



Libros  
Virtuales  
IntraMed



---

## Capítulo V

# EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL: UN CAMBIO DE PARADIGMA IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON FAMILIAS

Dra. Pilar Vargas

La medicina familiar hizo suyo el modelo biopsicosocial propuesto por G. Engel en 1977. En realidad, la medicina familiar es la única especialidad médica que por sus características de continuidad temporal y multigeneracional de la atención puede llegar a desarrollar un modelo como el propuesto por Engel. Por su función como integrador de acciones diversas de salud el médico de familia está en condiciones privilegiadas para implementar una conceptualización sistémica de la salud - enfermedad, al mantener contacto profesional a lo largo del tiempo con diferentes miembros de la familia, en sus diferentes fases del ciclo vital.

## MODELO BIOMEDICO

El modelo médico que utilizamos en la actualidad, basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y lo observado en la anatomía patológica, tuvo su primera versión cuando Richard Bright (1789-1858) estableció el vínculo existente entre la presencia de albúmina en la orina, hallazgo de hidropesía en la exploración clínica, y la atrofia renal bilateral en la autopsia.

La síntesis de Bright inició el fin de la tendencia a especular acerca de la causa de los malestares del enfermo. El procedimiento estableció una relación interna entre los elementos y cambió el concepto de lo que se consideraba científico en la medicina. Así la medicina adhirió al modelo de la ciencia, se establecieron nuevas formas de clasificar las enfermedades y se dejó de lado la especulación personal.

La medicina científico natural se basaba en ciencias como la química, la física y la biología y hombres como Virchow consideraban que se debían aplicar aquellos métodos a la enfermedad, la vida y la muerte. El modelo de la ciencia del siglo XVII basado en el paradigma cartesiano, ha sido de mucha utilidad para la investigación del mundo físico, y es el que ha caracterizado la física newtoniana. Este paradigma se caracteriza por:

1. Los fenómenos complejos se pueden conocer por el método analítico si se reducen a sus partes mínimas y se estudian separadamente. La reunión posterior de las partes corresponde al objeto total. Por lo tanto es posible el examen de un aspecto de un fenómeno con prescindencia del resto de sus componentes.
2. Solo son válidos los fenómenos repetibles por otros observadores.
3. El observador examina el campo de su interés con la certeza de que hay una separación clara entre su campo personal

y el del fenómeno que observa.

4. Las relaciones de causalidad son simples y lineales como lo son las predicciones acerca del comportamiento del objeto. No hay lugar para la incertidumbre.
5. Es posible, por lo tanto, formular leyes perfectas y completas en cuanto a causalidad, efecto y magnitud, lo que permite una predicción también perfecta.
6. La objetividad del observador se logra prescindiendo de lo subjetivo.

Con este modelo se creó una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación básicamente patologista, se define la salud como la ausencia de enfermedad. Así el mundo se divide entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos basados en este método.

## Características del Modelo Biomédico

**Se basa en una concepción patologista.** Las enfermedades se estudian como entidades existentes, con vida propia, se les puede establecer una causa, predecir una determinada evolución y resultados. En el consultorio de un médico es la enfermedad la que suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre médico y paciente.

A partir de esta concepción patologista la función del médico es la de descubrir y curar enfermedades estableciendo una etiología y tratamiento apropiados. En el proceso de toma de decisiones se parte de grandes clasificaciones que dan lugar a otras sub-clasificaciones hasta llegar a la identificación de una entidad (enfermedad) específica.

**Es reduccionista.** Fenómenos extremadamente complejos, (como por ejemplo padecer una diabetes), se reducen a sus componentes más elementales en otro nivel, (por ejemplo las alteraciones bioquímicas de la diabetes) y se va delimitando una entidad independiente del sujeto que la padece y del contexto socio-cultural en el cual vive y se enferma.

**Es curativo.** La competencia o éxito profesional de un médico se define en función de curar enfermedades y salvar vidas. Lucha contra la muerte. De ahí la sensación de estar en falta cuando no se pueden curar determinadas enfermedades, la frustración frente a la enfermedad crónica y la muerte.

Muchas veces esta expectativa del médico determina el abandono del paciente incurable o del que va a morir.

**Es objetivo.** La relación médico paciente para ser científica debe ser objetiva, tomando el modelo de las ciencias que se ocupan de fenómenos físicos o de objetos inertes. Esto supone que el médico puede dejar por fuera de la interacción con los pacientes su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso al igual que su paciente, con graves daños para la salud del médico. Asimismo los pacientes que también tienen incorporado este modelo, demandan del médico respuestas precisas, certezas, y suponen que el médico solo participa como observador.

**Mente/cuerpo.** La idea cartesiana de la división mente cuerpo determina que la tarea curativa se divida, los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático y los Psi se ocupan de lo psicológico. Esta división arbitraria es desafiada permanentemente por las enfermedades psicosomáticas y por los trastornos de somatización que reclaman a la medicina una concepción unicista u holística.

**Diagnóstico biológico.** El diagnóstico se hace en base a procedimientos de tipo biológico que pueden incluir una gama amplia de instrumentos de tecnología sofisticada. Si se descarta una patología orgánica se piensa en lo psicológico, pero generalmente al paciente se le dice que no tiene nada. Incluso se ha desarrollado una jerga especial para referirse a los pacientes que no encajan en el lecho de Procusto de la biomedicina. Lo que hace al sufrimiento humano, o se desconoce como si no existiera, o deja de estar dentro del campo de la medicina "científica".

**Territorios.** Se establecen además barreras disciplinarias (especialidades) que adquieren valor normativo acerca de su territorialidad y el paciente humano queda fragmentado en partes que pertenecen a cada especialidad.

**El tratamiento.** Los recursos para el tratamiento se consideran generalmente externos al paciente y a la relación médico paciente. El paciente (de ahí su nombre) idealmente es pasivo en este tipo de relación y la familia, mejor que no interfiera. El médico es la autoridad, el experto en enfermedades y los pacientes son o deberían ser pasivos. Las enfermedades se estudian descontextualizando los aspectos del vivir de los pacientes. Se supone que éstos no son responsables ni de sus problemas ni de sus soluciones.

Este modelo, aun dominante en la práctica de la medicina se reproduce y mantiene a través de:

- ▶ a enseñanza en las escuelas de medicina donde el proceso de aprendizaje es totalmente fraccionado.
- ▶ los textos de medicina que son tratados de enfermedades.
- ▶ la transmisión de modelos internalizados del quehacer y status profesional.

- ▶ la organización de los sistemas de salud.
- ▶ la demanda de los usuarios quienes necesitan manejarse con certezas.

El ser humano por la gran intolerancia a la incertidumbre siempre ha tratado de construir creencias o teorías que le permitan ordenar el mundo de lo amenazante de una manera tranquilizadora. Particularmente en el dominio de la enfermedad y de la muerte la biomedicina se propuso como la posibilidad de erradicar la enfermedad y, por qué no, la muerte.

Es necesario dejar en claro que el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud. Pero este modelo deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar o estas se tratan de reducir a variables estrictamente biológicas.

Engel señala como la concentración en lo biológico y la exclusión de lo psicosocial distorsiona la perspectiva e interfiere con la atención del paciente. Erróneamente, se cree que los aspectos psicosociales del enfermar y del curarse quedan a merced de la bondad del médico, y porqué no a merced de sus prejuicios religiosos, étnicos, culturales. La integración de un modelo complejo para pensar la salud se puede basar en la enseñanza y aprendizaje de conocimientos y habilidades que normalmente están fuera del marco de referencia del modelo biomédico. (4)

## MODELO BIOPSIICOSOCIAL

### Antecedentes.

Freud, estimulado por alguna de sus pacientes estableció una nueva forma de anamnesis (7). Empezó a relacionar la patología con la biografía y a considerar que los afectos y emociones del paciente tienen relación con el curso de su vida y su manera de enfermar. El enfermar adquiere sentido (significado) en función de la vida de la persona. Al introducir el valor de la palabra, de la historia que construye el paciente, permite que la enfermedad deje de ser solamente alteración bioquímica o física, puede ser también insatisfacción en las relaciones, emociones o afectos inadecuadamente elaborados, dolor psíquico.

Lamentablemente, la irrupción de lo psicológico y lo social en medicina se dio dentro del mismo modelo determinista y reduccionista por lo que estos desarrollos no se integraron a la medicina sino que más bien generaron una alteridad radical en cuanto a sus procedimientos y territorios.

Alrededor de la mitad del siglo XX se manifiesta lo que será llamado crisis de la medicina por la superespecialización, el predominio de la tecnología y la deshumanización de su práctica. Se apela a la humanidad o bondad del médico, pero no

se tiene en cuenta que la medicina está adherida a un modelo conceptual de enfermedad que ya no es completamente adecuado para las tareas que se demandan al médico tanto en lo social como en lo que hace a prevención, cambios de estilo de vida, cuidado de la calidad de vida, ampliando los límites de responsabilidad profesional, particularmente en lo que hace a la enfermedad crónica, a la calidad de vida y a la muerte.

En 1977 Engel propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. El modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas, parte de la biología y corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico, como por ejemplo, la introducción del principio de incertidumbre de Heisenberg en la física cuántica.

Los puntos esenciales de esta nueva epistemología son:

1. No existe el observador objetivo y prescindente. El operador es siempre parcial y comprometido.
2. La presencia del observador y sus instrumentos perturban al fenómeno de una manera no determinable.
3. No hay nada que pueda considerarse un fenómeno en sí mismo, la conjunción entre el operador y el fenómeno produce una nueva condición en la que aparecen fenómenos que son producto de ambos y en los cuales es imposible separar lo que pertenece al operador o al fenómeno.
5. La causalidad de todo fenómeno es múltiple. Las relaciones de causalidad son complejas y no lineales. Las variables que intervienen en un fenómeno son infinitas. Es posible conocer solo algunas. La reducción del número de variables con el fin de conocer, altera el fenómeno y conduce a conclusiones erróneas.
6. Es imposible conocer el momento en el que comienza un fenómeno. El concepto de incertidumbre se extiende hasta el instante inicial. Es imposible determinar con exactitud las secuencias causales.
7. No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio. Los fenómenos deben ser tomados siempre como totalidades
8. Siempre debe tenerse en cuenta el contexto. Las afirmaciones parciales no deben generalizarse sólo validarse para dicha parcialidad.
9. La subjetividad del observador es parte del proceso. Las construcciones e hipótesis deben estar sometidas a sistemas de verificación coherentes con el proceso que se estudia. (6, 10,11)

### Características del Modelo Biopsicosocial

Apoyándonos en el anterior paradigma científico podemos

establecer algunas de las características del propuesto modelo biopsicosocial:

La salud y la enfermedad son un continuum. Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso (8) multidimensional en el cual interactúan permanentemente sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia por lo tanto la función del médico, ya no sería solo curar enfermedades sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital.

Algunos investigadores de la antropología médica diferencian:

- ❖ la enfermedad,
- ❖ el tener una enfermedad,
- ❖ el sentirse enfermo,
- ❖ el ser reconocido como enfermo.

Se pueden dar varias opciones como tener una enfermedad y no sentirse enfermo (por ejemplo, hipertensión), tener una enfermedad y no ser reconocido como enfermo porque no se pueda demostrar una lesión o un dato biológico alterado (procesos iniciales de una esclerosis múltiple), sentirse enfermo y no tener una enfermedad demostrable (ej. crisis de pánico) etc. Sin embargo todos estos pueden ser pacientes.

La demostración de una desviación bioquímica como criterio específico para diagnosticar una enfermedad podría solo indicar enfermedad potencial, no enfermedad actual. El defecto bioquímico constituye un factor entre muchos otros de la compleja interacción que finalmente puede culminar en una enfermedad activa o manifiesta. (3)

Es necesario considerar los aspectos psicológicos, sociales y culturales para reconocer como la enfermedad es experimentada, como se relata, como se expresa, y como afecta al individuo y su familia. Estos factores también son cruciales para determinar cuando una persona se ve o es vista por otros como enferma. Cuando ingresa al sistema de salud y cuando se convierte en paciente.

Se pasaría **de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente** y su particular forma de vida, el contexto familiar y social.

Cada vez está más documentado por investigaciones cómo las condiciones de vida y el vivir constituyen variables significativas que modifican el momento de aparición y el curso de las enfermedades. Por ejemplo, en los períodos de duelo, o en aniversarios traumáticos, el agravamiento de enfermedades autoinmunes. El mayor deterioro de la salud global en viudos o personas sin soporte social, la depresión del sistema inmunológico en situaciones de stress, etc.

## Diagnóstico

El diagnóstico incluye tanto aspectos biológicos, como aspectos emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales. Al reconocer los diferentes factores que contribuyen a la enfermedad o al sentirse enfermo, se puede llegar a entender por qué algunas personas experimentan como enfermedad lo que otras consideran problemas del vivir.

De ninguna manera se propone dejar de lado la consideración de los aspectos biológicos de la enfermedad; ni se pretende cambiar un modelo de causalidad biológica por uno de causalidad psicosocial. Esto sería mantenerse dentro del mismo paradigma que se critica. Lo que se espera es el desarrollo **de modelos de pensar la salud que incluyan la complejidad.**

Para lograr un diagnóstico acertado es necesario que el médico cuente no solo con tecnología sofisticada sino con conocimientos científicos sobre comunicación humana y el lenguaje, instrumento con el cual se construye la realidad entre médico y paciente. Es bien conocido como los pacientes hablan según quien los escuche, por lo cual es necesario que el médico se forme como un experto entrevistador para lo cual tendrá que descentrarse de la enfermedad y centrarse en la persona enferma. El mismo paciente aporta sus propios sistemas explicativos que en ocasiones ayudan a esclarecer el por qué de una consulta, y siempre sirven para pautar las indicaciones que se darán al paciente con el objeto de lograr mayor adherencia.

**Diagnóstico contextualizado.** El contexto primario de la salud del paciente es la familia, puede ser la red social en la cual está insertada la persona enferma o que consulta, puede ser la relación médico - paciente o la relación con el sistema de salud.

Si tiene una adecuada conceptualización sistémica el médico puede hacer una intervención en el sistema que más pueda estar influyendo en un momento dado. Por ejemplo, con un niño que es traído a consulta por dificultades de aprendizaje es conveniente que el médico antes de encuadrar al chico en un estudio neurológico conozca la relación con el sistema escolar, tanto del niño como de la familia.

Para poder definir o establecer este contexto familiar se tiene en cuenta además el ciclo vital de la familia y el ciclo vital del individuo. La enfermedad entonces se inserta en el acontecer de la vida. Se sabe que los períodos de transición en las familias pueden ser fuente de stress intenso y dar lugar a la aparición de manifestaciones somáticas.

En el contexto familiar es necesario que el médico sepa reconocer los recursos de la familia. Sus potenciales aliados, quienes dan apoyo emocional, quienes apoyo económico, quienes apoyo logístico etc.

## Relación médico-paciente

**La relación médico paciente en el modelo biopsicosocial.** La relación médico paciente influyen poderosamente en la evolución y resultados de una enfermedad (3). En virtud de ella se establecen efectos psicológicos que pueden modificar la experiencia de la enfermedad, o aún afectar los procesos bioquímicos subyacentes por efecto de las interacciones psico - fisiológicas y procesos bioquímicos implicados en la enfermedad.

El médico participa junto con el paciente en la definición del problema, aporta sus propios elementos culturales en la manera en que interroga, como habla con el paciente, o como lo escucha, como construye un síntoma. Siempre modifica el campo de observación, al darle un sentido a lo que el paciente trae, sea un síntoma o una molestia, y juntos organizan una determinada entidad o patología. El médico participa con sus conocimientos, con sus ideas, con sus creencias y sus expectativas acerca de la salud - enfermedad y por lo tanto al ser participe de ese trabajo relacional modifica lo que está observando.

El médico tiene en cuenta a la familia. Al hacerlo se modifica el modelo clásico de la relación médico paciente. Doherty y Baird han llamado a esta relación uno a uno "la ilusión de la diada" y proponen pensar la relación en términos triangulares: Médico - Paciente - Familia y sus interacciones recíprocas.

Generalmente es dentro de la familia donde primero se toman las decisiones acerca de si un síntoma o molestia merece una consulta médica, se decide a quién consultar o cuando algún miembro es considerado enfermo. (2)

De la misma manera una información, un diagnóstico, una prescripción son evaluadas y pueden ser aceptadas o rechazadas en el seno de la familia, según los modelos explicativos que esa familia tenga, o sus sistemas de creencias con respecto a la salud, la aceptación de ayuda extrafamiliar y la relación con el sistema de salud. El solo hecho de indicar un medicamento puede poner en marcha una reacción de la cual podemos no llegar a enterarnos, si el marco referencial no incluye la familia. Estas interacciones van a afectar el cumplimiento, o el acuerdo del paciente con las indicaciones que se le dan.

La perspectiva triangular de la relación médico paciente familia enriquece el potencial clínico del médico de familia con el logro de apoyo familiar en el diagnóstico de algunos problemas de salud, apoyo a las indicaciones del médico, apoyo al paciente en la recuperación de algunas enfermedades y apoyo en los cambios de estilo de vida. Permite al médico tener una perspectiva más amplia de la vida del paciente y en otras ocasiones es útil para que el médico ayude a mejorar la relación del paciente con su familia.

Resumiendo, vemos que el médico hace parte del proceso de salud - enfermedad en el cual esta inserto, con sus cono-

cimientos, con sus intereses, con sus prejuicios, la forma de relacionarse y, por supuesto, con el contexto tanto profesional como social del cual participa.

**Diagnóstico contextualizado.** Para esto, el médico de familia toma en cuenta:

1. Las relaciones dinámicas de la familia,
2. Los patrones de salud - enfermedad de esa familia, y
3. La interconexión generacional
4. Las transiciones del ciclo vital familiar,

**El médico como facilitador.** Como el concepto de salud abarca mucho más que la ausencia de enfermedades, el rol del médico se amplía cuando su tarea también implica la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias.

El médico se convierte también en educador facilitando que las personas asuman la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y preservación de su salud. En el modelo biopsicosocial para el tratamiento se utilizan en forma racional los recursos tradicionales biológicos y tecnológicos, pero además, los recursos que el paciente, la familia y la comunidad poseen para el manejo de los problemas de salud.

En general se considera que el médico cura, pero esto es una falacia. Los médicos pueden ser facilitadores de los mecanismos autocurativos de los pacientes. El paciente debe ser visto como un participante en la construcción de su salud, no como un ser pasivo, dependiente de los conocimientos y el poder del médico.

## IMPLEMENTACION DEL MODELO BIOPSIKOSOCIAL

Los desafíos de la medicina biopsicosocial y de la atención primaria son enormes. Se necesitan múltiples perspectivas, dada la compleja imbricación de procesos biológicos, psicológicos, interpersonales y sociales que se cruzan diariamente en los consultorios médicos. No solo se ha internalizado un paradigma científico intelectual, sino también modelos de acción, que los sistemas de salud perpetúan en formas no satisfactorias y bastante costosas de cuidado.

La transición de un modelo biomédico a uno psicosocial no es una cuestión legislativa, no es solo el resultado lógico e inevitable de descubrir nuevos hechos y nuevos resultados.<sup>5</sup> Es un proceso gradual de cambio que debe ocurrir en quienes ejercen la práctica de la Medicina Familiar y en los sistemas prestadores de servicios de salud, en cuyo contexto se realiza dicha práctica; y también en la enseñanza, en la investigación, en los modelos que proponemos a nuestros estudiantes.

Se pueden realizar cambios y avances tecnológicos sin cambiar el paradigma. Una vez establecido, el modelo científico de la medicina no se ha modificado si bien se han logrado grandes avances tecnológicos. Si se enseña psiquiatría o psicología a los médicos de familia, van a seguir operando con el mismo paradigma, la estructura no se modifica, simplemente se agrega una habilidad y podrán diagnosticar y recetar para la depresión, pero eso no cambia la estructura de pensamiento, basada en una particular forma de conceptualizar la enfermedad, así la experiencia humana del sufrimiento nuevamente se reduce a una alteración (en este caso neuroquímica) sobre la cual se interviene.

La alternativa<sup>1</sup> es el cambio a una manera diferente de pensar, contextual, no lineal, recursiva, que sistemáticamente incluya al observador y lo que es observado. Este desafío implica múltiples niveles de cambio en la educación médica.

## CICLO VITAL FAMILIAR

El ciclo vital familiar, es un concepto ordenador, para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

No es nuevo para el médico pensar en etapas evolutivas; el conocimiento y la práctica de la medicina se han organizado como especialidades en función de las edades del individuo, desde el nacimiento hasta la muerte. Sin embargo, no es fácil pasar de pensar en el individuo a pensar en la familia como unidad emocional. Mientras más pueda pensar el médico en términos de familia, más amplia y comprensiva será su visión de los problemas de salud de sus pacientes. Los conceptos del ciclo vital familiar son una manera práctica y efectiva de ayudar a los médicos a implementar un enfoque biopsicosocial.

La familia es el contexto principal y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros y como un organismo vivo pasa por fases evolutivas, de curso predecible, regulado por factores internos: biológicos y psicológicos, como por factores externos: expectativas culturales y posibilidades sociales. Así en cada sociedad, en cada cultura, aún en cada etnia se tienen modelos esperados de conducta, con roles y responsabilidades para cada edad.

Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías, se reviven conflictos irresueltos. Estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar, la adaptabilidad. Es importante aprender a reconocer estos momentos de crisis evolutivas para no patologizar la vida.



Para los chinos la palabra crisis está formada por dos caracteres que significan peligro y oportunidad. Se padece una crisis cuando una tensión afecta un sistema y requiere cambios que permitan la adaptación del sistema. En la familia las llamadas crisis evolutivas, que marcan la transición de una etapa a otra, son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, y compromisos intra o extra familiares, según el momento, lo que va dando forma a la identidad de cada uno y del grupo.

## Algunos antecedentes

Diferentes disciplinas convergieron para estudiar el desarrollo de la familia. Desde la sociología, Reuben Hill y Evelyn Duvall en 1948 observaron que cada miembro de las generaciones joven, media y mayor en la familia, tienen sus propias tareas evolutivas y que el logro de éstas por uno de sus miembros depende de, y contribuye a, el logro exitoso de las tareas por los demás. En su trabajo clásico de 1957 Duvall dividió el ciclo vital en ocho etapas, todas ellas relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza. Una generación se apoya sobre la otra en una "espiral generacional" en mutua inter-dependencia.

A partir de 1950, en la psiquiatría también aparece la familia, inicialmente considerada como causa de los problemas del individuo, postura que luego se profundiza con la antipsiquiatría. A mediados de la década del 50 el psiquiatra hipnólogo Milton Erikson empieza a tener en cuenta el ciclo vital familiar y si bien su terapéutica se centra en los síntomas, su objetivo más amplio es la resolución de los problemas de la familia para que el ciclo vital se ponga nuevamente en movimiento.

Con el desarrollo de la terapia familiar se fueron describiendo y observando las diferentes etapas y las correspondientes crisis evolutivas. Haley incluso postuló que los síntomas son una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital (2). Las diversas corrientes de la terapia familiar trabajan en base al ciclo vital de la familia.

En medicina familiar se ha incorporado el modelo de Duvall que se basa en las vicisitudes de la crianza, tomando como modelo la familia nuclear norteamericana de clase media. Asimismo ha incluido muchos aportes de la terapia familiar sistémica.

## FASES DEL CICLO VITAL FAMILIAR

La familia no tienen un curso lineal, no empieza y termina, sino que se continúa como una espiral con el nacimiento de algunos miembros y la muerte de otros. El ciclo hace referencia a configuraciones repetitivas de eventos que las familias pasan a través de su vida y de las generaciones.

Una manera de considerar el ciclo vital familiar que parece particularmente útil para el médico de familia es el de la evolución en forma de una espiral entre dos polos: centrípeta - centrífuga. Estos términos describen estilos relacionales, organizaciones de la familia, que deben ajustarse a las necesidades de sus miembros y que se modifican a lo largo de su vida.

Beavers describe así estos sistemas: Las familias en una configuración centrípeta focalizan sus intereses primariamente en los eventos intra familiares, establecen fronteras fuertes hacia lo externo, mientras las fronteras internas son muy permeables. Hay un alto grado de reactividad emocional, buscan la gratificación predominantemente dentro de la familia y son menos confiados del mundo fuera de sus límites.

El nacimiento de un hijo puede ser la fase del ciclo vital que pone en evidencia el funcionamiento centrípeta de la familia: la familia extensa se reagrupa, nacen además del niño, los padres, los abuelos, los tíos, etc. Estos cambios son profundos, no es simplemente el asumir nuevos roles, es una reorganización de la identidad; se asumen nuevos compromisos emocionales y sociales, cambia la relación de pareja y se ponen en marcha múltiples adaptaciones. Hay un alto grado de intimidad. Se invade el espacio mental y físico del otro, el bebé está en el dormitorio de los padres, por un periodo disminuye su vida conyugal, los padres interpretan las necesidades del hijo y actúan de acuerdo a su conocimiento o intuición. Se ponen en evidencia y a veces en contradicción los sistemas de creencias de cada familia con respecto a la crianza.

Esta configuración familiar es adaptativa y necesaria en las fases tempranas de la crianza de los hijos, lo mismo que en toda situación que amenace la vida de algún miembro y/o la integridad de la familia.

Generalmente el médico de familia queda incluido dentro del sistema familiar en esta etapa. Lo cual implica riesgos si no se tiene una clara conceptualización de la dinámica familiar de cada familia en particular. Por ejemplo es muy fácil tomar el rol de padre sustituto estableciendo una relación diádica con la madre, o el rol de experto en crianza (aún sin tener hijos), descalificando por tanto los recursos familiares o medicalizando la crianza.

Con el ingreso de los niños a la escuela la familia entra en contacto con un sistema organizado externo. Ingresan nuevas ideas y perspectivas y los niños escolares, a la vez que se van diferenciando, socializan la familia de nuevo. Los padres empiezan a perder omnipotencia para el niño y se confrontan las expectativas y normas familiares con las del sistema social representado por la escuela. Se pueden poner en evidencia trastornos del aprendizaje o de la conducta que es necesario ubicar en el contexto familiar y escolar.

A medida que la familia evoluciona hacia la individuación del niño, se va moviendo hacia una configuración centrífuga, cuyo momento más específico es el final de la adolescencia

cuando los hijos se hacen adultos jóvenes. Si la familia se observa por un tiempo prolongado, puede verse como sus fronteras se modifican de manera regular y predecible. En familias con adultos jóvenes los límites alrededor de la familia son más difíciles de definir pero los límites interpersonales entre los miembros de la familia son más definidos y fuertes por lo que se privilegian los aspectos de la individuación e identidad personal, intimidad, autonomía e independencia. Se esperan gratificaciones, se establecen relaciones íntimas y actividades fuera de la familia. Hay mayor distancia emocional y autonomía de los miembros de la familia.

Si la fuerza predominante es centrípeta en un momento en el que sea precisa mayor distancia y diferenciación (o viceversa), es posible que aparezca la disfunción y por lo tanto la posibilidad de problemas de salud. Por ejemplo si la familia con hijos adolescentes, ante la amenaza que puede representar este periodo para la estabilidad familiar, se cierra y no flexibiliza sus fronteras, no da lugar a la autonomía y responsabilidad del joven, es muy posible que aparezca algún miembro sintomático, sea el adolescente con un trastorno de conducta, una crisis matrimonial, una madre deprimida, un padre infartado, etc. Aparecen síntomas en un miembro cuando no se puede lograr el cambio necesario por la transformación apropiada y suficiente de la estructura familiar.

Los diferentes eventos de la vida dan nombre y contenido a las etapas del ciclo vital:

#### EVENTOS NORMATIVOS

- ❖ **Matrimonio**
- ❖ **Nacimiento de los hijos - nietos**
- ❖ **Escolaridad**
- ❖ **Adolescencia**
- ❖ **Lanzamiento de los hijos. Adulto joven**
- ❖ **Jubilación**
- ❖ **Vejez**
- ❖ **Muerte**

#### EVENTOS ACCIDENTALES

- ❖ **Aborto**
- ❖ **Separación - Divorcio**
- ❖ **Enfermedad - Incapacidad**
- ❖ **Muerte prematura**
- ❖ **Migraciones**
- ❖ **Cambios de Status socio económico**
- ❖ **Catástrofes externas**

## UTILIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Para el médico de familia que piensa en término biopsicosocial acerca del desarrollo del individuo, la familia y la salud, el conocimiento de las etapas de desarrollo familiar y la comprensión de los acontecimientos emocionales y estructurales que las familias enfrentan, le brinda múltiples perspectivas:

**En prevención**, a través de la guía anticipatoria y de intervenciones normalizadoras en las transiciones del ciclo vital. Hay problemas de salud que surgen más frecuentemente en relación a los periodos de cambio en la familia, lo cual permite prever, anticipar crisis y prevenir riesgos. Al mismo tiempo permite al médico saber qué esperan de él las familias.

**En el diagnóstico temprano de riesgos psicosociales.** Neugarten y Haley señalan como los acontecimientos vitales posiblemente sean más traumáticos si están desfasados en el ciclo vital. Las mayores tensiones son aquellas causadas por acontecimientos que trastornan la secuencia y ritmo del ciclo vital, por ejemplo: la muerte de uno de los padres en la infancia, el matrimonio en un momento no deseado o apropiado, cuando el nacimiento de un niño es demasiado temprano o demasiado tarde, cuando tardan logros ocupacionales, etc.

**En el diseño de programas de atención de salud integrales** que tengan en cuenta las necesidades y tareas evolutivas de las familias.

- 1.** Planificación de intervenciones familiares cuando una enfermedad grave o crónica afecte el desarrollo de un individuo, de otros miembros de la familia o de la familia como totalidad: impacto de la enfermedad en la familia.
- 2.** Para evaluar el impacto del sistema de apoyo familiar en la evolución y cuidado de enfermedades. Cómo puede ser experimentada y modificada (agravarse o aliviarse) una enfermedad según el momento evolutivo familiar en el cual aparezca.
- 3.** Tener en cuenta que las crisis normales de desarrollo cursan acompañadas de incrementos de tensión emocional, que en ocasiones da lugar a la aparición de síntomas en alguno de sus miembros, síntomas que pueden expresarse como problemas somáticos, mentales o relacionales.

Es de vital importancia tener en cuenta las variaciones culturales, étnicas y socio económicas del ciclo vital familiar. Hay culturas en las cuales la familia tiene una mayor continuidad, en las que la adolescencia se prolonga y otras en la que prácticamente no existe, culturas en las que los abuelos participan en la crianza de sus nietos y no hay nido vacío, otras en las cuales jubilarse puede ser catastrófico por la inseguridad económica y la falta de protección social en periodos en los que el riesgo para la salud es mayor.



---

---

El concepto de ciclo vital familiar no debe tomarse como un instrumento para medicalizar la vida. La mayor parte de las crisis vitales pasan inadvertidas y son bien superadas por las familias sin ayuda. El médico de familia queda inmerso en la complejidad de las redes familiares y los conceptos de dinámica y ciclo vital familiar le sirven de mapa para orientarse en la relación médico, paciente, familia.

## Bibliografía

1. Bloch Donald A. The perils (and Possibilities) of Paradigm Change Family Systems Medicine Spring 1989, vol 7, No 1
2. Doherty W, Baird M: Family Therapy and Family Medicine. N.Y. Guilford Press, 1983
3. Engel George, M.D. How much Longer Must Medicine Science be bound by a Seventeenth Century World View?. Family Systems Medicine, Vol 10, No 3, 1992
4. Engel George, M.D. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977
5. Herman J. M.D. The need of a transitional model, a challenge for biopsicosocial medicine? Family Systems Medicine
6. Kuhn T.S. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de cultura económica. Buenos Aires 1990
7. Lain Entralgo, P. La historia clinica, Consejo superior de Investigaciones Tecnicas, Madrid, 1950
8. Lolas S. Fernando. Medicina y salud en ensayos sobre Ciencia y Sociedad. Sigma, Buenos Aires 1995