

MEDICINA Y PSICOTERAPIA CON ENFOQUE FAMILIAR *

Juan Manuel SAUCEDA GARCÍA

El enfoque familiar en el ejercicio de la medicina y de la psicoterapia ha recibido un gran impulso en México durante los últimos años como respuesta a la necesidad de tratar al individuo enfermo dentro de un contexto social inmediato: la familia. Hoy me propongo presentar algunos aspectos del desarrollo de la medicina familiar y de la psicoterapia familiar en las instituciones hospitalarias de nuestro país y discutir sus fundamentos, sus puntos de contacto y los problemas prácticos por los que atraviesan ambas disciplinas.

I. MEDICINA FAMILIAR

Un error frecuente al conceptuar los objetivos de la medicina es pensar sólo en su función curativa. Pensarlo así es limitar excesivamente los propósitos del médico moderno que busca mantener o devolver la salud de una manera integral. Entendemos por salud, y esta es una idea promovida por la Organización Mundial de la Salud, es decir, no sólo se trata de la ausencia de enfermedad sino también del completo bienestar biológico, psíquico y social.

Siguiendo tal parámetro debemos aceptar que dentro del amplio campo de la medicina corresponde al médico familiar ser el promotor primario de la salud y partir del principio de que la medicina no sólo comprende un conjunto de técnicas más o menos elaboradas sino que constituye, asimismo, una ciencia social por derecho propio.

Los objetivos de la medicina familiar¹ son proporcionar atención personal y continua a individuos y sus familias; hacer diagnósticos en términos físicos, psicológicos y sociales, e intervenir en forma educativa y preventiva para lograr la salud de los miembros de una comunidad. La medicina familiar reúne cinco disciplinas principales en su cuerpo de conocimientos:

* Trabajo presentado el 24 de julio de 1985 en el Primer Congreso Interdisciplinario sobre la Familia Mexicana, organizado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Ciudad Universitaria.

¹ Druy, M., "Concepto y evolución de la medicina general, familiar y comunitaria", *Simposio Internacional de Medicina General, Familiar y Comunitaria*, México, Facultad de Medicina, UNAM, 1976, p. 6.

obstetricia, medicina interna, pediatría, cirugía y psiquiatría con influencias de las ciencias sociales y de la conducta, relacionadas con la salud y la enfermedad.

La Asociación Americana de Médicos Familiares define así al médico familiar: es el que representa el primer contacto para el enfermo, quien le permite la entrada al sistema de atención médica. Él valora las necesidades globales de salud de sus pacientes, los atiende de acuerdo con su capacidad y los refiere, cuando está indicado, a otros especialistas o recursos de la comunidad. El médico familiar asume la responsabilidad de la atención médica integral de sus pacientes y actúa como coordinador cuando interviene otros consultantes.

¿Qué distingue al médico familiar del médico general? Las siguientes son algunas de las habilidades del médico familiar bien entrenado en su disciplina de trabajo:²

1. Atiende a los pacientes en su contexto familiar, haciendo énfasis en la conservación de la salud y en la medicina preventiva, además de dar tratamiento al enfermo.

2. Proporciona orientación familiar y conyugal.

3. Es capaz de manejar los problemas emocionales que se presentan más comúnmente en la práctica diaria.

4. Tiene mayor conciencia de los diversos recursos comunitarios disponibles y los utiliza.

A diferencia del médico especialista, el médico familiar:³

1. Presta sus servicios a todos los miembros de la familia, no sólo al paciente individual.

2. Atiende a sus pacientes en forma continua, en contraste con la atención episódica proporcionada por el especialista.

3. Siente que su compromiso es la atención integral del enfermo, en tanto que el especialista tiene un interés más limitado y específico como la neurología, la dermatología, etcétera.

4. Reconoce la necesidad de compartir con los especialistas consultores y otros profesionales el estudio y tratamiento de diversos problemas médicos.

5. Es el responsable de la atención médica primaria o de primer contacto, más que de la atención secundaria o terciaria que imparten los especialistas en los hospitales. El médico familiar actúa en clínicas comunitarias que generalmente no cuentan con hospitalización.

² Geyman, J., *The Modern Family Doctor and Changing Medical Practice*, New York. Appleton Century Crofts, 1971, p. 27.

³ Rice, D., "Concepto y evolución de la medicina familiar", *Simposio Internacional de Medicina General, Familiar y Comunitaria*, México, Facultad de Medicina, UNAM, 1976, p. 10.

Las clínicas de medicina familiar o de primer nivel proporcionan los servicios básicos para preservar la salud, prevenir los padecimientos y atender las necesidades más comunes y frecuentes.

El nivel secundario⁴ tiene un campo de acción reducido y se ocupa de problemas de salud que no son muy frecuentes y requieren de atención especializada. Los enfermos son internados o tratados en hospitales generales de zona a donde deben llegar sólo por referencia del nivel primario, es decir, del médico familiar. En el nivel secundario el enfoque no es integrador sino en función de individuos aislados, de órganos, aparatos o sistemas.

En el nivel terciario el campo de acción es muy reducido y los problemas de salud que se manejan son raros y complicados. Los pacientes son referidos desde el nivel secundario. Se requiere de una tecnología de nivel muy alto y manejada por personal sumamente especializado. Esta medicina es la practicada en los centros médicos tales como el Nacional y el de La Raza.

La medicina familiar en México

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el organismo que inicia en México el movimiento para crear y desarrollar a la medicina familiar en sus dos formas principales: como práctica médica y como disciplina académica.⁵ Aunque las prestaciones del Seguro Social empezaron a otorgarse en 1944, fue hasta 1953 que se inició el sistema de medicina familiar que se practicaba como sigue: el médico familiar debía dividir su jornada de trabajo entre la consulta externa en la clínica y las visitas domiciliarias al enfermo que así lo requiriera. Estas visitas constituían un problema porque muchas veces no se realizaban y por otra parte los derechohabientes abusaban del servicio. Los enfermos eran atendidos indistintamente por uno u otro médico hasta que en 1955 se hicieron algunos cambios: se asignó a cada médico familiar una población circunscrita a cierta zona geográfica y el facultativo atendía a todos los miembros de la familia. En 1959 se crea la subdivisión de médico familiar de adultos y médico familiar de menores, lo cual iba en contra de la idea de la atención integral a la familia. El error fue corregido veinte años después y en la actualidad es el mismo médico quien atiende a todos los miembros de la familia independientemente de sus edades.

Hasta 1971 en que fue creada la residencia de medicina familiar en el

⁴ White, K. L., "Life and Death and Medicine", *Scientific American*, 1973; 229:22.

⁵ Narro, J., "La medicina familiar en México y Latinoamérica". (Trabajo presentado en la VIII Conferencia Panamericana de Educación Médica. Panamá, Panamá, 5 a 8 de noviembre de 1980).

IMSS, las plazas eran cubiertas por dos tipos de facultativos: los médicos generales que no habían hecho estudios de postgrado y los posgraduados en alguna especialidad que no habían podido conseguir plaza de especialista y aceptaban la de médico familiar mientras lograban el cambio deseado. En 1974 egresaron de la residencia los primeros médicos familiares con estudios formales con lo cual las plazas empezaron a ser llenadas por médicos preparados ex profeso para las funciones que debían cumplir.

Los siguientes fueron los factores que determinaron el surgimiento de la residencia de posgrado en medicina familiar:⁶

a) El propósito de formar profesionales aptos para proporcionar atención integral y continua a núcleos familiares.

b) La urgencia de elevar la calidad de atención médica de contacto primario que se ofrecía a la población usuaria de los servicios institucionales de salud.

c) El tratar de solucionar la mayoría de los problemas de salud en el primer nivel de atención médica.

d) El disminuir los costos de una atención médica complicada por el uso excesivo de tecnología y de servicios especializados.

e) En el IMSS era necesario capacitar médicos para que pudieran comprender un nuevo enfoque en el proceso de salud y enfermedad: considerar al individuo como parte de sistemas más amplios como la familia y la sociedad.

f) Este médico familiar formado académicamente debía estar preparado para organizar la atención de la salud en un nivel de contacto primario, que fuera líder de un equipo de trabajo, se hiciera cargo de la atención personal y continua de un sector de la población y finalmente orientara sus acciones hacia la medicina preventiva y la salud comunitaria.

El médico familiar sería entonces un especialista con una unidad de estudio diferente: la familia. Además de su formación biomédica debería tener conocimientos de sociología, psicología, economía, epidemiología, administración, salud pública, etcétera. Se pretendía que la preparación de estos médicos familiares los pusiera en igualdad de circunstancias curriculares a otros especialistas.

En 1974 el programa de estudios inicial sufrió modificaciones a fin de adecuarse a los requerimientos de la Universidad Nacional Autónoma de México y desde entonces ha tenido el aval de esa casa de estudios. Poco tiempo después otras instituciones de los sectores educativo y de la salud han seguido el ejemplo del IMSS y en la actualidad tanto la Secretaría de Salud como el ISSSTE y varias universidades cuentan con sus propios programas.

⁶ Santacruz, J., "Formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos en medicina familiar". (Conferencia pronunciada en la Ciudad de Panamá, agosto de 1984).

El programa del IMSS para la formación de médicos familiares comprende tres años de entrenamiento a médicos graduados y cubre cuatro áreas principales:⁷ medicina clínica, medicina comunitaria, ciencias sociales y del comportamiento, y enseñanza e investigación. Los dos primeros años (llamados académicos) se realizan en aulas y clínicas; el tercero (llamado de campo) tiene lugar en clínicas rurales. Actualmente México cuenta con 5 800 especialistas en medicina familiar de los cuales 5 538 han sido formados por el IMSS.

Los médicos familiares, tanto los del IMSS como los de otras instituciones, enfrentan problemas similares en la práctica diaria que hacen difícil el desarrollo de los objetivos ideales de la medicina familiar. Voy a mencionar algunos de esos problemas, advirtiendo de antemano que de ninguna manera pretendo agotar un tema tan controvertido.⁸

1. Carga asistencial excesiva. Sin duda este es el problema más serio y constituye la regla en las clínicas de primer nivel. El número de plazas de médico familiar no ha crecido en proporción con la población derechohabiente y además, en el curso de los últimos años, la crisis ha originado que muchos ya no visiten al médico privado por falta de recursos y acudan a las clínicas del IMSS y del ISSSTE que antes no utilizaban.

2. Ausencia del equipo básico de salud. El trabajo del médico familiar no puede ser completo si no cuenta con el apoyo de otros miembros del equipo básico de salud tales como la trabajadora social y la enfermera, además de la relación con un psicólogo o un psiquiatra cuya intervención puede ser muy estimulante en los casos que los requieran.

3. Falta de prestigio social. En nuestro medio el médico que no tiene una especialidad es visto en desventaja en relación con el especialista, lo cual trae consecuencias ineludibles en lo social y lo económico. Aunque en teoría la medicina familiar ofrece enormes oportunidades de desarrollo profesional, en la práctica no es raro que el médico familiar se sienta devaluado, asuma actitudes burocráticas mediocres y no disfrute del prestigio que sí tiene el especialista. A eso se debe en parte que la medicina familiar no sea tan atractiva al común de los médicos recién graduados, quienes muchas veces optan por la residencia en medicina familiar sólo después de que sus solicitudes para estudiar otra especialidad han sido rechazadas. Y otros estudian medicina familiar porque saben que esto les puede facilitar el escalar posiciones políticas dentro del sistema de salud, y no por verdadera vocación asistencial.

4. Pobreza de incentivos. El ejercicio de esta disciplina sería más esti-

⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. *Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar*, 1984.

⁸ Cárdenas de la Peña, E., *Medicina Familiar en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1974; Lizárraga, S., "Comunicación personal", julio de 1985; Santacruz, J., "Comunicación personal", julio de 1985.

mulante si el médico familiar tuviera acceso a algunos programas de sub-especialización a tono con su profesión, tales como cursos de orientación familiar, de epidemiología, de medicina preventiva, etcétera.

5. Relación difícil con especialistas. La relación entre el médico familiar del primer nivel y el especialista del segundo nivel cae fácilmente en asperezas que dificultan la comunicación y por supuesto también el trabajo conjunto en el tratamiento de los pacientes. Existe en muchos especialistas la tendencia a menospreciar el trabajo del médico familiar, sobre todo cuando éste es rutinario y poco cuidadoso, lo cual desgraciadamente sucede no pocas veces.

6. Relación difícil con las autoridades. Muchos médicos familiares tienen la idea, no exenta de razón, de que a las autoridades no les interesa tanto la calidad de su trabajo como la cantidad de pacientes atendidos. Reciben reproches cuando no atienden un número elevado de enfermos, cuando solicitan muchos exámenes de laboratorio y gabinete, cuando otorgan muchas incapacidades, etcétera. A esto puede agregarse la actitud poco comprensiva de coordinadores de grupo de médicos familiares que no siempre tienen cualidades de jefe y se ocupan más de quedar bien con los superiores que de facilitar el trabajo de los médicos a su cargo.

7. Cambios frecuentes de población. El médico familiar no siempre tiene asignados a los mismos derechohabientes, pues son frecuentes los cambios por razones administrativas. Así se obstaculiza el conocimiento y la relación que en teoría el médico familiar debe tener con las familias de su área geográfica de trabajo.

8. Insuficiencia de material de trabajo o de medicamentos. Factor éste agudizado desde que se presentó la crisis económica de la cual todavía no logramos salir.

9. Insuficiente preparación en psicoterapia. El manejo de los problemas psicológicos de sus pacientes es un aspecto del trabajo del médico familiar que no está suficientemente desarrollado. El origen de ello es su escasa preparación en esta área pues en el mejor de los casos los médicos poseen conocimientos teóricos, pero carecen de las habilidades prácticas para hacer funciones de orientador o consejero familiar. Y esto para no hablar de la pesada carga de trabajo que no permite dedicar al paciente y su familia el tiempo necesario para investigar sus problemas interpersonales y dar alguna orientación. Tal vez los cursos de medicina familiar que imparten el ISSSTE y la Secretaría de Salud sean más completos que los del IMSS en cuanto a su contenido teórico. Pero a los médicos familiares les falta la supervisión necesaria para utilizar en la clínica los conocimientos adquiridos, de manera que es dudoso que los apliquen adecuadamente.

No obstante los problemas mencionados, podemos afirmar que en el ejercicio de la medicina familiar institucional son mayores los beneficios glo-

bales que las desventajas. En las clínicas de primer nivel generalmente se hace un buen manejo de las enfermedades infecciosas y parasitarias que son las más frecuentes en nuestra población. Hay buenos programas de atención a las embarazadas, al niño sano, programas de control de la fertilidad, de orientación higiénico-dietética, de orientación a diabéticos, etcétera. A estos aspectos positivos de la medicina familiar se debe en parte el descenso de la mortalidad en nuestra población de bajos recursos y el incremento de la longevidad.

El médico familiar es fundamental para el buen funcionamiento de los servicios de salud en nuestro país,⁹ ya que a su alrededor gira la atención médica, la calidad de los servicios prestados y la conservación de la salud.

II. PSICOTERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar constituye no sólo un método psicoterapéutico sino también una nueva forma de conceptualizar los problemas humanos.¹⁰ Las psicoterapias tradicionales se basan de alguna manera en la primera ley de la termodinámica (la conservación y transformación de la energía) y consideran una causalidad lineal o unidireccional en la génesis de la psicopatología. Para quienes siguen este enfoque el cambio terapéutico depende de que se realice una exploración suficientemente profunda de las causas que se encuentran en el pasado. La terapia familiar, en cambio, se apoya en los principios cibernéticos de la segunda ley de la termodinámica, pues considera que la causalidad es circular y tiene su elemento principal en la comunicación.

Los terapeutas familiares pensamos que la personalidad y la conducta están muy influidas por las relaciones del individuo con quienes le rodean. Los elementos intrapsíquicos son parte de un sistema más complejo donde coexisten otros factores, fundamentalmente las relaciones interpersonales. Las intervenciones terapéuticas son realizadas prioritariamente a nivel de esas interacciones, investigando las dificultades que se dan en la comunicación, tratando de corregirlas, etcétera. La comprensión del pasado puede ser útil, pero no es condición indispensable para producir un cambio en el presente. Mucho más importante es determinar no tanto por qué ocurren los síntomas sino cuál es el problema, qué sucede antes y después de su presentación, cuáles son sus funciones dentro del sistema familiar, qué tipo de soluciones le han dado y que probablemente han contribuido a reforzarlo más que a corregirlo, etcétera.

⁹ Varela, C., "La especialización en medicina familiar en México", *Boletín Médico del IMSS*, 1972: 14:205.

¹⁰ Watzlawich, P., y J. Weakland, *The International View*, New York, Norton, 1977, p. xii.

Aproximadamente por la misma época en que el IMSS formalizó la enseñanza de la medicina familiar al través de una residencia médica de postgrado, es decir, en 1971, se inició en la ciudad de México un interés creciente por la psicoterapia familiar en diversas instituciones hospitalarias. Los dos nosocomios donde comenzó este movimiento fueron primero el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS y posteriormente el Hospital Infantil de México. Con el curso de los años la psicoterapia familiar se ha llegado a practicar en muchos otros centros hospitalarios tales como el Hospital General de la Secretaría de Salud, el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, los hospitales del Centro Médico La Raza del IMSS, el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, etcétera, además de los consultorios privados de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

Diversas instituciones privadas, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Iberoamericana, la Universidad de Las Américas y la Universidad Anáhuac han impartido cursos de adiestramiento en psicoterapia familiar a profesionales de la salud mental e interesados en el campo. Se puede afirmar que actualmente existen más de doscientos terapeutas familiares en la ciudad de México con entrenamiento formal y varios cientos de trabajadores de la salud mental egresados de cursos teóricos y que en alguna medida aplican sus conocimientos de dinámica familiar en su práctica clínica.

No deja de ser significativo el hecho de que el movimiento de la terapia familiar haya tenido su mayor desenvolvimiento en hospitales pediátricos de los sistemas nacionales de salud. Especialmente para el niño es importante el contexto familiar en que se desenvuelve y para comprender mejor su psicología anormal es necesario entender la dinámica de su familia.

El primer ambiente social al que son expuestos la mayor parte de los niños es la familia y de las relaciones que entre sus miembros se establecen depende en gran medida el desarrollo del proceso de socialización en los pequeños. En este proceso también intervienen la escuela y la iglesia, pero indudablemente la influencia de la familia es más importante y más temprana en la transmisión de la cultura y en el aprendizaje de las normas que hacen posible la vida en común.¹¹

Las instituciones públicas de asistencia a la niñez se han percatado cada vez más de lo imprescindible que es la inclusión del estudio de la familia en los casos de pacientes con problemas médicos y psicológicos, pues de no hacerlo así son elevados los riesgos de fracaso en el proceso terapéutico. En medicina la unidad de tratamiento ha sido tradicionalmente la que forman el paciente y su médico. No ha sido frecuente pensar en función de

¹¹ Saucedo, J. y M. Foncerrada, "Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño", *Revista Médica del IMSS* (Méx.), 1985; 23:159.

la unidad familiar ya que el común de los médicos no familiares tienen un enfoque individualista; cuando mucho, consideran la relación madre-hijo con respecto a los factores psicológicos de la enfermedad.¹²

En el caso específico del psiquiatra de niños y adolescentes es imprescindible enfrentarse a la tarea de establecer una buena relación con la familia del paciente. Como el niño no es autónomo son los adultos a su cargo quienes generalmente lo llevan a tratamiento y es obvio que se requiere de su colaboración.

En nuestro medio y sobre todo en las instituciones de asistencia pública es inútil el concepto de que el psiquiatra de niños no debe "contaminar" el tratamiento de su paciente mediante el contacto con los padres de éste. El psiquiatra tiene que orientar, dar explicaciones y tranquilizar a los padres para que le permitan realizar la labor terapéutica, para que no obstaculicen ni saboteen dicho tratamiento, no envidien la relación del psiquiatra con el niño y no se alarmen durante las fases críticas de la psicoterapia.¹³

Cuando estudiamos los problemas psicológicos de los niños encontramos que la mayor parte de ellos son desencadenados o perpetrados por actitudes inadecuadas de los padres, principalmente sobreprotección o rechazo. Además, con frecuencia esas actitudes se relacionan directa o indirectamente con dificultades conyugales de los padres y sus consecuencias en la asistencia de los hijos. Es cierto que hay factores constitucionales en los niños que los hacen más o menos vulnerables a las adversidades ambientales, como se ha demostrado ampliamente,¹⁴ pero es indudable que en la práctica clínica la modificación positiva de la conducción de los padres es un paso fundamental y a veces suficiente en la corrección de la psicopatología infantil. Identificar la forma como los padres rechazan o sobreprotegen al niño es una fase importante en el estudio y tratamiento de estos pacientes.

El que un organismo funcione correctamente depende de las relaciones entre las propiedades de su medio ambiente y las capacidades y características conductuales del propio organismo.¹⁵ Cuando existe consonancia entre los patrones temperamentales, las motivaciones y las capacidades del niño y las demandas y oportunidades del medio ambiente se dan los elementos necesarios para un desarrollo óptimo. Si, por el contrario, hay incongruencia entre las características del niño y el contexto donde vive, se genera un *stress* excesivo y por consiguiente el peligro de un trastorno psicológico.

Esto no significa que no exista psicopatología intrínseca al niño sin rela-

¹² Saucedo, J. y M. Foncerrada. "La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales", *Revista Médica del IMSS*, (Méx.), 1981; 19:155.

¹³ Chagoya, L., "Comunicación personal".

¹⁴ Thomas, A., et al., "The origin of personality", *Scientific American*, 1970; 223:102.

¹⁵ Henderson, L. J., *cit.* por Chess, S., "Developmental Theory Revisted", *Canadian Journal of Psychiatry* (Can.), 1979; 24:101

ción con las dificultades familiares ni tampoco que los padres sean siempre responsables de los problemas de los hijos; pero muy frecuentemente observamos que la modificación de los aspectos negativos de la relación niño/ambiente conduce al control de los síntomas. Si bien es verdad que una dinámica familiar difuncional no siempre es la causa de un síntoma psicológico, no es menos cierto que en la mayor parte de los casos la influencia de la familia condiciona el agravamiento o la persistencia del trastorno.

El problema fundamental en el ejercicio de la psicoterapia familiar en México es la gran demanda que existe de este servicio y lo limitado del número de terapeutas familiares. Pero el surgimiento de cursos de terapia familiar para trabajadores de la salud mental en instituciones públicas y privadas, hace esperar que en un futuro próximo disminuya la brecha entre la demanda y la oferta de este servicio.

III. SEMEJANZAS ENTRE MEDICINA FAMILIAR Y PSICOTERAPIA FAMILIAR

En ambas disciplinas se utiliza una visión basada en la teoría general de los sistemas por lo cual la unidad de tratamiento es la familia y se considera al individuo enfermo dentro de su contexto familiar, social y cultural.

El enfoque sistémico en la comprensión de la salud y la enfermedad genera claras repercusiones en la práctica clínica y no sólo significa una formulación teórica más o menos compleja. Cuando se rompe el equilibrio entre el medio ambiente y las características del organismo humano pueden surgir trastornos tanto biológicos como psicológicos. Y la enfermedad en un miembro de la familia acarrea consecuencias para todos, pues siempre se establecen relaciones recíprocas entre los integrantes de un sistema. En medicina familiar es en lo referente a las enfermedades infecciosas y parasitarias donde se hace más evidente esta idea que tiene vigencia en toda la nosología. Por lo que respecta a la salud mental es quizá en la psicopatología infantil, en las psicosis y en los conflictos conyugales donde está más indicado seguir los lineamientos sistemáticos.

La medicina familiar y la psicoterapia familiar comparten el interés por la visión horizontal de los casos estudiados, es decir, tratan de integrar conceptos derivados de otras disciplinas evitando su fragmentación. Médicos familiares y terapeutas familiares estudian la situación actual de los síntomas y sus efectos en los miembros del sistema. El médico familiar trata de solucionar la mayor parte de los problemas de salud empleando los recursos del primer nivel de atención médica al que pertenece y sólo deriva a los especialistas del segundo o tercer niveles aquellos casos que escapan a su competencia. El terapeuta familiar pretende un manejo integral de los síntomas que aparecen en uno o más miembros de la familia y evita dentro de lo posible enviarlos individualmente a recibir diversos tipos de psicote-

rapia. Esto no quiere decir que se descuiden los factores individuales en las enfermedades. Significa sí un énfasis mayor en la concepción interaccional de la vida en general y de la patología en particular. Por eso podemos afirmar que el calificativo de sistémico podría ser sinónimo de familiar por lo que concierne tanto a la medicina como a la psicoterapia.