

Capítulo 1

IMPACTO DE LA FAMILIA EN LA SALUD

Ana María Martínez Pampliega

Aunque frecuentemente se pone de relieve la gran importancia de la familia en el bienestar de los miembros, a menudo tendemos a pensar de manera restringida en los aspectos psicológicos. En este capítulo queremos dejar patente que el impacto de la familia no tiene lugar únicamente sobre dichos aspectos psicológicos, sino también sobre aspectos físicos. Posiblemente sea el surgimiento de la «medicina familiar» como una especialidad médica, uno de los indicadores más evidentes del punto hasta el cual la familia es considerada, y por eso comenzaremos desde ahí.

1. SURGIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD MÉDICA

En el campo de la salud, los aspectos psicológicos y sociales, además de los biológicos, empezaron a ser considerados sobre todo a raíz de la aparición del modelo biopsicosocial de Engel en 1977. En dicho modelo, se indicaba que las personas existen en familias y otros grupos sociales más amplios, y por ello es necesario considerar las relaciones recíprocas que se establecen entre ellas.

Esto supuso un cambio importante, en el cual intervinieron diferentes factores (Campbell, 1986, Doherty y Campbell, 1988). Señalemos al menos dos: al mismo tiempo que la Terapia Familiar y la Teoría General de los Sistemas estaban preocupadas por la salud mental, existía un descontento por el modelo biomédico.

1.1. *Papel de la Teoría General de los Sistemas*

En el proceso de integración de la Teoría de familia y la Teoría biomédica, la Teoría General de Sistemas ha contribuido de forma especial. Ha permitido ver al individuo como parte de un sistema mayor, la familia, el cual está determinado por las interacciones recíprocas que existen entre los miembros y es un poderoso determinante de sus actividades adaptativas y desadaptativas (Sholevar y Perkel, 1990; Turk y Kerns, 1985; Williamson y Noel, 1990).

Desde el punto de vista de la medicina, la aproximación de los Sistemas de Familia en la práctica clínica implica (Saultz, 1988):

- Reconocer la estructura familiar.
- Comprender el funcionamiento normal de la familia.
- Aprender a evaluar la estructura y funcionamiento familiar en la práctica clínica.

Pero debe quedar claro que, desde el punto de vista de la medicina, el individuo es la unidad de tratamiento, aunque la familia sea la unidad de comprensión (Williamson y Noel, 1990).

1.2. *Paso de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial*

Desde un modelo biomédico, la salud es la ausencia de enfermedad. Se asume que hay una causa biofísica principal para cada enfermedad, objetivamente identificable. Por lo tanto, no deja espacio para las dimensiones sociales o psicológicas (Engel, 1977).

Algunos autores como Miller (1988) consideran que la medicina familiar fue desarrollada en parte en respuesta a las inadecuaciones de este modelo, entre las cuales se pueden destacar las siguientes:

- No puede explicar la etiología psicosocial de algunas enfermedades.
- No puede explicar los hallazgos de investigaciones bioconductorales (por ejemplo, la correlación entre ansiedad simbólica - inmunología - secuencia de herpes).
- Implica tratamientos inadecuados para tratar con aspectos relacionados con el estilo de vida, que tienen impacto en la enfermedad, como fumar, obesidad...

- Produce insatisfacción en los pacientes.
- Fracasa para explicar la dimensión simbólica de la enfermedad (absentismo en el trabajo).
- No puede explicar las variaciones en el comportamiento de dos enfermos con la misma sintomatología.

Frente al modelo anterior emerge el *modelo biopsicosocial* como una alternativa a los paradigmas tradicionales (Engel, 1977, 1980). Era necesario un modelo que tuviese en cuenta los comportamientos de los individuos, sus estilos de vida y los ambientes institucionales y sociales.

Con este modelo se supera el reduccionismo y la causalidad lineal, por una perspectiva de sistemas (TGS); por lo que fue un paso importante en la consideración de la familia dentro de la medicina.

Se trata de un modelo interdisciplinar, basado en el *paradigma de los sistemas*, que considera que la única forma de comprender la enfermedad es evaluando todos los factores que tienen potencial para contribuir: genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y ecológicos.

De esta forma, el modelo permite centrarse en la familia e incluir las interacciones recíprocas entre los miembros, en la medida en que afectan a la salud y bienestar individual (Ell y Northem, 1990).

No obstante, como indica Miller (1988), sigue siendo un modelo médico, la enfermedad pertenece a la persona.

Frente a esta consideración médica, los teóricos y terapeutas familiares considerarán que el contexto en que los síntomas ocurren es tan importante como los síntomas mismos.

El comienzo de la medicina familiar se sitúa en 1969 (Doherty y Campbell, 1988; Taylor, 1988), pero como una especialidad médica que considera la familia en el cuidado de la salud. Es la primera especialidad médica que enfatiza los dos aspectos: familia y salud. A pesar de ello, sólo en los años 80 se crea una literatura base sobre el tema que culmina con el comienzo, en 1984, de la revista «Journal of Family Systems Medicine».

Es verdad que las conexiones entre sistemas familiares y organismo biológico no es algo nuevo (Chen y Cobb, 1960), ya habían sido observadas durante años, pero sólo recientemente se han tratado de comprobar empíricamente (Ramsey, 1989), y de hecho, no se puede empezar a hablar de un cuerpo organizado y continuo hasta este momento.

La actividad durante *los años 60-70-80* se caracteriza por la enorme diversidad de fuentes y disciplinas involucradas y la falta de comunicación. La literatura, como constatan Robertson y Stewart (1985), debido a la desunión y al azar, en que ha sido desarrollada, es casi atórica, con una mínima integración de la teoría familiar (Litman, 1989) y, salvo escasas excepciones, es difícil encontrar un marco conceptual sistemático. Además, las investigaciones están plagadas de imprecisiones metodológicas. Se trata de estudios descriptivos más que explicativos, que utilizan muestras pequeñas, no representativas, con conceptualizaciones simplistas, y desde luego con diseños muy pobres.

Por ejemplo, tomando como referencia el modelo biopsicosocial, hasta los años 80:

- Antropólogos y sociólogos, enfatizaron la parte psicosocial de este modelo.
- La Terapia de familia y la Teoría de los sistemas familiares estuvieron dirigidas sobre todo a la intervención.
- La psicología de la salud en Estados Unidos (durante los años 70) se centró en el aspecto biopsicológico.

A *partir de los años 80* los aspectos bio-psico-social, se unen ampliando el foco para incluir a la familia (Doherty y Campbell, 1988).

Sólo tres años antes, en 1977, Weakland criticaba la falta de estudio de la enfermedad somática desde un punto de vista interaccional. Únicamente se hacía desde perspectivas genéticas, bioquímicas o fisiológicas. El punto de vista interaccional seguía concentrado en «psicopatología».

Un hecho importante, ocurrido recientemente, es el interés mostrado en la «medicina familiar», por modelos de funcionamiento familiar, como puede ser el Modelo Circumplejo (Olson, Sprenke y Russell, 1979) como marcos teóricos. Desde luego, estos modelos tienen mucho que ofrecer a la investigación, contribuyendo a describir la relación de los patrones familiares y las respuestas individuales con más precisión, sin lo cual este campo difícilmente podría avanzar (Ransom et al., 1990).

Actualmente con una cierta perspectiva temporal, podemos ver cómo una vez superados los inicios con sus indudables problemas metodológicos, la investigación en este campo ha crecido mucho y también ha ganado en calidad (Campbell y Treat, 1990, Doherty y Campbell, 1988). Por otro lado, poco a poco se ha ido moviendo desde ver a la familia como causa de enfermedad (modelo patogénico), a examinar formas en que la

familia influye en el curso de la enfermedad (Campbell y Treat, 1990; Walsh y Anderson, 1987).

Este último punto, desde una óptica médica, tampoco es una tarea fácil. Muchos son los médicos que se resisten a creer que los factores psicosociales afecten a la salud. Más bien, tienden a pensar que dichos factores son resultado de la enfermedad y no afectan directamente al bienestar y en este sentido no se consideran muy importantes. Esto es así, entre otras cosas (Campbell, 1986), porque es difícil demostrar empíricamente cómo estos factores afectan, es decir, cuáles son los mecanismos de actuación.

El objetivo, sin lugar a dudas, es llegar a considerar que el curso de la enfermedad no es que sea afectado por factores psicosociales, sino que éstos son tan integrales a su curso que su separación distorsiona la naturaleza de la enfermedad (Dym, 1987).

Son especialmente oportunas las palabras de Doherty (1989), que equipara la integración en la medicina familiar de la teoría de familia y la teoría biomédica con un movimiento ecuménico. Es necesario un cambio muy grande para que tal integración se de. Por ejemplo, siguiendo a este autor podemos fijarnos en tres diferencias fundamentales:

- Los científicos biomédicos tratan directamente con procesos observables, los investigadores familiares con procesos observados indirectamente.
- Frente a los controles de laboratorio de los científicos biomédicos, los científicos familiares tienen pocos controles, por ejemplo, aunque un estresor esté bien definido los aspectos subjetivos pueden variar entre individuos.
- Los descubrimientos biomédicos son más generalizables que los familiares.

Y todo ello, sin dejar de reconocer que la relación entre familia y salud está claramente admitida (Ramsey y Lewis, 1990).

En resumen, tenemos evidencia de que considerar la familia como unidad puede tener impacto en la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. Esto no debe hacernos olvidar que la «Medicina Familiar» es todavía una idea (Williamson y Noel, 1990) que se está construyendo. El objetivo es el bienestar familiar, es decir, la construcción de un modelo de salud, centrado en la familia.

2. RELACIÓN FAMILIA-SALUD

Parece obligado comenzar haciendo referencia a Weakland (1977), quien destacaba la importancia de las interacciones familiares tanto en el origen como en el curso y resultado de las enfermedades.

Este autor señalaba que la familia sólo o en conjunción con otros agentes tenía mucho que decir en el comienzo de enfermedades. Y, desde luego, su influencia era sumamente importante, una vez que la enfermedad se había desarrollado. En tal caso, la influencia podía ser tanto directa (pudiendo interferir o facilitar funciones corporales) como indirecta (ayudando a la aplicación de tratamientos médicos).

Actualmente, contamos con evidencias empíricas para corroborar las ideas de Weakland y, de esta manera, podemos afirmar que, además de las influencias genéticas, las familias pueden afectar a la salud de sus miembros por otras vías (Ell y Northem, 1990, Ramsey, 1989).

Siguiendo a Campbell y Treat (1990), los dos caminos habitualmente señalados son el psicofisiológico y el conductual:

1. *Desde el punto de vista psicofisiológico*, se hace referencia a los factores familiares relacionados con el estrés. Es decir, los estresores que ocurren en una familia afectan al estado emocional de los miembros dando lugar a cambios que predisponen a la enfermedad.

Para entender esta afirmación, debemos pensar, que la familia constituye el ambiente social más íntimo, lo que hace que sea una fuente principal de estresores, cuando las cosas no van bien, pero también, si existe un buen funcionamiento en la familia, ésta se convierte en el principal centro de apoyo social.

La influencia del estrés en la salud es ampliamente reconocido (Blake, 1988), y puesto que la mayoría de los eventos estresantes tienen relación con la familia, se ha asociado, sin lugar a dudas, la tensión familiar con la salud de los miembros (Beautrais, Fergusson y Shannon, 1982; Boyce et al., 1977; Meyer y Haggerty, 1962; Schmidt, 1978). La familia es un sistema donde los *estresores* presentes afectan en mayor o menor medida a todos los miembros y cuando son crónicos la susceptibilidad a enfermedad es todavía mayor (Bass, 1983). Basta fijarnos en que los eventos más estresantes destacados por Holmes y Rahe (1967) son eventos familiares, para darnos cuenta del alcance de esta afirmación. Como ejemplos de estresores tenemos las dificultades matrimoniales, los pro-

blemas en las relaciones entre padres e hijos, la muerte de un cónyuge, un divorcio...

Por el contrario, la familia como *fuentes de apoyo*, por la calidad de sus interacciones, tiene importantes consecuencias tanto para el origen de enfermedades como en el ajuste a las mismas (Ell y Northem 1990; Ramsey, 1989). Los recursos familiares, es decir, una mayor cohesión, una mayor adaptabilidad y un menor conflicto se asocian con una mejor salud física y psicológica.

Tampoco podemos olvidar el papel crucial de la familia (Martínez, 1993) en la *respuesta de afrontamiento*. Muchos de los patrones o comportamientos son adoptados y desarrollados en el contexto familiar, a través de las relaciones. La familia y sus conflictos proporcionan un campo único, pero no sólo para el desarrollo de los repertorios, sino también para su prueba. Posteriormente, los miembros emplearán tales repertorios al tratar con problemas tanto dentro como fuera de la familia.

Todos estos factores han sido integrados por Smilkstein (1990), junto a otros, en un esquema que trata de agrupar, desde un punto de vista individual, por un lado, el modelo biopsicosocial, y, por otro, los resultados de los estudios de Hill (1949, 1965) sobre estrés familiar.

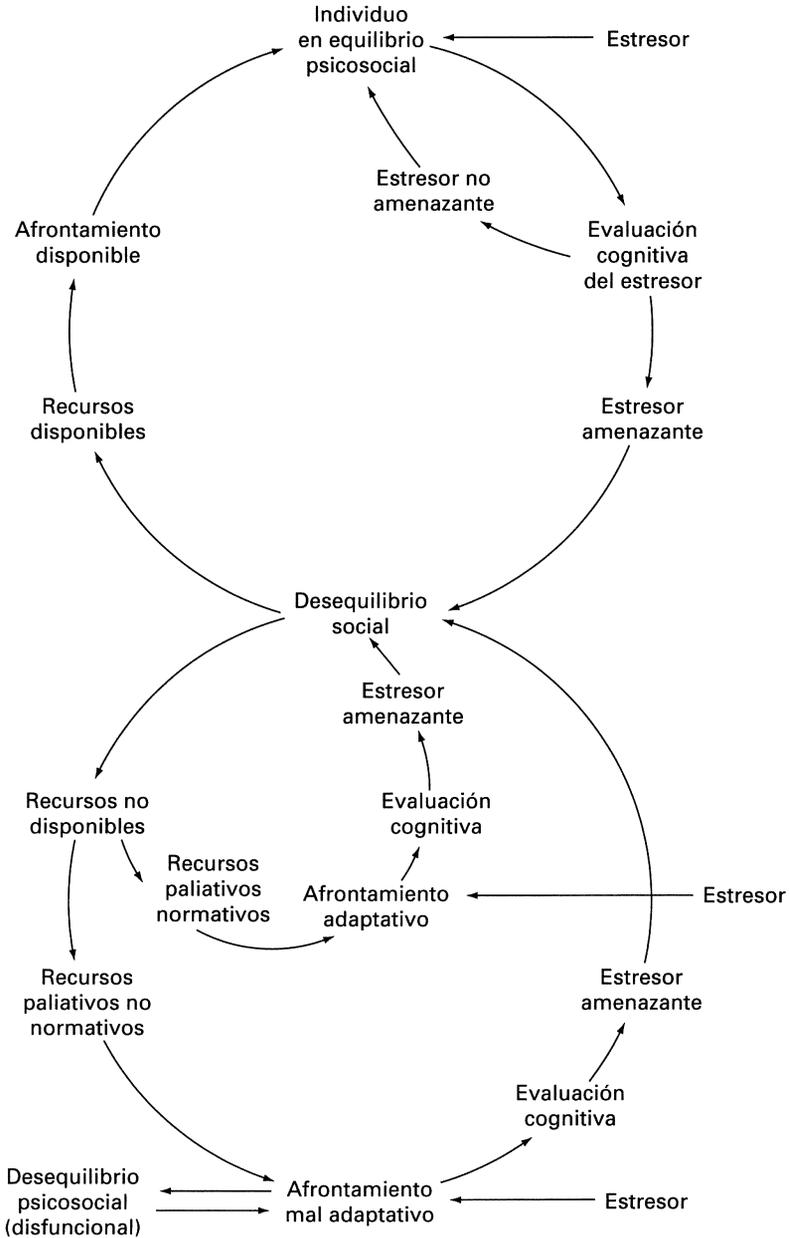
En la primera esfera podemos observar que un individuo en equilibrio psicosocial puede ser influido por la interacción de estresores, apoyo social y estrategias de afrontamiento.

Los estresores impactan sobre el individuo cada día, son recibidos y procesados, y se genera una respuesta que refleja la evaluación cognitiva.

Si se percibe el estresor como amenazante, basado en experiencias anteriores o conocimientos de que los recursos pueden no estar disponibles, el individuo entra en desequilibrio psicosocial. Se buscan nuevos recursos para neutralizar, o amortiguar al estresor (sociales, culturales, religiosos, educativos, económicos, ambientales o médicos). Si los recursos son disponibles y las estrategias de afrontamiento adecuadas se resuelve la situación y el sujeto vuelve de nuevo a un equilibrio psicosocial.

La incapacidad para identificar o utilizar los recursos necesitados o mecanismos de afrontamiento inadecuados (primera parte de la segunda esfera) lleva a la crisis, la cual es generalmente asociada con ansiedad (y ésta es un mediador principal del sistema neuroendocrino y neuroinmunológico, que altera la salud. Algunas técnicas de afrontamiento, como la evitación o la negación, permiten un equilibrio, aunque temporal, ante la imposibilidad de afrontar el estresor.

Ciclo de riesgo psicosocial (Smilkstein, 1990, pág. 298)



Cuando los estresores imponen exceso de amenaza (segunda parte de la segunda esfera) o son crónicos, los individuos buscan mecanismos de defensa a largo plazo (proyección, somatización). El resultado es el desequilibrio maladaptativo a largo plazo.

2. *Desde el punto de vista conductual*, se hace referencia a las prácticas de salud.

Desde aquí se destaca que algunos comportamientos relacionados con la salud como pueden ser las dietas, el ejercicio, el fumar o el uso del alcohol son, en parte, aprendidos y mantenidos dentro de la familia (Campbell y Treat, 1990). Esto se lleva a cabo tanto consciente como inconscientemente a través de la transmisión de actitudes y valores.

Por otro lado, la familia también transmite normas que definen lo que es salud y enfermedad y gobierna la decisión de buscar cuidado médico (Ramsey, 1989).

Además de estas dos vías de influencia de la familia, actualmente se ha empezado a conceder mucha importancia a otra línea de actuación de la familia sobre la salud, ahora bien, cuando ya ha hecho acto de presencia la enfermedad. Nos referimos a la *adherencia a los tratamientos en miembros enfermos*. Se ha destacado repetidamente (Baranowsky y Nader, 1985) la importancia de la familia en el seguimiento de regímenes médicos, cambios en el estilo de vida y participación en programas de rehabilitación (Hanson, Henggeler y Burghen, 1987).

En gran medida, las familias tienen efectos positivos en los resultados de enfermedades a través del apoyo emocional, informativo y tangible que proporcionan (Ell y Northem, 1990).

Veamos algunas de las enfermedades con las que ha sido asociada la disfunción familiar.

SALUD FÍSICA

Uno de los primeros estudios fue el de Meyer y Haggerty (1962) los cuales relacionaron eventos familiares con tasas de faringitis por estreptococos. Desde entonces son muchas las investigaciones que han asociado características familiares con problemas físicos como enfermedades cardiovasculares e hipertensión (Venters, 1986), cáncer (Horne y Picard, 1979), otitis (Foulke et al., 1988), obesidad (Brownell, Kelman y Stun-

kard, 1983), asma (Steinhausen, Schindler y Stephan, 1983) o diabetes (Marteau, Bloch y Baum, 1987; White et al., 1984). Ramsey (1989) ha destacado también la importancia de la familia en otras enfermedades crónicas como enfermedades renales, fibrosis cística, artritis o lesiones de médula espinal.

Los estudios anteriores han hecho referencia a la importancia de la cohesión y adaptabilidad familiar, las relaciones padres-hijos, los conflictos matrimoniales o familiares y la implicación parental en el tratamiento.

SALUD MENTAL

La familia ha sido relacionada con el desarrollo de enfermedades mentales. Su papel ha sido muy estudiado en relación a la esquizofrenia. De hecho este campo lleva unos 20 años de ventaja al resto de la investigación sobre familia y salud (Campbell, 1986). Esto supone un gran avance en la metodología, que se ha ido haciendo cada vez más compleja y sofisticada. Actualmente en este campo se estudia la desviación de la comunicación (Wynne y Singer, 1963 a, b), la emoción expresada (Brown, Birley y Wing, 1972), o el estilo afectivo (Doane et al., 1981), es decir, estilos de comunicación familiar.

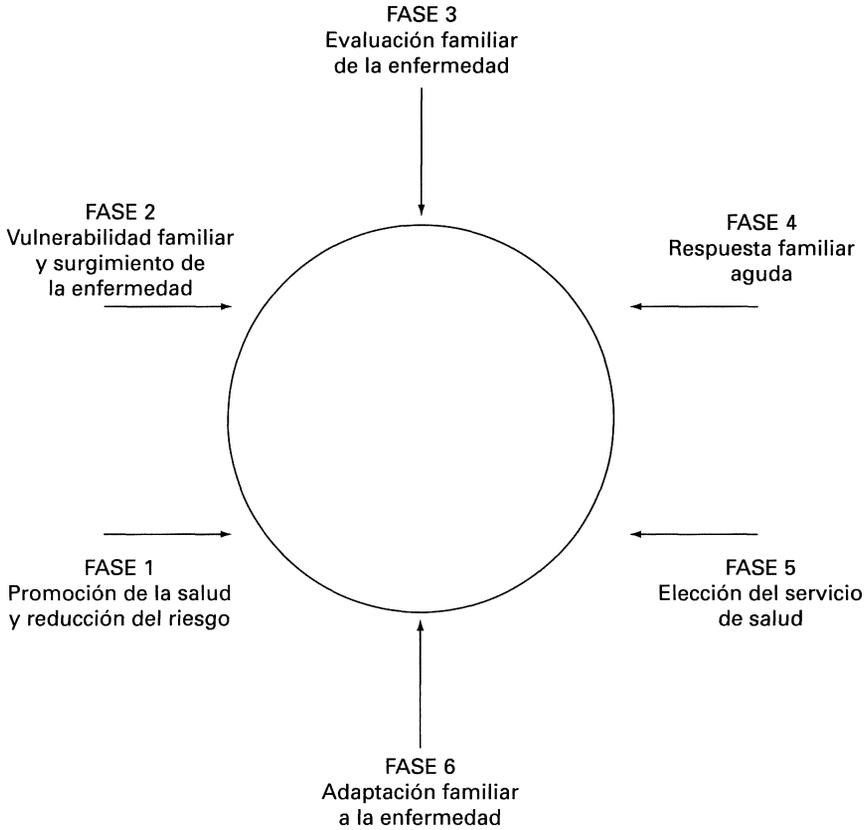
Depresión (Parker, 1983), alcoholismo (Jacob, Seilhamer y Rushe, 1989), abuso de drogas (Brook, Lukoff y Whitema, 1978; Rees y Wilborn, 1983) anorexia nerviosa (Haggerty, 1983; Shisslak, McKeon y Crago, 1990), son otras enfermedades en las que se ha tratado de estudiar el rol de la familia, sin alcanzar todavía el nivel adquirido en esquizofrenia.

La atención no se ha dirigido sólo a enfermedades crónicas, sino que la familia ha sido también relacionada, entre otros aspectos, con el surgimiento de enfermedades psicósomáticas (Castleberry, 1988; Mullins y Olson, 1990,) o con los intentos de suicidio (Hoberman, 1989; Keitner et al., 1990; Stansbury, 1985).

En general, los jóvenes de alto riesgo tienen más enfermedades fisiológicas o psicológicas (Swart y Merskey, 1989), aunque distinguir lo que es un resultado o un factor precipitador de la enfermedad es más difícil.

El modelo desarrollado por Doherty y McCubbin (1985), puede servir de resumen de todo lo indicado en este apartado sobre la influencia de la familia en la salud.

Ciclo de salud y enfermedad familiar (Doherty y McCubbin, 1985, pág. 6))



Con este modelo los autores pretendieron establecer un esquema que organizase la práctica, investigación y teoría de la salud, y lo denominaron «Ciclo de la salud y enfermedad familiar».

Este ciclo tiene seis fases, y cuenta con la ventaja de considerar a la familia tanto variable dependiente como independiente.

En la *primera fase* se enfatiza la identificación de factores interpersonales, ambientales, sociales y psicológicos, dentro o alrededor de la familia, que promueven la salud física y psicológica, y reducen el riesgo de salud de sus miembros.

La segunda fase, hace referencia a eventos y experiencias (cambio de roles, recursos familiares, desorganización) que precipitan episodios de enfermedad o que hacen vulnerable a la familia y predisponen a los miembros a enfermedades.

La tercera fase, se refiere a los esfuerzos de la familia para dar significado a los síntomas de enfermedad de los miembros. Por ello, es importante desarrollar programas de intervención de cara a la resolución de conflictos padre-hijo, o promover habilidades de afrontamiento, entre otros aspectos.

La cuarta fase, refleja la percepción y respuesta emocional e interaccional de la familia a la enfermedad.

La quinta fase es la decisión de búsqueda de ayuda para el manejo de la enfermedad.

Por último, *la sexta fase*, indica el impacto a largo plazo de la enfermedad en la familia y el rol de ésta en la rehabilitación y recuperación de la enfermedad.

Es decir, la familia juega un papel fundamental en todas las fases del proceso.

3. IMPACTO DE LOS RECURSOS FAMILIARES EN LA PERCEPCIÓN DE SALUD

Hace tres años, planteamos un estudio, con el fin de continuar con las investigaciones en este campo. Concretamente nuestro objetivo fue comprobar el impacto del funcionamiento familiar en la salud que los hijos percibían tener.

La familia fue estudiada a través del empleo de una de las tipologías más relevantes actualmente, aquella derivada del modelo Circumplejo (Olson, Sprenkle y Russell, 1979). Esta tipología tiene en cuenta los siguientes aspectos: cohesión, adaptabilidad, satisfacción y comunicación padres-hijos; es decir, variables señaladas, desde el comienzo de los estudios, como importantes variables integradoras del funcionamiento familiar.

La muestra empleada en este estudio fue de 1319 sujetos entre 18-24 años ((Media: 20.8; Desviación típica: 1.8), los cuales participaron tras realizarse un muestreo al azar de las aulas de dos grandes universidades del País Vasco: Universidad de Deusto y Universidad de Lejona.

Todos los sujetos desde su rol de hijos respondieron a cuestiones relativas a su percepción del funcionamiento familiar y de su propia

salud. Es decir, se adoptó la perspectiva del hijo, tal y como se viene sugiriendo actualmente, de forma repetida (Grych, Seid y Fincham, 1992; Jouriles, Murphy y O'Leary, 1989).

3.1. *Variables e instrumentos de medida*

El funcionamiento familiar, como ya ha sido mencionado fue estudiado desde el modelo Circumplejo, el cual tiene en cuenta las siguientes variables:

1. Cohesión y adaptabilidad, las cuales fueron analizadas empleando el FACES IIIr (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), elaborado por Olson y Stewart en 1989 (Olson, Stewart y Wilson, 1990). Este cuestionario consta de 20 ítems organizados en dos factores, cohesión y adaptabilidad, las cuales fueron consideradas de forma lineal de acuerdo con el Modelo Circumplejo 3-D (Olson y Tiesel, 1991).
2. Satisfacción familiar: se utilizó el cuestionario «Family Satisfaction», de 10 ítems, elaborado por Olson en 1989 (Olson, Stewart y Wilson, 1990).
3. Comunicación padres-hijos: fue el cuestionario «Parent-Adolescent Communication», desarrollado por Barnes y Olson (1982), el instrumento empleado para medir esta tercera dimensión del modelo Circumplejo.

Consta de 20 ítems, agrupados en dos dimensiones: «comunicación familiar abierta» y «problemas en la comunicación». La primera subescala mide los aspectos positivos de la comunicación, la libertad para un libre intercambio de información, de hechos y emociones, el sentido de falta de restricción y el grado de comprensión y satisfacción experimentado en la relación. La segunda subescala, problemas en la comunicación, se centra en los aspectos negativos, dificultad para compartir, estilo negativo de interacción y selectividad y cautela en lo que es compartido.

A la hora de estudiar *la salud*, el interés se situó en recoger los síntomas más frecuentes manifestados en población normal. Se empleó la relación de índices desarrollada por Stewart (1988), incluida posteriormente por Olson y Stewart (1990) en el modelo MASH de evaluación de la salud y el estrés.

Se trata de un autoinforme de 20 ítems, que evalúa la frecuencia de síntomas físicos que pueden aparecer como consecuencia de la tensión a la que son expuestos los sujetos. La lista es representativa de todas las posibles manifestaciones, aunque no es exhaustiva: trastornos del sueño, cefaleas, trastornos digestivos, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos del aparato locomotor, trastornos sexuales...

La consistencia interna (alpha de Cronbach) de los instrumentos destacados, está expuesta en la tabla 1.

La hipótesis planteada, de acuerdo con el objetivo general, fue la siguiente: «El funcionamiento familiar se relaciona significativamente con la percepción de salud de los hijos».

TABLA 1

Funcionamiento familiar (v. independientes)	0.88
1. Funcionamiento familiar global (*)	0.90
a. Cohesion	0.70
b. Adaptabilidad	0.92
2. Satisfacción con el funcionam. Familiar	0.91
3. Comunicación padres hijos	0.92
a. Comunicación padre-hijo	0.78
• Comunicación abierta	0.92
• Problemas en la comunicación	0.92
b. Comunicación madre-hijo	0.80
• Comunicación abierta	
• Problemas en la comunicación	
1. Sintomatología (v. dependiente)	0.80

(*) Las variables cohesión y adaptabilidad fueron estudiadas no sólo como dimensiones aisladas, sino en su combinación formando tipos de familias.

3.2. Resultados

3.2.1. Cohesión y adaptabilidad

ANOVAS realizados con estas dos dimensiones como variables independientes sobre el índice de salud como variable dependiente, arrojaron efectos significativos.

Tanto la cohesión [$F(1,644) = 6.1, p < 0.013, M = 34.109 (6.4)$ vs $M = 32.291 (8.9)$] como la adaptabilidad [$F(1,722) = 35.1, p < 0.000; M = 35.147 (10.2)$ vs $M = 31.032 (8.1)$] tuvieron un efecto significativo sobre la salud. Mayor número de síntomas aparecieron en los hijos cuando percibieron sus familias menos cohesionadas o adaptables.

3.2.2. Tipos de familias

Nuevos análisis se llevaron a cabo con el fin de comprender si existían diferencias en la salud de los hijos en función de la percepción de su tipo de familia, y en qué familias los sujetos manifestaban tener menos síntomas. Los resultados de nuevo indicaron tales diferencias.

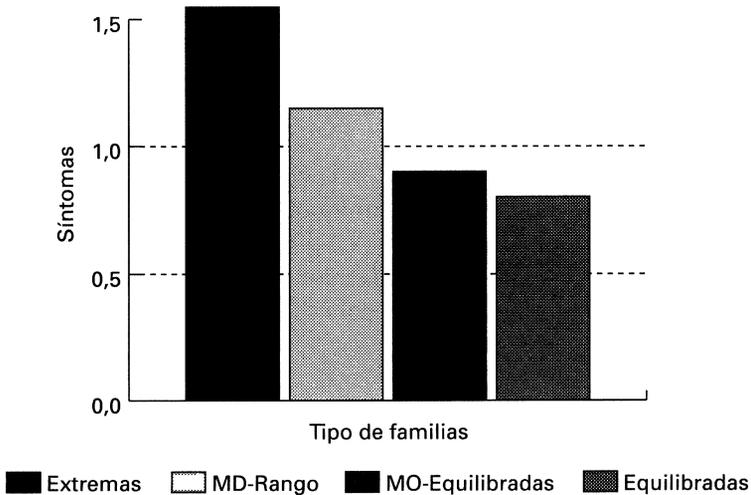
Extremas		M-Rango		M-Equilibradas		Equilibradas		F(1,1137)	S. F.
37.65	(13.5)	34.05	(9.2)	32.26	(8.3)	31.70	(7.7)	7.6	.000

Las familias fueron percibidas como equilibradas por aquellos sujetos con menor número de síntomas [$M = 31.70 (7.7)$]. Es en familias extremas donde los sujetos mostraron tener peor salud, tal y como se aprecia en la Figura 1.

3.2.3. Satisfacción familiar

La consideración de la satisfacción parece ser un índice muy útil a la hora de diferenciar la salud de los sujetos. La prueba univariada indicó un efecto muy importante [$F(1,654) = 37.2, p < 37.2, p < 0.000; M = 35.03 (9.9)$ vs $M = 30.76 (7.8)$], siendo de nuevo los sujetos con un mayor grado de satisfacción con su familia los que indicaron haber padecido o padecer actualmente menos síntomas.

FUGURA 1
Diferencias en síntomas en función de tipos de familia



3.2.4. Comunicación padres-hijos

La comunicación con el padre tuvo un poderoso efecto sobre la salud de los hijos. Esto se traduce en la afirmación clara de que los sujetos con buena comunicación con el padre manifestaron tener un menor número de síntomas [F (1,636) = 29.6, $p < 0.000$; M = 35.00 (9.8) vs M = 31.17 (7.9)].

Dos aspectos fueron considerados: apertura y problemas en la comunicación, encontrando resultados de nuevo favorables a nuestra hipótesis.

Los resultados fueron similares cuando se estudió la comunicación con la madre [F (1, 601) = 9.4, $p < 0.002$].

Síntomas	Menos		Más		F(1,688)	Sig. F.
Apertura	34.76	(10.0)	31.78	(8.4)	17.8	.000
Problemas	35.46	(9,8)	31.02	(7.9)	44.3	.000

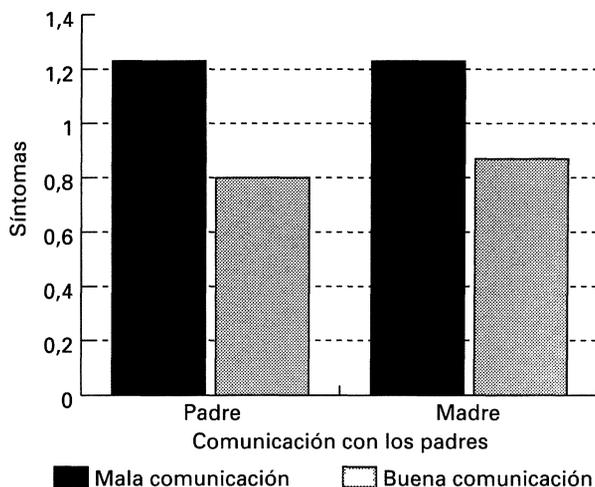
En ambos casos se pudo afirmar que cuando los sujetos indicaron tener mejor comunicación con la madre mostraron menor número de síntomas [M = 34.3 (9.4) vs M = 32.0 (8.9)].

Los resultados obtenidos al considerar la comunicación con la madre de forma global aparecieron también al considerar por separado la apertura y los problemas en la comunicación. Cuanto mejor fue la apertura y menores los problemas en la comunicación mejor fue la salud de los hijos.

Síntomas	Menos		Más		F(1,688)	Sig. F.
Apertura	33,79	(8,0)	32,30	(8,6)	4.5	.034
Problemas	35,40	(9,6)	31,30	(8,7)	32.2	.000

En la Figura 2 se puede observar la importancia de una buena comunicación con los padres en la percepción de salud de los hijos.

FUGURA 2
Diferencias en salud en función de la comunicación con los padres



3.3. *Discusión*

En resumen, el estudio anterior permitió comprobar las diferencias en la salud de los hijos en función de todas las variables consideradas. En familias cohesivas, los hijos indicaron haber sufrido un menor número de síntomas, y a una conclusión similar se llegó al estudiar la adaptabilidad.

Cuando las familias eran menos adaptables, es decir, menos flexibles, con menor posibilidad de cambio y con una peor resolución de problemas, los sujetos indicaron importantes diferencias en el índice de salud considerado.

Los tipos de sistemas permitieron puntualizar los resultados. Los sujetos que indicaron mejor salud procedían de familias moderadamente equilibradas o equilibradas. Es decir, con una puntuación moderada o alta en las dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad).

Los datos anteriores se manifestaron con mucha fuerza al estudiar el grado de satisfacción con el sistema familiar, destacado por el hijo. Fue comprobado que cuando la satisfacción familiar era baja los sujetos indicaron una peor salud. Esta afirmación cobra sentido al acordarnos de una hipótesis del modelo Circumplejo «es menos importante el tipo de sistema familiar que lo que los miembros sienten sobre la clase de sistema que tienen».

También, la manera en que los padres e hijos se comunicaban entre sí, desde el punto de vista del hijo resultó ser muy importante a la hora de entender la salud percibida por éste.

Se puede afirmar que el mantener comunicación abierta, poco problemática y poco defensiva está relacionado con mejores niveles de salud. Estas conclusiones confirmaron estudios anteriores, que habían unido patrones de comunicación o relaciones padres-hijos con diferentes medidas de ajuste del sujeto (Allen, 1987; Barber, Chadwick y Oerter, 1992; Calahan, Cornell y Loyd, 1990; Dadds, Sheffield y Holbeck, 1990).

4. CONCLUSIÓN

A través de la revisión de la literatura, y posteriormente con la presentación de este estudio, se ha destacado la importancia de la familia en la comprensión de la salud de los miembros. Parece evidente la necesidad de una colaboración cada vez mayor entre medicina familiar y terapia familiar, aunque son todavía escasos los estudios desarrollados en este sentido.

Las investigaciones realizadas sobre el impacto de la familia en la salud, han permanecido, salvo excepciones, en áreas periféricas como salud pública, medicina psicosomática, sociología médica y epidemiología y cada una de estas áreas ha trabajado relativamente aislada, sin compartir ideas, conceptos y metodologías (Campbell, 1986; Turk y Kerns, 1985).

Dentro del campo de la salud física, todavía pocos investigadores tienen como objetivo principal el estudio de la familia. La mayoría de los estudios son realizados por investigadores especializados en alguna enfermedad que examinan la familia junto a otros factores psicosociales. Hasta la fecha, las investigaciones y conceptualizaciones de los teóricos familiares han recibido poca atención en medicina conductual y psicología de la salud. Sin embargo, *la investigación ha empezado a ser más sensitiva a la importancia del contexto familiar, a su potencial para influir en las habilidades personales de los miembros, para resistir enfermedades y para determinar el curso y desenlace de las mismas.*

El desafío para la medicina de los 90 es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, que resultan en gran parte de comportamientos no saludables o factores de riesgo difíciles de cambiar (Campbell y Treat, 1990; Taylor, 1991), como fumar, falta de ejercicio, patrones inadecuados de alimentación, hipertensión, abuso de alcohol, en los cuales la familia tiene un papel crucial.

En general, un esfuerzo importante debe dirigirse, según Baranowski y Nader (1985) sobre todo a la prevención primaria y terciaria, es decir, actividades que impidan el surgimiento de enfermedades, y actividades que impidan el desarrollo de complicaciones cuando se presenta la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN, D. J. (1987). *The prediction of communication patterns between fathers and daughters from measures of the daughter's personal adjustment*. Unpublished Doctoral dissertation, Oklahoma State University.
- BARANOWKY, T. y Nader, P. R. (1985). «Family involvement in health behaviour change programs». En D. C. Turks y R. D. Kerns (eds.), *Health, illness and families: A life-span perspective*. John Wiley and Sons, New York.
- BARBER, B. K., CHADWICK, B. A. y OERTER, R. (1992). «Parental behaviours and adolescent self-esteem in the United States and Germany». *Journal of Marriage and the Family*, 54, 128-141.
- BARNES, H. L. y OLSON, D. H. (1982). «Parent-Adolescent Communication Scale». En D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen y M. Wilson (eds.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*. University of Minnesota, St. Paul.

- BASS, M. J. (1983). «Family epidemiology». En R. B. TAYLOR (ed.), *Family medicine: Principles and practice*. Springer-Verlag, New York.
- BEAUTRAIS, A. L., FERGUSSON, D. M. y SHANNON, F. T. (1982). «Life events and childhood morbidity: A prospective study». *Pediatrics*, 70, 935-940.
- BLAKE, R. L. (1988). «The effects of stress and social support on health: A research challenge for family medicine». *Family Medicine*, 20, 19-24.
- BOYCE, W. T. et al. (1977). «Influence of life events and family routines on childhood respiratory illness». *Pediatrics*, 60, 609-615.
- BROOK, J. S., LUKOFF, I. F. y WHITEMAN, M. (1978). «Family socialization and adolescent personality and their association with adolescent use of marijuana». *The Journal of Genetic Psychology*, 133, 261-271.
- BROWN, G. W., BIRLEY, J. L. y WING, J. K. (1972). «Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: A replication». *British Journal of Psychiatry*, 12, 241-258.
- BROWNELL, K. D., KELMAN, J. H. y SUNKARD, A. J. (1983). «Treatment of obese children with and without their mothers: Changes in weight and blood pressure». *Pediatrics*, 71, 515-523.
- CALLAHAN, C. M., CORNELL, D. G. & LOYD, B. (1990). «Perceived competence and parent-adolescent communication in high ability adolescent females. Special issue: The emotional adjustment of gifted students». *Journal for the Education of the Gifted*, 13, 256-269.
- CAMPBELL, T. L. (1986). «Family's impact on health: A critical review». *Family Systems Medicine*, 4, 135-201.
- CAMPBELL, T. L. y TREAT, D. F. (1990). «The family's influence on health». En R. E. Rakel (ed.), *Textbook of family practice*. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- CASTLEBERRY, K. (1988). «Rules for disease: An interactional model for psychosomatic illness in families. Special Issue: Interface between mental and physical illness». *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 363-371.
- CHEN, E. y COBB, S. (1960). «Family structure in relation to health and disease: A review of the literature». *Journal of Chronic Diseases*, 12, 544-567.
- DADDS, M. R., SHEFFIELD, J. K. y HOLBECK, J. F. (1990). «An examination of the differential relationship of marital discord to parents' discipline strategies for boys and girls». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 121-129.
- DOHERTY, W. J. (1989). «Challenges to integration: Research and clinical issues». En C. N. Ramsey (ed.), *Family systems in medicine*. The Guilford Press, New York.
- DOHERTY, W. J. y CAMPBELL, T. L. (1988). *Families and health*. Sage Publications, Newbury Park.
- DOHERTY, W. J. y MCCUBBIN, H. I. (1985). «Families and health care: An emerging arena of theory, research and clinical intervention. Special Issue: The family and health care». *Family Relations*, 34, 5-11.
- DYM, B. (1987). «The cybernetics of physical illness». *Family Process*, 1, 35-48.

- ELL, K. y NORTHEN, H. (1990). *Families and health care*. Walter de Gruyter, New York.
- ENGEL, G. L. (1977). «The need for a new model: A challenge of biomedicine». *Science*, 196, 129-136.
- ENGEL, G. L. (1980). «The clinical application of the biopsychosocial model». *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- FOULKE, F. G. et al. (1988). «Family function , respiratory, illness and otitis media in urban black infants». *Family Medicine*, 20, 128-132.
- GRYCH, J. H., SEID, M. y FINCHAM, F. D. (1992). «Assessing marital conflict from the child's perspective: The children's Perception of Interparental Conflict Scale». *Child Development*, 63, 558-572.
- HAGGERTY, J. J. (1983). «The psychosomatic family: An overview». *Psychosomatics*, 24, 615-623.
- HANSON, C. L., HENGGLER, S. W. y BURGHEEN, G. A. (1987). «Model of associations between psychosocial variables and health outcome measures of adolescents with IDDM». *Diabetes Care*, 10, 752-758.
- HILL, R. (1949). *Families under stress*. New York: Harper.
- HILL, R. (1965). «Generic features of families under stress». En H. N. Parad (ed.), *Crisis intervention: Selected readings*. Family Services Association of America, New York.
- HILL, R. (1970). *Family development in three generations*. Schenkman, Cambridge.
- HILL, R. (1971). «Modern systems theory and the family: A confrontation». *Social Science Information*, 10, 7-26.
- HOBERMAN, H. M. (1989). «Completed suicide in children and adolescents: A review». *Residential Treatment for Children and Youth*, 7, 61-88.
- HORNE, R. L. y PICARD, R. S. (1979). «Psychosocial risk factors for lung cancers». *Psychosomatic Medicine*, 41, 503-514.
- JACOB, T., SEILHAMER, R. A. y RUSHE, R. H. (1989). «Alcoholism and family interaction: An experimental paradigm». *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 73-91.
- JOURILES, E. N., MURPHY, C. M. y O'LEARY, K. D. (1989). «Interspousal aggression, marital discord and child problems». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 453-455.
- KEITNER, G. I. et al. (1990). «Family functioning, social adjustment and recurrence of suicidality». *Psychiatry*, 53, 17-30.
- LITMAN, T. J. (1989). «Some methodological problems and issues in family health research». En C. N. Ramsey (ed.), *Family systems in medicine*. The Guilford Press, New York.
- MARTÍNEZ, A. (1993). *Hacia un modelo integrado para el estudio de la relación entre los problemas matrimoniales y la adaptación de los hijos*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Deusto, Bilbao.

- MARTEAU, T. M., BLOCH, S. y BAUM, J. D. (1987). «Family life and diabetic control». *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28, 823-833.
- MEYER, R. J. y HAGGERTY, R. J. (1962). «Streptococcal infections in families: Factors altering individual susceptibility». *Pediatrics*, 29, 539.
- MILLER, T. W. (1988). «Advances in understanding the impact of stressful life events on health». *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 615-622.
- MULLINS, L. L. y OLSON, R. A. (1990). «The family factors in the etiology, maintenance and treatment and somatoform disorders in children». *Family Systems Medicine*, 8, 159-175.
- OLSON, D. H. y STEWART, K. L. (1990). *Multisystem assessment of health and stress (MASH) model and the health and stress profile (HSP)*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, St. Paul.
- OLSON, D. H. y TIESEL, J. W. (1991). *Three dimensional (3-D) circumplex model and linear scoring of FACES II and III*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, St. Paul.
- OLSON, D. H. y WILSON, M. (1982). «Family satisfaction». En D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen and M. Wilson (eds.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*. University of Minnesota, St. Paul.
- OLSON, D. H., SPRENKLE, D. H., y RUSSEL, C. S. (1979). «Circumplex model of marital and family systems, I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications». *Family Process*, 18, 3-28.
- OLSON, D. H., STEWART, K. L. y WILSON, L. R. (1990). *Health and stress profile (HSP), revised*. Profile of Health Systems, Minneapolis.
- PARKER, G. (1983). Parental affectionless control as an antecedent to adult depression: A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- PEARLIN, L. I. y TURNER, H. A. (1987). «The family as a context of the stress process». En S. V. Kasl y C. L. Cooper (eds.), *Stress and health: Issues in research methodology*. John Wiley and Sons, New York.
- RAMSEY, C. N. (1989). «Toward a theory of family medicine». En C. N. Ramsey (ed.), *Family systems in medicine*. The Guilford Press, New York.
- RAMSEY, C. N. y LEWIS, J. M. (1990). «Family structure and functioning». En R. E. Rakel (ed.), *Textbook of family practice*. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- RANSOM, D. C. et al. (1990). «The logic of measurement in family research». En T. W. Draper y A. C. Marcos (eds.), *Family variables: Conceptualization, measurement and use*. Sage Publications, Newbury Park.
- REES, C. D. y WILBORN, B. L. (1983). «Correlates of drug abuse in adolescents: A comparison of families of drug abusers with families of nondrug abusers». *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 55-63.

- ROBERTSON, D. L. y STEWART, T. J. (1985). «Families and health: A review of clinical and research issues for primary care». *Family Practice Research Journal*, 4, 128-151.
- SAULTZ, J. W. (1988). «Family centered health care». En R. B. Taylor (ed.), *Family medicine: Principles and practice*. Springer-Verlag, New York.
- SCHMIDT, D. D. (1978). «The family as the unit of medical care». *Journal of Family Practice*, 7, 303-313.
- SHISLAK, C. M., MCKEON, R. T. y CRAGO, M. (1990). «Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families». *Journal of Clinical Psychology*, 46, 185-189.
- SHOLEVAR, G. P. y PERKEL, R. (1990). «Family systems intervention and physical illness». *General Hospital Psychiatry*, 12, 363-372.
- SMILKSTEIN, G. (1990). «Psychosocial influences on health». En R. E. Rakel (ed.), *Textbook of family practice*. W. N. Saunders Company, Philadelphia.
- STANSBURY, M. (1985). *Comparison of adolescent perceptions of family dynamics in families with either a suicidal, emotionally disturbed / nonsuicidal or non-problematic adolescent*. Unpublished Doctoral dissertation, the Ohio State University.
- STEUNHAUSEN, H. C., SCHINDLER, H. P. y STEPHAN, H. (1983). «Correlates of psychopathology in sick children: An empirical model». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 559-564.
- STEWART, K. L. (1988). *Stress and adaptation: Multisystem model of individual, couple, family and work systems*. Unpublished Doctoral dissertation, University of Minnesota, St. Paul.
- SWART, G. T. y MERSKEY, H. S. (1989). «Family background and physical health of adolescents admitted to an inpatient psychiatric unit, II: Physical health». *Canadian Journal Psychiatry*, 34, 84-88.
- TAYLOR, R. B. (1988). «Family medicine: The discipline, the speciality and the physician». En R. B. Taylor (ed.), *Family Medicine: Principles and practice*. Springer-Verlag, New York.
- TAYLOR, S. E. (1991). «Health psychology: The science and the field». En A. Monat y R. S. Lazarus (eds.), *Stress and coping: An anthology*. Columbia University Press, New York.
- TURK, D. C. y KERNS, R. D. (1985). «The family in health and illness». En D. Turk y R. D. Kerns (eds.), *Health, illness and families: A life span perspective*. John Wiley and Sons, New York.
- VENTERS, M. H. (1986). «Family life and cardiovascular risk: Implications for the prevention of chronic disease». *Social Science and Medicine*, 22, 1067-1074.
- WALSH, F. y ANDERSON, C. M. (1987). «Chronic illness and families: An overview». *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3, 3-18.

- WEAKLAND, J. H. (1977). «“Family somatics”: A neglected edge». *Family Process*, 16, 263-272.
- WHITE, K. et al. (1984). «Unstable diabetes and unstable families: A psychosocial evaluation of diabetic children with recurrent ketoacidosis». *Pediatrics*, 73, 749-755.
- WILLIAMSON, D. S. y NOEL, M. L. (1990). «Systemic family medicine: An evolving concept». En R. E. Rakel (ed.), *Textbook of family practice*. W. S. Saunders Company, Philadelphia.
- WYNNE, L. C. y SINGER, M. (1963a). «Through disorder and family relations of schizophrenics, I: A research strategy». *Archives of General Psychiatry*, 9, 191-198.
- WYNNE, L. C. y SINGER, M. (1963b). «Through disorder and family relations of schizophrenics, II: A classification of forms of thinking». *Archives of General Psychiatry*, 9, 199-206.