

Familia y salud

Carmen de la Cuesta Benjumea*

La familia: definición y funciones

En general se considera a la familia como el cauce institucional por el que los individuos se integran a la sociedad. Su importancia se destacaba en Grecia y Roma clásicas, siendo para Cicerón "El principio de la ciudad y la semilla del Estado" (Hispánica, 1992). Aquí, se va a examinar bajo el prisma de su importancia para la salud de los individuos y de las consecuencias que tiene para los profesionales sanitarios, especialmente para Enfermería. En este artículo abordaré primero el significado actual de la familia y sus funciones, después analizaré el impacto de la familia en la salud para, finalmente, examinar la respuesta de los servicios de salud y la relación de los profesionales con las familias.

Es importante destacar desde un principio, que cuando se habla de familia se tiende a representarla de forma idealizada, compuesta por niños dependientes de sus padres que viven en armonía y de manera estable. A esto se le ha denominado "visión sentimental", que ha venido a ser interrumpida por la tan comentada "crisis" de la institución familiar de los años 70. En realidad, hoy en día se dan cada vez más tipos diferentes de "familias". Encontramos familias clásicas compuestas de ambos padres con un mayor o menor número de hijos que pueden incluir dos generaciones, familias de un solo cónyuge o de divorciado, de madres solas o solteras, parejas sin hijos. También existen familias donde los cónyuges pertenecen a generaciones distintas, valga el caso de Borges y María Kodama; familias de ancianos, parejas del mismo sexo e incluso de un solo

RESUMEN

El texto presentado refleja una conferencia dictada por la autora en el País Vasco con motivo de la celebración del Día Internacional de la Enfermera de este año. Se parte de una interesante revisión sobre el concepto y la definición de la familia y de sus funciones, para pasar posteriormente a analizar cuáles son las principales vertientes donde se manifiesta el impacto de la familia en la salud, observando los efectos de dicha institución como causa de salud y enfermedad y como proveedora de atención y cuidados. Se explican también las relaciones de los profesionales de la salud con la familia y los aspectos negativos de la "excesiva medicalización".

miembro como reivindica la escritora Cristina Peri Rossi (1994) cuando dice a una encuestadora "No estoy casada, no tengo hijos, mi padre murió hace muchos años, mi madre y mi hermana viven en Uruguay, de manera que mi familia se reduce a una sola persona: yo".

También se ha asociado a la familia con la estabilidad, la convivencia en un mismo lugar o territorio. Las guerras étnicas, la hambruna, y diversos tipos de violencia, han producido desplazamientos masivos de personas cuyas familias se han desintegrado, teniéndolas que rehacer en otros lugares ajenos culturalmente, y en condiciones socioeconómicas muy precarias. España, como el resto de los países de Europa, no es ajena a este fenómeno. Si entendemos por familia una *institución de parentesco* y que éste trata, sobre todo, de relaciones socialmente construidas, no nos extrañará la afirmación de la socióloga Edholm cuando señala "los familiares no nacen, sino que se hacen" (1982). Esta perspectiva permite comprender, por un lado, el esfuerzo de integración en nuevas familias que tienen que efectuar aquellas personas desplazadas y, por el otro, que cuando hablamos de familia no sólo lo hacemos de vínculos biológicos sino también afectivos. ¿Quién de nosotros no ha oído aquello de "lo quiero como a un hijo", "es como uno más de la familia", "es la hermana que nunca tuve" o "son como hermanos"?

Bajo este prisma es consecuente incluir como familia aquellas relaciones que entablamos con algunos amigos, vecinos y demás.

Resaltemos, para concluir, que no existe un solo tipo de familia; que este concepto es muy amplio, abarcando prácticamente todos los miembros de la sociedad. En la actualidad más que predominar un tipo, el nuclear, nos encontramos con diferentes modelos cuya estabilidad de relaciones y lugar se ve alterada con frecuencia. Es importante tener esto en cuenta, ya que evitará excluir a personas significativas, y permitirá comprender mejor situaciones y procesos relacionados con la salud familiar.

Procede que ahora nos preguntemos ¿Cuál, en concreto, es la impor-

"No estoy casada, no tengo hijos, mi padre murió hace muchos años, mi madre y mi hermana viven en Uruguay, de manera que mi familia se reduce a una sola persona: yo" (C. Peri Rossi)

*DE. PhD. Medellín, Colombia.

tancia de la familia? Es mucha: hasta las Naciones Unidas han llegado a considerarla "La democracia más pequeña en el corazón de la sociedad" (1991). Distintas perspectivas sociológicas interpretan el rol y las funciones de la familia de forma diferente, pero todas ellas destacan su importancia ideológica y educativa en la socialización tanto de niños como de adultos, y señalan sus funciones económicas. Por ejemplo, Murdoch (1949) identifica clásicamente las funciones de la familia en sexual, reproductiva, económica y educativa, enfocándolas como funciones *hacia la sociedad*. Parsons (1956) por su parte, destaca dos funciones básicas e irreductibles *hacia la personalidad*: una, la *socialización primaria* del niño durante la cual él internaliza la cultura de la sociedad y se estructura en personalidad; y dos, *la estabilización* de la personalidad adulta al proporcionar la familia apoyo emocional o equilibrio ante las presiones de la vida social.

Por otro lado, los antipsiquiatras han llamado la atención sobre los aspectos negativos de algunas relaciones familiares. Así Laing (1976) al examinar las interacciones entre los miembros de la familia y su impacto en los individuos señala, entre otros, los aspectos explotadores de las relaciones familiares haciendo ver que no todo es felicidad y funcionalidad. Cooper (1972), en línea similar a la de Laing, considera incluso que la familia condiciona al individuo a ser obediente y sumiso. Al mismo tiempo que algunos sociólogos resaltan el carácter económico y en algunos casos explotador de la familia (Pearson, 1989), otros como Dennis (1962), destacan un rol estabilizador al argumentar que la familia es la única institución social donde, en una cada vez más especializada sociedad, se valora y percibe a la persona de manera integral o global.

Podemos concluir que no sólo el concepto de familia es muy variado sino que sus funciones también lo son y en ellas se mezclan los aspectos negativos y positivos de la interacción humana. No obstante, existe consenso en que la familia juega un rol principal en la reproducción y socialización, y que es un elemento clave en la transmisión de la cultura. Es importante destacar su función de proporcionar estabilidad emocional y cuidados de salud. Este hecho nos lleva directamente al siguiente apartado: examinar la relación entre familia y salud.

Familia y salud

Se puede señalar que el impacto de la familia en la salud presenta tres vertientes: lugar donde se aprenden conductas relacionadas con la salud; el espacio físico y relacional que protege o precipita la enfermedad; y el ámbito donde se reciben cuidados de salud. Consecuentemente, examinaremos la función de la familia en la salud bajo tres aspectos que, en la práctica, pueden superponerse: a) La familia como contexto de la salud y la enfermedad; b) como causante de salud y enfermedad y c) como proveedor de atención y cuidados.

A) La familia como contexto. La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud. Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general.

A nadie se nos escapa que la familia es el contexto en que una persona enferma se hospitaliza y se rehabilita. Cómo la familia acepte o no el diagnóstico de una enfermedad incapacitante en uno de sus miembros puede, por ejemplo, afectar su rehabilitación o el curso de la propia enfermedad. Davis (1963) en su estudio de familias con niños afectados de poliomielitis, llama la atención sobre este aspecto, incliniendo en que una posible reacción de la familia a una crisis de salud puede ser la reafirmación de su solidaridad y de unidad emocional. Específicamente en su estudio muestra que la reacción de la familia a la enfermedad puede muy bien influir el momento en el que se busca ayuda, y que las actitudes hacia la convalecencia del enfermo son de importancia crucial para su recuperación. Por ejemplo, identificó el estilo de vida de la familia y la flexibilidad o

rigidez en los roles, como factores que influían en la manera en que el niño minusválido era recuperado para la vida familiar y social.

Es evidente, por tanto, que al hablar de familia y salud no podemos eludir el concepto de enfermedad. Cómo la familia maneja y afronta la crisis de salud de uno de sus miembros puede fortalecer o debilitar la salud familiar. En este sentido se ha documentado el impacto que tiene para los familiares las enfermedades mentales de alguno de sus miembros y cómo la propia salud mental de éstos se resiente (Oakley, 1976).

Estrechamente unido al tema de la familia como contexto del proceso salud-enfermedad, se encuentra la consideración de la familia como causante de la salud y la enfermedad, el segundo aspecto que examinaremos.

B) La familia como causante de la salud y la enfermedad. El efecto positivo y necesario para la vida de los cuidados maternos y paternos está ampliamente reconocido. Es más, se argumenta que una de las funciones principales de la familia en la sociedad moderna es proporcionar personas saludables (Oakley, 1976). Un ambiente seguro, emocionalmente estable, que con los cuidados y atención necesarios, parecen ser los factores precisos para lograr y mantener la salud. Se ha destacado que para la salud mental y emocional del niño son elementos cruciales el cariño, la continuidad, y estimulación materna (Rutter, 1972). Graham (1984) ha identificado la tarea de salud que realiza una familia cotidianamente, clasificándolas en cinco áreas de actividad: 1) Proporcionar salud, 2) Enseñar sobre la salud y la enfermedad, 3) Cuidar a los enfermos, 4) Mediar en la ayuda profesional y 5) Hacer frente a las crisis. No hace mucho tiempo veíamos la película "El Aceite de Lorenzo", "Un milagro para Lorenzo", basada en un hecho real, que muestra cómo una familia lucha por la recuperación de su hijo y consigue que una enfermedad degenerativa del cerebro, no sólo se detenga, sino que revierta.

En el área de la familia como desencadenante de la enfermedad, comentáremos los efectos negativos de algunas relaciones familiares para la salud mental, siendo el trabajo de Laing uno de los más importantes. Dicho autor popularizó la idea de que la esquizofrenia no es tanto una enfermedad sino una etiqueta, que se adjudica a las personas que reaccionan de cierta manera

**En la actualidad ...
nos encontramos con
diferentes modelos
(de familia) cuya
estabilidad de
relaciones y lugar
se ve con frecuencia
alterada**

a la vida familiar. También se ha observado que la falta de cuidados familiares produce carencias importantes y desajuste en los niños (Oakley, 1976). Por último se ha documentado que el aislamiento familiar de los ancianos puede provocar desde depresiones hasta abandono físico, desembocando, en ocasiones, en su muerte. Esto nos conduce a la tercera función de la familia respecto a la salud: proporcionar cuidados en caso de enfermedad.

C) La familia como proveedor de atención y cuidados. En la actualidad la familia está adquiriendo una importancia cada vez mayor como dispensadora de atención en la enfermedad crónica, la minusvalía y en los cuidados al anciano. Además, se ha comprobado que los familiares constituyen la fuente más importante y principal de ayuda que tienen las personas en caso de enfermedad o dolencia (Pearsons et al, 1993). Ante una enfermedad imprevista o crónica, para los ancianos contar con familiares dispuestos a ayudar puede ser decisivo (Oakley, 1976). Diversos estudios han mostrado que cuando una persona anciana necesita ayuda, los familiares son los principales cuidadores (Robinson, 1990).

Las mujeres están identificadas como las cuidadoras principales en la familia (Land, 1978; Graham, 1984) y se ha apuntado el detrimento que ello puede acarrear en su vida personal y social, así como la posibilidad de tener que abandonar un trabajo remunerado (Stacey, 1988). Efectivamente, a pesar de que mucha gente enferma y anciana se encuentra cuidada por la familia, esto no se efectúa sin dificultades. Una revisión de estudios muestra algunos de los efectos de cuidar a un familiar (McGown y Braithwaite, 1992): son frecuentes la tensión, el estrés, las alteraciones en la vida del hogar, el aislamiento social, el poco descanso y la precaria salud física y mental. En el caso de enfermos hemipléjicos la ansiedad y la depresión de los cuidadores se manifiestan en la sobreprotección del enfermo y en actitudes de desesperanza. Investigaciones sobre cuidadores de familiares con Alzheimer (Wilson, 1989) muestran cómo viven en una situación de sortear continuamente elecciones negativas, siendo la última tener que ingresar al familiar. El peso de cuidar a un familiar puede producir lo que se ha denominado el "enfermo secundario" (Gaynor, 1990), es decir, el agotamiento físico y mental del que cuida.



Desde distintas perspectivas sociológicas se interpreta el rol y la función de la familia considerándola el instrumento ideológico y educativo más importante en la socialización de niños y de adultos.

Cada vez más la familia será un recurso importante en los cuidados de ancianos y enfermos; esto supone un costo y deja de manifiesto que los cuidadores no sólo no pueden ser sustitutos de servicios profesionales sino que, como veremos más adelante, necesitan mucho apoyo profesional.

Una respuesta de los servicios médicos

La familia, en su sentido más amplio, supone una fuente de cuidados en los procesos de salud y enfermedad, y tiene un gran potencial para hacer frente a las crisis de salud. Es importante que estemos advertidos de una tendencia del sistema de salud muy relacionada con este hecho: la "medicalización" que Illich define como:

"Una parte de un proceso histórico que incapacita a las personas de cuidarse a sí mismas haciéndolas dependientes de la provisión de servicios denominados de cuidados".

Illich insiste en que entendamos la medicalización como la expresión de un patrón cultural y no el simple resultado de la avaricia o prepotencia profesio-

nal. El proceso de medicalización implica la irrupción de la medicina en áreas de la vida que no eran vistas con anterioridad como interesantes. Un ejemplo es la medicalización de aspectos de cuidados legos o "informales" tales como la crianza de los hijos o la geriatría, en la medida que medicaliza aspectos del proceso natural de envejecer (Pearson, 1989). La violencia y el maltrato a los niños son dos ejemplos de digamos "problemas de la vida" que cada vez más se vuelven apropiados para un diagnóstico médico.

Lo grave de la medicalización es que induce una *dependencia en el consumo* de un servicio con el efecto "secundario" de *erosionar la capacidad* que tienen las personas para afrontar y manejar situaciones de salud (Illich, 1982). Tiende, en suma, a despojar o desautorizar a las familias e individuos de su propia capacidad de cuidado y atención a la salud. Los autocuidados o autoayuda no han escapado a esta tendencia. Illich (1982) ha señalado que el autocuidado se utiliza como etiqueta eufemista para muchos programas en los que los profesionales entrenan al enfermo para la *automedicalización* de sus vidas. Zola (1972), el sociólogo, ya advirtió contra estos excesos y no exento de ironía apuntó que vivir la

Los antipsiquiatras han llamado la atención sobre los aspectos negativos de algunas relaciones familiares

vida era dañino para la salud, pues al final uno muere de vivir.

La medicalización es una tendencia que los profesionales de la salud que trabajamos con familias podemos revertir o reafirmar. Esto no significa que volvamos la espalda al progreso médico en aspectos tales como el parto, los cuidados a niños y ancianos. Significa que no erosionemos la capacidad de la gente de cuidarse ni creemos una innecesaria dependencia en los servicios. La salud no es una comodidad que se consume, sino algo que se logra. Para revertir o evitar los efectos de la medicalización, es de crucial importancia el tipo de relaciones que establezcamos cotidianamente con los usuarios de los servicios de la salud. Podremos hacernos cargo de todos los cuidados que requiere la familia o alguno de sus miembros, e incluso asumir como propias sus dolencias; o por el contrario, potenciar su capacidad y lograr que se apropien de instrumentos y conocimientos de cuidados y de promoción de salud. He dicho intencionadamente que se **apropien** para enfatizar una relación sin paternalismos, que considera a la familia en un rol activo de participador y no consumidor de los servicios de salud. Esto nos introduce en el último aspecto del artículo: la relación de los profesionales con las familias.

Relaciones de los profesionales con las familias

Reconocer el rol de la familia en el cuidado y la promoción de la salud, nos obliga a los profesionales a establecer relaciones de una mayor igualdad y cooperación con ella. Las relaciones de poder tradicionales, que se basan en el saber del profesional y su posición clave para permitir el acceso a diversos servicios sociales y de salud, han de ser sustituidas por **alianzas terapéuticas**,

en pro de la salud donde se apoye y fortalezca el rol de la familia en la salud. En concreto, ¿qué implica esto?

En el "Seminario Europeo sobre Cuidados a los Ancianos" que se celebró en Oporto el año pasado, donde participaron junto a los profesionales personas no profesionales pero con gran experiencia en cuidados familiares, se identificaron las siguientes necesidades de los cuidadores: 1) *De información* relativa a los cuidados y el proceso de la enfermedad. Este aspecto ha sido muy reiterado en la literatura profesional; los cuidadores por lo general notan una falta de información por parte de los profesionales (Wilson, 1989; McGown y Braithwaite, 1992); 2) *Descanso*, poder dejar por un período de tiempo, unas horas o días, los cuidados, tener lo que se ha denominado un "respiro"; 3) *Apoyo* de tipo emocional, social, técnico, relativo a cuidados y psicológico; 4) *El reconocimiento a la labor que realizan*; en esto los cuidadores pusieron mucho énfasis, este reconocimiento es una fuente de satisfacción pero también de fortaleza; y 5) *Ser escuchado y considerado*. En suma ser tratados no como recursos baratos para el cuidado, ni como co-trabajadores menos calificados, sino también como clientes con unas necesidades de salud muy concretas.

Un aspecto muy importante para contribuir al lema del día Internacional de la Enfermera -"Familias Sanas, Naciones Sanas"- es que pasemos de una posición de proveer servicios a las familias, a otra de cooperación donde reconozcamos y apoyemos sus potencialidades. Que seamos conscientes de que la familia es contexto, causa y estrategia para el desarrollo de la salud.

Nuestro trabajo consiste en brindar cuidados a la familia, y también información; apoyo, no sólo técnico sino emocional y, sobre todo, escuchar las situaciones y necesidades individuales de las familias. Hemos de estar alerta para detectar los factores clásicos de riesgo de enfermedad y además de detectar el desgaste, el sufrimiento, y el estrés de los cuidadores, que incluye tanto a las madres con niños pequeños como a familiares de enfermos encamados o incapacitados. Conocer los momentos críticos en las situaciones de salud-enfermedad nos hará más eficaces en la prevención, y colaborar para mantener la dignidad e independencia de la persona dependiente hará de la enfermería un trabajo más humano.

Contribuir a la salud de la familia no significa erradicar la enfermedad; ésta estará siempre con nosotros. Fortalecer las capacidades de la familia, atenuar sus disfunciones, y facilitar su desarrollo humano son las metas que los profesionales de enfermería nos hemos de plantear.

BIBLIOGRAFIA

- Cooper D. The Death of the Family. London: Paladin Books, 1972.
- Davis F. Passage Through Crisis: Polio Victims and Their families. New York: Bobbs-Merrill, 1963.
- Dennis N. Relationships. En: Butterworth E y Weir D (Eds.). The Sociology of Modern Britain. Glasgow: Fontana, 1962:46.
- Edholm F. The Unnatural Family. En Elizabeth Whitelegg et al. (eds). The changing Experience of Women. Martin Robertson, Open University, 1982: 166-77.
- Gaynor SE. The long Haul: The effects of Home Care on Caregivers. IMAGE 1990; 22 (4): 208-212.
- Graham H. Women, Health and the Family. Brighton: Weatshead Books, 1984.
- Hispanica Enciclopedia. Familia. Macropedia. Vol. 6. Barcelona: Enciclopedia Británica, 1992.
- Illich I. Medicalization and Primary Care Coll Gen Pract, agosto, 1982: 463-468.
- Laing RD. The politics of the Family. London: Penguin, 1976.
- Land H. Who cares for the family? Journal of Social Policy 1978; 7(3): 257-384.
- McGown A. y Braithwaite V. Stereotypes of emotional caregivers and their capacity to absorb information: the views of nurses, stroke carers and the general public. Journal of Advanced Nursing 1992; 17: 822-828.
- Murdoch. Social Structure En: Pearson M. (1989) The family: fact or fiction. Documento sin publicar. Liverpool: 1989.
- Naciones Unidas. 1994 Año Internacional de la Familia. Viena: Naciones Unidas, 1991.
- Oakley A. The Family, Marriage, and Its Relationship to illness. En: Tuckett D (Ed.). An Introduction to Medical Sociology. London: Tavistock, 1976: 74-109.
- Parsons T. The American family: Its Relationships to Personality and to de Social Structure. En: Parsons T & Bales RF. Family, Socialization and Interaction Process. London: Routledge & Kegan Paul, 1956.
- Pearson M. The family: fact or fiction. Documento sin publicar. Liverpool: The University of Liverpool, 1989.
- Pearson M. Professions: Institutions of Social Control? Documento sin publicar. Liverpool: The University of Liverpool, 1989.
- Pearson M, Dawson C, Moore H, Spencer S. Health on borrowed time? Health and Social Care in the Community, 1993; 1(1): 45-54.
- Peri Rossi C. Soy una familia. El Colombiano Dominical, 1994; 27 marzo, página 9.
- Robinson K. The relationships between social skills, social support, self esteem and burden in adult caregivers, Journal of Advanced Nursing 1990; 15: 788-795.
- Rutter M. Parent Child Separation: Psychological Effects on Children. Conferencia sin publicar. 1971.
- Stacey M. Unpaid Workers: the carers. The Sociology of health and illness 1988; 206-210.
- Wilson HS. Family Caregiving for a Relative With Alzheimer Dementia: Coping with Negative Choices. Nursing Research 1989; 38 (2): 94-98.
- Zola I. Medicina as an Institution of Social Control. Sociological Review (New Series), 1972; 20: 487-504.