

La espiral del ciclo vital familiar

Miguel Ángel Prados Quel

Atención longitudinal y ciclo vital familiar

Entendemos como ciclo vital de la familia (CVF) a la secuencia de estadios por los que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar; además, las características sociales y económicas varían desde su formación hasta su disolución.

Según Rogers y Curtis, se entiende por longitudinalidad el mantenimiento de una actitud responsable ante la salud individual, a lo largo de períodos prolongados, sin que esta atención tenga que relacionarse necesariamente con la presencia de una enfermedad. La atención longitudinal centrada en la familia supone atenderla de forma continuada y a lo largo del tiempo, mediante la resolución de los problemas y propiciando acciones de prevención y promoción de la salud, para lo cual se utilizarán, junto con los recursos de atención médica tradicional, los correspondientes a la dinámica familiar y las interacciones humanas.

La atención longitudinal se facilita cuando el médico conoce que la familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles, por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas.

Cuando el ciclo vital de la familia se disloca o interrumpe, o cuando la familia tiene dificultades para cumplir las tareas específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasis familiar y que, si no se resuelven de forma satisfactoria, desembocarán en una crisis del sistema.

Algo parecido ocurre con los ajustes y reajustes a los que se somete la familia en el tránsito de una etapa del ciclo a otra. Estas transiciones requieren cambios de roles, tareas y conductas a las que no todas las familias pueden adaptarse. La inadaptación, cuando se mantiene, conduce a la crisis familiar.

En las familias, tres o cuatro generaciones deben acomodarse simultáneamente a las transiciones del CVF, ya que

lo que ocurre en una de ellas tiene efecto en las relaciones y las conductas de las otras. Mientras que, por ejemplo, una pareja atraviesa por diferentes estadios, los abuelos, tíos, hijos y nietos también siguen distintas secuencias evolutivas, unidas todas ellas por el nexo común de las relaciones.

Atendiendo a este criterio, podemos conceptualizar el ciclo familiar como una espiral en la que tienen lugar, al mismo tiempo, acontecimientos que afectan a distintas generaciones. De esta manera, mientras algunos miembros de la familia entran en la espiral, otros llevan cierto trecho recorrido y algunos están cada vez más cerca de la salida.

La atención longitudinal se facilita cuando el médico conoce que la familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles, por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas.

Podemos pensar que el CVF tiene una cierta estabilidad y sus secuencias evolutivas son predecibles, pero esto no es así; el ciclo de las familias se ha modificado a lo largo de la historia. Así, los modelos del ciclo se han establecido de acuerdo con la especificidad de cada época de la historia. Como han señalado Carter y McGoldrick, los cambios en las sociedades occidentales se han producido de forma muy acelerada en la última década, de manera que el descenso de la natalidad, la mayor longevidad, el acceso al trabajo de la mujer, la mayor frecuencia de divorcio y la permisividad de las parejas homosexuales han producido cambios en las familias que han modificado la evolución y los tiempos de las etapas del ciclo.

Distintos modelos del ciclo vital familiar

El ciclo de la vida familiar generalmente empieza con el galanteo de la pareja y, después de pasar por todas sus etapas, termina, más o menos, cincuenta años después con la muerte de ambos cónyuges.

El modelo básico de la familia nuclear se ha generalizado bastante y abarca sustancialmente una etapa de formación, otra de expansión, seguida de la de contracción y una final de disolución (fig. 1).

Se han propuesto diferentes modelos de CVF atendiendo a distintos criterios y utilizando distintos referentes para señalar el inicio de cada etapa.

Modelo de Duvall

El modelo propuesto por este autor es uno de los más conocidos y utilizados en sociología. Comienza la primera etapa en el «nido sin usar» o pareja sin hijos, y progresa hasta la cuarta fase, basándose en la carrera del hijo mayor según avanza su proceso de socialización. De nuevo se encuentra la pareja sola en la etapa de «nido vacío» y se llega a la VII fase, cuando el último hijo se emancipa del hogar, hasta que otro hecho social, la jubilación, marca la entrada en la fase de «familias ancianas» que termina con el fallecimiento de ambos esposos (tabla 1).

Modelo de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un modelo dividido en 6 etapas. Se inicia con la formación en el momento del matrimonio y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge).

TABLA 1. Fases del modelo del ciclo vital de la familia de Duvall

- I. Comienzo de la familia («nido sin usar»)
- II. Familia con hijo (hijo mayor hasta 30 meses)
- III. Familia con hijo preescolar (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
- IV. Familia con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
- V. Familia con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
- VI. Familia como «plataforma de colocación» (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último)
- VII. Familias maduras (desde el «nido vacío» hasta la jubilación)
- VII. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos cónyuges)

TABLA 2. Fases del modelo del ciclo vital de la familia de la Organización Mundial de la Salud

- I. Formación
- II. Extensión
- III. Extensión completa
- IV. Contracción
- V. Contracción completa
- VI. Disolución

El modelo define bien los límites de las fases, con lo que facilita la clasificación de la familia, tanto desde el punto de vista clínico como demográfico (tabla 2).

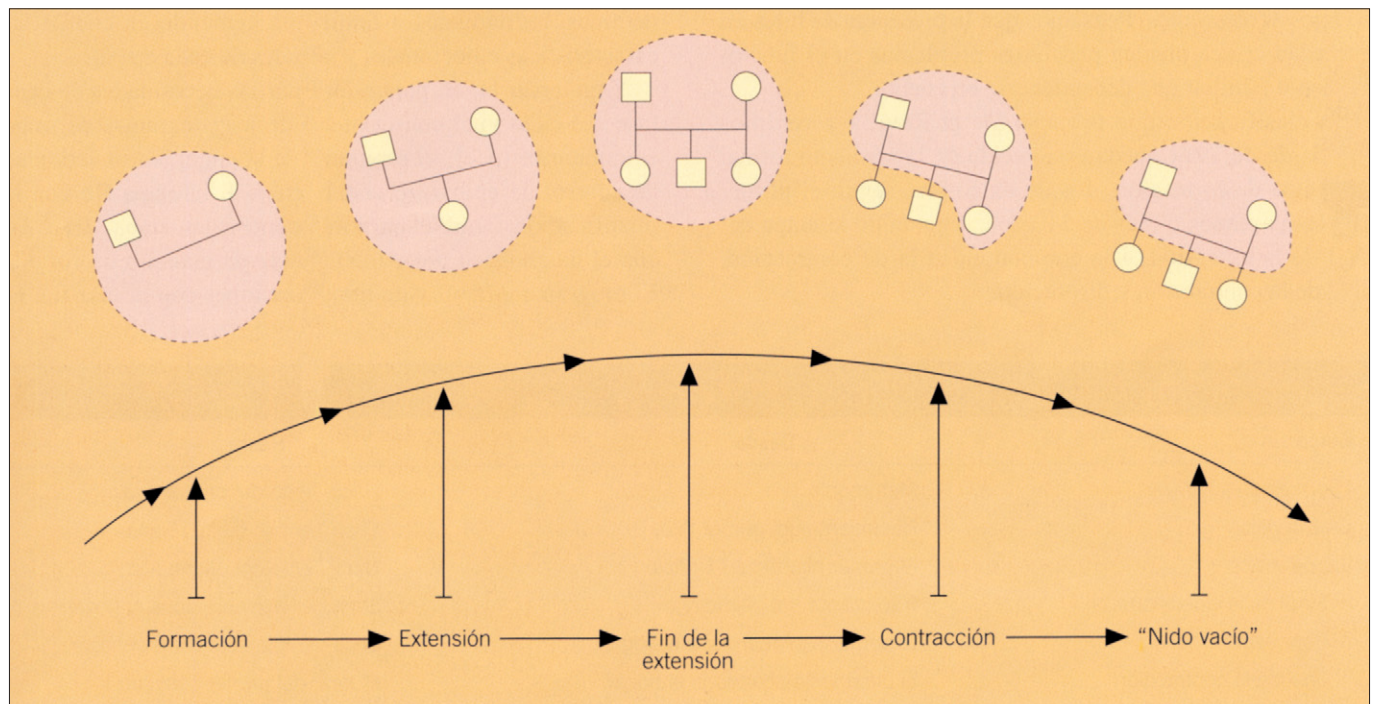


Figura 1. Las etapas del ciclo vital familiar.

TABLA 3. Modelo de ciclo vital de la familia de Medalie

- I. Novios y recién casados
- II. La pareja que espera
- III. Nacimiento del primer hijo
- IV. La familia con adolescente
- V. La edad madura
- VI. La senectud y la viudez

Modelo de la Organización Mundial de la Salud centrado en la mujer

La OMS propone otro ciclo vital de la familia propio de una sociedad con baja mortalidad y centrado en la mujer.

En él se supone que la mujer va a estar presente no sólo en la formación por su hija de una nueva familia, sino también en la de la familia de su nieta, llegando a vivir hasta que su bizneta alcanza la edad escolar. Prevalece con este modelo la familia multigeneracional que, desde el punto de vista histórico, se considera una rara excepción.

Modelo de Medalie

Este autor propone un modelo dividido en seis etapas que tiene la ventaja de su aproximación a las peculiaridades de la atención individualizada y el inconveniente de no fijar claramente los límites de las etapas, dejándolas muy abiertas (tabla 3).

La nueva clasificación del ciclo vital familiar

A la hora de optar por un modelo para estudiar y clasificar el CVF, nos inclinamos por el de la OMS. Ahora bien, para hacerlo más operativo subdividimos la etapa II según se tengan o no hijos adolescentes. Creemos que la presencia de hijos en esta edad crítica plantea peculiares problemas en el funcionamiento familiar que deben tenerse en cuenta.

La clasificación que nosotros propusimos y utilizamos desde 1994 queda establecida de la siguiente forma: una etapa de formación y dos de extensión, según el primer hijo tenga menos o más de 11 años, seguida de la etapa del final de la extensión, a la que se continúa la de contracción, final de la contracción y disolución.

Para realizar esta clasificación se ha tenido en cuenta que en la I y II fases, la transición de las etapas se centra en la posición del primer hijo, las fases III, IV y V se centran en el lugar que ocupa el último hijo en relación con la familia, y la VI fase, en el momento del fallecimiento de uno de los cónyuges.

En la tabla 4 exponemos el modelo completo de la OMS con las modificaciones incorporadas.

El ciclo vital familiar en la práctica cotidiana en atención primaria

El médico de familia, una vez que conoce la estructura familiar y se capacita para definir su tipología, debe de estar en condiciones de identificar el ciclo vital y clasificar las etapas en que se encuentra. El médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de contemplar el paso sucesivo de las distintas etapas del CVF de sus pacientes y ocupa una inmejorable posición en la prevención, el asesoramiento, la potenciación de cambios conductuales y la prestación de ayuda en las crisis.

Al abordar el uso del instrumento, la clasificación del CVF en la atención familia, deberíamos comenzar por responder a la pregunta: ¿para qué sirve conocer la etapa del ciclo en que se encuentra nuestro cliente?

Tres son las respuestas que proponemos. En primer lugar, para poner en marcha actividades preventivas, de asesoramiento anticipado, que eviten los acontecimientos vitales estresantes relacionados, una veces con la transición entre las fases del CVF y otras, con los problemas propios de cada etapa del ciclo. En segundo lugar, para que utilicemos los recursos terapéuticos, individuales o familiares, teniendo en cuenta las características emocionales y sociales de cada etapa. Y en tercer lugar, para relacionar las necesidades de cada fase del ciclo vital con la oferta de los programas de salud comunitarios, por ejemplo, el programa de la mujer, en su actividad de control de embarazo, con la etapa I, la planificación familiar en adolescentes la etapa con la etapa II-B, con el diagnóstico precoz del cáncer de mama o de cuello

TABLA 4. Modelo de la Organización Mundial de la Salud modificado por De la Revilla

Etapas	Desde	Hasta
I Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
IIA Extensión	Nacimiento del primer hijo	El primer hijo tiene 11 años
IIB Extensión	I primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona el hogar
IV Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI Disolución	Muerte del primer cónyuge (extinción)	Muerte del cónyuge superviviente

con las etapas III y IV, el programa infantil y de inmunizaciones con la etapa II-A, el programa escolar con las etapas II-A y II-B, el programa de crónicos con las etapas IV y V, y por último, el programa de ancianos con las etapas V y VI.

Datos necesarios para clasificar a las familias según el ciclo vital familiar

Para poder clasificar la etapa del CVF en que se encuentra la familia que estudiamos podemos realizar un interrogatorio con las siguientes preguntas.

- Fecha del matrimonio o de la unión estable.
- Edad de los cónyuges al casarse o unirse.

Con las respuestas conoceremos cuándo se inicia el CVF y si la edad en que contraen matrimonio se incluye dentro de las expectativas normativas.

- Tiempo transcurrido desde el inicio del matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- Edad de los hijos.

Con estos datos establecemos el tiempo en que la pareja permaneció en la etapa de «nido sin usar», así como el inicio y el tránsito de las etapas I, II-A y II-B.

- Número de hijos que viven en el hogar.
- Fecha del abandono del hogar por los hijos.

El conocimiento de estos datos permite establecer el comienzo y el fin de las etapas III, IV y V.

- Fallecimiento de uno de los cónyuges

Establece el final de la etapa V y el comienzo de la VI.

Genograma y ciclo vital familiar

Al construir el genograma registramos los datos que luego nos permitirá identificar la etapa del CVF; es, pues, un excelente sistema de registro en el que encontraremos, junto con la fase del ciclo, una amplia información de tres generaciones de la familia estudiada, pautas generacionales, acontecimientos vitales y relaciones. Nosotros hemos marcado directrices, tanto para la construcción como para la interpretación del genograma, en las que se incluyen los correspondientes al ciclo de la familia.

Del estudio de De la Revilla et al se desprende que el genograma es un instrumento eficaz para catalogar los estadios del ciclo vital, ya que conseguimos identificarlo en el 95,8% de los casos. De los 17 genogramas en los que no se pudo establecer la clasificación del ciclo, en 9 se debió a fallos técnicos en su construcción, al olvidarse de anotar datos bá-

sicos, como la edad de los hijos, o de dibujar la línea discontinua que define el hogar.

Más importante es el hecho de que en 8 de los genogramas no se pudo establecer con claridad si la familia se encontraba o no en la etapa III del ciclo vital. Consideramos que este problema de identificación no se debe a defectos técnicos atribuibles al médico, sino a la mala definición de los límites de esta etapa, puesto que al realizar la lectura resultaba imposible establecer diferencias claras entre el final de la etapa de extensión con adolescentes del inicio de la etapa III, ya que carecemos de datos objetivos para establecer el final de la actividad procreadora de las familias. Por otra parte, esta etapa de «final de la extensión» es una fase de transición de escasa relevancia y que afecta poco al desarrollo de la familia.

Los cambios de conducta en relación con el ciclo vital familiar

Desde una perspectiva conductual y emocional, cada etapa del ciclo implica cambios, crisis de desarrollo, adaptaciones que afectan a la salud de sus miembros y a la función familiar. Por ello, es conveniente conocer el ciclo vital de nuestros pacientes, ya que cada etapa ofrece situaciones características que están relacionadas con modificaciones estructurales (expansión o decrecimiento del tamaño de la familia), con nuevos y distintos roles y con cambios fundamentales de sus funciones que, si no son aceptados, pueden ocasionar crisis familiares.

Los trastornos en la familia surgen cuando el ciclo vital se ve perturbado en su evolución, se disloca o se interrumpe, pero de forma muy especial en las fases de transición de una etapa a otra, cuando las modificaciones estructurales y funcionales que acompañan a la transición dificultan el desarrollo de tareas y actividades familiares.

Las perturbaciones que con más frecuencia afectan a la evaluación de cada etapa del ciclo son las siguientes:

- Familias de formación: cambios en el estatus, malas relaciones con las familias de origen.
- Familias en crecimiento: nacimiento de un hijo no deseado, nuevos nacimientos que modifican la situación de la familia, nacimiento de un disminuido psíquico o físico, comienzo del período escolar, adolescencia.
- Familias en contracción: choques entre diferentes generaciones, cambio de relación padre-hijo, «nido vacío», pérdida de uno de los cónyuges.

Desde una perspectiva conductual y emocional, cada etapa del ciclo implica cambios, crisis de desarrollo, adaptaciones que afectan a la salud de sus miembros y a la función familiar.

A continuación expondremos, de forma sucinta, los cambios de desarrollo de las etapas del CVF.

Fase de formación

Cuando un hombre y una mujer acuerdan vivir juntos cada uno aporta necesidades y esperanzas en este acuerdo. Forman un nuevo grupo primario que establece cambios en sus relaciones anteriores con padres, hermanos y amigos. En esta fase tiene lugar el ajuste matrimonial.

La familia que espera el primer hijo se enfrenta a nuevos problemas, que tendrán características diferentes según sea o no deseado. La pareja deberá adaptarse a la nueva situación, capacitándose para dar respuesta a problemas tales como el acondicionamiento de la vivienda, las modificaciones en las relaciones o los cambios físicos de la mujer, entre otros.

Fase de extensión

El nacimiento del primer hijo supone un cambio sustancial en la pareja, ya que la madre ocupará gran parte de su tiempo en atender al niño y tendrá que posponer proyectos personales y variar sus relaciones con los amigos, e incluso con su pareja. El padre deberá también cambiar sus hábitos y colaborar más activamente en las tareas domésticas y el cuidado del niño.

A medida que el niño crece, y ya en la edad preescolar, comienza el desarrollo de su personalidad; en esta época el niño es un explorador sin límites. Más tarde, con la entrada del niño en la escuela, aumentan las influencias externas en la familia, que se expone a nuevos y diferentes sistemas de valores.

Cuando el hijo llega a la adolescencia surgen en la familia problemas derivados del desarrollo emocional del adolescente. Se produce una lucha por el control cuando este pretende mayores libertades y privilegios, y los padres buscan un equilibrio entre libertad y responsabilidad y dependencia e independencia.

Fase de contracción

Los hijos emprenden su propio camino al abandonar el hogar. La aprobación o no de la conducta de los hijos, la imposibilidad de influir en ellos, producen cambios en las relaciones familiares capaces de generar estrés.

Fases de final de la contracción y disolución

La etapa de «nido vacío» centra sus problemas en dos ámbitos: uno corresponde a la adaptación de la pareja a su nueva situación, en la que vuelve a estar sola como en sus comienzos, pero sin los estímulos de lucha de aquella época y con un progresivo oscurecimiento de sus expectativas futuras; el otro está relacionado con los problemas de la senectud.

La jubilación, que suele presentarse en esta etapa, conlleva pérdidas importantes, tales como disminución de ingresos, estatus social, compañeros y ocupación.

Los cambios mentales y emocionales que acompañan a la senectud dan lugar a una excesiva demanda de atención y

cuidados, a la par que generan desconfianza, desesperanza y una conciencia de inutilidad.

Los fenómenos de envejecimiento con entorpecimiento de los sentidos y disminución de la capacidad física producen «barreras» que dificultan la vida en el propio hogar, en los medios de transporte, en el comercio, etc.

Las fases centrípetas/centrífugas del ciclo vital familiar

Como señalaron Beavers y Voeller, es muy útil relacionar el ciclo vital familiar con los estilos centrífugos/centrípetos, con el objetivo de investigar de forma integral a la familia, al individuo y el desarrollo individual.

Siguiendo estas ideas, Combrinck-Graham elaboró un método para aplicar las fases centrípetas/centrífugas al ciclo vital de la familia. El autor concibe a la familia como una espiral en la que los componentes de tres generaciones oscilan, a través del tiempo, entre períodos de cerrazón o de alta cohesión familiar (centrípeto) y períodos de disgregación o de menor cohesión familiar (centrífugo). Estos períodos coinciden unas veces con tareas de desarrollo familiar que requieren vínculos intensos o altos niveles de cohesión familiar, como ocurre en las primeras fases de la crianza de los hijos, con otros en los que, por ejemplo, las principales tareas serán potenciar la autonomía y la identidad personal, como constatamos en la fase de la adolescencia.

En sentido literal, lo centrípeto y lo centrífugo describen una tendencia que se mueve acercándose o alejándose de un centro; en las familias, según si sus miembros tienden a alejarse o acercarse al núcleo familiar, hablamos de estilos familiares centrífugos o centrípetos.

La familia, a lo largo de su tránsito por las sucesivas etapas del ciclo vital, ajusta o adecua las tareas de desarrollo con la necesidad de cohesionar o disgregar a las personas que conforman el grupo familiar. Así, durante el período centrípeto, la unidad familiar se ve en la necesidad de interiorizar y centrar su vida. Para ello, los límites externos que rodean a la familia se impermeabilizan, mientras que los límites individuales entre ellos se hacen difusos para resaltar el trabajo en equipo de la familia. En la transición al período centrífugo y durante éste, la estructura familiar cambia para acomodar los objetivos que enfatizan el intercambio individual de los miembros de la familia con el ambiente extrafamiliar. El límite externo de la familia se pierde, mientras la distancia entre algunos de los miembros de la familia aumenta (De la Revilla y Prados).

Dislocaciones del ciclo vital familiar

No siempre el CVF sigue la secuencia que hemos descrito, sino que en ocasiones, por motivos demográficos, socioeco-

nómicos o intrafamiliares, el ciclo se interrumpe, se modifica o se altera, es decir, se origina una dislocación del ciclo vital. El conocimiento de estas disrupciones tiene gran importancia porque llevan emparejados importantes cambios en la dinámica familiar y pueden contribuir a la aparición de disfunciones familiares.

En nuestro estudio comprobamos que en el 16,5% de los genogramas analizados había dislocaciones en el ciclo, porcentaje a nuestro juicio lo suficientemente elevado como para considerarlo un factor de riesgo que se debe tener en cuenta cuando evaluamos el ciclo vital de la familia.

La causa más frecuente de dislocaciones del ciclo se debe a la monoparentalidad, presente en el 66% de las familias investigadas; le sigue, con valores porcentuales bastante más bajos, la familia reconstituida (14%) y el retraso del abandono del hogar por los hijos (10%).

En nuestro estudio, la causa más frecuente de disrupción por monoparentalidad está motivada por la suma de separación y divorcio (51%), seguida del fallecimiento (45%). Este dato es relevante ya que, según Goldeberg y Goldenberg, el riesgo de desestabilización en la familia es mayor cuando se debe a la separación o el divorcio. Esta crisis afecta más a la mujer que al varón, sobre todo si se encuentran en la IV etapa del ciclo y el rol principal se centra en el cuidado de la familia, ya que contempla cómo salen al mismo tiempo del hogar el marido y los hijos.

Los cambios estructurales y funcionales que conlleva la monoparentalidad afectan de forma importante a la dinámica familiar. Así, se aprecia que los hijos de estas familias son más agresivos (Pearson) y tienen más trastornos de la conducta. Por otra parte, la madre custodia tiene más riesgo de enfermar, más baja autoestima y más problemas psicosociales (Markainen, Langlois).

Hemos comprobado que la familia monoparental es una causa de dislocación que puede presentarse en cualquier etapa del ciclo; ahora bien, sus efectos sobre la función familiar son distintos de acuerdo con el momento del ciclo en que se produzca. Como señalaron Peck y Maocherian, a diferencia de lo que ocurre en la primera etapa del ciclo, donde es menor por lo corto de las relaciones de pareja, en las etapas de contracción la monoparentalidad suele acompañarse de intensos conflictos por la larga historia previa de convivencia.

También para los hijos el efecto de la disrupción es distinto de acuerdo con la etapa en que se produzca. Wallerssein y Kelly observaron que en preescolares la situación originaba alteraciones del sueño y enuresis, y en el adolescente, ansiedad y problemas escolares.

En los adultos jóvenes, la separación o el divorcio de los padres es también una situación muy dura pues, como señaló Ahrons, suelen experimentar conflictos de lealtad y sentimientos de pérdida del hogar familiar.

La segunda causa de dislocación del ciclo vital en nuestro estudio se debía a la familia reconstituida, presente en el

14% de los genogramas. Lo hemos observado en todas las etapas del ciclo, salvo en la I y la V. Como apuntan Goldrick y Carter, los problemas con los que se enfrentan los miembros de la familia reconstituida dependen de la etapa del ciclo en que se encuentren.

Cuando se unen dos familias en fases distintas del CVF, los problemas se originan en las experiencias y responsabilidades distintas de los conyuges. En los casos de ciclos vitales idénticos, los problemas dependen de la etapa del ciclo en que se encuentren.

Así, en las familias que están en la fase de extensión, los problemas más importantes son la división de lealtades, la pertenencia a dos hogares y en los adolescentes, los de identidad y sexualidad. En las familias que se encuentran en etapas de contracción, los problemas surgen porque en los reajustes de dos familias el número de personas es mayor.

Por último, en las disrupciones que afectan exclusivamente a una etapa del ciclo, destacamos el de la IV etapa, en relación con el retraso en el abandono del hogar por los hijos. El incumplimiento de la función de lanzadera o plataforma de colocación que se le atribuye a esta etapa tiene distintos motivos, económicos, sociales y culturales, y afectan de diferente forma a los padres. Así, mientras que para unos la permanencia de los hijos en la casa es considerada como un fracaso y una carga difícil de soportar, para otros es un alivio e incluso un motivo de satisfacción, al permitirles continuar con el rol parental.

El ciclo vital familiar y su relación con la salud

Ya hemos analizado los cambios conductuales que se producen en cada etapa del ciclo vital familiar y cómo afectan a la dinámica familiar.

También hemos expuesto cómo las familias afrontan en cada momento de su historia situaciones específicas que deberán resolver. Así, durante las primeras etapas del ciclo asistimos a la instauración y el crecimiento de la familia, de tal manera que, como señaló Neighbour, en esta fase la familia deberá cubrir 4 cometidos: fusión con el matrimonio, creación con la gestación, sostenimiento con los preescolares y experimentación con el entorno durante la adolescencia. Por el contrario, las etapas finales del ciclo vital de la familia tienen como denominador común la producción de pérdidas, tanto en lo referente al número de miembros como de funciones, roles y estatus. La contracción de la familia que camina hacia la disolución genera cambios en la función familiar y, de forma especial, modificaciones en las normas y reglas que afectan a la homeostasis del grupo.

La familia tendrá que asumir roles y tareas específicas en cada etapa y, especialmente, deberán prepararse para las turbulencias que conlleva la transición de una etapa a otra del

TABLA 5. Problemas de salud de la gestante en la primera etapa del ciclo vital familiar

Problemas menores
Náuseas, vómitos
Pirosis
Lumbalgia
Varices
Problemas mayores
Hemorragias
Aborto
Embarazo ectópico
Placenta previa
Toxemia
Distocias
Incompatibilidad Rh
Depresión puerperal

ciclo. La obligación que tienen los miembros de la familia de adaptarse a nuevas situaciones y asumir los cambios produce el «dolor de la transición» y genera, cuando no son asumidos, tristeza, ansiedad e indignación, etc.

En cada una de las etapas se producen importantes cambios conductuales y sociales que afectan a la dinámica familiar y obligan a mantener un equilibrio entre homeostasis y cambio, pero también se originan en sus miembros problemas de salud que, en relación con la edad de los elementos familiares que protagonizan cada etapa, la pareja, el recién nacido, el adolescente, el matrimonio en edad adulta o en la senectud, permiten evaluarlos y tratarlos dentro del contexto del ciclo vital.

Las familias se ven afectadas y pueden presentar crisis como consecuencia de la pérdida de salud de alguno de sus miembros; estos problemas son especialmente importantes cuando la familia se enfrenta con enfermedades crónicas, sobre todo cuando ocasionan minusvalías importantes.

Al médico de familia le interesa conocer en qué etapa del ciclo vital se encuentran sus pacientes ya que, como hemos dicho, en cada etapa los miembros de la familia presentan patologías que se presentan con más frecuencia en cada estadio del ciclo vital familiar.

En las páginas siguientes vamos a analizar cuáles son los problemas de salud prevalentes en las distintas etapas del ciclo vital.

Los problemas de salud en la primera etapa del ciclo vital familiar

En esta etapa de ciclo vital de la familia podemos distinguir dos fases que tienen distintas repercusiones sobre la función familiar y los problemas de salud de sus miembros.

En la primera de «nido sin usar», la pareja deberá adaptarse al matrimonio y asumir los cambios que requiere la

aceptación mutua de los ámbitos emocional, cultural y sexual. En la segunda etapa, la «pareja que espera» se prepara para el nacimiento del primer hijo y se enfrenta con nuevos problemas que tendrán determinadas peculiaridades según si el hijo es deseado o no, si hay problemas económicos o laborales y el tiempo de duración del período de nido vacío.

En la primera, los problemas clínicos son de naturaleza funcional y tienen su origen en los conflictos de pareja, en la adaptación, la relación y la sexualidad, mientras que en la segunda fase son las afecciones relacionadas con la gestación las que ocupan un lugar preeminente (tabla 5).

Junto con el gran número de pequeños problemas (náuseas, vómitos, lumbalgia, pirosis, varices), destacan como entidades de importancia las hemorragias (aborto, embarazo ectópico, placenta previa), las toxemias, las incompatibilidades de Rh, las distocias y la depresión puerperal. No se deben olvidar las precauciones que hay que observar en el uso de fármacos en la gestante.

Diabetes mellitus y embarazo

Conviene diferenciar claramente dos formas de diabetes: la gestacional, que es la que se inicia o identifica por primera vez durante el embarazo, y la pregestacional, que es anterior a éste.

Diabetes pregestacional. Se trata de mujeres diagnosticadas de diabetes, insulín dependiente o no, que se quedan embarazadas. Es conocido el alto número de resultados adversos que se producen con la diabetes, tanto para la mujer como para el hijo, cuando no está controlada y tratada correctamente, en forma de preeclampsia, prematuridad, síndrome de sufrimiento fetal, nacimiento de feto muerto, anomalías congénitas y trastornos metabólicos neonatales y macrosomias. Por ello, estas mujeres diagnosticadas de diabetes pregestacional deben ser catalogadas como embarazadas de alto riesgo.

Diabetes gestacional. Alrededor del 2-3% de las mujeres embarazadas tiene un aumento de la glucemia durante el embarazo; por ello, en toda gestante no diabética se recomienda realizar el test de O'Sullivan hacia las semanas 26-27, para detectar la diabetes gestacional.

Esta prueba consiste en la administración oral de 50 g de glucosa y la investigación a los 60 minutos de la glucemia. La prueba se considerará positiva si los valores de glucosa en sangre, a la hora de la toma de glucosa, son superiores a 140 mg/dl.

En los casos positivos se realizará una prueba de sobrecarga oral con 100 g de glucosa. Se considerará positiva y, en consecuencia, se llegará al diagnóstico de diabetes gestacional cuando aparezcan dos valores iguales o superiores a los siguientes: glucemia basal 105 mg/dl, glucemia a la primera hora 190 mg/dl, a la segunda hora 165 mg/dl y a la tercera hora 145 mg/dl.

Hipertensión arterial y embarazo

Ha habido una cierta confusión a la hora de evaluar la enfermedad hipertensiva en el curso de la gestación. Se recomienda clasificar a las embarazadas que presentan hipertensión arterial en tres grupos.

La preeclampsia o toxemia gravídica. Es una afección específica del embarazo que cursa con hipertensión, proteinuria y edemas. Los valores de la presión arterial para considerarlos anormales serán un aumento sobre los valores previos de la presión arterial sistólica de 30 mmHg o más, o de la presión arterial diastólica de 15 mmHg o más. Cuando se desconozcan los valores anteriores de la presión arterial, se considerará que cumplen el criterio de la presión arterial para preeclampsia las cifras de 140/90 mmHg o mayores.

Hipertensión transitoria de la gestación. Se trata de una elevación de las cifras tensionales que aparece durante el embarazo y no se acompaña ni de proteinuria ni de edemas. Desaparece al finalizar el embarazo, pero puede aparecer de nuevo en gestaciones posteriores.

Hipertensión crónica. Es la que se presenta antes de la gestación y que no está inducida por ella. Se trata de una hipertensión esencial que afecta al 1-3% de las embarazadas y constituye un riesgo para la gestación.

La hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida aparece en el 5-50% de las embarazadas con hipertensión crónica. Puede resultar difícil diferenciar la hipertensión crónica de la hipertensión de la gestante, e igualmente resulta difícil diferenciar la hipertensión crónica de la preeclampsia. Se puede utilizar la concentración sérica de ácido úrico para diferenciarlas; así, cuando los valores de uricemia estén por debajo de 5 mg se trata de hipertensión crónica, y por encima, de preeclampsia.

Los problemas de salud en la etapa IIA del ciclo vital familiar

La llegada del primer hijo supone un cambio sustancial en la vida de la pareja, que deberá adaptarse a los nuevos requerimientos que implica la ampliación de la familia. Conviene diferenciar los cambios que se originan en la familia según se encuentre en fase de recién nacido, preescolar y escolar.

Los problemas de salud más relevantes de este período son las enfermedades transmisibles (sarampión, tosferina, parotiditis, varicela), otitis aguda, amigdalitis y faringitis estreptocócica). En la tabla 6 se señalan los problemas más significativos.

Otitis media

Es la segunda causa de morbilidad en la primera infancia, sólo superada por las infecciones respiratorias altas; es más común entre los 2 y los 5 años. Ocasiona fiebre y otalgia, que se alivia cuando se expulsa por el oído una pequeña can-

TABLA 6. Problemas de salud de la segunda etapa del ciclo vital familiar

Enfermedades transmisibles
Amigdalitis estreptocócicas
Otitis media
Trastornos del comportamiento
Alteraciones del sueño
Espasmos del llanto
Problemas de socialización y afecto
El hijo abandonado
El niño maltratado

tididad de sangre o pus. En la otoscopia se aprecia un tímpano rojo, brillante, abombado o roto.

Dermatitis del pañal

Es también muy frecuente, de manera que la mayoría de los niños la han presentado antes de cumplir los 2 años. Está causada por irritantes fisiológicos, heces y orina, o por sustancias como detergentes, aceites, productos químicos, desodorantes, braguitas de plástico. Un factor importante es la especial sensibilidad de la piel del niño. La infección por *Candida* es la más habitual.

Trastornos del comportamiento

Los trastornos del comportamiento en la infancia engloban un gran número de problemas frecuentes que pueden hacer más difícil la vida a los padres. Las alteraciones en el sueño son uno de los motivos de queja más frecuentes de los padres, porque los hijos los despiertan por la noche.

Su causa depende de la edad. Así, en el primer año se atribuyen a la costumbre de la alimentación de madrugada; en otras edades, a las pesadillas o al mantenimiento del patrón de irse a la cama de los padres. La resistencia a acostarse es otro trastorno del sueño; son los niños que no quieren irse a la cama porque no tienen sueño, no están cansados o quieren permanecer con los padres que se acuestan más tarde.

Los espasmos del llanto constituyen un problema menor que ocupa una parte importante de la consulta del médico de familia. Son frecuentes a partir del primer año de edad y, como se acompañan de accesos de apnea, originan preocupación y temor en los padres.

La succión del pulgar y la onicofagia son otros pequeños problemas motivo también de frecuentes consultas. El primero sólo es motivo de inquietud cuando continúa después de que el niño ha cumplido 3-4 años, ya que su persistencia puede ocasionar una desviación de los dientes.

La onicofagia aparece sobre todo en niños nerviosos y excitables, y suele desaparecer espontáneamente cuando el niño se hace mayor.

TABLA 7. Problemas de salud de la etapa II-B del ciclo vital familiar

Tabaco, medicamentos psicotrópicos
Alcohol, drogas
Delincuencia juvenil
Suicidio
Embarazo
Accidentes

Problemas de socialización

Los problemas de la socialización y del afecto pueden crear importantes dificultades al niño y a la familia. Los temores a la oscuridad, a los animales o a los extraños, los celos entre hermanos o entre amigos íntimos, y las mentiras y hurtos son algunas alteraciones que requieren soluciones.

Cuestiones prácticas

Pilar G.M. acude a la consulta por primera vez. Refiere que desde hace tres días aqueja congestión nasal, discreta disfagia anginosa, tos seca y febrícula. Se trata de un proceso infeccioso viral de las vías altas.

Aprovechamos esta consulta para conocer algunos datos familiares, entre ellos, la etapa del ciclo vital familiar. Pedimos a la paciente que nos responda a unas preguntas que tienen que ver con su familia, explicándole la importancia que tienen estos datos para evaluar los problemas de salud de ella y su familia:

- Médico (M): Pilar, Vd. tiene 27 años y su marido 29. ¿Cuándo se casaron?
- Pilar (P): Hace 6 años
- M: ¿Cuántos hijos tienen?
- P: Dos...
- M: ¿Qué edad tienen?
- P: El mayor tiene cinco años y Pilar tiene tres años.

La pareja se unió cuando tenían 23 y 21 años, respectivamente. El primer hijo nació cuando llevaban un año de casados. Se trata de una familia en extensión, con hijos en edad escolar. Están en la etapa II-A del CVF.

Creemos necesario interesarnos por el estado de salud de la familia, centrándonos en la situación de los hijos.

– M: Aunque a sus hijos los atiende el pediatra del centro de salud, quisiera conocer su estado de salud, para anotarlo en la historia familiar.

– P: Los niños están ahora bien, aunque la menor tiene muy poco apetito.

– M: ¿Qué tal es la relación entre los hermanos?

– P: Ahora muy buena, pero cuando nació la pequeña, Antoñito estaba muy celoso y tuvo un comportamiento muy agresivo.

El estado de salud de la familia es bueno y en los hijos no hay trastornos del comportamiento ni problemas de socialización.

Los problemas de salud en la etapa IIB del ciclo vital familiar

Aproximadamente a los 11 años el niño se convierte en un adolescente; en este momento se produce una conmoción, mayor o menor, en el seno de la familia. Por una parte, el subsistema familiar a través del adolescente extiende sus relaciones con otros medios ajenos a su propio subsistema, como son la escuela, la calle y el barrio, y los amigos, entre otros. Por otra parte, el niño que va madurando crea nuevas tensiones en la propia familia; así, el tono emocional que predomina en muchas de ellas es la ansiedad, que surge, básicamente, por el temor a perder el control, el respeto e incluso el amor de sus hijos.

Aunque se suele pensar en la adolescencia como en un período relativamente saludable, la juventud presenta unas tasas de morbilidad y mortalidad nada despreciables. Si bien es cierto que durante el siglo actual se ha producido un importante descenso de las tasas de mortalidad en la adolescencia en España, en los últimos años se observa una tendencia hacia el estacionamiento e, incluso, hacia el ascenso de las tasas en la adolescencia media y tardía. Y este aumento se relaciona con los llamados «riesgos del tipo de vida», que originan un mayor número de accidentes, muertes por consumo de drogas, etc.

Hay problemas de salud y del comportamiento en la adolescencia que, por su magnitud o por las repercusiones que tienen en el normal desenvolvimiento del subsistema familiar, requieren un análisis más pormenorizado, sin que, por las dimensiones de este texto, puedan tratarse en profundidad (tabla 7).

A continuación abordaremos algunos de los problemas de salud que afectan al adolescente y a su familia.

Obesidad

Es un problema frecuente en la adolescencia. La prevalencia se estima en un 20-25% y parece ir en aumento. La etiología está poco clara y probablemente responde a varios factores. En la actualidad, sólo se ha identificado una causa específica en el 5% de los niños y adolescentes.

La mayor parte de los adolescentes obesos, según se concluye en varios estudios, consume una cantidad de calorías igual o menor que los adolescentes de peso normal, pero realiza una actividad física menor.

Los padres pueden contribuir en gran medida a la obesidad, ya que el adolescente obeso suele ser un niño consienti-

do al que los padres marcan pocos límites o bien, un niño abandonado cuyas necesidades físicas o emocionales no son atendidas.

Las consecuencias de la obesidad del adolescente son múltiples. Los problemas físicos que conlleva son, entre otros, la mayor prevalencia de hiperinsulinemia, hipertensión arterial, problemas respiratorios y ortopédicos. También presentan una pubertad más precoz y tienen un menor período de crecimiento de los huesos largos, lo que repercute en una menor estatura adulta de la que permitiría su potencial genético.

Sin embargo, el «Consenso sobre las implicaciones en salud de la obesidad, 1985» afirma que el sufrimiento que se asocia con las consecuencias psicológicas de la obesidad excede, probablemente, al que proporcionan las consecuencias físicas. Los pacientes obesos muchas veces son discriminados por sus compañeros, profesores y profesionales sanitarios.

Sufren depresión, una deficiente autoestima y un concepto negativo de sí mismos, lo que puede producirles sentimientos de rechazo y aislamiento que les conducirán a una mayor inactividad y a comer más.

El abordaje del adolescente obeso implica una valoración global. Los tratamientos agresivos se han mostrado generalmente peligrosos e ineficaces. Por el contrario, varias intervenciones integradas han demostrado su eficacia a largo plazo. Éstas incluyen una modificación conductual extensa, favorecen el ejercicio, no dependen de dietas rígidas o restrictivas, promueven una mejora afectiva y enseñan técnicas de comunicación. Incluyen un apartado para los padres centrado en los cambios de la dieta familiar, los hábitos de ejercicio, la comunicación y las actuaciones propias de los progenitores.

El adolescente discapacitado

Más del 20% de los individuos entre 10 y 19 años tiene una enfermedad crónica o una importante incapacidad física, mental o psicológica.

El adolescente cuya vida se encuentra ya en un cambio constante es particularmente vulnerable cuando se encuentra con una enfermedad o una discapacidad. Además, las familias con adolescentes crónicamente enfermos tienen una tendencia a presentar sentimientos de culpabilidad, ira y frustración, que se reflejan en el hecho de que los índices de divorcio se elevan hasta un 50% más en estas familias.

Los efectos de las enfermedades crónicas se aprecian mejor en el marco de las tareas de desarrollo del adolescente y dependerán también de factores como la edad de comienzo, el curso, las manifestaciones y el pronóstico de la enfermedad crónica. A continuación exponemos algunos aspectos de esta relación:

– *Independencia-dependencia*: con una enfermedad crónica que prolonga la dependencia de los padres, la familia y

los médicos, el adolescente puede presentarse como obediente y aninado, o desobediente y rebelde.

– *Imagen corporal*: un retraso en la pubertad o malformaciones del cuerpo causadas por una enfermedad crónica pueden producir en el adolescente un complejo de inferioridad, con disminución de la autoestima, alejamiento de sus amigos, ausencias en el colegio o en otras actividades, y ansiedad creciente por las relaciones sexuales.

– *Grupo de amigos*: una enfermedad crónica puede limitar las actividades del adolescente. Puede que también haya un rechazo por parte de los amigos o, al menos, imaginaciones de ello. Todo esto puede ser causa de separación social y miedo a integrarse en el grupo de amigos.

– *Identidad*: las preocupaciones del adolescente discapacitado por su futura vocación, recursos financieros, separación de los padres y función sexual pueden llevarle a una crisis de identidad.

Sin embargo, solamente una minoría de adolescentes discapacitados experimenta dificultades graves en cuanto al desarrollo de su personalidad. Varios estudios han demostrado que los chicos que mejor manejan sus problemas son los que provienen de familias con una serie de características:

– Existen fronteras claras y nítidas entre sus miembros. Mantienen actitudes realistas y cooperativas hacia el tratamiento de la discapacidad.

– Presentan escasos conflictos conyugales.

– Tienen una composición estable, dada por la presencia de dos progenitores o de un único progenitor competente.

El médico de familia debe atender no sólo los aspectos específicos de la minusvalía, sino que debe prestar una especial atención al desarrollo psicomotor y psicosocial, y al impacto de la enfermedad sobre las necesidades de la familia. Puede, asimismo, ayudar a disipar mitos y temores excesivos, y a buscar las esferas de competencia del adolescente discapacitado, poniendo éstas de relieve y evitando los «demasiado» por parte de la familia: demasiada protección, demasiada ansiedad y demasiada atención.

Anorexia y bulimia

Son trastornos del comportamiento alimentario que se caracterizan por alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta de comida.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, temor intenso a ganar peso y amenorrea, en las mujeres pospuberales.

En la bulimia son llamativos los episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones) con una falta absoluta de control, empeñándose posteriormente en provocarse el vómito, to-

TABLA 8. Problema de salud más frecuentes en la IV etapa del ciclo vital de la familia

Enfermedades cardiovasculares
Enfermedad cardíaca coronaria
Trastornos cerebrovasculares
Hipertensión arterial
Diabetes mellitus
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Artrosis
Depresión
Trastornos emocionales diversos

mar laxantes o diuréticos o hacer mucho ejercicio para evitar el aumento de peso.

Los problemas de salud en la cuarta etapa del ciclo vital familiar

Esta etapa del ciclo vital de la familia tienen como denominador común la producción de pérdidas, tanto en lo referente al número de miembros como de funciones, roles y estatus. La contracción de la familia que camina hacia la disolución genera cambios en la función familiar y, de forma especial, modificaciones en las normas y reglas que afectan a la homeostasis del grupo.

Las enfermedades cardiovasculares, fundamentalmente la enfermedad cardíaca coronaria, las alteraciones cerebrovasculares y la hipertensión arterial constituyen las principales causas de morbilidad en esta etapa del ciclo vital. Le sigue el cáncer en orden de frecuencia, en el que destaca el de origen digestivo, broncopulmonar y de mama.

Los motivos de consulta más frecuentes al médico de familia son los relativos a enfermedades de vías respiratorias altas, sintomatología gastrointestinal, manifestaciones osteoarticulares y una gran número de problemas emocionales, la mayoría de las veces enmascarados bajo diversos signos y síntomas mal definidos.

En la tabla 8 recogemos los problemas de salud más importantes que acontecen en esta etapa.

Los problemas de salud en la quinta y sexta etapas del ciclo vital familiar

La quinta etapa del ciclo vital de la familia se inicia cuando se marcha del hogar el último de los hijos y la sexta tiene su punto de partida con el fallecimiento de uno de los cónyuges. Durante ellas asistimos al final de la contracción y al inicio la disolución de la familia.

El médico de familia deberá familiarizarse con los problemas de salud que afectan a los miembros de las familias en estas etapas del ciclo vital con objeto de prevenirlas y tratarlas. Por ello, conviene que conozca las diferencias que exis-

ten entre las manifestaciones involutivas de la tercera edad y las enfermedades del anciano. Ante las primeras adoptará una actitud comprensiva e intentará explicar que la situación se corresponde con los aspectos físicos, psíquicos y sociales que acompañan al envejecimiento. Ante las segundas deberá dar la respuesta más correcta de acuerdo con las características que la vejez imprime a la enfermedad y, sobre todo, con la limitación que debe de tener nuestra acción terapéutica.

Enfermedades más frecuentes

El correcto abordaje de los problemas de salud de los ancianos resulta en muchas ocasiones difícil, debido a algunas de las circunstancias que exponemos a continuación:

- Lo atípico de los síntomas, de forma que podemos asistir a un infarto de miocardio sin aquejar dolor, o a una infección sin fiebre.

- La presencia, a la par, de numerosos procesos que obliguen a evaluar de forma especial esta polipatología.

- Un particular comportamiento de los ancianos, que consultan por problemas intrascendentes y ocultan los más importantes, como la incontinencia, la depresión o la pérdida de memoria.

- Por último, la polifarmacia, el abuso de medicamentos, ya que estos pacientes consumen tanto lo que se les prescribe como lo que compran libremente. Este consumo excesivo de medicamentos genera problemas de interacción entre fármacos y, sobre todo, iatrogenia.

En esta etapa del ciclo, los miembros de la familia presentan una serie de problemas geriátricos, junto con enfermedades crónicas preexistentes (hipertensión, diabetes, etc.) que requerirán nuevos enfoques terapéuticos. El médico de familia deberá conocerlos para realizar actividades de prevención y tratamiento. En la tabla 9 se enumeran los problemas de salud más frecuentes.

Recordaremos aquí algunos de ellos.

Dolor articular. Es una de las quejas más frecuentes de los ancianos y está en relación, sobre todo, con la artrosis y la osteoporosis. Puede ser agudo, con una duración menor de 6 semanas, o crónico, de mayor duración.

Arteriosclerosis cerebral. Se caracteriza por modificaciones del carácter, egoísmo, irritabilidad, risa y llanto inmotivado, desconfianza y abandono, trastornos psíquicos, disminución del trabajo intelectual y de la memoria, sobre todo para los hechos recientes, desorientación temporoespacial, fabulaciones y delirios. Asimismo, hay rigidez muscular que le dificulta o impide caminar, y parkinsonismo.

Hipotermia. Aparece en épocas invernales facilitada por factores ambientales, tales como los vestidos inadecuados y la calefacción inapropiada, y especialmente la pobreza. Los

pacientes hipotérmicos presentan temblor, alteración de la conciencia, suelen mostrarse apáticos y en ocasiones se aprecian desorientación y alucinaciones. Se confirma recurriendo a la determinación de la temperatura rectal o utilizando un termómetro de baja lectura.

Incontinencia urinaria. Del 15 al 20% de las personas de edad avanzada presentan de incontinencia urinaria. Este proceso tiene importantes repercusiones médicas, psicosociales y económicas. Desde el punto de vista médico, estas personas tienen mayor riesgo de caídas, úlceras y erosiones perineales, infecciones urinarias, etc. También presentan con frecuencia vergüenza y aislamiento social. Debido a la estigmatización de la incontinencia, las personas que la presentan rara vez solicitan atención médica.

Podemos distinguir cuatro tipos de incontinencia que, de forma resumida, trataremos a continuación.

– *Incontinencia transitoria.* Es temporal, tiene su origen fuera del aparato urinario y se resuelve bien con el tratamiento apropiado. Puede estar motivada por infecciones, uretritis, vaginitis, trastornos mentales, uso de algunos fármacos, reducción de la movilidad e impactación fecal.

– *Incontinencia de urgencia.* Es muy frecuente en personas de edad avanzada y también es conocida como hiperactividad del detrusor. Se caracteriza por una pérdida involuntaria de orina asociada al deseo repentino y urgente de orinar. Se asocia con frecuencia a procesos neurológicos, como la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad cerebrovascular.

– *Incontinencia de esfuerzo.* Es un tipo común de incontinencia, en especial en mujeres ancianas. La pérdida involuntaria de orina se produce con cualquier maniobra que aumente la presión intraabdominal, como toser, reír o estornudar.

– *Incontinencia por rebosamiento.* Los pacientes se quejan de un goteo continuo junto con sensación de micción incompleta. Esta pérdida involuntaria de la orina se debe a una distensión excesiva de la vejiga; se produce en varones ancianos y está en relación con la hipertrofia prostática.

Caídas y fracturas. Las caídas son acontecimientos que inciden desfavorablemente en la vida de los miembros de la familia durante estas etapas; unas veces producen temor y, por ello, se reducen las actividades, y otras ocasionan fracturas.

Las caídas son frecuentes, ya que un tercio de los ancianos se caen unas dos veces al año. Es un suceso importante, ya que puede ocasionar heridas, fracturas o hematoma subdural, entre otros procesos. Las caídas tienen un origen múltiple y puede deberse a lipotimias, procesos neurológicos, afecciones cardiovasculares, vértigo, trastornos de la visión, procesos osteoarticulares, musculares o medioambientales.

Ante cualquier caída de un anciano deberá hacerse una anamnesis cuidadosa, sin olvidar preguntar por los fármacos

TABLA 9. Problemas de salud más frecuentes en las etapas V y VI del ciclo vital de la familia

Síndromes cerebrales
Arteriosclerosis cerebral con su tríada demencia, apraxia con rigidez muscular y parkinsonismo
Episodios de isquemia transitoria
Accidente cerebrovascular
Episodios de desvanecimiento
Trastornos autonómicos
Hipotensión ortostática
Alteraciones de la termorregulación: hipotermia e hipertermia
Caídas
Confusión mental
Incontinencia urinaria
Incontinencia fecal
Por estreñimiento, sintomático o producida por alteración del control neurológico de la defecación
Escaras por decúbito
Enfermedades óseas y fracturas

que toma. Se realizarán exploraciones cardiovasculares y de la movilidad cervical, y también se explorarán la marcha y la estabilidad. Se investigarán las características medioambientales del hogar y el entorno.

Las caídas pueden deberse a irregularidades en el pavimento, mala iluminación, aceras, mobiliario mal colocado o inadecuado, mala visión o ceguera. Pero, en ocasiones, responde a causas vasculares, hipotensión postural, síncope, bloqueo completo, accidentes cerebrovasculares, isquemia cerebral transitoria o desvanecimientos.

Las fracturas, especialmente las de cuello de fémur, son un riesgo común para los cónyuges, sobre todo, en la última etapa del ciclo vital.

Cáncer. Durante esa etapa se observa un aumento de la incidencia de varios tipos de neoplasias, fundamentalmente de pulmón, ovario, páncreas y endometrio.

Enfermedades crónicas preexistentes. Durante este período será necesario modificar la dosis de los fármacos y vigilar especialmente los efectos secundarios, de modo particular en la diabetes y la hipertensión arterial.

Cuestiones prácticas

Rafael L.E. acude la consulta para el control de la diabetes mellitus tipo 2. Sigue tratamiento con un antidiabético oral y régimen dietético. Le acompaña su mujer, que aprovecha la consulta para pedir algún reconstituyente porque se encuentra muy cansada.

Puntos clave

- La secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución se conoce con el nombre de ciclo vital familiar.
- Se han descrito distintos modelos de ciclo vital, como el de Duvall, con siete fases, que se inicia con el nido sin usar y termina en la fase de familias ancianas. El modelo de la OMS centrado en la mujer, que fue establecido para su uso en sociedades con baja mortalidad. El de la OMS, modificado por De la Revilla, en el que a las etapas de formación, extensión, final de la extensión, contracción, final de la contracción y disolución se añade la de extensión II-B, que se inicia cuando el hijo mayor llega a la adolescencia.
- Los cambios emocionales y de conducta que aparecen en cada etapa del ciclo son muy importantes para entender algunas disfunciones familiares y, sobre todo, para poder evaluar las crisis de desarrollo.
- Cuando, por motivos demográficos, socioeconómicos o intrafamiliares se interrumpe o altera una etapa del ciclo, hablamos de dislocación del ciclo vital de la familia. Las dos causas más frecuentes de dislocación del ciclo son la monoparentalidad y el retardo en el paso de la etapa III a la IV como consecuencia del retraso en el abandono del hogar de los hijos.
- Las familias tienen distintos problemas de salud según la etapa del ciclo vital en que se encuentren sus miembros; por ello, el conocimiento del estadio del ciclo es importante, ya que permite establecer estrategias de asesoramiento o consejo familiar.

– *Médico (M): Rosario, ¿es que ahora tiene más trabajo en su casa?*

– *Rosario (Ro): No, al contrario, ahora estoy más descansada, ya que desde hace 6 meses estamos los dos solos en la casa.*

El médico aprovecha esta ocasión para conocer en qué etapa del ciclo vital se encuentra la familia.

– *M: Rosario, de tus 4 hijos, ¿cuánto tiempo hace que se marchó de la casa el primero de ellos?*

– *Ro: Se fue hace 5 años.*

– *M: ¿Y el último en marcharse?*

– *Ro: Como le decía, hace 6 meses. Ya nos hemos quedado solos, sin ningún hijo con nosotros.*

Esta familia pasó de la etapa III a la IV del CVF hace 5 años y en la actualidad se encuentran en la etapa V de «nido vacío».

Bibliografía comentada

Carter B, McGoldrick M. The changing family life cycle. A framework for family therapy. Boston: Allyn and Bacon; 1989.

Es un libro de necesaria lectura, especialmente para los médicos interesados en trabajar con familias. En una primera parte aborda los aspectos generales relacionados con el ciclo vital. La segunda trata de los cambios conductuales y emocionales que viven las familias en las sucesivas fases del ciclo. En los siguientes capítulos se estudian las peculiaridades que ofrecen la monoparentalidad por divorcio y las familias reconstituidas, según en que momento del ciclo vital se produzcan, y la relación de las enfermedades crónicas con el ciclo vital familiar.

Neighbour R. The family life-cycle. J R Soc Med. 1985;78 Suppl 8:11-15. Hace referencia al valor del ciclo vital en el trabajo con familias y señala los cometidos y acontecimientos que acontecen en los siete estadios: fusión, creación, sometimiento, experimentación, abandono, revisión y envejecimiento, en que el autor divide el ciclo vital.

De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, et al. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y sus dislocaciones. Aten Primaria. 1998;21:219-24.

Los autores analizan en 499 genogramas las características del ciclo vital familiar. Comprobaron que este instrumento es útil para identificar las etapas del ciclo y apreciaron que la mayoría de las familias estaban en la IV etapa, siguiendo en orden de frecuencia las etapas II-B y II-A. Igualmente el genograma se mostró muy útil para estudiar las dislocaciones del ciclo vital familiar.

De la Revilla L, Prados MA. Relación de la enfermedad crónica y el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2001.

Los autores explican la importancia de conocer, para abordar la enfermedad crónica, el ciclo vital familiar y los períodos centrípeto y centrífugo ya que, de acuerdo con la fase y el período en que se encuentren, así se tendrá que plantear la estrategia de intervención.

Bibliografía general

Ahrons CR. Divorce. A crisis of family transition and change. Family Relations. 1980;29:89-95.

Arevalo JA, Nesbitt TS. Problemas médicos durante la gestación. En: Taylor RB, editor. Medicina de familia. Principios y práctica. Barcelona: Springer; 1994.

Beavers WR, Voeller M. Family models: comparing and contrasting the Olson circumplex model with the Bearers system model. Family Process. 1982;22:85-98.

Combrinck-Graham L. A developmental model for family systems. Family Process. 1985;24:139-50.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sexualidad y contracepción de los jóvenes andaluces. Sevilla, 1993.

Delgado Domingue J. Necesidades de salud de los adolescentes. FMC. 1995;5:247-8.

Duval EM. Family development. Philadelphia: Lippincott; 1971.

Glick PC. The family cycle. Am Soc Rev. 1947;14:164-70.

Kimmel SA, Chessare J. Problemas de la lactancia y la infancia seleccionados. En: Taylor RB, editor. Medicina de familia. Principios y práctica. Barcelona: Springer; 1994.

Langlois J, Fortin D. Single-parent mothers, poverty and mental health; review of the literature. Sante Ment Que. 1994;19:157-73.

Llinares V, Serrano A. Motivos de consulta en adolescentes. Aten Primaria. 1994;8:442-5.

Mallory TR, Halm DE, Torres JL, et al. Problemas frecuentes en el anciano. En: Taylor RB, editor. Medicina de familia. Principios y práctica. Barcelona: Springer; 1994.

- Marikainen P. Women's employment, marriage, motherhood and mortality: a test of the multiple role and role accumulation hypothesis. *Soc Sci Med.* 1995;40:199-212.
- McGoldrick M, Carter B. Forming a remarried family. En: Carter B, McGoldrick M, editors. *The changing family life cycle. A framework for family therapy.* Boston: Allyn and Bacon; 1989.
- Medalie JH. *Medicina familiar. Principios y prácticas.* Mexico: Limusa; 1987.
- Neinstein LS. *La salud del adolescente.* Barcelona: Prous; 1991.
- OMS. *Índices estadísticos de la salud de la familia.* Geneva: OMS; 1976.
- WHO. *Health and the family.* Geneva: WHO; 1978.
- Pearson JL, Ialongo NS, Hunter AG, et al. Family structure and aggressive behavior in a population of urban elementary school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33:540-8.
- Peck JS, Nanocherian JR. Divorce and the changing family life cycle. En: Carter B, McGoldrick M, editors. *The changing family life cycle. A framework for family therapy.* Boston: Allyn and Bacon; 1989.
- De la Revilla L, Prados MA. Problemas específicos de las primeras etapas del ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar.* Barcelona: Doyma; 1994.
- De la Revilla L. Problemas específicos de las últimas etapas del ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar.* Barcelona: Doyma; 1994.
- De la Revilla L. El genograma: cómo interpretarlo. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar.* Barcelona: Doyma; 1994.
- Roger J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Pub Health.* 1980;70:122-7.
- Ruiz Fernández ME. *Delincuencia juvenil.* Madrid: Roche; 1985.
- Simons RL, Johnson C, Beaman J, et al. Parents and peer group as mediators of effect of community structure on adolescent problem behavior. *Am J Community Psychol.* 1996;24:145-71.
- Sive PH. La senectud. En: Medalie JH, editor. *Medicina familiar.* Mexico: Limusa; 1987.
- Wallerstein J, Kelly JB. *Surviving the breakup: how children and parents cope with divorce.* New York: Basic Books; 1980.