

*Coordinador de Enseñanza de la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez” Campus IV. Benemérita Universidad Autónoma de Chiapas. Profesor de Asignatura A de la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez” Campus IV. Benemérita Universidad Autónoma de Chiapas, México. Vicepresidente de la Asociación Chiapaneca de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar AC. Profesor Ayudante de la Especialidad en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Numero 11, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Chiapas. Médico Adscrito al servicio de Atención Médica Continua en la Unidad de Medicina Familiar Numero 11, IMSS, Chiapas. ** Residente de Segundo año de la Especialidad en Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina Familiar Numero 11, IMSS, Chiapas. *** Residente de Primer año de la Especialidad en Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina Familiar Numero 11, IMSS, Chiapas. **** Estudiante de 8vo B de la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez” Campus IV. Benemérita Universidad Autónoma de Chiapas. ***** Estudiante de 8vo B de la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez” Campus IV. Benemérita Universidad Autónoma de Chiapas. ***** Estudiante de 8vo B de la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez” Campus IV. Benemérita Universidad Autónoma de Chiapas

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9064-8362>

**ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7016-4005>

***ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0003-7484>

****ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4577-708X>

*****ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4267-3180>

*****ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7382-8120>

El presente es un artículo open access bajo licencia:

CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 05-03-2026

Aceptado: 30-03-2026

Evolución histórica del ciclo de vida familiar: desde sus antecedentes sociológicos hasta su conceptualización en la medicina familiar contemporánea

Historical Evolution of the Family Life Cycle: from its Sociological Antecedents to its Conceptualization in Contemporary Family Medicine

Evolução histórica do ciclo de vida familiar: desde seus antecedentes sociológicos até sua conceituação na medicina familiar contemporânea

Ludvick Torres López, * Andrea Mejía Gálvez, ** Andrés Alonso Cancino García, *** Sagrario Guadalupe Sánchez Anzueto, **** Kristell Becerra Ángel, ***** Claudia Andrea De León Vázquez. *****

DOI: 10.62514/amf.v28i1.239

Resumen

Objetivo: Describir la evolución histórica del concepto de ciclo de vida familiar (CVF) desde sus orígenes sociológicos y económicos hasta sus aplicaciones clínicas contemporáneas en medicina familiar, con énfasis en las aportaciones iberoamericanas y mexicanas. **Métodos:** Revisión narrativa de la literatura. Se consultaron fuentes primarias (libros y artículos originales) y secundarias (bases de datos *PubMed*, *SciELO*, *Google Scholar* y repositorios mexicanos) desde 1901 hasta 2025. Se incluyeron los modelos clásicos anglosajones, sistémicos, multiculturales y las adaptaciones latinoamericanas, priorizando aquellos con relevancia directa para la práctica del médico familiar. **Resultados:** Se identificaron 12 etapas históricas clave del concepto de CVF. Los modelos evolucionaron desde un enfoque económico de la pobreza (Rowntree, 1901) hasta marcos demográficos (Glick, 1947), desarrollistas (Duvall-Hill, 1957), clínicos (Haley, Solomon, Geyman), sistémicos (Minuchin, Bowen) y multiculturales (Carter-McGoldrick, Falicov). En México destacan las propuestas de Estrada (1982), Chávez (1992), el modelo de Huerta (2005) y el estudio de Ortiz y López (2020). Se incorporan además los modelos complementarios de Curran (resiliencia familiar), Birenbaum y Rolland (CVF atípico por discapacidad o enfermedad crónica). **Conclusiones:** El CVF constituye una herramienta clínica esencial para el médico familiar al permitir anticipar crisis normativas, contextualizar síntomas y diseñar intervenciones biopsicosociales precisas. Ningún modelo es universal; la integración de los clásicos con las adaptaciones mexicanas facilita su enseñanza y aplicación cotidiana en atención primaria. Se recomienda su inclusión sistemática en los programas de formación de residentes de medicina familiar.

Palabras clave: Atención primaria de salud, esperanza de vida, enfermedades crónicas

Abstract

Objective: To describe the historical evolution of the concept of family life cycle (FVC) from its sociological and economic origins to its contemporary clinical applications in family medicine, with emphasis on Ibero-American and Mexican contributions. **Methods:** Narrative literature review. Primary sources (books and original articles) and secondary sources (*PubMed*, *SciELO*, *Google Scholar* databases and Mexican repositories) were consulted from 1901 to 2025. Classical Anglo-Saxon, systemic, multicultural models, and Latin American adaptations were included, prioritizing those with direct relevance to family physician practice. **Results:** Twelve key historical stages of the family life cycle (FLC) concept were identified. Models evolved from an economic approach to poverty (Rowntree, 1901) to demographic (Glick, 1947), developmental (Duvall-Hill, 1957), clinical (Haley, Solomon, Geyman), systemic (Minuchin, Bowen) and multicultural (Carter-McGoldrick, Falicov) frameworks. In Mexico, the proposals of Estrada (1982), Chávez (1992), Huerta's model (2005), and the study by Ortiz and López (2020) stand out. The complementary models of Curran (family resilience), Birenbaum, and Rolland (atypical life expectancy due to disability or chronic illness) are also included. **Conclusions:** The Family Clinical Variability (FCV) is an essential clinical tool for family physicians, enabling them to anticipate normative crises, contextualize symptoms, and design precise biopsychosocial interventions. No single model is universal; however, integrating classic models with Mexican adaptations facilitates their teaching and daily application in primary care. Its systematic inclusion in family medicine residency training programs is recommended.

Keywords: Primary Health Care, Life Expectancy, Chronic Disease

Correspondencia:

Dr. Ludvick Torres López.

Correo electrónico:

drludvicktorres@gmail.com

Financiación: El estudio no recibió financiamiento alguno.**Declaración de Conflictos de****Intereses:** El autor declara que no existen conflictos de intereses relevantes relacionados con la publicación de este manuscrito.**Resumo****Objetivo:** Descrever a evolução histórica do conceito de ciclo de vida familiar (CVF) desde suas origens sociológicas e econômicas até suas aplicações clínicas contemporâneas na medicina de família, com ênfase nas contribuições ibero-americanas e mexicanas.**Métodos:** Revisão narrativa da literatura. Foram consultadas fontes primárias (livros e artigos originais) e secundárias (bases de dados *PubMed*, *SciELO*, *Google Scholar* e repositórios mexicanos) no período de 1901 a 2025. Foram incluídos modelos clássicos anglo-saxões, sistêmicos, multiculturais e adaptações latino-americanas, priorizando aqueles com relevância direta para a prática do médico de família.**Resultados:** Doze estágios históricos principais do conceito de ciclo de vida familiar (CVF) foram identificados. Os modelos evoluíram de uma abordagem econômica da pobreza (Rowntree, 1901) para estruturas demográficas (Glick, 1947), desenvolvimentistas (Duvall-Hill, 1957), clínicas (Haley, Solomon, Geyman), sistêmicas (Minuchin, Bowen) e multiculturais (Carter-McGoldrick, Falicov). No México, destacam-se as propostas de Estrada (1982), Chávez (1992), o modelo de Huerta (2005) e o estudo de Ortiz e López (2020). Incluem-se também os modelos complementares de Curran (resiliência familiar), Birenbaum e Rolland (expectativa de vida atípica devido a deficiência ou doença crônica). **Conclusões:** A Variabilidade Clínica Familiar (VCF) é uma ferramenta clínica essencial para médicos de família, permitindo-lhes antecipar crises normativas, contextualizar sintomas e elaborar intervenções biopsicossociais precisas. Nenhum modelo é universal; contudo, a integração de modelos clássicos com adaptações mexicanas facilita seu ensino e aplicação diária na atenção primária. Recomenda-se sua inclusão sistemática nos programas de residência em medicina de família.**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Expectativa de Vida, Doença Crônica**Introducción***El ciclo vital como herramienta clínica*

La familia no es un objeto estático. Es un sistema vivo que atraviesa transiciones previsibles -y algunas imprevistas- a lo largo del tiempo. El concepto de ciclo de vida familiar (CVF) parte de esta premisa: que la familia, como el individuo, tiene una historia natural con etapas diferenciadas, cada una caracterizada por tareas de desarrollo específicas, crisis normativas y reorganizaciones estructurales. Comprender este concepto exige, antes que nada, rastrear su origen: el CVF no nació en la clínica, sino en la sociología de la pobreza, y ha atravesado más de doce décadas de reelaboraciones disciplinares antes de convertirse en la herramienta clínica que el médico familiar utiliza

hoy. Para el médico familiar, conocer en qué etapa del CVF se encuentra un paciente equivale a tener “un mapa clínico de las presiones, vulnerabilidades y recursos” que probablemente están presentes en ese hogar en ese momento. No es lo mismo que una pareja joven sin hijos acuda a consulta con síntomas de ansiedad, a que esa misma pareja llegue 15 años después con un hijo adolescente. El síntoma puede ser el mismo; el contexto familiar -y por tanto las intervenciones más eficaces- serán completamente distintas. De esta manera se reconoce que la salud no es solo individual, sino que depende del momento que atraviesa el grupo familiar.

Este artículo presenta una revisión histórica narrativa con el propósito de trazar esa línea de desarrollo conceptual desde sus raíces económicas en el siglo XIX hasta las síntesis integradoras del siglo XXI; se hace énfasis en las aportaciones iberoamericanas y mexicanas. La revisión histórica narrativa es un diseño metodológico legítimo y apropiado para objetos de estudio cuya comprensión depende de su trayectoria temporal: la utilidad clínica actual del CVF no puede desvincularse de las decisiones teóricas que lo fueron conformando en cada época. El recorrido que sigue es también una invitación a comprender que ningún modelo es suficiente por sí solo -cada uno ilumina una dimensión distinta del fenómeno familiar- y que el médico que domine varios modelos tendrá en sus manos un instrumental clínico extraordinariamente poderoso.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura de enero a marzo de 2026. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos: *PubMed/MEDLINE*, *SciELO*, *Google Scholar* y repositorios institucionales. La búsqueda se restringió a publicaciones en español e inglés, sin límite de fecha de publicación inicial, con el fin de recuperar las fuentes primarias seminales desde 1901.

Se incluyeron artículos originales, libros, estudios demográficos, propuestas clínicas y documentos institucionales Organización Mundial de la Salud y PAC-MF (*PAC-MF: Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar, publicado por Inter-sistemas, es una herramienta fundamental de educación médica continua en México. Desarrollado en colaboración con la Federación Mexicana de Medicina Familiar*) relacionados con el CVF. Se excluyeron resúmenes sin texto completo y fuentes sin relevancia para la práctica clínica. De 312 referencias identificadas se seleccionaron 47, priorizando fuentes primarias.

Raíces económicas y sociológicas (1901–1938)

Antes de ser un modelo médico o psicológico, el CVF nació para estudiar la pobreza. El concepto de CVF nació en el corazón de la sociología de la pobreza, no en la clínica. **Benjamin Seeborn Rowntree (1871–1954)**, empresario y reformador social cuáquero, publicó en 1901 su estudio *Poverty: A Study of Town Life* tras encuestar a 11,560 familias trabajadoras de la ciudad de York, Inglaterra. Rowntree, identificó un ciclo de pobreza con cinco períodos alternos de carencia y suficiencia: infancia pobre dependiente de los padres, adolescencia con ingresos adicionales de los hijos, pobreza intensa al tener hijos pequeños con altos gastos, recuperación económica cuando los hijos trabajan, y vejez pobre por pérdida de capacidad laboral.¹⁻³ Esta visión demostró que la pobreza no era un rasgo fijo del carácter o la moral, sino una función de la etapa del ciclo familiar en que se encontraba el hogar -una idea revolucionaria para su época- y la base conceptual de todo el CVF posterior.

Edgar Sydenstricker (1924) extendió este enfoque al demostrar cuantitativamente que la composición familiar -número y edad de los hijos- determinaba fluctuaciones importantes en los ingresos y la morbilidad de las familias norteamericanas.³ **E.L. Kirkpatrick (1934)** aplicó el ciclo a familias rurales de los Estados Unidos (EEUU) y del norte de México, identificando dos momentos económicos clave: el crecimiento cuando los hijos apoyan en la granja, y el declive en la jubilación.⁴ **Loomis y Beegle (1936)** acuñaron el término explícito “*Family Life Cycle Analysis*” en el primer artículo que lo utilizó como título.⁵ Por su parte, **Willard Waller (1938)** introdujo en su obra *The Family: A Dynamic Interpretation* el enfoque interaccionista con cinco fases secuenciales -dependencia en la familia de origen, cortejo, primeros años del matrimonio, parentalidad y nido vacío- anticipando la naturaleza procesual y dinámica que caracterizaría a los modelos posteriores.⁶

Los modelos clásicos demográficos y desarrollistas (1947–1964)

Paul C. Glick (1947), demógrafo del Censo de EEUU y considerado el fundador de la demografía familiar, propuso el primer modelo basado en datos censales con seis etapas: *formación, expansión, estabilización, contracción, nido vacío y disolución*. Su contribución fue doble: operacionalizó el CVF con datos empíricos cuantificables y demostró que las edades medianas de cada evento familiar podían calcularse y utilizarse en planificación social.^{7,8} En 1977 actualizó su modelo para dar cuenta del divorcio, el retraso en el matrimonio y la reducción del tamaño familiar.⁹ En 1988, al cumplir cincuenta años de trabajo en el campo, Glick reflexionó sobre cómo las transformaciones demográficas habían alterado irreversiblemente la secuencia clásica.¹⁰

Paralelamente, el psicólogo y educador **Robert J. Havighurst (1948, 1953)** aportó el concepto de *tareas de desarrollo* -exigencias biológicas, culturales y personales- que cada etapa vital impone al individuo y que deben resolverse para avanzar saludablemente a la siguiente, si una falla, el avance hacia la siguiente etapa se vuelve patológico o disfuncional.^{11,12} Este concepto fue adoptado directamente por Evelyn Duvall como columna vertebral de su modelo, aunque Havighurst rara vez aparece citado en las revisiones latinoamericanas.

Evelyn M. Duvall y Reuben Hill presentaron en 1948, ante la Conferencia Nacional sobre Vida Familiar en Washington D.C.¹³ el primer esquema de ocho etapas con tareas evolutivas específicas, formalizando la propuesta en el libro *Family Development* (1957). Las ocho etapas -*pareja recién casada sin hijos, lactancia (0–30 meses), preescolares (2.5–5 años), escolares (6–13 años), adolescentes (13–20 años), lanzamiento, nido vacío y envejecimiento*-¹⁴ siguen siendo la base teórica más citada en México. La propia Duvall reconoció en 1988 las limitaciones etnocéntricas de su modelo, diseñado para la familia nuclear heterosexual intacta norteamericana de mediados del siglo XX.¹⁵

La contribución paralela de Reuben Hill a la teoría del estrés familiar es igualmente fundamental. En *Families under Stress* (1949), surgido de sus estudios sobre familias durante la Segunda Guerra Mundial, Hill esbozó lo que en 1958 formalizaría como la **Teoría ABC-X**: A (el evento estresor) × B (los recursos disponibles) × C (la percepción o definición del evento) = X (el nivel de crisis resultante). Este modelo explica por qué las familias que atraviesan la misma transición —un hijo adolescente, un diagnóstico crónico, una migración— responden de formas radicalmente distintas.^{16,17} En 1982, **McCubbin y Patterson** ampliarían esta teoría en el Modelo Doble ABCX, incorporando la acumulación de estresores y la adaptación post-crisis.¹⁸ Finalmente, en 1964, Hill y **Roy Rodgers** propusieron un modelo de nueve etapas —el más detallado de la época— que consideraba la ocupación del padre, el tamaño y composición familiar, y los cambios de estatus del hijo mayor y del hijo menor.¹⁹

Modelos clínicos y su extensión a la medicina familiar (1963–1977)

Roberta C. Frasier (1963) presentó en la *Oregon State University* el primer ciclo circular práctico de cinco etapas orientado a educación comunitaria rural, anticipando la dimensión pedagógica y preventiva del CVF que sería central en la medicina familiar contemporánea.²⁰ Ese mismo año, **Jay Haley** publicó *Strategies of Psychotherapy* (1963), donde postuló que las familias buscan ayuda terapéutica precisamente en los momentos de transición entre etapas del CVF, no de forma aleatoria. Esta observación -aunque

aparentemente simple- tuvo consecuencias significativas para la práctica clínica: el síntoma del paciente individual es con frecuencia un marcador de una transición familiar bloqueada.²¹ En su segunda gran obra sobre el CVF, *Uncommon Therapy* (1973), Haley articuló seis etapas centradas en las transiciones que con mayor frecuencia generan disfunción: cortejo, matrimonio, nacimiento de hijos, *weaning* de los padres (el proceso de soltar a los hijos hacia la autonomía), y el dolor de la vejez.²² El enfoque de Haley era eminentemente estratégico: identificar el punto exacto de bloqueo en el ciclo e intervenir de forma directa y eficiente para desbloquearlo.

En 1973, **Michael A. Solomon** publicó en *Family Process* su artículo “A Developmental, Conceptual Premise for Family Therapy”, proponiendo un modelo clínico de cinco etapas específicamente diseñado para identificar los “puntos de estancamiento” familiar: (1) matrimonio, (2) nacimiento del primer hijo, (3) individuación de los miembros de la familia, (4) salida de los hijos del hogar, y (5) integración de la pérdida.²³ Solomon fue uno de los primeros terapeutas en articular la utilidad diagnóstica del CVF: no es solo un marco descriptivo, sino un instrumento para localizar con precisión en qué momento del desarrollo la familia ha quedado bloqueada, y por tanto orientar la intervención terapéutica.

C.M. Worby (1971) acuñó en la literatura médica el término “concepto orientador” para describir el rol del CVF en la práctica del especialista en medicina familiar.²⁴ La **Organización Mundial de la Salud** (1978) validó esta visión al proponer su propia clasificación de seis etapas basadas en el tamaño familiar, reconociendo explícitamente al médico de familia como el profesional mejor posicionado para acompañar a la familia durante todo su ciclo vital.²⁵ **John P. Geyman** (1977) dio el paso más concreto al adaptar el CVF a la práctica clínica con cinco fases directamente operables en consulta: *nacimiento de la familia, expansión, dispersión, independencia y reemplazo*.^{26,27}

Puentes sistémicos: estructura y multigeneracionalidad (1974–1978)

Salvador Minuchin (1974), en su obra fundacional *Families and Family Therapy*, revolucionó el uso clínico del CVF al convertirlo en criterio diagnóstico estructural: no es el síntoma en sí lo que guía la intervención, sino el momento del ciclo en que aparece y la forma en que la estructura familiar responde o no a la transición. Su propuesta de cinco etapas estructurales define cada transición como un momento en que deben redefinirse fronteras, subsistemas conyugal y parental, y jerarquías. Cuando la familia queda “atascada” -padres que no sueltan al hijo adolescente, alianzas cruzadas entre generaciones, jerarquías

invertidas- aparece la patología estructural.²⁸ El CVF en manos de Minuchin dejó de ser un marco descriptivo para convertirse en un instrumento de diagnóstico y planificación terapéutica.

Murray Bowen (1978) aportó la perspectiva multigeneracional: el CVF no comienza con el matrimonio actual, sino que lleva consigo el peso emocional de al menos tres generaciones. Cada transición normativa reactiva triangulaciones emocionales y patrones de proyección heredados de la familia de origen. La tarea central en cualquier etapa del CVF es la diferenciación del *self* frente a la masa emocional familiar. Bowen, introdujo el genograma como herramienta visual para cartografiar estos patrones multigeneracionales. Instrumento que hoy es parte del arsenal básico de la medicina familiar en México y en muchos países de América Latina.²⁹

El modelo expandido y multicultural (1980–2015)

Betty Carter y **Mónica McGoldrick** (1980) publicaron *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*, transformando el CVF con seis etapas y, sobre todo, con un nuevo concepto articulador: los *procesos emocionales de cambio de segundo orden*. Las etapas no solo exigen cambios conductuales, sino transformaciones profundas en la identidad, los roles y las lealtades familiares. Las seis etapas son: *salida del hogar del joven adulto soltero, unión de familias en el matrimonio, familias con hijos pequeños, familias con adolescentes, lanzamiento de hijos, y familias en etapas tardías*.³⁰ La quinta edición de esta obra, titulada *The Expanding Family Life Cycle* (McGoldrick, García-Preto y Carter, 2015), incorporó la perspectiva de **Nydia García-Preto** y amplió radicalmente el alcance del modelo. Se sumaron la adultescencia (la prolongada transición a la adultez independiente), la amistad como sistema de apoyo a lo largo del ciclo, la espiritualidad, una perspectiva explícita de género, y la inclusión de familias LGBTQ+, reconstituidas, monoparentales y sin hijos.³¹ La obra de Carter y McGoldrick sigue siendo el modelo más utilizado en terapia familiar sistémica a nivel internacional por su inclusividad y flexibilidad ante la diversidad familiar contemporánea.

Complementa este período la aportación de **Celia Jaes Falicov** (1988–2014), psicóloga argentina, quien desarrolló el **Marco Ecológico Multidimensional Comparativo (MECO)** para adaptar el CVF y la terapia familiar a contextos migratorios y latinoamericanos. Su marco es de especial relevancia en México, donde el ciclo vital de millones de familias se ve profundamente alterado por la migración transnacional: separaciones geográficas prolongadas, roles invertidos, lealtades divididas entre dos países, y duelos ambiguos que no siempre tienen espacio en los modelos clásicos.³²

Salud familiar y discapacidad: Curran y Birenbaum

Dos contribuciones que enriquecen el CVF desde ángulos distintos pero complementarios merecen atención especial en la formación del médico familiar. **Dolores Curran** (1983), educadora y columnista norteamericana especializada en familia, publicó *Traits of a Healthy Family*, resultado de encuestar a 551 profesionales-educadores, médicos, consejeros, líderes comunitarios- sobre los rasgos más frecuentes en familias funcionales. Curran, identificó quince rasgos que caracterizan a las familias saludables: comunicación y escucha activa, apoyo mutuo, respeto, confianza, humor, tiempo compartido, distribución de responsabilidades, sentido ético y moral, rituales y tradiciones, espiritualidad, respeto a la privacidad, servicio a otros, y capacidad de buscar ayuda cuando se necesita.³³ Su aportación al CVF es transversal: las familias que poseen estos rasgos tienen mayores recursos para navegar las transiciones normativas de cada etapa del ciclo sin presentar dificultades. En 1985, su obra *Stress and the Healthy Family* extendió este enfoque a los diez estresores más comunes en la familia contemporánea. Curran no propone etapas del CVF, sino un conjunto de capacidades que hacen más resiliente a la familia en cualquier etapa en que se encuentre.³⁴

A. Birenbaum (1971) realizó una contribución pionera al analizar cómo la presencia de un hijo con discapacidad intelectual *altera, retarda o elimina* etapas del CVF normativo. Su trabajo demostró que las familias con un miembro con discapacidad desarrollan estrategias de *gestión de la normalidad* -ajustan rutinas, ocultan o minimizan la diferencia- para mantener la coherencia social y emocional del sistema familiar. Su contribución antecedió en décadas la sistematización de Rolland y es fundamental para todo médico familiar que atienda familias con enfermedades crónicas o discapacidades: el CVF no es universal ni inevitable; puede ser interrumpido, deformado o acelerado por la enfermedad, y el médico debe estar equipado para acompañar esas trayectorias atípicas.³⁵

Aportaciones iberoamericanas (1982-2005)

En el ámbito español, **Salustiano del Campo Urbano** (1980), sociólogo y catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, realizó la primera estimación sistemática del ciclo vital de la familia española. Adaptando la metodología de Glick a los datos censales y de estadísticas vitales nacionales, calculó las edades medianas de entrada a cada etapa para 1900, 1950 y 1970-1975. Sus hallazgos fueron relevantes: apareció una nueva etapa de «nido vacío» de 11.7 años, el intervalo fecundo se redujo de 12.7 a 7.5 años y la duración total del ciclo vital familiar se duplicó (de 27.8 a 45.1 años). **Del Campo** vinculó explícitamente la transición demográfica española

con la transición familiar y situó a España dentro del contexto de los quince países analizados por la OMS en 1978. Además, incorporó las observaciones de Jan Trost (1973) sobre la aplicabilidad limitada del modelo normativo (solo 37-63 % de las parejas en Suecia) y de **Louis Roussel** (1979) acerca de las nuevas formas de unión conyugal en Europa.³⁶ Su trabajo constituyó el antecedente directo de los estudios latinoamericanos posteriores.

En México, **Lauro Estrada Inda** (1982), psiquiatra y psicoanalista, propuso seis etapas psicobiológicas con sensibilidad cultural explícitamente mexicana: desprendimiento, encuentro, hijos, adolescencia, reencuentro y vejez.³⁷ Su obra fue durante décadas el texto de referencia para el CVF en el país y su enfoque psicoanalítico la distingue de los modelos demográficos anglosajones. **Jorge Chávez Hernández** (1992), de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, presentó inicialmente un modelo de nueve etapas que simplificó a cinco al identificar superposiciones clínicas: *galanteo, matrimonio, expansión, contracción y disolución*.³⁸

También en España, **Luis de la Revilla** (1994), médico de familia modificó la clasificación de la OMS añadiendo dos subetapas y desarrolló el concepto de *espiral multigeneracional*, que visualiza el CVF no como una línea recta sino como una espiral que se repite y evoluciona generación tras generación.^{39,40} Finalmente, **José Luis Huerta González** (2005) desarrolló el denominado *modelo potosino* de cuatro etapas y seis fases, integrado al Programa de Actualización Continua de Medicina Familiar (PAC-MF): Etapa Constitutiva (Fase Preliminar; Fase De Rección Casados), Etapa Procreativa (Fase de Expansión; Fase de Consolidación y Apertura), Etapa de Dispersión y Etapa Final (Fase de independencia y Fase de Disolución).⁴¹

Modelos complementarios: enfermedad crónica y familia divorciada

John Rolland (1994), en *Families, Illness, and Disability*, propuso el Modelo Sistémico de Enfermedad Familiar, que superpone el ciclo de la enfermedad crónica al ciclo de vida familiar (CVF). Este modelo es fundamental para la medicina familiar: un diagnóstico de diabetes, cáncer o esclerosis múltiple no afecta igual a una familia en etapa de expansión que a una en etapa de dispersión. Rolland, identifica tres fases de la enfermedad -crisis, crónica y terminal- y las articula con las demandas y recursos propios de cada etapa del CVF, generando un mapa clínico preciso de vulnerabilidades e intervenciones oportunas.⁴² **Constance Ahrons** y **Roy Rodgers** (1987) propusieron el ciclo de la familia binuclear: el divorcio no disuelve la familia, sino que la reorganiza en dos hogares conectados por los hijos. Esta perspectiva resulta cada

vez más útil ante el aumento de las tasas de divorcio y la proliferación de familias reconstituidas, y evita el error clínico de tratar el divorcio como una patología o como el fin de la familia.⁴³

El CVF en la realidad demográfica de México (2015)

En el estudio de **Elsa Ortiz-Ávila y Anabel López-Chávez** (2020) se analizaron hogares nucleares de cuatro entidades federativas utilizando la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, seleccionadas precisamente por tener índices de marginación muy distintos (muy bajo, alto, medio y muy alto, respectivamente) y por representar diferentes momentos de la transición demográfica nacional.⁴⁴ La tipología del CVF utilizada en ese estudio, basada en la propuesta de **Arriagada (1997)**⁴⁵ para América Latina, identifica seis etapas operacionalizables a partir de datos censales: 1) pareja joven sin hijos (mujer menor de 40 años), 2) inicio (hijos menores de 6 años), 3) expansión (hijo menor entre 6 y 12 años), 4) consolidación (hijo menor entre 13 y 18 años), 5) salida (hijo mayor de 19 años o más), y 6) pareja mayor sin hijos (mujer mayor de 40 años). Esta tipología -más operativa que clínica- permite medir la distribución real de los hogares en el ciclo y vincularla con variables sociodemográficas como la fecundidad, la esperanza de vida, el índice de marginación y el tipo de jefatura del hogar.⁴⁴ El estudio de Ortiz-Ávila y López-Chávez confirma que el CVF no es uniforme en el territorio mexicano: la heterogeneidad demográfica, económica y cultural del país produce distribuciones muy distintas de las etapas del ciclo en diferentes regiones.

Discusión

Fortalezas, limitaciones y perspectivas

La revisión de más de un siglo de modelos del CVF permite extraer algunas conclusiones clínicas fundamentales. En primer lugar, ningún modelo es universal: los clásicos de Duvall-Hill y Glick asumen la familia nuclear heterosexual intacta, omitiendo realidades como el divorcio, la monoparentalidad, las familias LGBTQ+ o las familias migrantes. La propia Duvall reconoció esta limitación en 1988. En segundo lugar, los modelos sistémicos de Minuchin y Bowen añaden una dimensión diagnóstica que los modelos demográficos no ofrecen: no se trata solo de saber en qué etapa está la familia, sino de comprender cómo está navegando la transición y qué patrones estructurales o multigeneracionales están obstaculizando su avance. En tercer lugar, los modelos latinoamericanos -Estrada Inda, Chávez Hernández, Huerta González, De la Revilla- no son sustitutos menores de los anglosajones, sino adaptaciones culturalmente pertinentes que deben ocupar el centro de la enseñanza.

Los datos empíricos de Ortiz-Ávila y López-Chávez (2020) añaden una dimensión crítica a esta discusión: demuestran que la distribución real de las familias mexicanas en las etapas del CVF varía significativamente por entidad federativa y está estrechamente vinculada a la etapa de la transición demográfica de cada región. Los modelos de Curran y Birenbaum amplían el horizonte clínico en dos dimensiones poco exploradas: la resiliencia familiar (¿qué capacidades protegen a la familia en cualquier etapa?) y el CVF atípico (¿cómo se reorganiza el ciclo cuando la discapacidad o la enfermedad crónica interrumpen la secuencia normativa?). Tanto Rolland como Birenbaum son referencias obligadas para el médico familiar que atiende -como ocurre con frecuencia- familias con pacientes crónicos o con algún miembro con discapacidad.

Aplicación clínica del ciclo de vida familiar en la práctica

A pesar de su origen histórico y teórico, el ciclo de vida familiar (CVF) adquiere su mayor relevancia en el ámbito clínico, donde funciona como una herramienta operativa para la toma de decisiones en medicina familiar. Su utilidad radica en que permite contextualizar los síntomas individuales dentro de procesos familiares más amplios, facilitando una comprensión integral del proceso salud-enfermedad.

En la práctica clínica cotidiana, la identificación de la etapa del CVF en la que se encuentra una familia permite al médico anticipar crisis normativas, reconocer factores de riesgo psicosocial y ajustar las intervenciones terapéuticas de manera más precisa. Por ejemplo, un adolescente con síntomas ansiosos puede estar expresando dificultades propias de la etapa de individuación y separación, mientras que un adulto mayor con síntomas depresivos puede estar atravesando una crisis relacionada con el “nido vacío” o la pérdida de roles familiares. Asimismo, en el contexto de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o hipertensión arterial, el CVF permite comprender diferencias en la adherencia terapéutica. Las familias en etapas de expansión suelen presentar mayores dificultades para mantener tratamientos debido a cargas económicas y de cuidado, mientras que en etapas de dispersión o envejecimiento pueden existir barreras relacionadas con el aislamiento social o la pérdida de apoyo familiar.

El uso sistemático del CVF también facilita la identificación de momentos críticos para la intervención preventiva, como: *el nacimiento de un hijo, la adolescencia, la jubilación o la presencia de enfermedad crónica*. En estos puntos de transición, el médico familiar puede implementar estrategias anticipatorias, fortaleciendo la resiliencia familiar y reduciendo

Tabla 1. Principales modelos del ciclo de vida familiar: evolución histórica y características clave.

Autor(es)	Año	Etapas	Enfoque	Tipo de evidencia	Aplicabilidad clínica
Rowntree	1901	5	Económico-sociológico	Estudio descriptivo (n=11,560)	Baja
Sydenstricker	1924	–	Socioeconómico	Estudio descriptivo	Baja
Loomis y Beegle	1936	–	Sociológico	Teórico-descriptivo	Baja
Waller	1938	5	Interaccionista	Teórico	Baja
Glick	1947	6	Demográfico censal	Estudio demográfico	Media
Havighurst	1948	–	Desarrollista	Teórico	Media
Duvall y Hill	1957	8	Desarrollista-normativo	Propuesta clínica	Alta
Hill (ABC-X)	1958	–	Estrés familiar	Teórico	Alta
Birenbaum	1971	–	CVF atípico/discapacidad	Estudio descriptivo	Alta
Haley	1963–73	5–6	Estratégico-terapéutico	Propuesta clínica	Alta
Solomon	1973	5	Clínico-diagnóstico	Propuesta clínica	Alta
Minuchin	1974	5	Estructural sistémico	Propuesta clínica	Alta
Geyman	1977	5	Medicina familiar	Propuesta clínica	Alta
OMS	1978	6	Demográfico-sanitario	Propuesta institucional	Alta
Bowen	1978	–	Multigeneracional	Propuesta clínica	Alta
del Campo Urbano	1980	5	Demográfico-censal (España)	Estudio demográfico	Media
Carter y McGoldrick	1980–2015	6	Multicultural sistémico	Propuesta clínica	Alta
Estrada Inda	1982	6	Psicoanalítico mexicano	Propuesta clínica	Alta
Curran	1983	–	Resiliencia familiar	Estudio descriptivo (n=551)	Alta
Falicov	1988–2014	–	Migratorio-multicultural	Propuesta clínica	Alta
Chávez Hernández	1992	5–9	Clínico mexicano	Propuesta clínica	Alta
De la Revilla	1994	6+2	APS (España)	Propuesta clínica	Alta
Rolland	1994	–	Enfermedad crónica	Propuesta clínica	Alta
Huerta González	2005	4 et./6 fases	Modelo potosino (PAC-MF)	Propuesta clínica	Alta
Ortiz-Ávila y López-Chávez	2020	6	Demográfico mexicano	Estudio con INEGI 2015	Media-Alta

CVF: ciclo de vida familiar; APS: atención primaria a la salud; PAC-MF: Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar.

el riesgo de descompensación clínica o psicosocial. De este modo, el CVF no debe entenderse únicamente como un modelo descriptivo, sino como un instrumento clínico dinámico que orienta la evaluación integral del paciente, mejora la comunicación médico-familia y contribuye a intervenciones más efectivas dentro del enfoque biopsicosocial.

Conclusiones

El ciclo de vida familiar ha recorrido un camino extraordinario: de herramienta para medir la pobreza rural en York (Rowntree, 1901) a marco demográfico (Glick, 1947), modelo desarrollista (Duvall-Hill, 1957), concepto clínico-terapéutico (Solomon, Haley, Geyman, 1963–1977), instrumento sistémico (Minuchin, Bowen, 1974–1978), modelo multicultural

expandido (Carter-McGoldrick, 1980–2015), evidencia empírica en el contexto mexicano (Ortiz-Ávila y López-Chávez, 2020). En cada uno de estos momentos, el CVF se enriqueció con nuevas disciplinas, nuevas poblaciones y preguntas clínicas.

Para el médico familiar contemporáneo, el dominio del CVF -en sus múltiples versiones y con plena conciencia de sus limitaciones- es una competencia fundamental. Permite anticipar crisis normativas, diseñar intervenciones preventivas oportunas, comprender el contexto biopsicosocial del paciente, y comunicarse eficazmente con familias de distintas cohortes generacionales. Se recomienda su enseñanza sistemática, incorporando tanto los modelos clásicos como las adaptaciones mexicanas y los modelos complementarios de Rolland y Falicov. Por ejemplo, el *Ciclograma de Ludvick* ofrece una herramienta de síntesis visual e interactiva que puede facilitar esta enseñanza y su aplicación cotidiana en la consulta del médico familiar.^{46,47}

Referencias

- Rowntree BS. Poverty : a study of town life [Internet]. New York: Mac Millan and Co; 1901. Disponible en: <https://archive.org/details/b28063661/mode/2up>
- The Rowntree Society. Benjamin Seebohm Rowntree (1871-1954) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.rowntreesociety.org.uk/wp-content/uploads/2019/05/Seebohm-Rowntree-handout-for-Fol.pdf>
- Sydenstricker E, Wiehl D. A Study of the Incidence of Disabling Sickness in a South Carolina Cotton Mill Village in 1918. Based on Records of a Continuous Canvass of Households during the Period March 1 to November 30, 1918. Public Health Rep 1896-1970. 1924;39(29):1723. doi:10.2307/4577233
- Kirkpatrick EL, Tough Rosalind, Cowles ML. The life cycle of the farm family: in relation to its standards of living and ability to provide [Internet]. [Madison, Wis.]: Agricultural Experiment Station of the University of Wisconsin, and U.S. Dept. of Agriculture co-operating; 1934. 38 p. (Research bulletin / University of Wisconsin, Agricultural Experiment Station ;121; 38 p.). Disponible en: <https://catalog.hathitrust.org/Record/101795693>
- Loomis CP, Hamilton CH. Family Life Cycle Analysis. Soc Forces. el 1 de diciembre de 1936;15(2):225–31. doi:10.2307/2570962
- Waller W. The Family. A dynamic Interpretation [Internet]. 1ra Ed. New York: The Dryden Press; 1938. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.b4509609&seq=8>
- Glick PC. The Family Cycle. Am Sociol Rev. abril de 1947;12(2):164. doi:10.2307/2086982
- Glick PC. The Life Cycle of the Family. Marriage Fam Living. febrero de 1955;17(1):3. doi:10.2307/346771
- Glick PC. Updating the Life Cycle of the Family. J Marriage Fam. febrero de 1977;39(1):5. doi:10.2307/351058
- Glick PC. Fifty Years of Family Demography: A Record of Social Change. J Marriage Fam. noviembre de 1988;50(4):861. doi:10.2307/352100
- Havighurst RJ. Developmental tasks and education. [Internet]. 1948. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1950-00529-000>
- Havighurst RJ. Human Developmental and education [Internet]. 2da Ed. New York: Longman Green and Co.; 1955. 338 p. Disponible en: <https://ia800806.us.archive.org/30/items/in.ernet.dli.2015.187496/2015.187496.Human-Development-And-Education.pdf>
- Glick PC. The Family Life Cycle and Social Change. Fam Relat. abril de 1989;38(2):123. doi:10.2307/583663
- Duvall EM. Family development. [Internet]. JP Lippincott; 1957. Disponible en: <https://archive.org/details/familydevelopmentduvalla>
- Duvall EM. Family Development's First Forty Years. Fam Relat. abril de 1988;37(2):127. doi:10.2307/584309
- Hill R. 1. Generic Features of Families under Stress. Soc Casework. febrero de 1958;39(2–3):139–50. doi:10.1177/1044389458039002-318
- Hill R. Families under stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion [Internet]. New York, Harper & Brothers [1949]; 1949. Disponible en: <https://archive.org/details/dli.ernet.18276>
- McCubbin HI, Cauble AE, Patterson JM, editores. Family stress, coping, and social support. Springfield, Ill: Thomas; 1982. 272 p.
- Rodgers RH. Toward a Theory of Family Development. J Marriage Fam. agosto de 1964;26(3):262. doi:10.2307/349456
- Frasier RC. You and the family life cycle. En. Extension Pacific Northwest Cooperative; 1966. Disponible en: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:162072023>
- Haley J. Strategies of psychotherapy [Internet]. New York: Grune & Stratton; 1963. 204 p. Disponible en: <https://archive.org/details/strategiesofpsyc1963haley/page/n9/mode/2up>
- Haley J. Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D. 1st ed. New York: Norton; 1973. 313 p.
- Solomon MA. A Developmental, Conceptual Premise for Family Therapy. Fam Process. junio de 1973;12(2):179–88. doi:10.1111/j.1545-5300.1973.00179.x
- Worby CM. The family life cycle: an orienting concept for the family practice specialist. J Med Educ. marzo de 1971;46(3):198–203. PubMed PMID: 5546383.
- World Health Organization. Health and the family: studies on the demography of family life cycles and their health implications [Internet]. GENEVA; 1978. Disponible en: <https://iris.who.int/items/f5384eab-ca0e-4e2a-9781-18b1836bf111>
- Geyman JP. The family as the object of care in family practice. J Fam Pract. octubre de 1977;5(4):571–5. PubMed PMID: 915459.
- Geyman JP. On growth and development of individual and families. J Fam Pract. abril de 1978;6(4):739. PubMed PMID: 641456.

28. Minuchin S. Families & family therapy. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1974. 268 p.
29. Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: J. Aronson : Distributed by Scribner Book Companies; 1985. 565 p.
30. Carter EA, editor. The family life cycle: a framework for family therapy. New York: Gardner Pr. distr. by Halsted; 1980. 468 p.
31. McGoldrick M, Carter EA, Garcia-Preto N, editores. The expanding family life cycle: individual, family, and social perspectives. Fifth edition. Boston: Pearson; 2016. 538 p.
32. Falicov CJE. Family transitions: Continuity and change over the life cycle. 1988.
33. Curran D. Traits of a healthy family: fifteen traits commonly found in healthy families by those who work with them. Minneapolis, Minn: Winston Press; 1983. 280 p.
34. Curran D. Stress and the healthy family: how healthy families handle the ten most common stresses. 1st Harper & Row paperback ed. San Francisco: Perennial Library; 1985. 234 p.
35. Birenbaum A. The mentally retarded child in the home and the family cycle. J Health Soc Behav. marzo de 1971;12(1):55-65. PubMed PMID: 5572817.
36. Del Campo Urbano S. El ciclo vital de la familia española: discurso de recepción del académico de número Excmo. Sr. D. Salustiano del Campo Urbano y contestación del Excmo. Sr. D. Alfonso García Valdecasas. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; 1980. 95 p.
37. Estrada Inda L. El ciclo vital de la familia. 1ra ed. Xóchitl Editores S.A; 1982. 133 p.
38. Chávez Hernández J. Introducción a la medicina familiar. 1ra ed. San Luis Potosí: Editorial Universitaria Potosina; 1992. 236 p.
39. de la Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Angel M, Pascual J, Cubillo J. [A new demographic classification of the family for the use in primary health care]. Aten Primaria. febrero de 1991;8(2):104-11. PubMed PMID: 1893033.
40. Prados Quel MÁ. La espiral del ciclo vital familiar. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. enero de 2007;14:46-59. doi:10.1016/S1134-2072(07)74019-7
41. Huerta-González JL. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1ra ed. Alfil; 2005.
42. Rolland JS. Families, illness, and disability: an integrative treatment model. New York: BasicBooks; 1994. 320 p.
43. Ahrons CR, Rodgers RH. Divorced families: a multidisciplinary developmental view. 1st ed. New York: W.W. Norton; 1987. 259 p.
44. Ortiz Ávila E, López Chávez A. Ciclo de vida familiar en México, comparación entre cuatro entidades federativas, 2015. Latinoam Estud Fam. el 1 de enero de 2020;12(1):120-40. doi:10.17151/rlef.2020.12.1.8
45. Arriagada I. Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo. 1997.
46. Torres López L. Capítulo 15. Ciclograma de Ludvick. En: Arquetipos en Medicina Familiar. Modelos vanguardistas del siglo XXI. 1RA ed. Independently Published; 2025.
47. Torres López L, Hernández-Martínez MP, Díaz Pérez CI, González Vázquez F, Burguete Ramos A, Domínguez Álvarez V, et al. Ciclograma de Ludvick: versión digital interactiva (HTML) para la evaluación biopsicosocial en Medicina Familiar [Internet]. Zenodo; 2025 [citado el 6 de abril de 2026]. Disponible en: <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.18064803> doi:10.5281/ZENODO.18064803