

Estudio de salud familiar: Disfunción en familia con ansiedad y depresión

Laura Iraís Pacheco Flores¹, Alejandra Pérez Hernández², Mixalis Rosas Ramos², Daniel Carranza Balderas¹, Santiago Oscar Pazarán Zanella²

¹ CMF, CE, Q ISSSTE Puebla

² IMSS U.M.F. No. 06 OOAD Puebla

Resumen

El detectar una disfunción familiar solo es el primer paso para el Médico Familiar, para brindar la orientación y herramientas necesarias para que los miembros de la familia tengan un mejor pronóstico y mejoren sus estilos de vida, así como fortalecer sus áreas de oportunidad. Se presenta el caso de una familia nuclear en fase de retiro que cuenta con múltiples diagnósticos y factores de riesgo que pueden incidir en su desarrollo.

Abstract

Detecting a family dysfunction is only the first step for the Family Doctor, to provide the necessary guidance and tools so that family members have a better prognosis and improve their lifestyles, as well as strengthen their areas of opportunity. The case of a nuclear family in the retirement phase that has multiple diagnoses and risk factors that may affect its development is presented.

Palabras Clave: Familia, disfuncionalidad, factores de riesgo

Keywords: Family, dysfunction, risk factors.

1. INTRODUCCIÓN

Siendo la familia la célula fundamental de la sociedad, constituida como un grupo primario para proveer la satisfacción de las necesidades básicas y facilitar el desarrollo de las personas que la integran, se hace necesario su estudio y análisis. Entendiendo como familia a la unión de personas que comparten un proyecto de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo (Segura Aguilar, 2020) (Mayorga y Salazar, 2009).

En Medicina Familiar la integralidad es un abordaje contextual de los aspectos bio-psico-sociales de la salud-enfermedad tanto en el individuo, su familia y grupos de familias que comparten el mismo riesgo para la salud incluyendo un enfoque preventivo, anticipatorio y de continuidad de cuidado (Anzures Carro, 2008) (Crimer, Mutchinick y Rubinstein, 2023).

2. MOTIVO DE CONSULTA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR

Masculino de 67 años de edad, acudió a consulta en agosto de 2023 por dolor punzante en la región plantar de calcáneo derecho, posteriormente bilateral, sin mejoría a tratamiento conservador. Se inicia tratamiento analgésico y vitamínico por diagnóstico de Fascitis Plantar con persistencia de dolor punzante al iniciar la marcha. A referir del paciente muchas complicaciones en su salud comenzaron partir de su jubilación en 2018.

Paciente con pluripatologías, con mal apego a tratamiento y con alta posibilidad de recurrencia. Se realiza el presente estudio para identificar los factores que puedan influir en el mal apego al tratamiento, buscar los factores de protección y redes de apoyo tanto familiar y/o social, así como reconocer las debilidades y fortalezas de la familia que influyan en la salud física, emocional y psicológica.

3. HISTORIA DE FAMILIA

José y María se conocieron en 1980, en su trabajo, una institución bancaria donde José fungía como jefe de departamento y María era secretaria de la subgerencia. Esta familia se formó en 1981, cuando contrajeron nupcias al cumplir un año de noviazgo, con el consentimiento de ambas familias de origen.

José y María decidieron tener hijos y construir una casa que contara con las comodidades necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños en todas sus esferas. Terminaron de construir la casa donde actualmente habitan en 1983. Tuvieron tres embarazos, dos hijas. María se quedó en casa, por conveniencia y mutuo acuerdo, para la vigilancia y crianza de las niñas, mientras José proveía todo lo necesario para el bien familiar. Durante un tiempo, José laboró en dos turnos y solo convivía con la familia durante los fines de semana.

Las expectativas de José para sus hijas eran que tuvieran una buena educación para que tuvieran armas suficientes para enfrentar los retos de la vida. La consigna de las hijas era estudiar, a lo largo de su desarrollo tuvieron acceso a distintos tipos de cursos y actividades sociales, culturales, artísticas y recreativas. Ambas entraron a la universidad, comenzaron a trabajar, obtuvieron postgrados. La mayor se trasladó a otro país, donde contrajo matrimonio y actualmente reside con su esposo y dos hijos. La hija menor también contrajo matrimonio años después, no tiene hijos.

Al casarse la segunda hija, José decidió jubilarse para dedicarse por completo al hogar, convivir más con su esposa, cuidarla en estado de enfermedad dado su condición de salud y comorbilidades y viajar juntos en episodios saludables. Para José, sus expectativas tenían como base el poder consolidar un proyecto de vida donde obtuviera los recursos necesarios para disfrutar de una vejez digna y deleitarse conociendo el mundo junto con su pareja.

4. ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Tabla 1. Identificación de los integrantes de la familia

N.º	NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	LUGAR DE ORIGEN	RELIGIÓN	ESTADO DE SALUD
01	José	67	Caso pista	Contador Público	Jubilado	Puebla	Católica	Dislipidemia, Hiperplasia prostática, Síndrome ansioso-depresivo, Síndrome de intestino irritable, Psoriasis, Vitíligo, fascitis plantar.
02	María	65	Esposa	Secretaria Ejecutiva	Hogar	Puebla	Católica	Hipertensión arterial, Enfermedad renal crónica estadio IV, Síndrome depresivo.

Tipología de la familia P.R.: *Nuclear*, viven juntos los esposos. *Tradicional*, José es el único proveedor y María se dedicó al hogar. *Integrada*, ambos conyugues viven en la misma casa. *Profesional*, por la ocupación de José. *Urbana*, habitan en una ciudad capital con todos los servicios.

Ciclo vital de vida familiar: *Etapa final de contracción*, por el matrimonio de Carmen. *Fase de retiro*, por la jubilación de José.

Funciones familiares: socialización, reproducción, estatus, afecto son funciones cubiertas en esta familia; en cuanto a cuidado o atención se encuentra de forma parcial al contar con situaciones perfectibles por las fallas en el apego a tratamiento y en el régimen dietético.

5. ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR

Jerarquía: Ambos integrantes toman las decisiones, establecen reglas o realizan cambios de manera conjunta. María toma iniciativa en cuanto a los arreglos del hogar y José se concentra en lo referente a ingresos y egresos familiares.

Límites: Son flexibles en la unión conyugal derivado al cambiante estado de salud de María.

Roles: Mal definidos, José con frecuencia realiza actividades del hogar que normalmente realizaba María.

Centralidad: María ocupa la centralidad, las actividades y recursos giran en torno a su estado de salud.

Comunicación y reglas: Subsistema conyugal: Presentan comunicación difusa, en ocasiones indirecta.

Subsistema paterno-filial: José siempre ha tenido una buena comunicación con sus hijas. María ha presentado conflictos con su hija menor por una comunicación enmascarada y similares temperamentos.

Familiograma sociodinámico

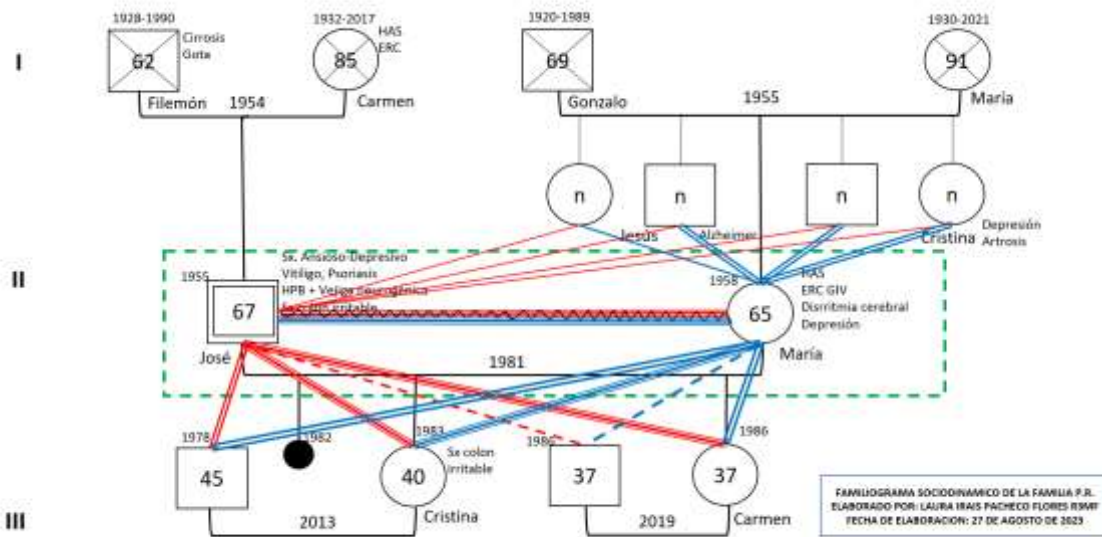


Figura 1. Familiograma socio dinámico de la familia P.R.

Si bien visualizamos las características y factores de riesgo de la familia, resalta la escasa red de apoyo presente en ellos, además de una relación fusionada-hostil entre el matrimonio dificultado su convivencia y comunicación. Además de una relación fusionada con las hijas a pesar de no formar parte del núcleo, siendo un importante factor de riesgo considerando los diagnósticos individuales de los integrantes y generando un pronóstico poco favorecedor.

Riesgos para la salud familiar

Problemas sociales: José no presenta conflictos con vecinos, no tiene mucha comunicación con familiares al ser hijo único y no tener familiares tan cercanos. María no se relacionó nunca con los vecinos, aunque no presenta algún conflicto con ellos, tiene comunicación con familiares principalmente vía telefónica.

Crisis familiares: La familia tiene una crisis paranormativa por la enfermedad renal estadio IV de María. Ella ha presentado pluripatología desde edades tempranas, aunado a los padecimientos de José quien ahora tiene un ajuste de roles por la situación de salud de su esposa y la presencia de cambios emocionales en ellos. La jubilación de José fue planeada, sin embargo, aún en algunos momentos piensa si fue el momento indicado.

Problemas de salud: Tanto María como José padecen enfermedades crónicas y de salud mental que han afectado de manera directa su vida. La familia se encuentra en transición del problema de salud de María, lo han aceptado, sin embargo, en ocasiones tienen mal apego a medidas dietéticas. José no ha puesto énfasis en su tratamiento farmacológico ni asesoría psicológica de sus enfermedades.

6. RESULTADOS

En los instrumentos aplicados, de primera instancia se aplicó la escala MoCA, obteniendo sin deterioro cognitivo para ambos, por lo que fue confiable la aplicación de instrumentos para evaluar la funcionalidad y organización familiar con los siguientes resultados:

Tabla 2. Resultados de instrumentos aplicados

N.º	NOMBRE	RESULTADO	INTERPRETACION
01	Escala de Holmes	La familia obtiene un puntaje de 162 puntos	De acuerdo con los eventos críticos evaluados se cataloga a la familia en crisis leve.
02	APGAR Familiar	José obtuvo 9 puntos (adaptación 2, compañerismo 2, crecimiento 2, afecto 2, acuerdos 1) María obtuvo 5 puntos (adaptación 1, compañerismo 1, crecimiento 2, afecto 1, acuerdos 0)	José altamente funcional María moderada disfunción. Se tiene área de oportunidad en acuerdos o roles. Además, para María en adaptación, compañerismo y crecimiento.

7. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LA SALUD FAMILIAR

Tabla 3. Factores de riesgo y de protección familia P.R.

FAMILIA P.R.	
Riesgos Biológicos	Riesgo de complicación de Hipertensión arterial e Insuficiencia renal de María y riesgo de complicación de Hiperplasia prostática de José. Carga genética para Hipertensión arterial, cardiopatías y enfermedad ácido-péptica. Presencia de sobrepeso.
Riesgos Físicos	Riesgo de caídas en casa.
Riesgos Psicológicos	Riesgo de agravamiento de cuadro depresivo en María y riesgo de aumentar nivel de ansiedad y depresión en José.
Factores Protectores	Cuentan con seguridad social. Un ingreso económico fijo y suficiente para solventar los gastos y servicios del hogar. Cuentan con una vivienda con todos los servicios y comodidades. Acude regularmente a sus consultas médicas. Apego a la religión. No tienen adicciones. Cercanía con una hija.

	Expresiones de afecto.
Factores de riesgo	Crisis no normativa. Presencia de patologías crónicas. Alimentación poco adecuada para los padecimientos crónicos presentes en la familia. Comunicación indirecta. Roles mal definidos. Red de apoyo inestable o baja. Poca interacción social. Sedentarismo.

Los diagnósticos individuales son en sí mismos un factor de riesgo importante para esta familia, el contar con padecimientos de salud mental, como lo son depresión y el trastorno depresivo-ansioso tienen gran implicación dentro del desarrollo de la familia.

Los macrosistemas presentes son escasos, si bien no tienen conflicto con los vecinos o familias de origen su interacción con ellos es poca o nula, no se refiere relación con amigos pese a acudir de forma regular a la iglesia, no cuentan con relación en el trabajo al ser José jubilado y en cuanto a salud es estresante por todos los cambios respecto a la enfermedad renal de María y la lista de diagnósticos de José.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se obtuvo como diagnóstico familiar: Familia disfuncional por alteración en las dimensiones de afecto, compañerismo, adaptación y acuerdos. Además de una falta de interacción con macrosistemas por lo que se encuentran aislados y con una red de apoyo baja e inestable dejando vulnerable a la familia a presentar crisis o mayor disfunción.

Por los factores de riesgo encontrados, cuentan con dos factores de riesgo alto: el tener patologías psiquiátricas en ambos integrantes y la poli consulta. Un riesgo intermedio con las crisis no normativas, un riesgo bajo por la patología crónica de María clasificando a la familia P.R. con riesgo alto.

Para el plan integral de la familia se proponen los siguientes puntos a tratar:

- Brindar herramientas para mejorar los canales de comunicación en la pareja, fomentar una comunicación clara y efectiva donde prevalezca el respeto y empatía, sin dar por hecho sentimientos o pensamientos, incluir al otro y preguntar si se está de acuerdo con alguna toma de decisión.
- Realizar actividades recreativas en conjunto, salir a caminar, cuidar el jardín, ver alguna película juntos, salir por un té.
- Realizar un listado de actividades prioritarias dentro del hogar y repartirlas en manera de lo posible para la participación de ambos sin generar sobrecarga.
- Ampliar la red de apoyo a familia de origen y vecinos, salir a visitarlos al menos una vez por semana o invitarlos a su domicilio.
- Brindar plan de actividad física aeróbica de bajo impacto para que la familia realice al menos 3 veces por semana en un lapso de 30 minutos e incrementar de forma gradual, dicha actividad procurar realizarla juntos.
- Orientación sobre cambios en el estilo de vida que incluyan una mejora en la alimentación, especificando que alimentos no son convenientes por los diagnósticos de base con el fin de evitar la progresión de la enfermedad y prevenir complicaciones.

- Ayudar a identificar las situaciones que les generen ansiedad o estrés y canalizarlo en actividades que puedan aportarles un beneficio.
- Fomentar en cada uno de ellos apego al tratamiento farmacológico y cumplimiento de sus citas de control para llevarlos a un control terapéutico.

Con este trabajo concluimos la importancia de un análisis de la esfera familiar del paciente con mal apego a tratamiento pues esto puede ser secundario a un mal funcionamiento familiar y a la presencia de múltiples factores de riesgo y patologías que son necesarias atender, lo cual hace imprescindible brindarles herramientas para mejorar su bienestar emocional individual, así como su comunicación y dinámica familiar junto con el equipo de salud de primer nivel y dar un seguimiento a la familia que permita alcanzar una longevidad satisfactoria.

REFERENCIAS

- [1] Segura AY, Romero LY, Mengana RJ. (2020). Tratamiento a la familia, desde las organizaciones de base. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. ISSN-e 2254-7630
- [2] Mayorga MCJ, Salazar SDD. (2019). Tipologías familiares y ciclos vitales. Una propuesta conceptual y operativa para la intervención social. Ed Universidad de La Frontera. Santiago Chile.
- [3] Anzures CRL, Chávez AV, García PMC, Pons AON. (2008). Medicina Familiar. Primera edición. Editorial Corinter. México.
- [4] Crimer N, Mutchinick M, Rubinstein E. (2023). Abordaje contextual en la práctica del médico de familia. Evid Actual Pract Ambul. 26(2): e007075.
- [5] Farfán SG. (2021). Introducción al Estudio de Salud Familiar.
- [6] Irigoyen A., González R. y Morales de Irigoyen H. (2014). Guía Práctica para la elaboración de Estudios de Salud Familiar. Cuarta edición. México.
- [7] Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. (2023). Guía de Estudio de Salud Familiar 2023. México. Disponible en: <https://www.certificacionenmedicinafamiliar.org/>
- [8] Creagh PM. (2019). Repercusión del envejecimiento en el funcionamiento familiar. Revista Cubana de Salud Pública. 45(4):e1317
- [9] Archivos en Medicina Familiar. (2005). Conceptos básicos para el Estudio de las Familias. Archivos en Medicina Familiar, 7(1): 15-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>

Correo de autor de correspondencia: lau.pacheco@outlook.com