

## IMPLICANCIAS Y CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

María del Carmen Crivello<sup>1</sup>

*Universidad Católica de Santa Fe*

### Resumen

Las llamadas *Enfermedades Crónicas* se están constituyendo en un fenómeno cada vez más frecuente en nuestro país. En la actualidad, es raro encontrar a una familia que no haya transitado en algún momento de su existencia por una experiencia de cronicidad en alguno de sus miembros. Dado este contexto, el presente trabajo tiene como propósito describir las numerosas implicancias y consecuencias que la enfermedad crónica involucra a nivel familiar. Asimismo, buscará también resaltar su doble vía de influencia: la importancia de la familia en el desarrollo de la enfermedad, por un lado, y el impacto de la enfermedad sobre la familia, por el otro. Finalmente, concluirá respecto de la importancia y urgente necesidad de incluir, desde el comienzo mismo de la enfermedad, al grupo familiar como un todo en un abordaje psicológico integral.

### Palabras Clave

Enfermedad Crónica, Influencia familiar, Impacto familiar, Abordaje psicológico integral.

### English Title

Implications and Consequences of Chronic Disease on the Family Group

### Abstract

Chronic Disease has become an increasingly common phenomenon in our country. Today, it is not usual to find a family who has not traveled at some point in their lives through an experience of chronicity in any of its members. Given this context, this paper aims to describe the numerous implications and consequences that the chronic disease involves at family level. As well, it also aims to highlight the dual channel of influence of chronic

<sup>1</sup> Contacto: Lic. María del Carmen Crivello, [mcrivello@hotmail.com](mailto:mcrivello@hotmail.com).

disease: the importance of family in the development of the illness on the one hand, and the impact of disease on the family, on the other. Finally, it concludes about the importance and urgent need to include, from the very beginning of the disease, the family group as a whole on a comprehensive psychological approach.

### **Key Words**

Chronic disease, Family influence, Family impact, Comprehensive psychological approach.

### **Introducción**

La enfermedad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de un diagnóstico de cáncer, por ejemplo, se hará sentir en todo el sistema familiar, viéndose afectados todos los miembros de la familia. Algunas familias sufrirán un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tendrán capacidad de adaptación y saldrán con éxito de la crisis (Rolland, 2000).

En el caso de crisis de salud agudas, que se resuelven en cuestión de días, semanas o meses, la prioridad será una buena atención biomédica. Aquí, las demandas psicosociales sobre las familias podrán ser intensas, pero tendrán un límite temporal. En el caso de afecciones crónicas sin embargo, las incertidumbres y ambigüedades a menudo se prolongarán hasta un futuro lejano, frecuentemente con la expectativa de que la enfermedad del paciente empeore y termine con su muerte (Rolland, 2000). Con el tiempo será inevitable que se instale en la unidad familiar una seria tensión psicosocial, pudiendo ésta evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactará en el funcionamiento de la familia, sino también en la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufrirá al igual que el paciente, pudiéndose generar cambios catastróficos dentro del seno familiar (Fernández Ortega, 2004).

De este modo, el presente trabajo tiene como objeto central resaltar la importancia y necesidad de incluir al cuidador principal y a la familia en un abordaje integral del paciente crónico. Entiende que de no realizarse una intervención adecuada y oportuna sobre el paciente y todo su núcleo familiar, este último verá rápidamente afectada su calidad de vida y comprometido su funcionamiento y salud general. Según Barrera Ortiz, Camargo,

Figuroa, Pinto Afanador y Sánchez Herrera (2006), este conjunto de situaciones adversas terminará convirtiendo a la familia en víctima de una experiencia de cronicidad, y afectando de manera negativa su habilidad de cuidado. Lo anterior traerá aparejado inevitables consecuencias adversas sobre el o los cuidador/res y el receptor del cuidado, generando círculos viciosos difíciles de romper.

### **Caracterización de las Enfermedades Crónicas**

Según Mercé Gimeno (s/f), *Enfermedad Crónica* es un concepto que indica un curso prolongado de una enfermedad, que puede ser progresivo o letal, y que requiere, en la mayoría de los casos, una atención médica continuada. La enfermedad crónica no desaparece, y puede manifestar diferentes síntomas en función de la etiología, el curso, la enfermedad, y el pronóstico. También cabe distinguir entre aquellas que mantienen una evolución invariable y las que contemplan la expectativa de una muerte precoz.

En las últimas décadas ha aumentado ampliamente la esperanza de vida de ciertas enfermedades que, hasta hace poco, se consideraban de curso rápido y letal, como es el caso de la enfermedad renal, o ciertas alteraciones congénitas. Esto ha supuesto para algunas personas convivir con limitaciones importantes y una prolongación de la vida con una duración incierta (Mercé Gimeno, s/f). A este respecto, Pelechano (en Buendía Vidal, 1999) menciona que la humanidad se halla actualmente en la época de la enfermedad crónica, puesto que en la sociedad occidental no es extraño que un índice elevado de familias tenga un miembro con alguna enfermedad de esta naturaleza.

En consonancia con lo anterior, Osorio Lambis (2011) señala que las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad y mortalidad en todos los grupos de edad, constituyéndose paralelamente en un fenómeno cada vez más frecuente para las familias en nuestro país. Entre los principales factores responsables de lo anterior reconoce: los cambios en la pirámide poblacional - en la que se observa una tendencia de aumento en el número de adultos mayores- y una mayor esperanza de vida para los pacientes crónicos.

Continuando con la caracterización que distingue a las dolencias crónicas, De la Cuesta Benjumea (2001) afirma que éstas tienen en común el ser prolongadas, un pronóstico incierto, y en algunos casos, el ser de carácter intermitente o episódico. Quienes las padecen han de aprender a vivir con los síntomas así como con los efectos secundarios de

los procedimientos médicos. Asimismo, en las enfermedades de esta naturaleza, suelen presentarse múltiples enfermedades a la vez, perturbando la vida del paciente y de su familia, siendo muchas veces su manejo complejo y costoso. De este modo, el impacto lo siente el paciente, la familia y los allegados, estando frecuentemente involucradas en su atención, tanto la familia como diferentes instituciones y redes sociales.

Osorio Lambis (2011), menciona cómo el adulto con enfermedad crónica, la mayor parte de las veces, dependiente, se encuentra limitado, con modificación en sus hábitos y relaciones, provocando esto gran impacto en aspectos emocionales, sociales, psicológicos, económicos y familiares. Así, describe cómo las enfermedades crónicas generan incertidumbre para los pacientes y cuidadores, convirtiéndose esto en un problema familiar más que individual, donde cada uno de los miembros, y la familia como un todo, vive una serie de cambios impredecibles a lo largo de la experiencia. Estas enfermedades, por la persistencia y la tendencia al agravamiento con el transcurrir del tiempo, requieren de largos períodos de cuidados, tratamiento paliativo y de control, terminando finalmente las mencionadas alteraciones por cambiar el estilo de vida. Resulta evidente de este modo, que a medida que la enfermedad avanza, las relaciones familiares van a ir cambiando, a la par que aumenta la carga del cuidado y las complicaciones en el manejo de la enfermedad (De la Cuesta Benjumea, 2001). A este respecto, Barrera Ortiz *et al.* (2006), concluyen que cuidar a una persona en situación de enfermedad crónica generará cambios profundos en las vidas de los implicados y producirá sentimientos de impotencia frente a dichas tareas de cuidado. Por su parte, Merino de Herrera (2004) declara que la falta de protección y apoyo de los servicios de salud y la sociedad en general para con los cuidadores, sin lugar a dudas hará que se los posicione en un lugar de gran vulnerabilidad con respecto a la calidad de vida relacionada con su salud. Finalmente, es De la Cuesta Benjumea (2001) una de las tantas autoras que plantea la preocupación general en el área de la salud respecto del desgaste que suele sufrir la familia y la bien conocida posibilidad de que se convierta en un segundo paciente.

### **Importancia de la familia en el desarrollo de enfermedades crónicas**

Tal como señala De la Cuesta Benjumea (2001), la contribución de los cuidadores informales en la atención a enfermos crónicos se está destacando cada vez más en la literatura. Hoy en día no sorprende leer que la familia es el mayor recurso de atención a la

salud o, dicho en otros términos, la principal red de apoyo con la que cuenta cualquier paciente.

El concepto de *redes sociales de apoyo*, se debe al psiquiatra inglés Foulkes, quién insistía en la importancia del fenómeno de grupo como un todo (González, 2000). Las redes sociales de un individuo, corresponden a todas las relaciones significativas que establece a lo largo de su vida; estas redes se conforman por: familia, amigos, compañeros de trabajo, personas de su comunidad y miembros de las instituciones educativas, asistenciales y comunitarias (Álvarez & Puñales, 1988). Las redes sociales involucran la comunicación entre los miembros que la conforman y que se ajustan a las demandas del contexto. Jiménez en Flores, Ibáñez Reyes & Jiménez Rodríguez, (2003) argumentan que la red social favorece muchas de las actividades cotidianas que se relacionan con la calidad de vida; la red social ayuda a establecer actividades positivas para el sujeto: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de seguimiento de tratamientos médicos, etcétera; asimismo, al tener un sistema de apoyo como una red social sólida, la vulnerabilidad a las enfermedades es muy baja y la posibilidad de recuperación en cualquier enfermedad es mayor que cuando la persona no cuenta con redes sociales consistentes, es decir, cuando la persona se aísla.

Estrechamente relacionado a lo anterior, puede decirse que culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos primordiales, ofreciéndole el soporte necesario para cualquier momento de su vida. Es en el seno familiar donde el individuo establece sus primeras relaciones interpersonales, y el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales; es por todo ello que a la familia se la considera como la *red social inmediata* del sujeto (Flores *et al.*, 2003). En este punto, los mismos autores advierten que no debe considerarse a la familia como una red social pequeña, reducida o débil, sino por el contrario, y con base a la importancia de las funciones de su red, como un recurso fundamental. Así, la familia, aunque cuantitativamente es un complejo pequeño, dota de una gran cantidad de recursos de interacciones y triangulaciones entre sus miembros.

A partir de los años 70 se han realizado investigaciones (Flores *et al.*, 2003) donde sugieren que personas con niveles altos de interacciones favorables dentro de su red social inmediata, presentan un índice de mortalidad y síntomas psicológicos y físicos menores que los que interactúan poco. De este modo, se muestra el reconocimiento gradual de la

importancia de la familia como un factor biopsicosocial potencialmente capaz de influir en la salud y la calidad de vida de sus miembros. Dichos estudios, también mencionan que personas con familia, pareja estable y amigos que les proporcionan recursos materiales y psicológicos, tienen una mejor salud que aquellos con un contacto social débil (Flores *et al.*, 2003).

Por su parte, Alonso (1994), destaca el hecho de que aquellos pacientes que tienen un ambiente familiar adecuado, responden mejor a la terapéutica, su número de ingresos es menor y cumplen mejor las indicaciones terapéuticas ajustándose a la dieta y estableciendo unas relaciones óptimas con los profesionales que les cuidan. Asimismo, también Yurss en Barrera Ortiz *et al.* (2006) habla de las premisas básicas del modelo biopsicosocial, donde los diversos subsistemas del ser humano - biológico, individual, familiar, comunitario- mantienen una relación de influencia recíproca, de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. Como ya se ha mencionado, la experiencia clínica, apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ellas (Valencia, Rojas, González, Ramos & Villatoro, 1989). Esta afirmación cobra mayor sentido si se tiene en cuenta que es justamente en el seno de cada familia donde se transmiten creencias y hábitos, así como también percepciones de riesgo para la salud que condicionarán las actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad y la utilización de los servicios de atención médica (Flores *et al.*, 2003). Además, la familia es un factor fundamental para el estado anímico del ser humano, siendo notorio cómo se acrecienta su atención cuando uno de sus integrantes carece de salud o está sometido a un tratamiento médico. De este modo, la estabilidad hacia el interior de la red social inmediata será de suma importancia, dado que al estar satisfecha la familia con los cuidados del paciente, con la información necesaria, y con la interacción adecuada en su organización, es muy probable que el paciente crónico se sienta protegido, y al realizar sus actividades cotidianas, pueda establecer una independencia y un mejoramiento que se incremente gradualmente (Yurss en Barrera Ortiz *et al.* 2006). La familia se convertirá entonces en la principal red de apoyo para el paciente (Barra, 2003), influyendo a su vez en las estrategias de afrontamiento que el mismo adopte.

En una línea similar, De la Cuesta Benjumea (2001), habla de al menos tres dimensiones en las que es posible que la familia participe o intervenga en el cuidado de un familiar:

1) *La de promoción de la salud*, por transmitir una cultura sobre prácticas de salud; ésta da forma a un comportamiento en cuestiones tan esenciales como son la alimentación, higiene o la sexualidad. 2) *La de derivación*, dado que la familia es uno de los sistemas de derivación al médico más importante y además la mediadora entre los sistemas formales e informales de atención. En este sentido, está bien documentado que ante la presencia de un síntoma, la persona suele iniciar rondas de consultas entre allegados para averiguar el origen y el posible tratamiento. La familia actúa aquí como un poderoso e influyente consejero y, cuando no se produce mejoría, es quien con frecuencia, sitúa al enfermo en la "puerta de entrada" del sistema de salud; y por último 3) *La prestación de cuidados en caso de enfermedad*, cabe señalar aquí que aunque esta actividad se le denomina cuidado familiar, puede recaer en una sola persona: el cuidador principal o el cuidador informal.

Finalmente, es Reyes (2007) quien agrega que en el tratamiento de un enfermo crónico-degenerativo no sólo se verá involucrado éste, sino también, de forma fundamental, los demás integrantes de su familia. Observa que en numerosas ocasiones, el tratamiento dependerá principalmente de la capacidad que los cuidadores y familiares tengan de realizar los cuidados en casa, prevenir infecciones, llevar a cabo el correcto uso de los medicamentos -inmunosupresores, anti-hipertensivos, antivirales y suplementos- y la atención de sus efectos secundarios, toma de signos vitales, pruebas de glucosa, peso diario, régimen nutricional recomendado, cuidados postoperatorios, citas y control médico. Por último, señala que de no ser tratado correctamente, el enfermo no se recuperará, por lo que será de suma importancia que el médico valore si las condiciones del entorno social y familiar del paciente dentro y fuera del hospital son propicias para su tratamiento.

De la concepción anterior, se desprende entonces la necesidad de visualizar la familia como unidad de salud y atención médica. Esto no solamente por la transmisión de pautas culturales, sino fundamentalmente, porque el proceso que se inicia con la definición de la enfermedad hasta su curación, estará plagado de decisiones sociales que tomará el grupo familiar, acuda o no a las instituciones de salud oficiales – entre ellas: decisiones relacionadas con la percepción de una alteración de la normalidad como enfermedad, la validación preliminar del papel del enfermo, los pasos iniciales para buscar consejo o ayuda, la determinación de cuándo deben darse y a quién hay que acudir, el cumplimiento de las indicaciones recibidas, etcétera – (Horwitz Campos, Florenzano Urzúa & Rigeling Polanco, 1985). Combinando la atención individual con la familiar, se actuaría entonces de

forma eficaz sobre los problemas asistenciales, aumentando notablemente los recursos y la eficacia del tratamiento.

### **Impacto de la enfermedad crónica sobre la familia**

Hasta aquí, se expuso la importancia e influencia de la familia al momento que uno de sus miembros enferma gravemente; sin embargo, no sólo es la familia la que puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, sino que es ésta quien, de forma directa, actúa sobre cada una de las esferas física, afectiva, económica y social de la familia.

Partiendo de considerar a la familia como un *sistema*, es posible reconocer en ella ciertas características distintivas: a) se compone de distintas partes interrelacionadas entre sí; b) el cambio de una de las partes provoca diversos cambios en el resto de las partes; c) tiende al mantenimiento de un estado de equilibrio - homeostasis-; y d) dicho equilibrio se mantiene a través de períodos de cambio y estabilidad (Lizasoáin & Ochoa, 2002). Desde esta concepción de la familia, se comprende entonces como la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de sus miembros, pueda representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, pudiendo incluso llegar a considerarse como una crisis, dada la desorganización que produce y el impacto que genera en cada uno de sus integrantes (Fernández Ortega, 2004).

A este respecto, resulta evidente cómo la familia en presencia de tal panorama, se verá obligada a tomar decisiones muy importantes y difíciles, tendrá que reorganizarse, y por sobre todas las cosas, tendrá que replantear sus expectativas, adecuando sus metas y objetivos a la nueva situación. Lo detallado hasta aquí, se ve claramente reflejado en los resultados obtenidos en la investigación de Reyes Luna, Garrido Garduño, Torres Velázquez & Ortega Silval (2010), en la que se plantea que la mayor parte de las familias víctimas de una situación con tales características, considera que la aparición de una enfermedad crónico-degenerativa trae consigo cambios en la rutina familiar, hábitos alimenticios, distribución de gastos y actividades laborales y escolares de los enfermos y de sus familiares. En efecto, explican los autores, como consecuencia del cuidado del enfermo y a causa de que éste deja de laborar, la familia experimenta una merma en su economía al destinar un porcentaje mayor de sus ingresos a medicamentos y dietas, por lo que debe hacer uso del servicio médico institucional por el alto costo de la atención

privada. Además, los familiares se ven obligados a realizar cambios en la distribución y aseo de su casa para habilitar los espacios necesarios para el tratamiento con equipos especializados, así como a hacer cambios en su propia dieta, horarios de comidas y algunas actividades educativas o laborales, llegando incluso en muchas ocasiones, a tener que deshacerse de sus mascotas. La misma distribución del tiempo cambia además en cuanto a sus actividades sociales, lo que disminuye las interacciones de la familia, afectándola física y emocionalmente, y generando asimismo el rechazo, la negación o separación del grupo familiar y/o del enfermo (Reyes Luna *et al.*, 2010).

De este modo, la enfermedad amenaza de manera inevitable las funciones orgánicas, sociales y emocionales del paciente y su familia, volviéndose muy difícil contrarrestar dichos efectos. Al ponerse en riesgo la vida del enfermo o enfrentar diferentes niveles de incapacidad, la familia deberá experimentar numerosos cambios y ajustes en sus actividades y funciones diarias que, si no son favorables, llevarán a enfermar a los demás familiares (Reyes Luna *et al.*, 2010).

Por su parte, Fernández Ortega (2004), declara que para la enfermedad grave o terminal no existe ninguna edad apropiada, dado que cada etapa de la vida tiene lo suyo y está integrada por eventos igualmente importantes. Desde la infancia hasta la vejez se tiene en la vida, la *sombra de la muerte*; ésta puede interferir de manera importante con los planes del individuo así como de la familia en cada momento de su ciclo, forzándola a modificarlo. Continúa señalando que, de la misma manera que una enfermedad produce determinada sintomatología en el individuo que la padece, también puede ocasionarla en su familia, debido a los cambios y alteraciones que introduce en el funcionamiento del conjunto familiar. Por último, según Lizasoáin & Ochoa (2002), este conjunto de signos y síntomas que con frecuencia se encuentra en una familia que vive con la presencia de una enfermedad grave o terminal, serán plausibles de evaluarse desde diferentes ángulos, entre los que menciona: *el Psicológico, el Social, el Ocupacional, y el Somático*

Tal como explica Fernández Ortega (2004), para adaptarse a esta nueva situación, la familia pondrá en marcha mecanismos de autorregulación que le permitirán seguir funcionando, de tal manera que se generarán cambios en las interacciones familiares con un propósito específico, consciente o inconsciente, que podrán llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, y que pondrán en riesgo el bienestar y manejo tanto del paciente enfermo, como la funcionalidad de todo sistema familiar. No

hay que olvidar que la enfermedad crónica sacude y desestabiliza el núcleo familiar, haciendo aflorar brutalmente los problemas y poniendo a prueba las relaciones de amor y equilibrio existentes antes de la enfermedad. De este modo, la sintomatología extenuante que presentan algunos de estos pacientes, la dificultad de planificación que supone la propia terapéutica de mantenimiento, la dificultad para hablar del mañana, y la imposibilidad de improvisar irán minando y deteriorando las relaciones de los núcleos familiares no sólidamente establecidos (Alonso, 1994).

Tal como señala Rolland (2000), aquí la idea central será la de *ajuste*, es decir el grado en que las exigencias psicológicas y del rol de enfermo y de cuidar enfermos concuerdan con las estructuras personales, sociales y culturales de la familia.

### **Conclusión**

Llegados a este punto, ya no resulta cuestionable la consideración de que la relación entre la *salud individual y la salud familiar* es de doble vía, es decir, de influencia recíproca. Por un lado, la salud individual se desarrolla en el contexto de una familia con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud, y con aquellos problemas de predominio biológicos, ya sean de carácter genético o no, que se transmiten de un miembro a otro. Por el otro, cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar, sea éste de orden psicosocial –alcoholismo–, como de predominio biológico –una enfermedad con mal pronóstico–. (González Benítez, 2000).

De este modo, la importancia y preocupación en torno a las enfermedades crónicas, no sólo encuentra su fundamento en su creciente y alarmante número, sino además, en el alto costo social y emocional que las mismas entrañan. Cuidar, tal como ha sido señalado, no sólo implica un gasto económico sino que, por sobre todas las cosas, conlleva un gran sufrimiento a nivel familiar. Resulta evidente como los beneficios económicos, sociales, psicológicos y terapéuticos del cuidado familiar, en principio obvios y ampliamente documentados, conllevan serias repercusiones sobre la salud del cuidador y la familia (De la Cuesta Benjumea, 2001).

Por todo lo antes expuesto, la inclusión del grupo familiar en el tratamiento y atención de las enfermedades crónicas, cobra en la actualidad una relevancia fundamental para la medicina familiar, transformándose en un reto único para todos los servicios de salud. Hoy

en día, la necesidad de instrumentar redes de apoyo sociales que respalden al grupo familiar se hace incuestionable (Flores, *et al.*, 2003). Según el mismo autor, la importancia de este cambio de mirada a nivel global, radica principalmente en que ayuda a instaurar el diagnóstico de salud familiar como un eje de atención prioritario en todos los niveles de salud. Dicho viraje, no sólo permitirá abordar oportunamente aquellos fenómenos de crisis familiar que se presenten en torno a la enfermedad, sino además, identificar a tiempo aquellos casos en los que la necesidad de ayuda técnica profesional resulte imprescindible. En una línea complementaria a la anterior, De la Cuesta Benjumea (2001) explica que, conceptualizar la enfermedad como una *dolencia familiar* posibilitará a los profesionales ponerse en contacto con la experiencia subjetiva del paciente y su familia, permitiéndole detectar las necesidades de todas las personas implicadas y no sólo las de la enfermedad. Finalmente, dado que la familia es considerada como una fuente de apoyo siempre disponible para el enfermo (Flores *et al.*, 2003), hacerla plenamente partícipe del tratamiento permitirá, no sólo contribuir a un mayor bienestar familiar, sino además, repercutir directa y claramente en la salud y recuperación del miembro enfermo.

De este modo, más que sustituir las fuentes de apoyo informales, como lo es la familia, se convierte en un desafío central para todo equipo de salud, el buscar estrategias tendientes a aumentar su capacidad de ayuda y funcionamiento a partir de intervenciones integrales en todo el grupo familiar (Flores *et al.*, 2003). Dicho abordaje, si bien en un principio puede ser visto como fuente de mayores demandas para los profesionales de la salud, a largo plazo, no sólo será capaz de efectivizar ampliamente el tratamiento del paciente crónico, sino que además, actuará como un poderoso agente preventivo y promotor de salud en todo el núcleo familiar.

En este marco general, la implementación de modelos preventivos y de promoción de la salud familiar cobrarán sin lugar a dudas un lugar preferencial, considerando que, una intervención oportuna en el grupo familiar, no sólo será capaz de prevenir situaciones de conflicto psicológico tanto individual como vincular -que de no abordarse a tiempo requerirán de intervenciones psicoterapéuticas más largas y costosas-, sino que además, podrá contribuir notablemente a un incremento en la calidad de vida y bienestar en todo el grupo familiar (Núñez, 2007).

De este modo, tal como enuncia Rolland (2000), aquellas intervenciones tempranas que reconozcan la importancia del dolor de todos los miembros de la familia, serán las únicas

capaces de evitar su marginamiento, así como también, de movilizar su potencial, como poderosa unidad psicosocial en el proceso de tratamiento.

## Referencias

- Alonso, R. (1994). El paciente crónico y su entorno social. *Nefrología*, 14(1), 24-26.
- Álvarez, M. & Puñales, A. (1998). Familia y terapia familiar. *Revista de Ciencias Médicas*, 1(2), 16-22.
- Barra, A. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21(1), 55-60.
- Barrera Ortiz, L., Camargo, L., Figueroa Ingrid, P., Pinto Afanador, N., & Sánchez Herrera, B. (2006). Cuidando a los Cuidadores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Aquichan*, 6, 22-33.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2001). Familia y cuidados a pacientes crónicos. En papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Index de Enfermería (edición digital)*, 34, 20-26.
- Fernández Ortega, M.A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 47(6), 251-254.
- Flores, J., Ibáñez Reyes, J., & Jiménez Rodríguez, D. (2003). Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6(2).
- González, P. (2000). Semblanza de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 80-88.
- González Benítez, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(5), 508-512.
- Horwitz Campo, N. Florenzano Urzúa, R., & Rigeling Polanco, I. (1985). Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la oficina sanitaria panamericana* 98(2), 144-155.
- Jiménez, D. en Flores, J., Ibáñez Reyes J., & Jiménez Rodríguez, D. (2003). *Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6(2).
- Lizasoáin, B. & Ochoa, O. (2002). Repercusiones familiares originadas por la enfermedad y la hospitalización pediátrica. *Comunidad Educativa*, 231(3), 26-30.

- Mercé Gimeno, (s/f). *La enfermedad crónica y la familia*. Recuperado el 6 de Agosto del 2012 de <http://www.centrelondres94.com/documento/la-enfermedad-cronica-y-la-familia>.
- Merino de Herrera, S. (2004). Calidad de vida de los cuidadores familiares de niños en situación de enfermedades crónicas en el Hospital de niños Benjamín Bloom del Salvador. *Revista avances en enfermería*, 22(1), 39-46.
- Nuñez, B. (2007). *Familia y discapacidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Osorio Lambis, M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de alzheimer. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional de Colombia.
- Pelechano, V. en Buendía Vidal, J. (1999). *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Reyes, E. (2007). El cuidado del paciente psiquiátrico. *Salud/Milenio*, 64, 8-9.
- Reyes Luna, A., Garrido Garduño, L., Torres Velázquez, E., & Ortega Silval, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.
- Rolland, J. (2000). *Familia enfermedad y discapacidad, una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Sánchez Herrera, B. (2002). El cuidado de la salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. *Actualizaciones en Enfermería* 5(1), 13-16.
- Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L., & Villatoro, J. (1989). Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 31(5) 674-687.
- Yurss en Barrera Ortiz, L., Camargo, L., Figueroa Ingrid, P., Pinto Afanador, N., & Sánchez Herrera, B. (2006). Cuidando a los Cuidadores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Aquichan*, 6, 22-33.

Recibido: 3 de marzo de 2013  
Revisado: 10 de marzo de 2013  
Aceptado: 15 de marzo de 2013