

Modelo integrado de crisis y trabajo con familias en medicina familiar: una propuesta para el primer nivel de atención

Integrated crisis and working with families model in family medicine: a conceptual proposal for primary care

Olga M. Padrón-López 

Clínica de Salud del Valle de Salinas, Greenfield, California, Estados Unidos de América

RESUMEN: Antecedentes: Las crisis familiares son eventos que afectan la salud y el funcionamiento familiar. El Trabajo con Familias y la Teoría de la crisis ofrecen marcos conceptuales relevantes, sin embargo, su aplicación en la práctica clínica suele ser fragmentada. **Objetivo:** Proponer un modelo integrado para el abordaje de familias en situación de crisis desde la Medicina Familiar, basado en el Trabajo con Familias y la Teoría de la crisis, aplicable a la práctica clínica y la docencia. **Material y métodos:** Se trata de un ensayo conceptual basado en integración narrativa de literatura clásica y propuesta teórica sin validación empírica. Se revisan aportes esenciales del Trabajo con Familias y la Teoría de la crisis, destacando sus puntos de convergencia y complementariedad. A partir de esta integración, se presenta el Modelo Integrado de Crisis y Trabajo con Familias en Medicina Familiar (MICTF-MF), que articula la comprensión de la crisis, basado en el modelo de Smilkstein, con acciones del Médico Familiar desde el Trabajo con Familias. **Conclusiones:** El MICTF-MF ofrece un marco conceptual para el abordaje de las crisis familiares en el primer nivel de atención, fortaleciendo el rol del Médico Familiar como acompañante del proceso adaptativo de la familia y aportando una herramienta útil para la práctica clínica y la formación en Medicina Familiar.

Palabras clave: Trabajo con familias. Modelo conceptual. Atención centrada en la familia.

ABSTRACT: Background: Family crisis are key moments that affect family health and functioning, in Family Medicine, both Working with Families and Crisis Theory provide relevant conceptual frameworks; however, their application in clinical practice is often fragmented. **Objective:** To propose an integrative model for the approach to families in crisis from a Family Medicine perspective, based on Working with Families and Crisis Theory, applicable to clinical practice and teaching. **Material and methods:** This is a conceptual essay based on narrative integration of classic literature and theoretical proposal without empirical validation. Essential contributions of Working with Families and Crisis Theory are reviewed, highlighting their points of convergence and complementarity. From this integration, the Integrated Model of Crisis and Working with Families in Family Medicine (IMCWF-FM) is presented. This model articulates crisis understanding, based on Smilkstein's model, with family physician actions derived from family-oriented work. **Conclusions:** The IMCWF-FM provides a conceptual framework for addressing family crises in primary care, strengthening the role of the family physician as a companion in the family adaptive process and offering a useful tool for clinical practice and Family Medicine education.

Keywords: Working with families. Conceptual model. Family-centered care.

Correspondencia:

Olga M. Padrón-López

E-mail: olga.padron89@gmail.com

Fecha de recepción: 14-01-2026

Fecha de aceptación: 02-03-2026

Disponible en internet: 08-04-2026

Rev Mex Med Fam. 2026;13:17-24

DOI: 10.24875/RMF.26000009

INTRODUCCIÓN

El presente ensayo conceptual propone integrar la teoría de la crisis y el trabajo con familias en un modelo conjunto orientado a facilitar la comprensión y la acción clínica ante las familias en situación de crisis. Se trata de una propuesta teórica basada en la integración narrativa de literatura clásica que no busca validación empírica. Se describirán la teoría de la crisis y el trabajo con familias para después integrar estos dos conceptos en un modelo integrador.

LA TEORÍA DE LA CRISIS

La teoría de la crisis proporciona un marco conceptual para comprender la manera en que ciertos eventos que exceden los mecanismos habituales de afrontamiento familiar pueden alterar el equilibrio emocional y funcional de las familias, impactando la salud y el bienestar de sus integrantes¹⁻³. Este enfoque entiende la crisis como un proceso dinámico que puede implicar desequilibrio, reorganización y, en algunos casos, crecimiento o adaptación^{4,5}.

Un aporte fundamental en este campo proviene del estudio de Smilkstein⁶, quien desarrolló una conceptualización operativa de la crisis que ha sido utilizada ampliamente en contextos de atención primaria. En su artículo *The Family in Trouble: How to Tell*⁶ sostiene que la crisis no es un accidente aislado, sino que constituye el resultado de la interacción de:

- El estresor (A): un evento inicial que genera tensión.
- Los recursos de la familia (B): la capacidad para enfrentar el problema.
- La definición del evento (C): el significado que la familia otorga al evento.

Basado en este aporte se desarrolló el modelo doble ABC-X, en el que se incluye el resultado de la experiencia, es decir, la crisis familiar (X)⁷.

Se debe entender entonces que el médico familiar, al dar una atención longitudinal, será testigo de innumerables eventos que podrán evolucionar a crisis durante

sus encuentros con el paciente y su familia. Cuando se presenta el evento puede esperarse una disminución en la funcionalidad familiar, el tiempo que se requiere para recuperarse dependerá de los recursos familiares y su habilidad para comunicarse, y el resultado puede ser una funcionalidad familiar menor, igual o superior al nivel de base^{6,7}.

La teoría de la crisis ofrece un marco útil para identificar momentos críticos que muchas veces emergen en la consulta de medicina familiar como crisis normativas y no normativas^{5,6,8}.

La crisis se presenta con frecuencia en el primer nivel de atención y este constituye un momento clave para la intervención clínica y el acompañamiento longitudinal del médico familiar, a la vez que ofrece una ventana para interpretar cómo las familias identifican, interpretan y responden a eventos estresantes dentro de sus vidas cotidianas.

No obstante, aunque la teoría de la crisis aporta un marco explicativo sólido, su aplicación por sí sola puede resultar insuficiente para guiar la acción clínica cotidiana, porque no especifica de manera operativa cuáles son las acciones concretas que debe llevar a cabo el médico familiar.

TRABAJO CON FAMILIAS EN MEDICINA FAMILIAR

El trabajo con familias reconoce a la familia como una unidad de atención y constituye un enfoque que permite aplicar un modelo biopsicosocial que integra habilidades médicas, psicoemocionales y relaciones interpersonales, incluyendo la evaluación de relaciones, roles, funciones y dinámicas que se establecen al interior del sistema familiar^{5,8,9}. Este modelo de trabajo da identidad al médico familiar y lo diferencia del resto de los especialistas médicos.

En el marco del trabajo con familias, el médico familiar actúa como un observador-participante dentro del sistema familiar. Este modelo se basa en la concepción de la familia como un sistema y la evaluación de

la funcionalidad familiar, la identificación de los recursos y las limitaciones del sistema familiar como elementos clave para orientar la acción clínica del médico familiar de manera longitudinal y contextualizada^{8,9}.

Es fundamental distinguir al trabajo con familias de la terapia familiar. De acuerdo con los niveles de atención familiar propuestos por Doherty y Baird, el trabajo con familias se centra en el nivel 3, de sentimientos y apoyo emocional, y consejería en crisis, y en el nivel 4, de evaluación funcional e intervención planificada; por su parte, la terapia familiar corresponde al nivel 5, de intervención familiar. Es importante destacar que en el trabajo con familias el enfoque está en el papel de la familia en el proceso salud-enfermedad en general, mientras que la terapia familiar se centra específicamente en tratar la disfunción familiar^{8,10,11}.

Para el desarrollo del trabajo con familias se requieren habilidades perceptuales, conceptuales y ejecutivas. Dentro de las habilidades conceptuales se encuentra la teoría de la crisis. Entre las habilidades perceptuales se incluyen la observación reflexiva y la comunicación no verbal. Las habilidades ejecutivas representan el hacer del médico familiar e incluyen las maniobras de unión, valoración, negociación, contrato terapéutico y habilidades de manejo^{2,8}.

Existen indicadores para el trabajo con familias, como el uso frecuente de servicios, síntomas inespecíficos y familias que atraviesan por crisis normativas y no normativas^{5,8}. Los indicadores sirven para, una vez identificadas las familias que requieren trabajo, proceder a la negociación y el contrato terapéutico con sus miembros como primera intervención del médico familiar.

Un paso fundamental en esta primera intervención es el reetiquetamiento del problema del nivel individual al familiar, explicando que lo que afecta a uno repercute en todos. Luego se procede formalmente a la negociación y la elaboración del contrato de trabajo/terapéutico con el paciente y su familia^{2,5}.

Otro modelo operativo es el PRACTICE, diseñado como una guía estructurada, pero flexible, para el abordaje familiar en la consulta de medicina familiar. Su objetivo es facilitar el diagnóstico familiar integral y guiar las intervenciones clínicas. Sus componentes son la identificación del problema (P), la evaluación de la respuesta emocional y de la comunicación dentro de la familia, la evaluación de los roles (R) formales e informales de los integrantes de la familia, el afecto (A) en el que se evalúan el tono emocional de la familia y su capacidad de expresar sentimientos, la comunicación (C) verbal y no verbal, la etapa o tiempo en el ciclo vital familiar (T), las enfermedades en la familia (I, *illness*) y su cronicidad, gravedad, significados o creencias, las habilidades de afrontamiento del estrés (C, *coping with stress*), las fortalezas de la familia y su capacidad para adaptarse a las crisis, y el entorno o ecología (E) en el que se evalúa la interacción de la familia con sistemas externos¹².

El trabajo de Shapiro y Talbot¹³ complementa estas propuestas al enfatizar la importancia de la intervención familiar breve y focalizada en medicina familiar. Estos autores plantean de distintas formas que el abordaje familiar en atención primaria debe ser realista, limitado en el tiempo y orientado a objetivos claros, respetando las características del contexto clínico y las competencias del médico familiar. Vale la pena mencionar que al artículo al que se hace referencia aquí fue controversial en su tiempo y generó una serie de discusiones que culminaron reforzando la identidad del médico familiar: el trabajo con familias no requiere necesariamente intervenciones prolongadas o altamente especializadas, sino una actitud clínica sistemática, sensible al contexto y centrada en la relación médico-familia¹³.

En conjunto, estos enfoques permiten concebir el trabajo con familias como un proceso continuo que acompaña a la familia a lo largo del tiempo. La evaluación de la estructura y la funcionalidad familiar, la identificación de recursos, la comprensión del ciclo vital familiar y el fortalecimiento de

la comunicación y el apoyo mutuo constituyen elementos transversales del quehacer del médico familiar^{2,14}.

El médico familiar, en su práctica diaria, enfrenta situaciones en las que los cambios, las transiciones o los eventos estresantes alteran el equilibrio familiar del paciente de manera aguda, demandando una respuesta clínica oportuna. Estas situaciones ponen de manifiesto la necesidad de articular el trabajo con familias con la teoría de la crisis, de modo que la comprensión estructural y relacional del sistema familiar se complementa con una mirada temporal y situacional, orientada a los momentos de mayor vulnerabilidad y potencial de cambio.

El objetivo de este ensayo teórico es presentar un modelo integrado para el abordaje de familias en situación de crisis desde la medicina familiar, basado en el trabajo con familias y en la teoría de la crisis. Cabe destacar que, al tratarse de un ensayo conceptual, el modelo no busca una validación empírica ni medir su eficacia comparativa; sin embargo, puede ser utilizado como base conceptual para la práctica clínica y la docencia.

ENFOQUE METODOLÓGICO

Se trata de un ensayo conceptual basado en integración narrativa de literatura clásica y propuesta teórica sin validación empírica.

DISCUSIÓN

Propuesta del modelo integrado de crisis y trabajo con familias en medicina familiar

A partir de los aportes de la teoría de la crisis y del trabajo con familias en medicina familiar, se propone el modelo integrado de crisis y trabajo con familias en medicina familiar (MICTF-MF) como un marco conceptual orientado a facilitar la comprensión y la acción clínica del médico familiar ante situaciones que alteran el equilibrio familiar en el primer nivel de atención.

El MICTF-MF parte del reconocimiento de que las crisis familiares constituyen

momentos privilegiados de contacto clínico, en los que confluyen vulnerabilidad, necesidad de apoyo y oportunidad de cambio. Este modelo no concibe la crisis como un fenómeno aislado ni exclusivamente patológico, sino como un punto de entrada al sistema familiar que permite al médico familiar comprender la dinámica relacional y orientar su actuación de manera contextualizada y longitudinal. El modelo se estructura en dos niveles complementarios, representados de forma esquemática en la figura 1.

El nivel superior corresponde al marco de comprensión de la crisis, basado en el modelo de Smilkstein⁶ que integra el evento estresante, la percepción familiar, los recursos disponibles y el apoyo social. Este nivel permite al médico familiar identificar la naturaleza del desequilibrio, evitando explicaciones reduccionistas centradas únicamente en el evento o en el síntoma que motiva la consulta.

El nivel inferior corresponde a las acciones del médico familiar desde el trabajo con familias. Este nivel traduce la comprensión de la crisis en una práctica clínica concreta, orientada a acompañar a la familia en su proceso adaptativo.

Un elemento central del MICTF-MF es que no propone una secuencia rígida de intervención, sino un marco flexible que permite al médico familiar adaptar su actuación de acuerdo con la fase de la crisis, la funcionalidad familiar y el contexto clínico. De esta manera, el modelo respeta tanto la complejidad de los sistemas familiares como las características del ejercicio clínico en atención primaria, donde el tiempo, la continuidad y la relación terapéutica son elementos fundamentales.

En primer lugar, el médico familiar deberá utilizar sus habilidades perceptuales para detectar las familias en situación de crisis y evaluar en qué etapa de la crisis se encuentran para después hacer intervenciones planificadas de acuerdo con las necesidades detectadas.

Representación gráfica					
	Fase de la crisis	Homeostasis familiar	Fase de desorganización	Fase de reorganización	Nueva homeostasis familiar
	Aspectos principales	Funcionalidad familiar	Significado del evento Funcionalidad familiar	Recursos Adaptabilidad de la familia	Adaptabilidad posterior al evento
	Intervenciones sugeridas	Detección de riesgo Guías anticipadas	Facilitación de expresión de sentimientos Evaluación de técnica de solución de problemas Activación de recursos Normalización Clarificación	Activación de recursos Sugerencias específicas Educación Evaluación de comunicación	Reflexión del evento y de la técnica de solución de problemas Establecer nuevas guías anticipadas

Figura 1. Modelo integrado de crisis y trabajo con familias en medicina familiar: una propuesta para el primer nivel de atención. La primera fila representa gráficamente la funcionalidad familiar con una línea punteada para denotar la homeostasis en la que se encuentra (columna 1), su caída al enfrentarse a una crisis (columna 2), la subida de la funcionalidad familiar con tres diferentes líneas punteadas denotando las posibles consecuencias de una crisis (mejorar, empeorar o continuar con la misma funcionalidad familiar) (columna 3), y por último la nueva homeostasis que depende de la fase de reorganización. En la segunda fila se indican los nombres de las fases de la crisis. La tercera fila contiene los principales elementos de los que depende la etapa de la crisis. La cuarta fila incluye las intervenciones sugeridas desde el trabajo con familias.

Fase previa a la crisis

En la figura 1, en la primera columna se representa la homeostasis familiar y cómo la familia tiene una funcionalidad familiar que, si bien puede estar en mejores o peores condiciones, se mantiene dentro de unos límites demarcados por líneas punteadas. En su día a día, la familia puede enfrentarse con múltiples eventos, pero no todos afectan de manera significativa la funcionalidad familiar. A esta etapa la llamamos «homeostasis familiar», representa el nivel de operación

basal de la familia y va a depender directamente de la funcionalidad familiar^{6,8}.

Se sugiere que, en esta etapa, el médico familiar utilice sus habilidades conceptuales (conocimiento del ciclo vital familiar, evolución natural de la enfermedad, etc.) y perceptuales para identificar el tono emocional de la familia, su comunicación y sus recursos, y para planificar sus siguientes intervenciones, entre las cuales destacan las maniobras de unión y las guías anticipadas.

Las maniobras de unión son habilidades ejecutivas del médico familiar que se

utilizan para construir una relación de colaboración efectiva con el paciente y su familia, cuyo objetivo es establecer un vínculo con la familia.

Las guías anticipadas o anticipatorias son herramientas educativas que el médico utiliza para preparar a los pacientes y sus familias ante ciertos eventos, crisis esperadas o normativas dentro del ciclo vital familiar, o incluso un proceso patológico utilizando como base la evolución natural de la enfermedad^{3,8,15}.

Fase de desorganización

El estado basal de la familia se verá desafiado en múltiples ocasiones por diferentes eventos, ante los cuales la familia puede adaptarse y seguir adelante sin que se vea afectada la funcionalidad familiar, y la familia se mantendrá en homeostasis; sin embargo, en ocasiones habrá eventos que lograrán vencer los recursos de la familia y se desencadenará un cambio en la funcionalidad familiar, lo que constituye la fase de desorganización.

La fase de desorganización, representada en la segunda columna de la figura 1, se caracteriza por una disminución de la funcionalidad familiar y depende del significado que la familia da al evento desencadenante y de la funcionalidad familiar previa al evento.

En esta fase se recomiendan la facilitación de expresión de sentimientos, la evaluación de la técnica de solución de problemas, la activación de recursos internos y externos de la familia, la normalización y la clarificación.

Las intervenciones dentro de esta fase se deberán enfocar en satisfacer las necesidades urgentes de la familia para promover su adaptación psicológica ante el impacto inicial¹⁶. Se deberá tomar en cuenta que en estas situaciones se corre el riesgo de tomar decisiones irracionales o desinformadas, y hacer un uso ineficiente de los recursos médicos¹⁷.

En esta etapa, el médico familiar debe facilitar la expresión de sentimientos a través de la escucha activa y la empatía corporal, fomentando que el paciente hable desde su propia experiencia^{5,8,12}.

La activación de recursos consiste en su identificación, y para ello se puede utilizar

el acrónimo SCREEM, que clasifica los apoyos en seis categorías: Sociales, Culturales, Religiosos, Educativos, Económicos y Médicos^{8,9}.

La normalización es una herramienta fácilmente aplicable que consiste en explicar al paciente y su familia que cierto comportamiento o sentimiento es normal o esperable en un contexto específico; por ejemplo, el sentimiento de tristeza al sufrir una pérdida o las fricciones entre padres y adolescentes⁹.

La clarificación es una maniobra ejecutiva del médico familiar que consiste en poner en términos entendibles cómo la funcionalidad familiar o la etapa del ciclo vital familiar está influenciando o provocando un síntoma o enfermedad. Un ejemplo es la presentación de síntomas inespecíficos y relacionarlos con problemas de índole relacional⁹.

Fase de reorganización

La fase de reorganización, representada en la tercera columna de la figura 1, se caracteriza por una recuperación de la funcionalidad familiar que, dependiendo principalmente de los recursos y la adaptabilidad de la familia, puede alcanzar un nivel de funcionalidad menor, igual o superior a su nivel basal.

En esta fase se recomienda continuar con la activación de recursos, las sugerencias específicas, la educación y la evaluación de la comunicación. Las sugerencias específicas son una técnica de facilitación que el médico familiar utiliza para agilizar la solución de problemas dentro del sistema familiar. Se consideran parte de las habilidades de manejo y buscan guiar a la familia hacia acciones concretas sin llegar a ser invasivo o manipulador; deben orientarse a fomentar la autonomía de los pacientes y sus familias^{8,9}.

Etapa posterior a la crisis

Una vez alcanzada la nueva homeostasis familiar, como se muestra en la cuarta columna de la figura 1, esta puede resultar en una funcionalidad mejor, peor o igual a la basal. Será de gran utilidad hacer una reflexión conjunta con los integrantes de la familia

acerca de su técnica de solución de problemas y establecer nuevas guías anticipadas, y hacer ver a la familia que ahora cuenta con un conocimiento nuevo que puede ser empleado en el futuro. Dentro de esta etapa se puede reflexionar también acerca de los roles que cada integrante desempeñó dentro de la crisis y si esos roles fueron bien recibidos por el mismo integrante y por la familia.

Implicaciones para la práctica clínica

El MICTF-MF ofrece al médico familiar un marco conceptual que facilita la identificación y el abordaje de las crisis familiares en el contexto del primer nivel de atención. En la práctica clínica, el MICTF-MF favorece una aproximación contextualizada a situaciones frecuentes en la consulta, tales como transiciones del ciclo vital, diagnósticos de enfermedades crónicas, cambios en la dinámica familiar o eventos vitales estresantes. Al utilizar la crisis como punto de entrada, el médico familiar puede priorizar la comprensión del significado del evento para la familia, evaluar los recursos disponibles y reconocer las áreas de mayor vulnerabilidad, sin necesidad de recurrir a intervenciones especializadas de forma inmediata.

Asimismo, el modelo refuerza el rol del médico familiar como acompañante del proceso adaptativo de la familia, promoviendo acciones como la contención emocional, la clarificación de expectativas y la movilización de apoyos formales e informales. Estas acciones son congruentes con la longitudinalidad y la continuidad de la atención, y permiten dar seguimiento a la evolución de la familia a lo largo del tiempo, ajustando la actuación clínica conforme cambian las necesidades y los recursos familiares.

El carácter flexible del MICTF-MF resulta especialmente útil en el contexto de la atención primaria, donde las limitaciones de tiempo y de recursos requieren intervenciones realistas y focalizadas. Al no proponer una secuencia rígida de pasos, el modelo se adapta a distintos escenarios clínicos y niveles de complejidad, respetando

tanto la autonomía de la familia como las competencias del médico familiar.

Implicaciones para la docencia en medicina familiar

Desde una perspectiva docente, el MICTF-MF ofrece una estructura clara para la enseñanza del abordaje familiar en situaciones de crisis, permitiendo integrar conceptos teóricos con acciones clínicas concretas. El modelo puede ser utilizado tanto en la formación de médicos familiares como en la supervisión clínica, favoreciendo una práctica reflexiva y coherente con los principios de la medicina familiar.

El uso del MICTF-MF en la docencia puede favorecer el desarrollo de competencias clínicas relacionadas con la observación, la comunicación, la toma de decisiones contextualizadas y el acompañamiento familiar. Además, proporciona un lenguaje común que facilita la supervisión clínica y la reflexión sobre la práctica, permitiendo analizar casos desde una perspectiva integradora sin recurrir a explicaciones fragmentadas.

Asimismo, el modelo puede ser empleado como marco de referencia en actividades educativas tales como sesiones clínicas, tutorías o programas de formación continua, contribuyendo a fortalecer la identidad del médico familiar y su rol en el abordaje de problemas complejos que involucran a la familia. Al integrar la teoría de la crisis con el trabajo con familias, el MICTF-MF promueve una visión coherente y aplicable de la medicina familiar tanto en el ámbito asistencial como en el formativo.

CONCLUSIONES

El MICTF-MF representa una propuesta para el abordaje de familias en situación de crisis en el contexto de la atención clínica desde el trabajo con familias. Ofrece una base conceptual para el desarrollo de herramientas docentes, guías clínicas o instrumentos de reflexión sobre la práctica, orientados a fortalecer el abordaje familiar

en situaciones de crisis desde la medicina familiar. Estas proyecciones refuerzan el carácter del MICTF-MF como una propuesta abierta, susceptible de ser enriquecida y refinada a partir de la experiencia clínica, la docencia y la investigación en el primer nivel de atención.

El presente artículo propone un modelo conceptual basado en la integración de marcos teóricos previamente establecidos; por lo tanto, una de sus principales limitaciones es la ausencia de validación empírica. El modelo no pretende demostrar efectividad clínica ni medir resultados específicos, sino ofrecer un marco orientador para la comprensión y la acción del médico familiar ante situaciones de crisis en el primer nivel de atención; además, se construye a partir de teorías desarrolladas en contextos socio-culturales específicos, lo que puede limitar su aplicación directa en realidades distintas sin un proceso de adaptación contextual. La diversidad cultural, social y organizativa de los sistemas de salud implica que la implementación del modelo requiere ser ajustada a las características particulares de cada entorno clínico y comunitario.

El propósito del MICTF-MF es apoyar la práctica clínica del médico familiar en el reconocimiento y el acompañamiento de procesos de crisis, sin asumir un rol terapéutico que exceda sus competencias profesionales.

En cuanto a las proyecciones, el MICTF-MF abre diversas líneas de desarrollo futuro. Entre ellas se encuentra la posibilidad de evaluar su utilidad clínica mediante estudios cualitativos o mixtos que exploren su aplicación en la consulta de medicina familiar, así como su incorporación en programas de formación y educación médica continua. Asimismo, el modelo podría adaptarse y evaluarse en distintos contextos culturales y organizativos, contribuyendo a enriquecer su alcance y pertinencia.

FINANCIAMIENTO

La autora declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial (IA). La autora declara que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

REFERENCIAS

- Anderson NB. Stress, appraisal, and coping. En: Anderson NB, editor. *Encyclopedia of health and behavior*. SAGE Publications, Inc; 2004. Vol. 2, p. 690-2. Disponible en: <https://sk.sagepub.com/ency/edvol/behavior/chpt/stress-appraisal-coping>.
- Freeman TR, editor. *McWhinney's Textbook of family medicine*. New York: Oxford Academic; 2016. Disponible en: <https://academic.oup.com/book/24562>.
- Christie-Seely J. Teaching the family system concept in family medicine. *J Fam Pract*. 1981;13:391-401.
- Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. 1964. (Consultado el 23-02-2026.) Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1965-02239-000>.
- Torres Dávila J, Garza Sagastegui MG. *Medicina familiar*. Mexico, D. F.: Editorial Alfil SA de C.V.; 2013. (Consultado el 23-02-2026.) Disponible en: www.amc.org.mx
- Smilkstein G. The family in trouble — how to tell. *J Fam Pract*. 1975;2:19-24.
- McCubbin HI, Patterson JM. The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage Fam Rev*. 1983;6:7-37.
- Garza Elizondo T, Gutiérrez Herrera RF, Morales Saavedra JL. *Trabajo con familias: abordaje médico e integral*. 3.ª ed. México D.F.: El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2015.
- Christie-Seely J. *Working with the family in primary care: a systematic approach*. New York: Praeger; 1984.
- Salazar De la Cruz M, Jurado-Vega A. Niveles de intervención familiar. *Acta Med Peru*. 2013;30:37-41.
- Doherty WJ, Baird MA. Developmental levels in family-centered medical care. *Fam Med*. 1986;18:153-6.
- Barrier D, Bybel M, Christie-Seely J, Whittaker Y. PRACTICE — a family assessment tool for family medicine. En: *Working with families in primary care: a systems approach*. New York: Praeger; 1984. p. 214-33.
- Shapiro J, Talbot Y. Applying the concept of the reflective practitioner to understanding and teaching family medicine. *Fam Med*. 1991;23:450-6.
- Doherty W, Baird M, editores. *Family-centered medical care: a clinical casebook*. New York: Guilford Press; 1987.
- Hidalgo Vicario MI. Guías anticipatorias durante la adolescencia. *Pediatría Integral*. 2022;26:268-9.
- Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs*. 2008;27:255-62.
- Hickman RL, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care*. 2010;21:80-91.