste en la capacidad de no parcializarse con algún miembro de la familia en particular.

Capítulo 4. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar. Instrumentos. Comprobaciones empíricas y Aplicaciones.

4.1. Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF – SIL).

La prueba FF – SIL se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria. En aquella oportunidad se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez.^{200 201}

Se seleccionaron siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que serían medidos en la prueba: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, acrónimo CRACAPA. (Anexo10)

El estudio acerca del modo de manifestarse estos procesos en la familia nos condujo a la elaboración de 14 afirmaciones que componen la prueba, expresadas en forma positiva. (Anexo11)

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar, tal como se explica en el anexo. (Anexo12)

4.1.1. Confiabilidad Temporal.

El estudio de la confiabilidad temporal dio como resultado un valor de 0.93, muy por encima del valor prefijado y muy similar al obtenido en 1994 (0,94), lo que demuestra que el instrumento es confiable en este sentido.

4.1.2. Consistencia interna.

El análisis de la consistencia interna dio un coeficiente global de 0.84, lo que habla a favor de una homogeneidad intraítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento. En la validación anterior solamente se exploró la correlación global con un resultado de 0.88, algo superior al obtenido en esta investigación. Sin embargo, al computarse los Alfa de Cronbach por categorías se apreció, con excepción de la categoría afectividad ($\alpha = 0,85$), que las restantes α de Cronbach parciales se encuentran por debajo del α de Cronbach global, destacándose la categoría Adaptabilidad con un α de Cronbach = 0,26 y Permeabilidad con un $\alpha = 0,36$. (Tabla 4).

Cabría esperar que en un instrumento multidimensional la correlación entre los ítems de una misma categoría sea superior a la correlación global entre los ítems de distintas categorías. Sin embargo, en instrumentos de pocos ítems puede ocurrir este fenómeno. En el caso de la Afectividad los ítems parecen estar muy relacionados entre sí lo cual se traduce en un coeficiente de correlación elevado, mientras que los dos ítems que conforman la categoría Adaptabilidad, Permeabilidad y Cohesión, si bien abarcan el concepto que las mismas encierran, no parecen medir elementos muy correlacionados. Lo expuesto con anterioridad da una medida de cómo a

partir de una estructura heterogénea interna en algunas categorías se pudo construir un instrumento que en su conjunto puede ser considerado como homogéneo.

4.1.3. Validez de contenido.

La mayoría de los expertos consignó los ítems del instrumento en la categoría mucho del aspecto “razonable y comprensible”. De hecho solo en los ítems 1, 2 y 13 hubo un experto que consideró que éstos eran poco razonables y comprensibles; en tanto que para los restantes ítems la totalidad de los expertos planteó estos en la categoría mucho. Estos resultados fueron ligeramente superiores a los obtenidos durante el proceso inicial de diseño. Ello refuerza la creencia por parte de los autores de que justamente estos ítems son los que deben conformar la estructura interna del instrumento sobre todo si se tiene en cuenta que la totalidad de los expertos han tenido experiencia práctica con el uso del instrumento de referencia. (Tabla 5)

El criterio de los expertos con relación al atributo “suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables” arrojó que con excepción de los ítems 1 y 2 donde un experto (6,7 %) clasificó estos ítems en la categoría poco, en los restantes, la totalidad de los expertos consideró que en este aspecto los mismos clasifican en la categoría mucho. Ello confirma la pertinencia de las categorías seleccionadas en la conformación del FF – SIL. (Tabla 6)

Al comparar estos resultados con la primera validación se constata que son bastante parecidos, aunque en este caso los ítems cuestionados no coinciden ya que en el anterior estudio fueron el 12 y el 13, aspecto susceptible de perfeccionamiento.

La evaluación del aspecto “componentes claramente definidas” si bien tuvo resultados relativamente buenos, en relación con los aspectos vistos hasta ahora es inferior a éstos. El ítem de peor resultado es el 7, en el que 5 expertos (33,3 %) consideró que no se puede ubicar con claridad. Igual consideración tuvieron 2 expertos (13,3 %) para el ítem 13, en tanto que uno (6,7 %) se pronunció de forma similar con respecto a los ítems 1 y 2. Sin embargo, cuando comparamos con la validación original, se observa una mejoría en estos resultados con excepción del ítem 7. (Tabla 7)

La totalidad de los expertos ubicó correctamente el ítem en la categoría concebida por los autores del instrumento. Solo en los ítems 6, 8 y 13 un experto clasificó incorrectamente éstos; el error cometido en el ítem 6 consistió en considerar que este pertenece a la categoría Cohesión en lugar de Adaptabilidad. El ítem 8 se ubicó en la categoría rol en lugar de cohesión, y el ítem 13 fue ubicado en permeabilidad en vez de en armonía.

Estos resultados refuerzan que los expertos reconocen con claridad la ubicación de los ítems por categoría, lo cual coincide con la investigación anterior. (Tabla 8)

4.1.4. Validez de construcción

El método de los componentes principales aportó los valores propios y varianzas de los componentes retenidos. Se obtuvo 4 factores o componentes cuya varianza acumulada asciende a 63,759, resultado que se considera aceptable para este tipo de validez, es decir estos factores reproducen de forma bastante adecuada la estructura original de los datos. (Tabla 9)

El primer factor está representado por la totalidad de los ítems de las categorías Afectividad, Armonía, Comunicación y Cohesión, indica que estas son las más importantes en la prueba ya que el valor propio de este factor resultó 5 veces superior al segundo, lo que evidencia que estos procesos son los que más contribuyen a la variabilidad de la muestra.

Para el factor 1 los ítems mejor correlacionados con éste son el 14, las demostraciones de cariño con 0.83, seguido por el 13, respeto a los límites, con 0.79, el 4, referido a las manifestaciones de cariño en la vida cotidiana con 0.75, el 11 referido a la libertad de expresión en la familia con 0.73, el 1 con 0.66, que trata sobre la unión en la toma de las decisiones, el 2 con 0.61 (armonía) y los ítem 5 de comunicación y 8 de solidaridad con 0,56 respectivamente.

Puede señalarse a la Afectividad como la categoría que más aporta a este factor, seguida por la Armonía, la Comunicación y la Cohesión.

El factor 2 se correlaciona fundamentalmente con los ítems de las categorías Adaptabilidad y Rol. Agrupa el ítem 10 referido a la flexibilidad necesaria para la adaptación, el 9 a la distribución de las tareas en el hogar, el 6 sobre la aceptación mutua necesaria para la adaptabilidad y el 3 también sobre el cumplimiento de los roles. Los ítems 12 y 7 correspondientes a la categoría Permeabilidad, se distribuyeron entre los factores 3 y 4. (Tabla 10)

4.1.5. Validez de criterio.

Se analizó la distribución de las familias según los resultados del funcionamiento familiar por el FF – SIL y el criterio cualitativo del médico de la familia. Tomando las familias en posiciones extremas (que fueron 103) en 99 para un 96 % existen coincidencias entre ambos evaluadores y sólo en 4 hubo discordancia clasificadas como disfuncional por el FF – SIL y por funcional por el médico. El coeficiente Kappa arrojó un resultado de 0. 88, que expresa una concordancia intensa, coincidiendo con la validación anterior.

Contrastación con un supuesto teórico. Presuponemos que los resultados de la prueba tengan una lógica consonante con lo esperado teóricamente, digamos que se ubiquen en el polo de las afectaciones de las relaciones intrafamiliares familias en las que ya existe un diagnóstico de otro problema relacionado, como es el caso de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil y a la inversa que se ubiquen en las categorías positivas, aquellas familias que generan un ambiente favorable para el desarrollo psicoafectivo de los menores a su cargo.

En el área de salud del Policlínico Plaza de la Revolución en el año 2003 se utilizó la prueba FF – SIL para caracterizar el funcionamiento familiar en un estudio de violencia intrafamiliar en 27 familias. Como parte de los resultados se obtuvo tres grupos de familias. Las familias violentas presentaron disfuncionalidad familiar y las áreas problemas de su funcionamiento fueron la armonía, la afectividad, el cumplimiento de los roles, la adaptabilidad y la permeabilidad, en ellas casi nunca predominaba la armonía, los intereses y necesidades de cada cual no son respetados por el núcleo familiar, no hay correspondencia entre los intereses individual con los familiares en un equilibrio emocional positivo. Las familias con riesgo de violencia obtuvieron diagnóstico de funcionalidad moderada y emergieron como áreas problemas el cumplimiento de los roles, la adaptabilidad y la permeabilidad; en el grupo de familias donde no se detectó violencia no hubo

disfuncionalidad y no emergieron áreas problemas. Se constató asociación significativa entre la presencia de violencia intrafamiliar y el funcionamiento familiar.²⁰²

En estudio de violencia intrafamiliar en el área de salud de Jaimanitas, Municipio Playa, Ciudad de La Habana se obtuvo asociación entre las manifestaciones diversas de violencia en la familia y la disfunción familiar, medida por el FF - SIL.²⁰²

El FF – SIL fue utilizado para evaluar familias donde existe maltrato infantil en el Municipio San Miguel del Padrón y se obtuvo alta correspondencia entre la disfuncionalidad familiar y el maltrato percibido por los niños en edad escolar, resultado que presenta una lógica consistente que la prueba capta las malas relaciones familiares.²⁰⁴

También fue utilizado en 41 familias que tenían niños con trastornos del aprendizaje en el Municipio Habana del Este y se obtuvo asociación entre la disfunción familiar y el afrontamiento problemático de los padres ante la entrada de los hijos a la escuela especial.²⁰⁵

En un área de salud del Municipio Playa se realizó una investigación de condiciones de vida y educación, en familias con niños de edad preescolar con enfoque de salud positiva. Se encuestaron 50 familias escogidas al azar y se aplicó la prueba FF – SIL. Entre los resultados se obtuvo que la funcionalidad de la familia se asoció con rasgos socio – afectivos positivos del niño, o sea, en familias con buen funcionamiento crecen niños con un desarrollo psicológico adecuado, tesis comprobada por la psicología infantil.²⁰⁶

4.2. Inventario de características familiares de riesgo.

Las dimensiones del modelo de salud familiar fueron desglosadas en categorías y éstas a su vez en características que potencialmente generan crisis familiares y con ellas se elaboró la relación que constituye el inventario. Se excluyó la dimensión relaciones intrafamiliares por requerir otra vía para su evaluación.

Se parte del supuesto que tales características y su acción combinada, elevan las exigencias a la familia y la pone en condición de sobre esfuerzo para afrontar la vida cotidiana.

En la Psicología son frecuentes y útiles los inventarios de rasgos personológicos y las listas de cotejo de síntomas para el diagnóstico clínico.

El inventario es una lista que relaciona 50 características familiares para identificar la presencia de ellas en la familia, en un período de tiempo anterior a un año de su aplicación. Se fijó este período ya que la ocurrencia de los sucesos en la familia es muy dinámica, la vida familiar cambia con cierta rapidez y todo suceso normativo allí registrado puede haberle ocurrido a toda familia en diferentes momentos de su desarrollo. (Anexo 13)

La calificación se realiza marcando el número de la característica en una plantilla que las muestra ordenadas según dimensiones del modelo y el grado en que afectan la salud familiar (Tipo I, II, III). La puntuación se obtiene por el número y tipo de característica que presenta la familia y el resultado final provee información sobre niveles de criticidad familiar. (Anexo 14 y 15)

4.2.1. Validez de Contenido.

Los 25 expertos reconocieron la pertenencia de las características del inventario, así como determinaron el valor de cada una de ellas en la afectación de la salud familiar. Hubo un elevado porcentaje de coincidencia de opiniones en lo referente a la estructura del inventario. Las características en la que converge la discreta discordancia son el ingreso per cápita, las creencias espirituales que afectan el cumplimiento de indicaciones médicas y en la forma de medir el apoyo social. (Tabla 11)

Fueron modificadas las características de riesgo de los procesos paranormativos como resultado de la consulta, tal fue el caso de la separación del enfermo por cáncer, de la categoría enfermo crónico, como un caso especial que genera demanda adicional, y la familia de menores sin adultos en el hogar en la dimensión composición del hogar.

4.2.2. Validez de criterio.

El total de casos útiles para este análisis fue 276 de 300 familias encuestadas, elemento atribuible a planillas mal llenadas por algunos médicos o instrumentos no completados por las familias.

El coeficiente Kappa fue 0.62, valor que corresponde a categoría de nivel moderado, lo que expresa que la concordancia existente el criterio diagnóstico de los médicos y el inventario es aceptable. (Tabla 12)

El inventario tiene la ventaja de dar una visión integral de las crisis que afectan la salud familiar, de las exigencias que tiene la familia y permite ubicar cada familia en una posición en función de la criticidad familiar. Se cuenta con un instrumento válido para la investigación y para la mejor comprensión de la situación de salud familiar.

4.3. Matriz de Salud Familiar.

La matriz de salud familiar constituye un procedimiento resumen que permite una valoración cuanti – cualitativa de tal condición en grupos de familias.²⁰⁷ Se ideó la matriz como un recurso que ayuda a representar la síntesis integradora que configura la salud familiar en el espacio y poder tener un criterio único, aspecto que constituía un reclamo de los profesionales de la salud en la APS.

El análisis conjunto que aporta el cruce en la matriz de las relaciones intrafamiliares con los resultados de la prueba FF – SIL, y la criticidad familiar que aporta el inventario, permite aproximarse a la red de relaciones que configura la salud de la familia.

Se coloca en el eje de las **X** los resultados del inventario y en el eje de las **Y** el resultado del diagnóstico de las relaciones intrafamiliares, ambos llevados a escala de 0, 1, 2 y 3, en orden creciente de gravedad. Cada familia se evalúa con respecto a ambos atributos y en dependencia del punto (x, y) que forme en el plano, le corresponde un cuadrante de la matriz. (Anexo 16)

Se dividió la matriz en 4 cuadrantes. En el cuadrante 1 (inferior izquierdo) se ubican las familias con buenas relaciones intrafamiliares y criticidad baja. Al cuadrante 2 (inferior derecho) le corresponden las familias con buenas relaciones intrafamiliares pero con niveles de criticidad

elevada, este es un tipo de familia que a pesar de las adversidades mantiene buenas relaciones intrafamiliares. El cuadrante 3 (superior izquierdo) agrupa las familias que presentan problemas graves en las relaciones intrafamiliares pero la criticidad es baja y el cuarto cuadrante (superior derecho) representa la máxima afectación en los procesos relacionales familiares y la criticidad es grave o extrema. (Anexo 17 y 18)

El procedimiento de la matriz permite la estratificación de la situación de salud del grupo familiar en familias de una comunidad, o en familias que comparten alguna característica que motiva su estudio.

4.3.1. Consulta con expertos.

En la encuesta aplicada a los 25 expertos para obtener sus opiniones del modelo hubo coincidencia de opiniones en más de la tercera parte de ellos, respecto a las dimensiones, la factibilidad de registro de la información y su utilidad para el trabajo de la atención familiar.

No hubo sugerencias de nuevas dimensiones ni omisión de las existentes, pero obtuvimos un 76% en la dimensión contexto socio económico, refiriéndose a las dificultades para valorar la situación económica y material de la familia. El apoyo social tuvo un valor de 86% ya que algunos expertos plantearon no poder indagar si la familia dispone del mismo. Un 80% se pronunciaron por la dificultad de la evaluación de la dimensión Relaciones Intrafamiliares, ya que para ello deben aplicar una prueba en la familia. (Tabla 11)

Hubo coincidencia de opiniones en más de la tercera parte de los médicos y las enfermeras respecto a que el modelo debe ser aplicado para el momento en que se realiza el análisis de la situación de salud.

También se expresaron positivamente en cuanto a la integralidad del modelo, su utilidad para las prácticas docentes de medicina, enfermería, trabajadores sociales y psicólogos, así como para el diseño de proyectos de intervención comunitaria, con enfoque familiar. Se destacó la utilidad de los instrumentos para aplicarlo en misiones fuera del país.

Otras opiniones estuvieron dirigidas al uso de los instrumentos y la matriz de salud familiar para la investigación en salud ya que provee medidas cuantificables que se pueden relacionar con otras variables que se deseen estudiar.

4.3.2. Comparación de los resultados de la matriz con criterios externos.

A modo de introducción se presenta la distribución según situación de salud familiar de las 294 familias de diferentes municipios del país que fueron seleccionadas por sus respectivos médicos y evaluadas con el modelo de salud del grupo familiar, para la comparación con un criterio externo. (Cuadro 3)

Se obtuvo que 150 familias para un 51% se ubicaron en el cuadrante 1 de la matriz, lo que significa que aproximadamente la mitad de las familias evaluadas se encuentran en condición de ajuste familiar, son familias potenciadoras del desarrollo, al no presentar o presentar características familiares de riesgo poco relevantes a la salud familiar y tener expresiones positivas de los procesos relacionales cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad.

Se ubicaron 45 familias en el cuadrante 2 de la matriz de salud familiar, aspecto que indica que un 15,3% del total tenían características familiares de riesgo de relevancia para la salud familiar, lo que las coloca en condición de criticidad elevada pero con buen nivel de funcionamiento intrafamiliar. Este tipo de familia mantiene conservados sus procesos relacionales a pesar de las elevadas exigencias en la vida cotidiana.

En el cuadrante 3 de la matriz de salud familiar se agruparon 81 familias lo que significa que un 27,5% presentaron disfunción de las relaciones intrafamiliares en condiciones de baja o nula criticidad, o sea en ellas prevalecen las expresiones negativas de los procesos relacionales cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad a pesar de no tener elevadas exigencias y situaciones críticas. Este tipo de familia requiere atención psicológica especializada.

Un total de 18 familias se ubicaron en el cuadrante 4, lo que significa que un 6,1% se encuentra en situación de grave afectación de salud familiar al presentar criticidad elevada, dada la cantidad y relevancia de las características familiares de riesgo con las que vive y las relacionales intrafamiliares disfuncionales, o sea este tipo de familia presenta una vida cotidiana con elevadas exigencias y no tienen un sistema relacional funcional que permita los cambios de roles, la flexibilidad de las normas y patrones que mediante el afecto, la unión y la comunicación puedan tomar decisiones efectivas en función del desarrollo biopsicosocial de sus integrantes, así como mantener un comportamiento de grupo ajustado a las contingencias de vida socio familiar. Tales circunstancias son típicas de familias caóticas, engendran y perpetúan problemas sociales y de salud y requieren por ende intervenciones familiares de carácter integral.

Vale destacar que la disfunción intrafamiliar estuvo presente en 99 familias para un 33,6% y la elevada criticidad familiar en 63, para un 21,4%.

Llama la atención que a pesar del criterio predeterminado de selección de las familias para esta tarea de investigación, las mismas se distribuyeron en forma semejante a los resultados de otras aplicaciones del modelo en la comunidad.

La mayoría de las familias evaluadas se encuentran en situación de ajuste familiar y entre un 5 y un 10% en situación de máxima afectación de salud familiar, quedando en segundo lugar las

familias con afectación con disfunciones intrafamiliares, seguido de las familias funcionales en condiciones de criticidad.

La comparación entre la estratificación de las familias en cuadrantes de la matriz y el criterio diagnóstico de sus respectivos médicos mediante el coeficiente Kappa, alcanzó un valor de 0.51 que corresponde a concordancia moderada. (Tabla 12)

Tal concordancia se consideró aceptable y aporta información acerca de la validez de la matriz, al compararse favorablemente con un criterio externo a su propio procedimiento.

CUADRO No. 3 MATRIZ DE SALUD FAMILIAR EN FAMILIAS DE MUNICIPIOS SELECCIONADOS. CUBA. 2003

FF - S I L	Cuadrante 3 81 familias (27,5%) Disfunción intrafamiliar Baja o nula criticidad	Cuadrante 4 18 familias (6,1%) Disfunción intrafamiliar Criticidad extrema
	Cuadrante 1 150 familias (51%) Baja o nula criticidad Funcionalidad intrafamiliar	Cuadrante 2 45 familias (15,3%) Criticidad extrema Funcionalidad intrafamiliar
n = 294 familias		Inventario de características familiares de riesgo

4.3.3. Comparación de los resultados de la matriz de salud familiar con supuestos teóricos.

4.3.3.1. Caracterización familiar de jóvenes comisores de delito. Provincia Las Tunas. Año 2003.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con 51 varones entre 16 y 24 años de edad, reclusos de la provincia Las Tunas. Los jóvenes fueron seleccionados del universo de procesados de igual edad y sexo por la comisión de peritaje legal psiquiátrico durante el período comprendido entre julio del año 2002 y mayo de año 2003 atendiendo a que cumplieran los requisitos de haber vivido en familia en el último año anterior al delito, no presentar enfermedad psiquiátrica que afectara su juicio crítico y que aceptara participar en la investigación. La mayoría de los jóvenes habían cometido delito por robo con fuerza. Se estudiaron las familias de procedencia de dichos sujetos, describiéndose la situación de salud familiar con el uso del modelo propuesto. Los jóvenes respondieron la prueba FF – SIL y la encuesta de características de riesgo familiar y los investigadores realizaron el inventario y la matriz de salud familiar.

Partimos del supuesto que los jóvenes comisores de delito habían crecido en hogares con serios problemas económicos, conflictos familiares, sobrecarga de tensiones familiares y con malas influencias educativas provenientes de familiares cercanos. Se espera que la situación de salud familiar en estos jóvenes esté gravemente afectada por lo que las familias deben agruparse mayoritariamente en los cuadrantes de la matriz correspondientes a afectación grave.

El supuesto teórico tiene como fundamento que las influencias negativas del medio familiar, la privación material y afectiva del hogar, la desestructuración y el mal funcionamiento familiar generan desviación de la conducta en los hijos y alteraciones en el normal desarrollo de la infancia.

208 209

Entre los resultados de este estudio, se obtuvo que la mayoría de las familias tenían algún nivel de disfunción en las relaciones intrafamiliares y más de la mitad de ellas eran netamente disfuncionales, a expensas, básicamente de los problemas en la armonía, la comunicación y los roles.

En cuanto a la identificación de las características de riesgo encontramos que 42 de las 51 familias de los jóvenes comisores de delito, para el 82,3%, presentaron criticidad extrema con una cantidad de características tipo III que oscilaba entre 6 y 10 lo que significa presencia de acumulación de carga y tensiones familiares de elevada repercusión a la salud familiar, siendo este resultado consonante con nuestro supuesto teórico.

Presentaron criticidad severa 9 familias para un 17,6% y no hubo familias con criticidad moderada y leve. El número promedio de características de riesgo marcadas en el inventario por cada familia fue 14, lo que corresponde a familias con problemas sociales, psicológicos y de salud y que se valora como elevado. Las características de riesgo más frecuentes corresponden a la dimensión contexto socio económico y cultural, al presentar bajos ingresos, bajo nivel escolar de los padres, condiciones de hacinamiento, carencia de efectos electrodomésticos para la satisfacción de necesidades y de servicios básicos dentro del hogar, ausencia de padres en la casa, vivencia de crisis por alcoholismo y conducta antisocial de algún familiar.

La ubicación de las familias en la matriz indicó que 36 de ellas para un 70,5% presentaron afectación grave de salud familiar dada la concurrencia de un numero importante de características familiares de riesgo y malas relaciones intrafamiliares, o sea se colocaron en el cuarto cuadrante (superior derecho).

Hubo 15 familias en el cuadrante 2 para un 29,4% lo que representa criticidad extrema pero buenas relaciones intrafamiliares. No hubo familias en la zona de ajuste de la matriz y tampoco con problemas de relaciones familiares en ausencia de criticidad grave o extrema. (Tabla 13)

Orte Socías en estudios sobre conducta desviada en España en 1999, encontró que la mayoría de los jóvenes procedían de familias desajustadas, la relación padre – hijo fue de tipo agresiva, existía alcoholismo y las prácticas disciplinarias eran inconsistentes.²¹⁰

Macías y Fresneda reportaron la procedencia de hogares con conflictos familiares, violencia, infidelidades y pocas exigencias de los padres en la mayoría de los reclusos evaluados.²¹¹

Rebolledo reporta hallazgos de disfuncionalidad familiar en miembros de la familia con problemáticas sociales. Los sujetos han sido víctimas de la violencia familiar y desarrollan formas de sobrevivencia contrarias al orden social.²¹²

Orsini en la Argentina encontró entre los problemas asociados a la conducta desviada, el mal funcionamiento familiar.²¹³

En Cuba, en estudios realizados sobre la conducta desviada, por García y el Centro de Estudios de la Juventud, se reporta alteraciones importantes del funcionamiento familiar.²¹⁴

Estos resultados indican que el modelo devela la precariedad de vida familiar y las dificultades en las relaciones intrafamiliares que se presupuso existan en estas familias, aspecto que puede considerarse un criterio favorable de comparación externa.

4.3.3.2 Estudio biopsicosocial de niños en edad escolar. Los Olivos. Sancti Spíritus. 2003

La investigación realizada con el uso del modelo de salud familiar, en el área de salud Los Olivos de la provincia Sancti Spíritus en el año 2003, permitió utilizar parte de sus resultados como criterios externos que avalen la validez del modelo propuesto.

Los niños de edad escolar que presentan problemas del desarrollo biopsicosocial, debían haber crecido en hogares con graves afectaciones de la salud familiar.

Partimos del supuesto teórico que familias con desventajas sociales producen vulnerabilidad biológica, genética y alteraciones del desarrollo psicológico en los hijos.²¹⁵

Se listaron las familias que tuvieran un niño en edad escolar por las historias de salud familiar y con esos listados se aplicó el Muestreo Simple Aleatorio. Se tomó el niño mayor, en caso que en el hogar existiera más de uno.

La aplicación de los instrumentos del modelo se realizó a través de la entrevista familiar realizada por la psicóloga investigadora y con los datos obtenidos por observación en el terreno y en el consultorio. Se calcularon estimaciones puntuales y por intervalos de confianza al 95% y se realizó la prueba de Bartholomew para la determinación de asociaciones entre variables biopsicosociales del desarrollo infantil y la situación de salud familiar.

Como parte de los resultados se obtuvo que en el cuadrante 4 se colocaron 12 familias para un 21,4%, lo que significa que ellas estaban en situación caótica, de máxima afectación dada la disfunción intrafamiliar y la criticidad de vida familiar, un 44,6% (25 familias) fueron disfuncionales al presentar problemas en las relaciones intrafamiliares, en ausencia de criticidad familiar.

En el cuadrante 2 no se colocó familia alguna y 19 familias, para un 33,9% fueron potenciadoras del desarrollo, encontrándose en los niveles de ajuste familiar.

Es de destacar que en 37 familias para un 66% se presentaron alteraciones de las relaciones intrafamiliares y los procesos más afectados fueron la cohesión, la comunicación y la adaptabilidad.

En Cali Colombia, se realizó un estudio de funcionamiento familiar con el uso del Apgar Familiar y se obtuvo un 3% de disfuncionalidad severa, un 43% de familias disfuncionales y un 57% de familias funcionales, resultados análogos a los nuestros.²¹⁶

Las características familiares más frecuentes fueron: el bajo nivel instruccional del jefe del hogar, los bajos ingresos económicos, el hacinamiento, la convivencia de tres y más generaciones, el adolescente en la familia, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo, los problemas higiénicos del hogar y el no cumplimiento de indicaciones, todas entre un 30 y un 35%, aspecto que coincide con nuestra experiencia de aplicación del modelo en investigaciones de corte comunitario.

El porcentaje más elevado (91,6%) de niños con valoración nutricional normal estuvo en las familias del cuadrante 1, no existiendo en ellas delgados ni desnutridos.

Los niños de hogares con afectaciones de salud familiar (cuadrantes 3 y 4) tuvieron más episodios de infecciones diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, hepatitis, parasitismo intestinal, pediculosis y amigdalitis en un año, que los que viven en situación de ajuste familiar.

En las familias de máxima afectación de salud familiar se concentraron los porcentajes más elevados de los problemas de salud antes mencionados. En las familias con niveles de máxima afectación de salud familiar se agruparon los niños con problemas de: control de esfínteres, rendimiento docente, motivación escolar, independencia, adaptabilidad grupal, tolerancia al fracaso, autocontrol emocional y normas de comportamiento. Se halló asociación significativa entre las afectaciones de la salud familiar y las variables del desarrollo psicosocial infantil. (Tabla 14)

Los resultados coinciden con una investigación realizada en Uruguay en la cual se encontró asociación significativa entre las alteraciones del desarrollo psicomotor y emocional del niño con determinadas características familiares que perturban el equilibrio.²¹⁷

Se afirma que el crecimiento y el desarrollo infantil son excelentes indicadores de las condiciones de vida, en tanto son una resultante de la interacción de factores genéticos y ambientales. Se plantea que a mayor nivel socioeconómico hay un mejor acceso a la alimentación adecuada, a un mejor cuidado a la salud y a la protección materno – infantil entre otros factores.²¹⁸

En el estudio longitudinal del niño cubano desde 1973 a 1990 y en estudios de familias con riesgos para el desarrollo infantil, se plantea que resultó muy importante el nivel escolar de los padres, el medio socio – cultural, y las condiciones materiales de vida sobre el desarrollo psicológico y se hace énfasis en la acción potenciadora que ejerció la familia sobre estos niños.²¹⁹

Los resultados de la presente investigación aportaron elementos acerca de la utilidad del modelo para insertar el enfoque familiar en la integración de los aspectos biopsicosociales de la salud.

4. 4. Recursos complementarios del modelo de salud del grupo familiar.

4.4.1. Encuesta familiar.

Se diseñó una encuesta estructurada que responde a las dimensiones y categorías del modelo. Consta de 12 preguntas de selección. Las preguntas 10, 11 y 12 pueden tener varias respuestas y de la pregunta 1 a la 9 son de una sola.

La encuesta permite obtener la información necesaria para aplicar el modelo cuando no se dispone de un miembro del equipo de salud que pueda llenar el inventario o cuando se desea aplicar el modelo con fines de investigación fuera del contexto de la atención primaria de salud.

4.4.2. Familiograma.

Se propone el familiograma como un recurso complementario que permite visualizar la composición estructural del hogar. En el marco de las sesiones de debate en grupo con los expertos se obtuvo consenso respecto a la simbología a utilizar en el mismo.

4.5. Procedimientos generales de la aplicación del modelo.

La evaluación de la salud del grupo familiar con la aplicación del modelo requiere la obtención de la información proveniente de la familia y la observación del hogar y el entorno comunitario.

Puede interrogarse a la familia utilizando la técnica de entrevista familiar que facilita el consenso de los adultos responsables del hogar y en cuyo marco se pueden aplicar los instrumentos, la prueba FF – SIL, y la encuesta familiar si es que no posee la información del equipo básico de salud para completar el inventario.

Puede acudirse a un miembro de la familia que haga el reporte familiar, cuando las condiciones así lo requieran, esta persona debe ser un adulto con convivencia estable en el hogar, que tenga un nivel alto de involucración en las decisiones del mismo y no debe tener alguna limitación de sus facultades mentales. Debe elegirse la persona visualizada por el grupo familiar como jefe del hogar, o al integrante de la familia en estudio ya sea un enfermo o un representante de un grupo objeto de atención, como pueden ser adolescentes, ancianos etc.

En tanto el equipo básico de salud posee autoridad técnica en la comunidad y trabaja en ambiente natural de vida cotidiana de la familia, la obtención de la información requerida no resulta compleja y resultará con elevado nivel de confiabilidad.

Aspectos a tener en cuenta para la evaluación de la salud de la familia:

- Mantenerse en consonancia con el enfoque de salud de la familia y el marco referencial que constituye la concepción teórica del modelo, sus métodos y técnicas.
- La racionalidad de la evaluación en dependencia de los objetivos de investigación.

- La investigación clínica con la familia tiene características y procedimientos diferentes a la investigación de corte epidemiológico, en esta última la familia no tiene necesidad de atención y por lo general no tiene actitudes proclives al análisis de la vida interior de la familia.
- La selección del informante de la familia, debe ser un integrante de convivencia estable, con capacidad para brindar la información requerida.
- El fenómeno que se estudia, la vida familiar, su estructura, funcionamiento y desarrollo es dinámico y variable y la información que genera la evaluación es válida en un período limitado de tiempo.
- Contextualizar los hechos en un determinado período de tiempo, toda vez que la vida familiar es cambiante y las comparaciones y asociaciones con eventos de salud requieren un análisis retrospectivo, con relación al momento de la evaluación.
- Respeto a los principios éticos del ejercicio profesional y de la investigación familiar.

4.6. Limitaciones del Modelo.

La operacionalización del modelo para la identificación de las características de riesgo del contexto socio económico está diseñada desde la realidad de la familia cubana, que no padece problemas de exclusión, marginalidad, pobreza, analfabetismo y otros males propios del capitalismo y de la feroz política neoliberal del mundo polarizado actual.

Para que el inventario fuera sensible a otras realidades sociales, las categorías deben operacionalizarse de forma tal que se recojan otras características de riesgo social acordes con la situación económica social y cultural de cada región.

Al tener un enfoque de unidad familiar desde la óptica microsocia, el modelo requiere el contacto directo con la familia, debe analizarse la realidad psicosocial de la misma a partir de los datos primarios recogidos por los equipos de atención o de investigación al nivel de consultorio médico.

Conclusiones

1. La concepción teórica de salud del grupo familiar se fundamenta en la génesis socio – histórica y cultural del comportamiento humano, en la concepción social de la salud y en las regularidades psicológicas de la vida familiar, fundamentos que se integran en una cosmovisión holística y dialéctica.
2. El carácter de grupo especial de intermediación social que tiene la familia constituye el principio que fundamenta su acción reguladora en la salud, al incidir directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, en la formación de comportamientos saludables e influir en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad y sus secuelas.
3. La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocia en el contexto del hogar y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida familiar y social.
4. El modelo teórico - metodológico de salud del grupo familiar se organizó para fines prácticos en una estructura multidimensional compuesta por seis dimensiones configurativas que son: contexto socio – económico y cultural de vida familiar, composición del hogar, vivencia de procesos críticos normativos, paranormativos y de salud en la familia, afrontamiento familiar, relaciones intrafamiliares y apoyo social.
5. La relación entre las dimensiones configurativas de salud del grupo familiar se concibe en una dinámica de interacción sistémica, multidireccional y compleja, existiendo un orden jerárquico en el cual ocupa un lugar relevante las condiciones del contexto económico social y cultural de vida familiar, las relaciones intrafamiliares y el apoyo social.
6. Expertos y usuarios evaluaron positivamente la pertinencia del modelo, sus dimensiones, categorías y criterios evaluativos, así como la factibilidad de aplicación, la utilidad en el análisis de la situación de salud, en la investigación con enfoque familiar y en la planificación de intervenciones en la Atención Primaria de Salud.
7. La prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares tiene una estructura interna consistente y estable, que refleja información válida sobre los procesos relacionales comunicación, roles, adaptabilidad, cohesión, afectividad, permeabilidad y armonía los cuales sintetizan la funcionalidad intrafamiliar.
8. El inventario de características familiares de riesgo que recorre el dominio de las dimensiones configurativas del modelo en su expresión negativa concreta, resultó un recurso válido para la descripción cualitativa y cuantitativa de las crisis que potencialmente afectan la salud del grupo familiar.
9. La matriz diseñada constituyó un recurso instrumental que permitió la integración de las dimensiones configurativas de la salud del grupo familiar en su evaluación y reveló la pertinencia,

aplicabilidad y validez del modelo en la atención primaria, al justificarse teórica y empíricamente y compararse satisfactoriamente con criterios externos a su propio procedimiento.

Recomendaciones

Aún cuando se presenta la pertinencia y validez del modelo de evaluación de salud del grupo familiar para la Atención Primaria, se recomienda su aplicación en otros espacios de atención e investigación familiar, así como en organizaciones e instituciones de otros sectores de la sociedad vinculadas con la planificación de intervenciones familiares.

Estimular la aplicación de las diferentes expresiones del enfoque familiar en la salud tomando como referente la concepción teórica de salud familiar propuesta en el modelo y los resultados de las investigaciones, a fin de mejorar las políticas, los programas y las acciones encaminadas a promover la salud y a perfeccionar la calidad de los servicios.

Continuar la instrumentación metodológica del modelo hacia una evaluación de las fortalezas de las familias, de las características potenciadoras del desarrollo y de la resiliencia familiar, más allá del enfoque de riesgo y en correspondencia con las tendencias contemporáneas de promoción de salud.

El modelo de evaluación de salud de la familia debe incrementar el fondo bibliográfico para el estudio de asignaturas relacionadas con la atención médica, psicológica y social a la familia y puede ampliar los aspectos contenidos en los programas docentes y metodológicos de la Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Familia y Salud. Informe de la 37ª Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo WDC: OPS [en línea] 2003 [fecha de acceso 2 de julio de 2003]. Disponible en url: <http://www.who.int/gb/ebwpo/pdf/eb113/seb113r12.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Índices Estadísticos de Salud de la Familia. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra OMS; 1976. Serie de Informes Técnicos: 587

3. Naciones Unidas. Declaración de Cartagena de Indias. En: Familia y Futuro. Un programa regional en América Latina y el Caribe. Anexo 1 y 2 Bogotá: CEPAL. 1994
4. Recio R. Día Internacional de la Familia. [en línea] 2003 [fecha de acceso 2 de abril de 2003]. Disponible en url: <http://www.bvs.sld.cu.htm>.
5. Naciones Unidas (ONU). La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia. Informe 113ª reunión de la ONU. WDC: ONU [en línea] 2004 [fecha de acceso 20 de febrero de 2004]. Disponible en url: <http://www.who.int/gb/pdf>.
6. Castro F. Fragmento del discurso pronunciado en la clausura de la cumbre de ministros de salud del movimiento de países no alineados en el palacio de las convenciones. Granma 1998 jun 30; 2
7. Castro F Fragmento del discurso pronunciado en la inauguración de la escuela de Trabajo Social de Holguín. Granma 2001 oct 24; 3
8. Coyne J C, Thompson R, Klinkman M S, Nease, D E. Emotional disorders in primary care. Journal of Consulting & Clinical Psychology. (USA) 2002; 70 (3): 798-80
9. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para el período 1999 - 2002. WDC: OPS [en línea] 1999 [fecha de acceso 11 de enero de 2000]. Disponible en url: <http://www.ops.org.htm>.
10. Programa de Desarrollo de Psicología de la Salud para el año 2000. Grupo Nacional de Psicología de la Salud. La Habana: MINSAP; 1987
11. Rodríguez J F, Barrios I, Fuentes MT. Introducción a la Metodología de las Investigaciones Sociales. La Habana: Editora Política; 1984 p.12
12. Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000. Cap. 1. p. 2
13. Kaslow W F. Families and Family Psychology at the Millennium: Intersecting Crossroads. American Psychologist© [en línea] 2001 [fecha de acceso 6 de febrero de 2003]; 56 (1): 37 – 46. Disponible en url: <http://www.apa.org/PsycARTICLES.htm>.
14. Benítez ME. Dinámica sociodemográfica de la población y la familia cubana. En: Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales; 2003. p.56 - 59
15. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio. Informe final de investigación. La Habana: CIPS; 2001
16. Martín C. La identidad cubana. En: El cubano de hoy. Un estudio psicosocial. Ciudad de La Habana: Fundación Fernando Ortiz; 2003. p. 63 – 65
17. Fabelo JR. Los valores y sus desafíos actuales. Ciudad de La Habana: José Martí; 2003. p. 166 – 181
18. Castro A PL. Cómo la familia cumple su función educativa. La Habana: Pueblo y Educación; 2002 p. 8

19. Díaz TM. La familia cubana ante la crisis de los 90. Departamento de estudios sobre familia. Centro de investigaciones psicológicas y sociológicas. Cuba. [en línea] 2003 [fecha de acceso 3 de mayo de 2003] Disponible en el url: <http://www.clacso.org>.
20. Hernández R, Domínguez MI, Martín C, Valiño O. ¿Por qué emigran los cubanos? Temas 2002; (31): 76
21. Vera A. Estudiar la familia. Un repaso. Temas 2002; (31): 107
22. Álvarez SM, Álvarez SM, Rodríguez RI, Popowski CP, Castañeda MAV. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: De la Mujer; 2000. p. 22 – 44
23. Arés MP. Familia cubana, realidad económica y políticas sociales. Fortalezas y desafíos. [Disertación] La Habana: Facultad de Psicología. Universidad de la Habana; 2003
24. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio. Informe final de investigación. La Habana: CIPS; 2001
25. Constitución de la República de Cuba. [en línea] 1976 [fecha de acceso 2 de septiembre de 2002] Disponible en url: <http://www.gacetaoficial.cu/constitucion/htm>.
26. Ley 1289 del 14 de febrero de 1975. Código de la familia. [en línea] 2002 [fecha de acceso 2 de septiembre de 2003] Disponible en url: <http://www.gacetaoficial.cu/codigodefam.htm>.
27. Louro I. Enfoque familiar en la salud. En: Temas de Actualización en Salud Pública. [Monografía en CD ROM] Escuela Nacional de Salud Pública: 2003
28. Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata [en línea] 1978 [4 de febrero de 2003] Disponible en url: <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/declaracionalmaata.pdf>
29. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1988.
30. Ministerio de Salud Pública. Historia de salud familiar. Documento de trabajo. En: Carpeta metodológica. APS. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2000
31. Louro I. La Psicología de la Salud y la Salud Familiar. En: Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones. Hernández M E, Grau A J, De los Santos A F. Centro Universitario de Ciencias Sociales. Universidad de Guadalajara. En prensa 2004.
32. Lorenzo A, Segredo A, Louro I, Torres M, Pría MC, Hernández E. Elementos que definen la gestión de salud a nivel del consultorio médico. Informe final de investigación Grupo de Investigación APS: ENSAP; 2001.
33. De La Revilla A, Fleitas C. Influencias socio – culturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. En: Martín Z A, Cano P JF. Atención Primaria. Concepto. Organización y Práctica Clínica. Vol 1. 4 ed. Barcelona: Harcourt; 1999. p. 113
34. Grupo Nacional de Psicología de la Salud. Plan de Actividades de Psicología para la APS. La Habana: MINSAP; 2001

35. Reyes DZ. Desempeño profesional del psicólogo de la salud en el plan integral de la familia. Ciudad de La Habana. 1997. [Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud] 1997, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
36. Pría MC, Louro I, Lorenzo A, Segredo A, Hernández L, Hernández E. et al. Evaluación de los informes de análisis de la situación de salud a nivel de los consultorios médicos en el país. Informe final de investigación. Grupo de Investigación APS: ENSAP; 2003
37. Organización Panamericana de la Salud. El análisis de la situación de salud. El Caso Cuba [en línea] 2001 [fecha de acceso 14 de mayo de 2002] Disponible en url: <http://www.ops.oms.htm>.
38. Ministerio de Salud Pública. Programa de Especialización de Medicina General Integral. Edición provisional. La Habana: Viceministerio de Docencia, MINSAP; 1989
39. Ministerio de Salud Pública. Programa de la Licenciatura en Enfermería. La Habana: Viceministerio de Docencia, MINSAP; 1978
40. Ministerio de Salud Pública. Programa de Especialización en Psicología de la Salud. La Habana: Viceministerio de Docencia, MINSAP; 1996
41. Bedoya A. Evaluación de la calidad de la atención integral a la familia. [Tesis en opción al título de Master en Salud Pública]. 1998, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
42. Díaz Véliz M E. Metodología docente para preparar al estudiante de medicina en la atención integral a la familia. [Trabajo para optar por el título de Master en Educación Médica]. 2001, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
43. Reiss-Brennan B, Oppenheim D, Kirstein JL. Rebuilding Family Relationship Competencies as a Primary Health Intervention. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2002; 4 (2): 41 – 53
44. Louro I. Identificación de necesidades de aprendizaje para la aplicación del enfoque familiar en la Atención Primaria de Salud. En: Seminario Internacional de APS. Ciudad de La Habana; 2000
45. Pérez C. El paradigma psicosocial de la Medicina General Integral [Trabajo para optar por el título de Master en Educación Médica] 2002, Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana.
46. Louro I. Intervención Psicológica Familiar. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1994.
47. San Martín H. Carrasco JL. Salud, Sociedad y Enfermedad. Estudios de Epidemiología Social. Madrid: Editorial Ciencia 3;1986
48. Dahm I, Geissler A, Hunter H et al Sociología para Médicos. La Habana: Ciencias Sociales; 1990. p. 92-116
49. Engels. F. El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. La Habana: Editorial Política; 1963.
50. Gaminde I. Sociología y Salud. En: Gallo FJ V y cols. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Editorial. I. M. & C; 1997. p. 404 – 409
51. Dever G.E.A. Epidemiología y Administración de los servicios de salud. WDC: OPS; 1991. Serie Paltex. P. 4 - 6

52. Breihl J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. 2ed. Quito: CEAS; 1995. p. 125-126
53. Castellanos PL. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Washington: OPS; 1992
54. Organización Panamericana de la salud. Modelos y Teorías de Comunicación en Salud. Promoción de Salud. WDC: OPS; 1996. Serie # 19. p. 8- 9
55. Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. Ciudad de La Habana: Científico – Técnica; 1989. p. 17 – 30
56. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pub 2003; 29(1): p. 48 -51
57. González S D. Epistemología, Psicología. La dialéctica materialista y la determinación del psiquismo humano. Revista Cubana de Psicología 2002; 19 (3): 219
58. D'Angelo. H O. Proyección desde Vigotsky a la construcción de la persona y la sociedad creativas. Revista Cubana de Psicología 1999; 16 (2): 147
59. Arias B G. Acerca del valor teórico y metodológico de la obra de L.S. Vygotsky. Revista Cubana de Psicología 1999; 16 (3): 171
60. Arias B G. El papel de los otros y sus características en el proceso de potenciación del desarrollo humano. Revista Cubana de Psicología 1999; 16(3): 194 - 199
61. Domínguez G L, Fernández R L. Individuo, sociedad y desarrollo. Revista Cubana de Psicología 1999; 16 (1): 48 – 52
62. Fabelo JR. Los valores y sus desafíos actuales. Ciudad de La Habana: José Martí; 2003. p. 173
63. Fuentes A M. Subjetividad y realidad social. Un modelo psicosocial para su estudio. Revista Cubana de Psicología 2000; 17 (3): 281 – 283
64. Fuentes A M. El ámbito laboral: Algunas reflexiones desde un enfoque sociopsicológico. Revista Interamericana de Psicología 2000; 34 (1): 81-91
65. Fuentes A M. ¿Por qué el grupo en la Psicología Social? Revista Cubana de Psicología 2001; 18(1): 29
66. Pérez C M. Los paradigmas médicos. Factores de su conservación y cambio. En: Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 261 - 273
67. Epps S, Jackson B J. Empowered families, successful children. En: Early intervention programs that work. Washington DC: American Psychological Association 2000. p. 135-162
68. Aguilar A, Guajardo RC. Familia y conductas de autocuidado en escolares de sexto año básico de la Comuna de Villarrica. [Tesis presentada para obtención del grado de Profesional de Enfermería]. 1999, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
69. Donati PP. Sociología de la Salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 124

70. Ellis B J, McFadyen-Ketchum S, Dodge K A.; Pettit G S, Bates, J E. Quality of early family relationships and individual differences in the timing of pubertal maturation in girls: A longitudinal test of an evolutionary model. *Journal of Personality & Social Psychology* 1999; 77 (2): 387-401
71. Abull O, López O, Rodríguez O. Funcionamiento Familiar. Papel en la criticidad del climaterio. Manatí. Las Tunas. 2003. XII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. La Habana 28 de abril de 2004.
72. Louro I. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud – enfermedad. Experiencias en la atención primaria de salud. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1993.
73. Robitschek Ch, Kashubeck S. A structural model of parental alcoholism, family functioning, and psychological health: The mediating effects of hardiness and personal growth orientation. *Journal of Counseling Psychology* 1999; 46 (2): 159-172
74. Bassuk E L., Mickelson K D, Bissell H D, Perloff J N. Role of kin and nonkin support in the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry* 2002; 72(1): 39-49
75. Hernández A, Rebutillo G, Danauy M, Bess S. Influencia del medio familiar en un grupo de 15 a 19 años con riesgo suicida. *Rev Cubana de Med Gen Integr* 1999; 15 (4): 372 – 7.
76. Carriera E. Estudio psico-social de familias de un consultorio médico en la comunidad. [Trabajo para optar por el título de Especialista en Medicina General Integral] 1991, Facultad Finlay – Albarrán, Ciudad de La Habana.
77. Abe-Kim J, Takeuchi D, Hwang, Wei-Chin. Predictors of help seeking for emotional distress among Chinese Americans: Family matters. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2002; 70(5): 1186-1190.
78. Bernal A. Asociación del funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de Arequipa. [Trabajo para optar por el título de Enfermería] 1998, Colegio Nacional Independencia Americana, Arequipa.
79. Olsson GI, Nordström ML, Arinell H, Von Knorring AL. Adolescent depression: social network and family climate --a case-control study. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40 (2): 227-37
80. Kissane DW, Bloch S, Onghena P, McKenzie DP, Snyder RD, Dowe DL. The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (5); pp. 659-66.
81. Almenara BJ, García GGR, Novalbos RJP, Merello MB, Abellan HMJ; García O C. Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. *Rev Esp Salud Publica* 1999; 73 (3): 383-92.
82. Nicolotti L, El-Sheikh M, Whitson S M. Children's coping with marital conflict and their adjustment and physical health: Vulnerability and protective functions. *Journal of Family Psychology* 2003; 17 (3): 315-326

83. McCarty C A, McMahon R J. Conduct Problems Prevention Research Group. Mediators of the Relation Between Maternal Depressive Symptoms and Child Internalizing and Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Family Psychology* 2003; 17 (4): 545-556
84. Sierra MJ, Del Río N B. Asma aguda. *Bol. médico* 1999; 56(3):185-94
85. Palmer S, Glass Th A. Family Function and Stroke Recovery: A Review. *Rehabilitation Psychology* 2003; 48 (4): 255-265
86. Castro PL. Familia, sexualidad y discapacidad desde el paradigma histórico – cultural. *Temas* 2002; (31): 47 -56
87. Colectivo de autores. Por la vida. Estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio clínico – genético de las personas con retraso mental en Cuba. Ciudad de la Habana: Editora Abril; 2003. p. 38, 175.
88. Casals J C. Patrones de liderazgo, estrés y desempeño profesional en instituciones de salud. *Revista Cubana de Psicología* 2000; 17(2): 132
89. Capra F. La Trama de la Vida. Barcelona: Anagrama; 1997
90. Moya J. Cap. 2 Teoría General de los Sistemas. En: Moya J. *Terapia Familiar Sistémica*. Córdoba: Triunfar; 2000. p. 24 – 40
91. Louro I. Atención Familiar. En: Alvarez Sintes. *Temas de Medicina General Integral*. Vol 1 Salud y Medicina. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 211-212
92. Núñez J. Epistemología, Interdisciplinariedad y medicina. *Ateneo* 2000; 1 (2): 104
93. Patterson J, Garwick A. Levels of meaning in family stress theory. *Fam Process* 1994; 33 (3):287-304.
94. Ruíz G. La Familia. Concepto. Funciones. Estructura. Ciclo de Vida Familiar, Ambiente Familiar y Apgar Familiar. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr* 1990; 6(1):58-73.
95. González I. Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (3): 270 – 6
96. Bonzo C, Castro B, De Lellis M, Samaniego C, Tissera E. Aportes psicosociales al concepto de riesgo. En: Saforcada E y cols. *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Argentina: Proa XXI Editores; 2001. p. 134
97. El estrés familiar. [en línea] 2002 [fecha de acceso 2 de abril de 2003] Disponible en url: http://www.udl.es/centres/ice/cat/ori_univers/noticies/estres.pdf.
98. División de Promoción y Protección de la Salud. Familia y Adolescencia: Indicadores de salud. *Manual de Instrumentos*: Washington: K Kellogg; 1999.
99. Martínez GC. *Salud Familiar*. La Habana: Científico Técnica; 2001. p.61
100. Pereyra M. Cómo enfrentar la adversidad: La Resiliencia. En busca de la alegría de vivir. [en línea] 1999 [fecha en acceso 11 septiembre del 2000] Disponible en url: <http://www.pmmministers.com/ministerio salud mental//htm>
101. Arés M P. Aportes de la Psicología a los estudios de familia. En: Vera A. *La familia y las Ciencias Sociales*. La Habana: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello;2003

102. Arés M P. Mi familia es así. Investigación psicosocial. La Habana: Ciencias Sociales; 1990. p. 13-17
103. Colectivo de autores. Problemas actuales del desarrollo de las investigaciones sociales concretas. Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales; 1980
104. Epstein N, Bishop D S, Baldwin LM. Mc Master Model of Family Functioning. A view of a normal family. En: Walsh, F. Normal Family Processes. NY: Guilford Press; 1985. p. 115-141
105. Walsh, F. Normal Family Processes. Growing diversity and complexity. NY: Ed. Guilford Press: 2002. p. 87 – 98
106. Ponce R ER, Gómez C FJ, Terán T M, Irigoyen C AE, Landgrave I S. [Validez de constructo del cuestionario FACES III en español \(México\)](#) Atención Primaria 2002; 30 (10): 624-630
107. Brace MJ, Scott M, McCauley E, Sherry DD. Family reinforcement of illness behavior: a comparison of adolescents with chronic fatigue syndrome, juvenile arthritis, and healthy controls. J Dev Behav Pediatr 2000; 21 (5): 332-9.
108. Martínez GC. Salud Familiar. La Habana: Científico Técnica; 2001. p. 281 – 303.
109. Olson H D. "Family Inventories". Minnesota: Family Social Science; 1996
110. Organización Panamericana de la Salud. Familia y Adolescencia. Indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos. e instrumento abreviado. WDC: Fundación W K Kellog; 1999.
111. Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6:1231-1239.
112. [Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, Hartsell M and Orzano AJ. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning? J Fam Pract 2001; 50: 19 -25.](#)
113. Arcos GE, Molina V I, Reporse F A . Violencia Doméstica y Sexualidad. Rev Med Chile 1999; 127 (11): 13 – 29
114. Aguilera de VG, Eliécer J. Elbitar E, Borges G Z, Hurtado de B J. Estudio de la funcionalidad familiar en familias con un solo progenitor. Médico de Familia. 1999; 7(2) 34 - 40
115. Werner, PD. Green R J. California Inventory for Family Assessment [Home Page] 2001[fecha de acceso 12 de mayo de 2004] Disponible en el url: <http://ourworld.compuserve.com/homepages/pdwerner/cifa1.htm>
116. North Carolina Family Assessment Scale – Reunification. [en línea] 2001[fecha de acceso 22 de mayo de 2004] Disponible en el url: http://www.nfnpn.org/reunification/files/ncfasr_scale.rtf
117. Palomar J. Relationship between family functioning and quality of life among families with an alcoholic member. Mental Health 1999; 22 (6):13 -21.
118. Korfmacher J. The Kempe Family Stress Inventory: a review. Child Abuse Negl, 2000; 24 (1): 129-40.

119. Duggan A, Windham A, McFarlane E. Hawaii's Healthy Start Program of Home Visiting for At -Risk Families: Evaluation of Family Identification, Family Engagement, and Service Delivery. *Pediatrics*. 2000; 105 (1): 250 – 350
120. Mc Goldrich M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa; 1999
121. Loayssa JR, Buil C, Gimeno A. Exploración Familiar. En: Gallo FJ V y cols. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Coordinación Editorial. I. M. & C; 1997. p. 377
122. Jacob Th, Windle M. Family assessment: Instrument dimensionality and correspondence across family reporters. *Journal of Family Psychology* 1999; 3(3): 339-354
123. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA; 2000.
124. Hay P, Katsikitis M, Begg J, Da Costa J, Blumenfeld N. A two-year follow-up study and prospective evaluation of the DSM-IV axis V . *Psychiatric Services*. 2003; 54 (7): 1028 - 30.
125. Ross N M; Doherty, W J. Validity of the Global Assessment of Relational Functioning (GARF) when used by community-based therapists. *American Journal of Family Therapy*. 2001; 29(3): 239-253
126. Arés M P. Psicología de la Familia. Guayaquil: Facultad de Ciencias Psicológicas de Ecuador. 2002. p. 147 – 9.
127. [Herrera SP, González BI, Soler CS](#). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] 2002 [fecha de acceso 3 de febrero 2003]; 18(2)*. Disponible en url: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi13202.htm
128. García A M, Baeza C. Modelo Teórico para la identidad cultural. En: Hacia los pasos una vez perdidos. La Habana: Centro de investigación y desarrollo de la cultura cubana; 1998.
129. Dawson S, Manderson L, Tallo L V. A Manual for the use of focus groups. *Methods for social research in disease*. USA: Social and Economic research; 1998
130. Rodríguez G, Gil F, García J. Metodología de la Investigación Cualitativa. Santiago de Cuba: Prograf ; 2002 p 39
131. Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000 Cap. 12. p 285
132. Lienert S A. Selección de lecturas de Psicodiagnóstico laboral. Construcción y análisis de los test. Tomo V. Ciudad de La Habana: Cenic; 1990. p. 51 - 71.
133. Moriyama I. M. Indicators of social charge. *Problems in the meassurments of health status*. NY: Russel Saje Foundation. 1968. p. 593.
134. Norman R G, Streiner L D. Bioestadística. España: Harcourt Brace; 1998. p. 164 - 165
135. Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 68

136. Astraín ME. Alternativas metodológicas para la clasificación de territorios según condiciones de vida. [Tesis en opción al grado de Master en Salud Pública] 1998, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
137. De Armas M. Caracterización Familiar de jóvenes comisores de delitos. Las Tunas. 2002 – 2003. [Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud] 2004, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
138. Castellón S. Vulnerabilidad familiar y características biopsicosociales de niños en edad escolar. Área Olivos. Sancti Spiritus. 2003. [Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud] 2003, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
139. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: Desafío de la Epidemiología OMS; 1988. p. 900 – 909
140. Bisquerra, R. Métodos de investigación educativa. Barcelona: CEAC; 1989
141. Riviere P. Modelo dramático. [en línea] 2000 [fecha de acceso 2de agosto de 2003] Disponible en el url: http://www.pichón.riviere/grupo_operativo/modelo_dramático.
142. Calviño V-F M. Orientación Psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple. Colombia: Científico Técnica; 2000. p. 27
143. Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra: OMS; 1976. Serie de Informes Técnicos: 587
144. Horwitz N, Florenzano R, Rigeling PI. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol OPS 1985; 98 (2): 144 - 53
145. Clavijo PA. Crisis, Familia y Psicoterapia. La Habana: Ecimed; 2002
146. Ortiz MT, Louro I, Jiménez L, Silva LC. Salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev Med Gen Integr 1999; 15 (3): 303 - 9
147. González B I. Reflexiones acerca de la Salud Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (5): 508-12
148. Louro I, Infante O, De la Cuesta D. Pérez E, González I, Pérez C, Pérez C. et al. Manual de Intervención en Salud Familiar [en línea] 2001 [fecha de acceso: 20 de septiembre de 2001] Disponible en url: <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>
149. Ortiz MT, Louro I, Jiménez L, Silva LC. Métodos de investigación diversos en el estudio de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2): 151 – 5
150. Louro I. Modelo teórico para el análisis de la salud familiar. Rev Cub Salud Pub. En prensa 2004
151. Espina M, Martín L, Núñez L. Reajuste económico y cambios socio estructurales. En: Los cambios en las estructuras socioclasistas. La Habana: Ciencias Sociales; 2003. p. 13 – 16.
152. Conger D, Wallace E, Sun Y, Simons L, McLoyd C, Brody H. Economic pressure in African American families: A replication and extension of the family stress model. Developmental Psychology 2002; 38 (2):179 - 193
153. Linver R, Brooks-Gunn J, Kohen E. Family processes as pathways from income to young children's development. Developmental Psychology 2002; 38 (5): 719-734

154. Conger D, Rueter A, Elder H. Couple resilience to economic pressure. *Journal of Personality & Social Psychology* 1999; 76(1): 54-71
155. Boyle H, Lipman L. Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2002; 70 (2): 378 – 389
156. Gutiérrez JM, Arias G, López J, Rubens M. Estudio longitudinal del niño cubano. Informe de investigación. La Habana: MINED; 2003
157. Grzywacz, J G, Marks N F. [Reconceptualizing the work-family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family.](#) *Journal of Occupational Health Psychology* 2000; 5 (1): 111-126
158. Lewis S, Cooper L. The work-family research agenda in changing contexts. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999; 4 (4): 382-393
159. Burke J, Greenglass R. [Work - family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring.](#) *Journal of Occupational Health Psychology* 1999; 4 (4): 327 – 336
160. Frone R. [Work-family conflict and employee psychiatric disorders: The national comorbidity survey.](#) *Journal of Applied Psychology* 2000; 85 (6): 888 – 895
161. Adams A, Jex M. Relationships between time management, control, work - family conflict, and strain. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999; 4 (1): 72 – 77
162. Cinamon G, Rich Y. [Profiles of attribution of importance to life roles and their implications for the work-family conflict.](#) *Journal of Counseling Psychology* 2002; 49 (2): 212 – 220
163. Greenhaus H, Parasuraman S, Collins KM. [Career involvement and family involvement as moderators of relationships between work-family conflict and withdrawal from a profession.](#) *Journal of Occupational Health Psychology* 2001; 6 (2): 91 – 100
164. Ramírez C J. Religión y relaciones sociales. La Habana: Academia; 2000.
165. Donate M, Nabut JL. Condiciones materiales de vida del entorno familiar. Ciudad Habana: Ciencias Sociales; 1991
166. Castellanos PL. Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina. 1er Congreso Iberoamericano de Epidemiología. España. Octubre.1992. p. 6-8
167. Benítez ME. La familia como categoría demográfica. En: Benítez ME La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales; 2003. p. 41 - 46
168. Revilla L de la, Aragón A, Muñoz M. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en la atención primaria de la salud. España. Atención Primaria, 1991; 8 (2): 40 – 7
169. Cuevas A. La relación padre – hijo escolar en familias monoparentales de un contexto mexicano. *Revista Cubana de Psicología* 2003; 20(1): 91 - 94
170. Vera A Cuadernos de Familia (etapa colonial) Ciudad Habana: Ciencias Sociales; 1997. p. 28

171. Grau. J. Estrés, Salud y Enfermedad. En: Módulo 7. Psicología, Salud y Enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP; 2001
172. [Pérez C C](#). *La familia en su etapa de formación* *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15 (3): 237 – 40
173. [Herrera G, Benítez I](#). *La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar* *Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]* 2002 [fecha de acceso 2 de mayo de 2003] 18 (5)
Disponible en url: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi02203.htm
174. Ibarra M L. Adolescentes en crisis vs, crisis de la adolescencia. *Revista Cubana de Psicología*.1999; 16 (2): 93 -99
175. *Pérez C, López MT. Familia e independencia de los hijos. Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (4): 370 – 4
176. Pérez C, Sebazco A. Familia perdida. Características de esta crisis familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (1): 93 - 7
177. Arés M P. Eventos vitales y desarrollo infantil. ¿Riesgo o daño reparable? En ¿En que tiempo puede cambiarse la mente de un niño? Edición especial de la familia cubana. La Habana: Abril; 1999. p. 68-73
178. Marín J. *Psicología social de la salud*. Barcelona: Síntesis SA; 1996
179. Hernández M E, Palomera CH A, De Santos A F. *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*. Guadalajara: Coordinación editorial; 2003. p. 29 - 31
180. Grant B F. Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *Am Journal of Pub Health* 2000; 90 (1): 112-115
181. Spurkland I, Bjørbaek T, Geiran O: Kronisk hjerte-eller lungesykdom og psykososial belastning *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119 (2): 209-13.
182. González I. Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (3): 270 – 276
183. Louro I. Atención Familiar. En: Alvarez Sintes. *Temas de Medicina General Integral*. Vol 1 Salud y Medicina. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 209 – 238.
184. Moya J. Cap 4. La familia funcional. En: Moya J. *Terapia Familiar Sistémica*. Córdoba: Triunfar; 2000. p. 64
185. Walsh, F. *Normal Family Processes. Growing diversity and complexity*. NY: Ed. Guilford Press: 2002. p. 87 – 98
186. Rolland J. *Familias, enfermedad y discapacidad*. Madrid; Gedisa 1994
187. Castro PL. *El maestro y la familia del niño con dificultades*. La Habana; Save de Children. 2004
188. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986
189. Fernández P, Louro I, Hernández P. Evaluación de un programa de intervención educativa para familias de alcohólicos en rehabilitación. *Rev Cubana de Med Gen Integr* 1998;14 (3): 213 - 217
190. Gil La Cruz M, Borjano P E. Pautas de interacción y Apoyo Social en la pobreza de una comunidad autónoma española. *Revista Cubana de Psicología* 2000; 17 (3): 243.

191. Roca A, Pérez M. Apoyo social: su significación para la salud humana. La Habana: Félix Varela; 1999: p. 6-30.
192. Cohen S, Wills T A. Stress Social Support and the buffering process. *Psychological Bulletin*. 1985; (98): 310 – 357
193. Louro I. La depresión en la muestra cubana: En: La depresión. Estudios psicológicos en Puerto Rico y Cuba. Puerto Rico: Publicaciones puertorriqueñas; 2003. p. 207
194. [Hurdle, E.](#) Social Support: A Critical Factor in Women's Health and Health Promotion. *Health & Social Work* 2001; 26 (2): 72 - 8
195. [Fernández M, Herrera P, González Bl.](#) Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]* 2002 [fecha de acceso 22 de mayo de 2003];18 (2). Disponible en el url:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi02202.htm
196. Bonet M, Louro I, Ochoa R. Diagnóstico inicial de las familias en Yaguajay con el uso de indicadores positivos. Informe de investigación. Proyecto Yaguajay; 1995
197. González J. Factores de riesgo familiar en el intento suicida. Municipio Playa. [Tesis en opción al grado de Master en Psicología de la Salud] 1996, Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
198. Aguilera MC. Salud Familiar en familias sanas y con enfermos crónicos. Municipio Regla. [Tesis en opción al grado de Especialista en Medicina General Integral] 1997, Facultad "Miguel Enrique", Ciudad de La Habana.
199. Ortiz MT. Violencia intrafamiliar desde la perspectiva de la mujer. [Tesis de Especialista en Psicología de la Salud] 2000, Facultad "Calixto García", Ciudad de La Habana.
200. De la Cuesta D, Pérez E., Louro I., Bayarre H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. *Rev. Cub. Med Gen Integr* 1996; 12 (1): 24 – 31
201. Pérez E, De la Cuesta D, Louro I, Bayarre H. Construcción y Validación de una prueba para medir funcionamiento familiar. *Revista Ciencia Ergo Sum* 1997; 4 (1)
202. Ramírez S A. Caracterización sociopsicológica de familias con violencia intrafamiliar. Plaza de la Revolución. [Tesis en opción al título de especialista en Psicología de la Salud] 2003, Facultad "Calixto García", Ciudad de La Habana.
203. [Almenares M, Louro I, Ortiz MT.](#) Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15 (3): 285.
204. Percepción del maltrato infantil por los niños y sus padres. [Trabajo para optar por el título de Especialista en Psicología de la Salud] 2002, Facultad "Calixto García", Ciudad de La Habana.
205. [Domínguez G, Pérez C.](#) Caracterización de la familia de niños con trastornos de aprendizaje. *Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]* 2002 [fecha de acceso 15 de diciembre 2003]; 18(2). Disponible en url:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi13202.htm

206. Zapatero M. Condiciones de vida y educación como factores esenciales en la formación del hombre. Informe de Investigación 2003. Facultad Carlos J. Finlay. Ciudad de La Habana.
207. Louro I. Matriz de Salud Familiar: Un recurso instrumental para aproximarnos al diagnóstico de la situación de salud en grupos de familias. Revista Cub Gen Integr En prensa 2004
208. Vasallo N. La conducta desviada. Un enfoque psicosocial para su estudio. La Habana: Félix Varela; 2001. p. 44
209. Colectivo de autores. Jóvenes en los 90. La Habana: Casa Editorial Abril; 1999. p. 32.
210. Orte S. La importancia de la conducta antisocial en el diseño de programas de prevención de drogodependencias. Revista Interuniversitaria. Pedagogía Social 1999; 12 (4)
211. Matías M, Fresneda M. Excluidos y recludos. Educación en la prisión. Revista Interuniversitaria 2000; 6 (7)
212. Rebolledo H. Informe de práctica investigativa. Universidad de San Buena Ventura de Cali. Revista de Ciencias Humanísticas 2001.
213. Orsini A. Impacto de la crisis social en la escuela. Ensayos y experiencias. Buenos Aires: Novedades Educativas; 1999
214. Colectivo de autores. Jóvenes en los 90. La Habana: Casa Editorial Abril; 1999.
215. Repetti L R, Taylor E SH, Seeman E T. Risky family: Family Environments and the mental and physical health of offspring. Psychological Bulletin 2002; 128 (2): 330 – 336.
216. De Francisco C, Cerón Y, Herrera A. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. [en línea] 1999 [Fecha de acceso 29 de noviembre de 2003] Disponible en url: [url: _ HIPERVÍNCULO http://www.pta.org/Programs/SHlthProg.htm](http://www.pta.org/Programs/SHlthProg.htm) __¡Error! Marcador no definido.__
217. Canetti A, Cerutti A, Navarrete C, Schwartzmann L, Roba O, Zubillaga B. Consecuencias de las transformaciones en las familias de estratos populares urbanos sobre la reproducción intergeneracional de la pobreza, sobre el desarrollo infantil de niños/as menores de 5 años y características familiares en condiciones de pobreza. [en línea] 2002 [fecha de acceso 3 de septiembre de 2003] Disponible en url: http://www.iin.oea.org/conferencia_ana_ceruti.htm
218. Poletti O.H, Barrios L, Parquet R. A, Simón I.J, Ruiz Cunha J.M, Cambas D.B. Estudio del crecimiento de escolares en escuelas periféricas de Corrientes. [en línea] 2003 [fecha de acceso 30 de octubre de 2003] Disponible en url: <http://eluniversitario.unne.edu.ar/2003/19/pagina/cienciaaldiaA.htm>
219. Arias G. Evaluación y Diagnóstico en la Educación y el Desarrollo desde el enfoque histórico – cultural. Sao Paulo: Laura Marisa C. Calejón; 2001. p. 23

Tabla.1 Porcentajes de usuarios potenciales que consideran pertinente las categorías de la Dimensión Contexto Socio Económico.

Categoría	Número	Porcentaje
Inserción socio clasista	165	91.1
Dedicación ocupacional	169	93.3
Nivel instruccional	176	97.2
Vinculación escolar	176	97.2
Ingresos económicos del hogar	164	90.0
Estado físico de la vivienda	181	100
Servicios Básicos	181	100
Ambiente geofísico		
Equipamiento doméstico	165	91.1
Densidad Habitacional	181	100

n = 181

Tabla. 2 Porcentajes de usuarios potenciales que consideran pertinente las categorías de las Dimensiones Composición del Hogar y Procesos Críticos.

Categoría	Número	Porcentaje
Tamaño de la familia	181	100
Convivientes del Hogar según parentesco y generaciones	181	100
Acontecimientos que generan crisis normativas	164	90.0
Acontecimientos que generan crisis paranormativas	164	90.0
Acontecimientos que generan crisis de salud	181	100.0

n = 181

Tabla.3 Porcentajes de usuarios potenciales que consideran pertinente las categorías de las Dimensiones Relaciones Intrafamiliares y Afrontamiento.

Categoría	Número	Porcentaje
Afrontamiento	166	91.7
Cohesión	166	91.7
Armonía	166	91.7
Comunicación	166	91.7
Adaptabilidad	166	91.7
Afectividad	166	91.7
Roles	166	91.7
Permeabilidad	166	91.7

n = 181

Tabla 4: Resultados del coeficiente α de Cronbach global y por categorías del FF – SIL.

Categorías	α de Cronbach
Cohesión	0,42
Armonía	0,66
Comunicación	0,61
Adaptabilidad	0,26
Afectividad	0,85
Rol	0,66
Permeabilidad	0,36
Global	0,84

Fuente: Informe Final de Investigación. Validación de la prueba FF – SIL Ciudad Habana. 2000

Tabla 5: Distribución de criterios de expertos según ítems de la prueba FF – SIL y aspecto “Razonable y Comprensible”

Ítems	Razonable y Comprensible			
	Mucho		Poco	
	No.	%	No.	%
1	14	93,3	1	6,7
2	14	93,3	1	6,7
3	15	100	0	0,0
4	15	100	0	0,0
5	15	100	0	0,0
6	15	100	0	0,0
7	15	100	0	0,0
8	15	100	0	0,0
9	15	100	0	0,0
10	15	100	0	0,0
11	15	100	0	0,0
12	15	100	0	0,0
13	14	93,3	1	6,7
14	15	100	0	0,0

Fuente: Informe Final de Investigación. Validación de la prueba FF – SIL. Ciudad Habana. 2000

Nota: No se incluye la categoría Nada por no haber sido contemplada por ninguno de los expertos.

Tabla 6: Distribución de criterios de expertos según aspecto “Suposiciones básicas justificadas”

Suposiciones básicas justificadas	
-----------------------------------	--

Ítems	Mucho		Poco	
	No.	%	No.	%
1	14	93,3	1	6,7
2	14	93,3	1	6,7
3	15	100	0	0,0
4	15	100	0	0,0
5	15	100	0	0,0
6	15	100	0	0,0
7	15	100	0	0,0
8	15	100	0	0,0
9	15	100	0	0,0
10	15	100	0	0,0
11	15	100	0	0,0
12	15	100	0	0,0
13	15	100	0	0,0
14	15	100	0	0,0

Fuente: Informe Final de Investigación. Validación de la prueba FF – SIL. Ciudad Habana. 2000

Nota: No se incluye la categoría Nada por no haber sido contemplada por ninguno de los expertos.

Tabla 7: Distribución de criterios de expertos según ítems de la prueba FF – SIL y aspecto “Componentes claramente definidos”

Ítems	Componentes claramente definidos			
	Mucho		Poco	
	No.	%	No.	%
1	14	93,3	1	6,7
2	14	93,3	1	6,7
3	15	100	0	0,0
4	15	100	0	0,0
5	15	100	0	0,0

6	15	100	0	0,0
7	10	66,7	5	33,3
8	15	100	0	0,0
9	15	100	0	0,0
10	15	100	0	0,0
11	15	100	0	0,0
12	15	100	0	0,0
13	13	86,7	2	13,3
14	15	100	0	0,0

Fuente: Informe Final de Investigación. Validación de la prueba FF – SIL. Ciudad Habana. 2000

Tabla 8: Resultados de la clasificación de los expertos según ítems de la prueba FF - SIL

Ítems	Correcta		Incorrecta	
	No.	%	No.	%
1	15	100	0	0,0
2	15	100	0	0,0
3	15	100	0	0,0
4	15	100	0	0,0
5	15	100	0	0,0
6	14	93,3	1*	6,7
7	15	100	0	0,0
8	14	93,3	1**	6,7
9	15	100	0	0,0
10	15	100	0	0,0
11	15	100	0	0,0
12	15	100	0	0,0
13	14	93,3	1***	6,7
14	15	100	0	0,0

Fuente: Informe Final de Investigación. Validación de la prueba FF – SII. Ciudad Habana. 2000

* Ubicado en cohesión en lugar de adaptabilidad.

** Ubicado en rol en lugar de cohesión.

*** Ubicado en permeabilidad en lugar de armonía.

Pertinencia de la Dimensión	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100
Pertinencia de la Categoría	25	100	25	100	25	100	25	100	22	88	25	100
Pertinencia de las características de riesgo en el inventario	25	100	25	100	25	100	25	100	22	88	25	100
Factibilidad de evaluación en la Comunidad	19	76	25	100	25	100	25	100	22	88	25	100
Utilidad para la dispensarización	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100	20	80

n =24

Tabla 12. Coeficiente Kappa de concordancia de la matriz de salud familiar y el inventario de características familiares con el criterio médico.

ASPECTOS A RELACIONAR	COEFICIENTE KAPPA	CONCORDANCIA
Matriz – criterio médico	0.51	Moderada
Inventario – criterio médico	0.62	Moderada

Tabla 13. Distribución de los jóvenes comisores de delito, según características de riesgo y funcionalidad en sus familias. Las Tunas 2003

INVENTARIO	CRITICIDAD LEVE	CRITICIDAD MODERADA	CRITICIDAD SEVERA	CRITICIDAD EXTREMA	TOTAL

FF - SIL										
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Severamente Disfuncional	0	0.0	0	0.0	2	3,9	3	5,8	5	9,8
Disfuncional	0	0.0	0	0.0	3	5,8	7	13,7	10	19,6
Moderadamente Funcional	0	0.0	0	0.0	4	7,8	25	49,0	29	56,8
Funcional	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	13,7	7	13,7
Total	0	0.0	0	0.0	9	17,6	42	82,3	51	100.0

Fuente: Inventario y Prueba FF-SIL

Tabla. 14. Resultados de la Prueba de Bartholomew en variables del desarrollo infantil y la situación de salud familiar.

VARIABLES DE DESARROLLO EN EDAD ESCOLAR	χ^2	PROBABILIDAD	SIGNIFICACIÓN
Control de esfínter vesical	10,40	$p = 0,01543512$	SI
Rendimiento docente	31,27	$p = 0.00000075$	SI
Motivación Escolar	21,02	$p = 0.00010438$	SI
Independencia	14,31	$p = 0.00250739$	SI
Adaptabilidad grupal	15,56	$p = 0.00139600$	SI
Tolerancia al fracaso	17,15	$p = 0.00065813$	SI
Control emocional	22,00	$p = 0.00006533$	SI
Normas de comportamiento	29,27	$p = 0.00000197$	SI

ANEXO 1

CONSULTA A USUARIOS POTENCIALES

Validación del Modelo de Evaluación de la Salud Familiar			
<p>Estimado colega: Lea detenidamente las columnas de las categorías que integran el modelo de evaluación de la salud familiar y su definición.</p> <p>Adjudique 1 si la considera bien definida para la evaluación de la salud familiar y 0 si cree que no. Agregue las categorías que considere necesarias.</p>			
Categoría	Definición operacional	Calificación	
		1	0
Inserción socio clasista	<p>Modo en cual la familia se inserta en la estructura social mediante el trabajo de los cabezas o jefes de familia.</p> <p>Familia obrera, intelectual, campesina.</p>		
Dedicación ocupacional	Actividad ocupacional de los adultos jefes del hogar.		
Nivel instruccional	Escolaridad del adulto o de los adultos jefes del hogar o de figuras de autoridad.		
Vinculación escolar	Los menores en el hogar están vinculados a un centro de estudio.		
Ingresos económicos del hogar	Ingreso per cápita familiar		
Estado físico de la vivienda	Vivienda con techo, paredes y piso en aceptable estado constructivo.		
Servicios Básicos	Hogar con electricidad agua, e instalaciones sanitarias dentro		
Ambiente geofísico	Higiene del entorno físico.		
Equipamiento doméstico	Tenencia en el hogar de equipos básicos para la satisfacción de necesidades básicas de vida cotidiana.		
Densidad Habitacional	Presencia de Hacinamiento		
Tamaño de la familia	Numero de convivientes		
Convivientes del Hogar	<p>Relación de parentesco entre convivientes</p> <p>Generaciones de convivientes</p>		
Vivencia de acontecimientos en la familia relacionados con el ciclo vital	Momentos transicionales normativos de desarrollo familiar, llamadas crisis transitorias (matrimonio, nacimiento, entrada en la escuela, salida de hijo del hogar, muerte)		

Vivencia de acontecimientos accidentales, situacionales no relacionados con el ciclo vital	Se evaluarán aquí los procesos que vive la familia relacionados con las crisis no transitorias.		
Cohesión	Unión emocional en la toma de las decisiones.		
Armonía	Equilibrio emocional positivo entre intereses individuales y familiares.		
Comunicación	Capacidad para la transmisión de conocimientos y experiencias en forma positiva.		
Adaptabilidad	Habilidad para cambiar la estructura de poder, los roles y las reglas ante las situaciones que así lo requieran.		
Afectividad	Capacidad de expresar sentimientos y emociones en la familia.		
Roles	Cumplimiento de responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.		
Permeabilidad	Capacidad de la familia de integrarse y abrirse a otros grupos de la sociedad.		
Escriba cómo mejor se definiría la o las categoría que considera erradas o incompletas__			
Sugiera otras categorías que a su juicio deban integrar el modelo.			

Escriba aquí alguna observación que usted desee hacer.

ANEXO 2

Evaluación de los ítems de la prueba FF – SIL según criterios de Moriyama.

Estimado (a) colega:

Necesitamos su cooperación para realizar la Validez de Contenido de la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF – SIL) que a continuación le presentamos. Usted debe evaluar cada ítem teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Moriyama

1. **Razonable y comprensible:** Se refiere fundamentalmente a la comprensión de los diferentes ítems a evaluar, en relación a la categoría que pretende medirse con cada uno de ellos.

2. Suposiciones Básicas Justificables e intuitivamente Razonable: Se refiere a si existe justificación para la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento, los cuales a su vez responden a determinadas categorías.
3. Componentes Claramente Definidos: Se refiere a si cada ítems responde claramente a una categoría.
4. Derivable de Datos Factibles de Obtener: Se refiere a la consideración del experto de la posibilidad de obtener información de la familia a partir de la respuesta al instrumento.

Items	Criterios de Moriyama								
	1			2			3		
	M	P	N	M	P	N	M	P	N
1. Cuando alguien de la familia tiene problema los demás lo ayudan.									
2. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.									
3. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.									
4. Podemos conversar diversos temas sin temor.									
5. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.									
6. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.									
7. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.									

Del instrumento en general responda:

- ¿A partir de este instrumento es posible la distinción de familia con diferentes grados de funcionalidad?

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

- ¿Considera usted posible obtener información de la familia a partir de la respuesta al instrumento?

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

ANEXO 4

Relación entre ítems y categorías.

A continuación le presentamos los ítems y las categorías del instrumento FF – SIL. En este caso usted debe indicar con una X a que categoría pertenece cada uno de los ítems y si la relación que exista entre ellos es Mucho, Poco o Nada.

Categorías FF - SIL			
Ítems según categorías	M	P	N
1. De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia			
2. En mi casa predomina la armonía.			
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.			
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.			
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.			
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.			
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.			
8. Cuando alguien de la familia tiene problema los demás lo ayudan.			
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.			
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.			
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.			
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.			
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.			
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.			

ANEXO 5

**PLANILLA QUE SE LE ADJUNTÓ AL MODELO PARA
LA CONSULTA A LOS 25 EXPERTOS**

Dimensiones Preguntas	Contexto socio econ		Estructura del Hogar		Procesos Críticos		Afrontamiento Familiar		Apoyo Social		Relaciones Intrafamiliares	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. La dimensión es pertinente en el modelo												
2. Las categorías son pertinentes en la dimensión.												
3. Las características enunciadas son de riesgo para la salud familiar												
4. Puede obtener la información que requiere el modelo con las familias de un consultorio.												
5. Existen otras características de riesgo para la salud familiar en la categoría												
6. Diga cuál característica quisiera agregar												
	SI	NO	Por qué									
7. Utilidad del modelo para la dispensarización												
8. Posibilidad de llenar el inventario												
9. Posibilidad de hacer la matriz												

Listado de municipios de pertenencia de los médicos de familia participantes como expertos en la validación de criterio del inventario de características familiares de riesgo y la matriz de salud familiar.

Municipio	Índice de Condiciones de Vida.
1. Plaza	0.80
2. Habana Vieja	0.76
3. Playa	0.68
4. Santa Clara	0.65
5. Centro Habana	0.64
6. Regla	0.62
7. Matanzas	0.60
8. Bauta	0.58
9. San Miguel del Padrón	0.54
10. Güines	0.53
11. San Antonio de los Baños	0.50
12. Tunas	0.45
13. Mayarí	0.41
14. Manatí	0.34
15. Colombia	0.33

ANEXO 7**Instrucciones del procedimiento de validación externa del modelo de evaluación de salud familiar con los médicos de familia seleccionados.**

Instrucciones.

Estimado colega: Como parte de un proyecto de investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública, se necesita comparar el criterio médico y los resultados de la aplicación de los instrumentos del modelo de evaluación de salud familiar. El municipio al que usted pertenece salió seleccionado en la muestra y usted fue elegido por cumplir los requisitos de tener más de tres años de trabajo estable y sistemático en el consultorio con buenos resultados. Se necesita obtener el consentimiento de participación en este proyecto y contar con la colaboración activa y responsable dada la importancia de su criterio diagnóstico en la tarea investigativa.

El procedimiento que usted debe acometer tiene los siguientes pasos:

1. Seleccionar 20 familias a participar en el estudio de modo que en el grupo estén casos de diferentes condiciones de salud familiar.
2. Pedirles el consentimiento informado y explicarles el motivo de la aplicación de la prueba.
3. Emitir una valoración diagnóstica de las relaciones intrafamiliares y de la salud integral de las familias seleccionadas y reflejarlas en el modelo diseñado para tal efecto.
4. La valoración diagnóstica se hará en una escala de códigos 0 – 1 – 2 – 3 según gradiente de gravedad de menor a mayor gravedad. O sea, 0 no tiene afectaciones, 1 las afectaciones son moderadas, 2 las afectaciones son graves y 3 muy graves.
5. Aplicar a las familias la prueba FF – SIL de funcionamiento familiar.
6. Llenar el inventario de características familiares de riesgo en cada familia, lo cual puede hacer en consulta con el otro miembro del equipo de salud y consultando los datos con la historia de salud familiar si fuera necesario y la tuviese actualizada.
7. La valoración diagnóstica de la situación de salud de la familia debe realizarse primero que la aplicación de los instrumentos.

Para poder realizar la valoración debe conocer que la salud familiar es una condición de grupo, no es la suma del estado de salud de sus integrantes y que es el resultado de la interrelación dinámica de: las condiciones de vida y del hogar, la situación biopsicosocial de los integrantes, el modo de relacionarse internamente la familia, la actitud ante los problemas de salud y el apoyo social.

Especificaciones de criterios incluidos en la salud familiar:

- Condiciones materiales de vida: la situación económica de la familia, las condiciones de la vivienda, estado físico, hacinamiento.
- Condiciones socio – culturales, el nivel educacional, cultural, creencias que afectan la salud.

- Composición estructural del hogar, si la estructura de composición del hogar exige mucho esfuerzo de la familia en la vida cotidiana.
- La familia vive procesos críticos relacionados con el paso por las etapas del ciclo vital y los acontecimientos o situaciones accidentales que generan estrés y cambios drásticos en el modo de vida de la familia.
- La condición de salud / enfermedad de cada integrante que actúa como exigencia de la familia en su vida cotidiana.
- El funcionamiento familiar: La forma de relacionarse la familia internamente.
- La forma que afrontan los problemas de salud, si evaden la atención médica, si se aíslan.
- El apoyo social, si recibe ayuda de familiares, amigos y o de instituciones u organizaciones cuando la familia lo necesita.

ANEXO 8**Hoja de vaciamiento del criterio médico de cada familia.**

No. de la familia	Dirección abreviada	Criterio sobre características de riesgo a la salud familiar (Biológicas, psicológicas, ambientales, sociales, económicas). Escriba el numero de la escala 0 – 1 - 2 - 3 según gradiente de menor a mayor gravedad	Criterio médico sobre la situación integral de salud familiar de cada familia. Escriba el numero de la escala 0 – 1 - 2 - 3 según gradiente de menor a mayor gravedad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

ANEXO 9
Categorías del Modelo de Salud Familiar.

Categoría	Definición operacional
Contexto Socio económico y cultural.	
Inserción socio clasista	Modo en cual la familia se inserta a la estructura social mediante el tipo de actividad laboral que desempeñan los jefes de familia. Se refiere a si la familia es obrera, intelectual, campesina.
Dedicación ocupacional	Tipo de actividad ocupacional mediante la cual los adultos del hogar obtienen los ingresos. Incluye si no existe ningún tipo de vínculo laboral, si el tipo de trabajo comporta riesgo para la salud y si produce satisfacción.
Instrucción y Cultura	Nivel de escolaridad del adulto o de los adultos jefes del hogar o de figuras de autoridad. También se expresa en el modo en que la familia se apropia de los valores culturales de la sociedad y lo manifiesta en su comportamiento habitual en la comunidad.
Ingresos económicos del hogar	Ingreso per cápita familiar. Monto de dinero que se calcula a partir de la suma de los ingresos entre el total de familiares que dependen de él. Incluye ingreso estable por pensiones u otras ayudas económicas (no solo salario)
Estado físico de la vivienda	Característica física de la vivienda o parte de ella que constituye el hogar. Incluye el estado constructivo del techo, paredes y piso.
Servicios Básicos	Conjunto del servicios que dispone el hogar para la satisfacción de necesidades básicas: Electricidad, agua, e instalaciones sanitarias dentro del hogar.
Entorno comunitario	Ambiente físico de la comunidad donde está enclavada la vivienda de la familia. Incluye la observación de accidentes geográficos y posibles focos de contaminación ambiental.
Equipamiento doméstico	Tenencia en el hogar de equipos electrodomésticos para la satisfacción de necesidades básicas de vida cotidiana. Se considera como un módulo básico la tenencia de refrigerador, televisor, radio.
Densidad Habitacional	La familia cuenta con un dormitorio para cada 2 personas como mínimo. Se considera hacinamiento cuando existen 3 personas por locales para dormir con privacidad.
Valores ético – morales.	Conjunto de principios ético – morales que manifiesta la familia en su vida cotidiana en la comunidad. Se expresa en el modo en que la familia se comunica con los vecinos y con el equipo básico de salud, así como el comportamiento habitual en consonancia con las normas socialmente establecidas.
Composición del Hogar	
Tamaño de la familia	Numero de convivientes en el hogar.
Convivientes del Hogar	Relación de parentesco entre convivientes Generaciones de convivientes

Procesos críticos	
Vivencia de acontecimientos en la familia relacionados con el tránsito por el ciclo vital	Momentos transicionales normativos de desarrollo familiar, llamadas crisis transitorias (matrimonio, nacimiento, entrada en la escuela, salida de hijo del hogar, muerte)
Vivencia de acontecimientos accidentales, situacionales no relacionados con el ciclo vital	Se evaluarán aquí los procesos que vive la familia relacionados con las crisis no transitorias, accidentales, de carácter negativo para la familia.
Relaciones Intrafamiliares: Procesos relacionales	
Cohesión	Unión emocional en la toma de las decisiones.
Armonía	Equilibrio emocional positivo entre intereses individuales y familiares.
Comunicación	Capacidad para la transmisión de conocimientos y experiencias en forma positiva.
Adaptabilidad	Habilidad para cambiar la estructura de poder, los roles y las reglas ante las situaciones que así lo requieran.
Afectividad	Capacidad de expresar sentimientos y emociones en la familia.

Roles	Cumplimiento de responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
Permeabilidad	Capacidad de la familia de integrarse y abrirse a otros grupos de la sociedad.
Afrontamiento Familiar	
Afrontamiento familiar de salud	<p>Se refiere al comportamiento grupal relativamente estable que exhibe una familia en relación con los eventos de salud – enfermedad – muerte. Se incluye aquí si la familia tiende a un comportamiento adherente con las indicaciones médicas, a cumplir normas de higiene en el hogar y a buscar ayuda especializada en caso necesario.</p> <p>Si la familia opta por la automedicación, las prácticas espirituales o religiosas en sustitución del tratamiento médico su afrontamiento no es adecuado a la salud.</p>
Apoyo Social	
Apoyo material	<p>Conjunto de recursos externos con los que cuenta la familia en la vida cotidiana y ante la vivencia de un acontecimiento que desborda sus recursos internos.</p> <p>Contempla apoyo material, financiero e instrumental, por ejemplo ayuda en gestiones, búsqueda de información o en la realización de actividades de cotidianas.</p> <p>Puede provenir de la familia extensa, amigos u organizaciones.</p>
Apoyo de servicios	Se contempla en este tipo de apoyo si la familia puede acceder a servicios básicos de salud, educación y comunitarios, o si carece de un tipo de servicio que en su lugar de residencia no existe todavía. En nuestro país se considerara si la familia aún no accede a determinado servicio de salud especializado.
Apoyo espiritual	<p>Conjunto de atenciones afectivas, emocionales, e informativas con las que puede contar la familia habitualmente y ante determinada necesidad.</p> <p>Puede provenir de la familia extensa, amigos u organizaciones.</p>

Anexo 10

Ítems de la prueba según procesos relacionales

Proceso Relacional	Definición	Ítems
Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones de la vida familiar, en la distribución de las tareas domésticas y en la toma de decisiones	1 y 8
Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	2 y 13
Rol	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	3 y 9
Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.	4 y 14
Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.	5 y 11
Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.	6 y 10
Permeabilidad	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones	7 y 12

ANEXO 11
Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

ANEXO 12
Procedimiento de calificación de la prueba FF –SIL.

Valores de la Escala FF - SIL	
Casi Siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1
La puntuación total se alcanza sumando los valores de cada respuesta según su ubicación en las categorías de la escala.	

(Resultados de la prueba FF- SIL)	Puntaje Y Criterio Diagnóstico	Ubicación en la escala de la matriz de salud familiar
Familia severamente disfuncional	Severamente Disfuncional De 14 a 27 puntos	3
Familia Disfuncional	Disfuncional De 28 a 42 puntos	2
Familia moderadamente funcional	Moderadamente Funcional De 43 a 56	1
Familia funcional	Funcional De 57 a 70 puntos	0

ANEXO 13

INVENTARIO DE CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE RIESGO

(Valor promedio adjudicado por los expertos)

Marque con una X si han existido estas características en la familia en el último año.	
Contexto socio económico y cultural de la vida familiar.	
1. Economía familiar crítica.	
2. Predomina el bajo nivel educacional en los adultos jefes de familia.	
3. Ambiente comunitario insalubre.	
4. Existe un miembro en la familia apto para trabajar y no trabaja.	
5. Condiciones inseguras de la vivienda (estado técnico).	
6. Hacinamiento.	
7. Déficit de alguno de estos servicios en el hogar: agua, sanitarios y electricidad.	
8. Ausencia de alguno de estos equipos básicos (refrigerador, televisor)	
Composición del Hogar	
9. Convivencia de tres y más generaciones.	
10. Un solo progenitor al cuidado de hijo (s) menores.	
11. Convivencia de ex parejas en el hogar.	
12. Menores al cuidado de abuelos o tutores (no hay padres en el hogar)	
13. Hogar de reconstitución múltiple (cambio de más de dos parejas)	
Procesos críticos normativos	
14. Nuevo matrimonio en el hogar.	
15. Niño menor de un año en el hogar.	
16. Embarazada en el hogar.	
17. Adolescente en el hogar.	
18. Senescente en el hogar.	
19. Salida hijo (a) del hogar (nido vacío).	
Procesos críticos de salud.	
20. Algún integrante con descompensación de su enfermedad crónica.	
21. Problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias en la familia.	
22. Embarazo o madre adolescente.	
23. Algún integrante de la familia es bebedor de riesgo o adicto a bebidas alcohólicas.	
24. Algún integrante de la familia es adicto a sustancia ilícita.	
25. Algún integrante de la familia con VIH – SIDA.	
26. Algún integrante de la familia con cáncer.	
27. Algún integrante de la familia es discapacitado físico y o mental.	
28. Algún integrante de la familia está en fase terminal.	
29. Algún integrante de la familia con conducta suicida.	
30. Problemas genéticos.	
31. Problemas de infertilidad y/o concepción.	
32. Manifestaciones de abuso, negligencia, maltrato o abandono.	
Procesos críticos paranormativos.	
33. Algún integrante presenta conducta antisocial.	
34. Pareja en proceso de separación o divorcio.	
35. Familia en duelo por muerte de un integrante.	
36. Pérdida material por accidente, catástrofe o una propiedad.	
37. Algún integrante presenta conflicto laboral.	
38. Algún miembro joven se encuentra desvinculado del estudio.	
39. Incorporación o reincorporación al núcleo de uno o más integrantes.	
40. Separación eventual (misión u otro motivo)	
41. Algún integrante preso.	
Afrontamiento familiar	
42. Rehusan y/o dilatan la atención de salud.	
43. Tendencia a no cumplir o subvalorar las indicaciones terapéuticas.	

44. Utilizan medios de curación espirituales en sustitución de los médicos.	
45. Existen creencias y/o prácticas religiosas perjudiciales a la salud.	
46. Mala higiene en el hogar.	
Apoyo Social	
47. La familia no cuenta con apoyo de otros familiares fuera del núcleo.	
48. Carencia de algún servicio básico de salud necesitado.	
49. Cuenta con pocos recursos de apoyo comunitario (vecinos, organizaciones e instituciones)	
50. La familia manifiesta signos de aislamiento social.	

ANEXO 14

**Procedimiento para la calificación del
inventario de características familiares de riesgo**

Plantilla de calificación

Distribución de ítems del inventario según peso y dimensión

	Dimensiones	No. del ítem según dimensión y valoración del peso en la salud familiar.				
		0	I	II	III	Total de características.
1.	Condición socio – económico y material (de 1 a 8)			2, 3, 4,6, 8	1, 5, 7	
2.	Composición del hogar (de 9 a 13)		9	12, 13	10, 11	
3.1	Procesos críticos normativos (de 14 a 19)		14, 16, 17, 19	15, 18		
3.2	Procesos críticos de salud. (de 20 a 31)		21	20, 22, 31	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 30, 32	
3.3	Procesos críticos paranormativos (de 32 a 41)		40	37, 38, 39	33, 34, 35, 36, 41	
4.	Afrontamiento familiar (de 42 a 46)			42	43, 44, 45, 46	
5.	Apoyo Social (de 47 a 50)			49	47, 48, 50	
	Total					

ANEXO 15

Tabla para la ubicación de la familia en la escala según peso de las características

Valores de la escala	Criterios cualitativos para la ubicación de la familia en los valores de la escala.	Valoración cualitativa
0	No presenta ninguna característica o presenta tipo I	Criticidad leve
1	Presenta características II y no presenta ninguna tipo III	Criticidad moderada
2	Presenta entre 1 y 5 característica tipo III y puede o no tener una o varias características tipo I y II.	Criticidad severa
3	Presenta más de 5 características tipo III y puede o no tener una o varias características tipo I y II.	Criticidad extrema

ANEXO 16

MATRIZ DE SALUD FAMILIAR

	Críticidad leve a moderada		Críticidad severa a extrema	
Relaciones Intrafamiliares Disfuncionales	3 - 0	3 - 1	3 - 2	3 - 3
	2 - 0	2 - 1	2 - 2	2 - 3
Relaciones Intrafamiliares Funcionales	1 - 0	1 - 1	1 - 2	1 - 3
	0 - 0	0 - 1	0 - 2	0 - 3

En el eje horizontal aparece la calificación del inventario de características familiares de riesgo a escala 0, 1, 2 y 3 en dirección creciente de criticidad y en el eje vertical la puntuación de la prueba FF – SIL llevada a escala de 0, 1, 2 y 3 según incremento de la disfuncionalidad. La ubicación de la familia en la matriz representa la salud de la familia.

ANEXO 17

Se ubican los resultados de las pruebas, llevados a un código de la escala, en un espacio en la matriz.

CUADRANTE	RESULTADOS DE LAS PRUEBAS	VALORACIÓN GENERAL
Cuadrante 1	(0 - 0) (0 - 1) (1 - 0) (1 - 1)	Situación de ajuste familiar, criticidad nula o leve y buenas relaciones intrafamiliares.
Cuadrante 2	(0 - 2) (0 - 3) (1 - 2) (1 - 3)	Afectación Grave, a expensas de la criticidad familiar.
Cuadrante 3	(2 - 0) (2 - 1) (3 - 0) (3 - 1)	Afectación grave, a expensas de las malas relaciones intrafamiliares pero la criticidad es leve o moderada
Cuadrante 4	(2 - 2) (2 - 3) (3 - 2) (3 - 3)	Afectación muy grave de salud familiar, a expensas de las malas relaciones intrafamiliares y criticidad extrema.

ANEXO 18

CUADRO DE LOS CUADRANTES DE LA MATRIZ DE SALUD FAMILIAR.

